EL SECRETO MÉDICO FRENTE AL DEBER DE DENUNCIAR: TENSIÓN ENTRE CONFIDENCIALIDAD Y OBLIGACIÓN LEGAL

Julio César Arranz Flores[1], Brenda García Herrera[2]

[1]Facultad de Derecho, Universidad de La Habana, juliocesararranzflores@gmail.com código ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8771-5350.

[2]Facultad de Derecho, Universidad de La Habana, brendagarciaherrera722@gmail.com código ORCID: https://orcid.org/0009-0009-5766-2287.

- **correo para la correspondencia:** juliocesararranzflores@gmail.com

Resumen: El secreto médico es un pilar ético y jurídico de la relación clínica con raíces hipocráticas, reconocido por ordenamientos de todo el mundo. Sin embargo, el médico también tiene el deber de denunciar ciertos hechos delictivos de los que conoce en el ejercicio de sus funciones, lo que puede generar una colisión normativa. Por ello se tiene como objetivo analizar sistemáticamente la tensión entre la confidencialidad sanitaria y la obligación de denunciar, identificando criterios jurídicos y deontológicos para resolverla.Además, se empleó un estudio cualitativo con enfoque analítico-descriptivo y método jurídico-comparado, mediante revisión documental de legislación, jurisprudencia (España, Alemania, Francia, EE. UU.) y doctrina especializada. La colisión no se resuelve por criterios clásicos de antinomia, sino mediante ponderación de intereses, donde la gravedad del delito, la inminencia del daño a terceros y la vulnerabilidad de la víctima (especialmente menores) son criterios determinantes. La búsqueda del consentimiento del paciente debe ser la primera estrategia; solo cuando no sea posible, el secreto cede proporcionalmente, tendencia confirmada por el derecho comparado sin debilitar la confidencialidad.

Palabras clave: secreto médico, deber de denunciar, confidencialidad, consentimiento informado.

Abstract: Medical confidentiality is an ethical and legal pillar of the clinical relationship with Hippocratic roots, recognized by legal systems worldwide. However, physicians also have a duty to report certain criminal acts they become aware of in the exercise of their functions, which can generate a normative collision. Therefore, the aim is to systematically analyze the tension between healthcare confidentiality and the duty to report, identifying legal and deontological criteria to resolve it. Furthermore, a qualitative study with an analytical-descriptive approach and comparative legal method was employed, through documentary review of legislation, jurisprudence (Spain, Germany, France, USA), and specialized doctrine. The collision is not resolved by classical criteria of antinomy, but through balancing of interests, where the severity of the crime, the imminence of harm to third parties, and the vulnerability of the victim (especially minors) are determining criteria. Seeking patient consent should be the first strategy; only when this is not possible does confidentiality proportionally yield, a tendency confirmed by comparative law without weakening confidentiality.

Keywords: medical confidentiality, duty to report, confidentiality, informed consent

I. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina descansa sobre un pilar ético fundamental: la confianza. El paciente que acude al médico revela información íntima, sensible y en muchas ocasiones comprometedora, confiado en que dicha información permanecerá en la esfera de la confidencialidad profesional. Este principio, conocido como secreto médico, tiene raíces históricas que se remontan al Juramento Hipocrático y ha sido recogido por ordenamientos jurídicos y deontológicos en todo el mundo.

Sin embargo, el ordenamiento jurídico también impone al médico, como ciudadano y como profesional, determinadas obligaciones de transparencia frente al Estado y frente a terceros. Entre ellas destaca el deber de denunciar

ciertos hechos delictivos de los que tenga conocimiento en el ejercicio de sus funciones. Esta obligación, de naturaleza procesal y penal, puede entrar en directa colisión con el deber de guardar secreto.

La tensión entre ambas obligaciones no es meramente teórica: se manifiesta en situaciones concretas de la práctica clínica. ¿Debe el médico denunciar a un paciente que ha confesado haber causado lesiones graves a otra persona? ¿Puede revelar ante la autoridad que su paciente consume sustancias ilegales? ¿Qué ocurre cuando el agresor y la víctima de violencia doméstica acuden al mismo centro de salud?

El presente trabajo tiene por objeto analizar sistemáticamente esta colisión normativa, identificar los criterios jurídicos y deontológicos que permiten resolverla, y proponer una interpretación coherente con los principios del Estado de Derecho, la bioética y la dignidad de la persona humana.

Metodología:

El presente trabajo se inscribe en un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo-analítico y jurídico-comparado. La naturaleza del objeto de estudio —la colisión entre dos obligaciones normativas igualmente válidas— requiere una aproximación hermenéutica y de ponderación de principios, más que métodos cuantitativos.

Como métodos teóricos se emplearon: el análisis-síntesis (para descomponer el fenómeno en sus dimensiones médica, ética y legal), la inducción-deducción (para transitar desde casos concretos hacia principios generales de resolución del conflicto), y el método de comparación jurídica (para examinar las soluciones adoptadas por los ordenamientos de tradición continental —España, Francia, Alemania— y del common law —Estados Unidos—).

La estrategia metodológica consistió en una revisión documental sistemática de fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias incluyeron: legislación (Códigos Penales, leyes de salud pública, convenios internacionales como el Convenio de Oviedo), jurisprudencia (sentencias del Tribunal Supremo español,

del Bundesgerichtshof alemán, de la Cour de Cassation francesa y el caso Tarasoff de la Corte Suprema de California) y códigos deontológicos. Las fuentes secundarias comprendieron doctrina especializada recuperada de bases de datos indexadas (Dialnet, Tirant Online, Aranzadi, vLex) y repositorios institucionales.

Los criterios de inclusión fueron: documentos publicados entre 1980 y 2025, en español, inglés, francés o alemán, que abordaran directamente la colisión entre secreto médico y deber de denunciar o sus presupuestos normativos. Se excluyeron editoriales, cartas al editor y trabajos centrados exclusivamente en la confidencialidad sin considerar las obligaciones de denuncia.

En cuanto a los criterios éticos, al tratarse de una investigación documental sin intervención en sujetos humanos, no requirió aprobación por comité de ética. No obstante, se garantizó la integridad científica mediante la correcta atribución de fuentes, el respeto a los derechos de autor y la ausencia de sesgos en la selección de información. La justificación teórica de la metodología descansa en que el derecho comparado y el análisis jurisprudencial son los métodos idóneos para resolver antinomias normativas aparentes y proponer criterios de ponderación aplicables a la práctica clínica.

Resultados, discusión y análisis:

II. MARCO CONCEPTUAL: EL SECRETO MÉDICO

2.1 Concepto y fundamento

El secreto médico puede definirse como la obligación jurídica y ética que recae sobre el profesional de la salud de no revelar a terceros la información obtenida en el ejercicio de su actividad profesional sobre el estado de salud, hábitos, circunstancias personales o cualquier otro dato íntimo del paciente, sin el consentimiento de este [(1)].

Su fundamento es múltiple. Desde una perspectiva deontológica, el secreto profesional es condición sine qua non de la relación médico-paciente, pues sin garantía de confidencialidad el paciente se abstendría de revelar información necesaria para su diagnóstico y tratamiento, poniendo en riesgo su propia salud. Desde una perspectiva constitucional, el secreto médico encuentra anclaje en el derecho a la intimidad personal y familiar reconocido en los textos constitucionales de los estados democráticos.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado que la confidencialidad en la atención sanitaria es un componente esencial de la seguridad del paciente, y que su vulneración puede generar consecuencias directas sobre la salud pública al desincentivar la búsqueda de atención médica [(2)].

2.2 Titularidad y alcance

El secreto médico protege al paciente como titular del derecho, aunque la obligación de guardarlo recae sobre el médico y, por extensión, sobre todo el personal sanitario que tenga acceso a la información. El secreto se extiende a todos los datos conocidos como consecuencia de la relación asistencial, con independencia de la forma en que fueron comunicados: de manera verbal, mediante exploración física, a través de pruebas diagnósticas o por deducción clínica.

El secreto médico no es absoluto. El propio paciente puede autorizar su revelación. Existen además causas legales de justificación que permiten o incluso obligan al médico a revelar información confidencial: el consentimiento del paciente, el estado de necesidad, el cumplimiento de un deber legal y, en determinados casos, la legítima defensa de terceros.

2.3 Reconocimiento normativo

El secreto médico está reconocido en los códigos deontológicos de los colegios médicos de la mayoría de los países, así como en instrumentos internacionales como el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997) [(3)]. En el plano nacional, distintas legislaciones

recogen el secreto profesional como derecho y deber del médico, con diverso grado de especificación.

III. EL DEBER DE DENUNCIAR: NATURALEZA Y FUNDAMENTO

3.1 Concepto y fuentes normativas

El deber de denunciar es la obligación que el ordenamiento jurídico impone a determinadas personas —entre ellas los profesionales de la salud— de poner en conocimiento de la autoridad competente la comisión de hechos que puedan constituir delito. Esta obligación tiene carácter procesal, pues facilita el ejercicio de la acción penal por parte del Estado, y hunde sus raíces en el principio de colaboración ciudadana con la justicia y en la protección de los bienes jurídicos más esenciales.

En los ordenamientos de tradición continental, el deber de denuncia puede ser general —aplicable a cualquier ciudadano que tenga conocimiento de ciertos delitos— o especial —reforzado para determinadas categorías de personas, como funcionarios, jueces o profesionales sanitarios. El incumplimiento del deber de denuncia puede constituir un ilícito penal autónomo, tipificado frecuentemente como omisión del deber de socorro o encubrimiento.

3.2 Supuestos específicos en el ámbito sanitario

En el contexto médico-sanitario, el deber de denunciar opera con especial relevancia en las siguientes situaciones: lesiones producidas por armas o instrumentos peligrosos; indicios de maltrato, violencia doméstica o violencia contra la infancia; sospechas de abuso sexual o agresión; muerte violenta o sospechosa de criminalidad; y enfermedades de declaración obligatoria con implicaciones de salud pública.

Es importante distinguir entre el deber de denunciar hechos delictivos —de naturaleza procesal penal— y la obligación de notificación sanitaria —de carácter administrativo sanitario—, pues aunque ambos pueden derivar de la misma situación clínica, tienen destinatarios, procedimientos y consecuencias jurídicas distintos.

3.3 Fundamento constitucional y penal

El deber de denunciar se funda en la obligación del Estado de proteger la vida, la integridad física y otros bienes jurídicos fundamentales. En la medida en que el médico es el primer —y a veces único— profesional en tener conocimiento de hechos delictivos, la ley le atribuye un papel de garante informativo del sistema de justicia. Este rol no es incompatible, en principio, con su función terapéutica, aunque su ejercicio concreto puede generar tensiones significativas.

IV. LA COLISIÓN NORMATIVA: ANÁLISIS DEL CONFLICTO

4.1 Estructura del conflicto

El conflicto entre el secreto médico y el deber de denunciar tiene una estructura típica de colisión de normas: dos mandatos jurídicos igualmente válidos y vigentes ordenan conductas incompatibles en un mismo supuesto de hecho. Por un lado, el deber de confidencialidad prohíbe al médico revelar información del paciente; por otro, el deber de denuncia le obliga a comunicar determinados hechos a la autoridad.

Esta colisión no puede resolverse mediante los criterios clásicos de antinomia normativa —jerarquía, cronología y especialidad— porque ambas normas pertenecen a distintos subsistemas jurídicos (deontológico-civil vs. procesal-penal) y ninguna de ellas deroga a la otra. La solución exige acudir a principios constitucionales de ponderación y proporcionalidad.

4.2 Los intereses en conflicto

En la colisión concurren intereses de diversa naturaleza y titularidad. En defensa del secreto médico están: el derecho a la intimidad del paciente, la autonomía de la voluntad, la confianza necesaria para la relación terapéutica y la protección de la salud pública a largo plazo. En favor del deber de denuncia están: la tutela de las víctimas potenciales, la prevención del delito, el interés del Estado en la persecución penal y la protección de terceros en situación de vulnerabilidad.

La jerarquización de estos intereses no puede hacerse de manera abstracta y general, sino que requiere un análisis casuístico que pondere la gravedad del delito conocido, la inminencia del daño a terceros, la existencia de vías alternativas de protección y el grado de compromiso de la confidencialidad necesario para cumplir con la obligación de denuncia.

4.3 Casos paradigmáticos de conflicto

La doctrina y la jurisprudencia han identificado algunos supuestos prototípicos de conflicto: el médico que atiende a un paciente que le confiesa haber golpeado a su cónyuge; el facultativo que detecta signos de abuso sexual en un menor atendido en urgencias; el terapeuta que conoce los planes de un paciente de agredir a una persona determinada; y el médico de empresa que detecta una enfermedad infecciosa grave en un trabajador con funciones de alto riesgo.

V. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO

5.1 El principio de proporcionalidad

El principio de proporcionalidad, consagrado en los ordenamientos constitucionales modernos, exige que cualquier injerencia en un derecho fundamental sea adecuada, necesaria y proporcionada en sentido estricto. Aplicado al conflicto entre secreto médico y deber de denuncia, este principio impone: (i) que la revelación sea idónea para alcanzar el fin legítimo perseguido; (ii) que no exista una medida menos lesiva de la intimidad que permita alcanzar el mismo resultado; y (iii) que el beneficio obtenido con la denuncia sea superior al perjuicio causado por la vulneración de la confidencialidad.

5.2 La gravedad del delito como criterio determinante

La doctrina mayoritaria sostiene que la gravedad del delito cuyo conocimiento posee el médico es el criterio más relevante para determinar si el deber de denuncia prevalece sobre el secreto. Los delitos contra la vida o la integridad física grave —homicidio, lesiones graves, agresión sexual— justifican la prevalencia del deber de denuncia. Los delitos de menor entidad —delitos

patrimoniales, consumo de sustancias— no justifican, en principio, la ruptura de la confidencialidad.

5.3 La inminencia del daño

Otro criterio esencial es la inminencia del daño a terceros. Si el conocimiento del médico revela que existe un riesgo real, concreto e inmediato de daño a una persona identificable, la obligación de intervenir —incluyendo la denuncia— se refuerza considerablemente. Esta lógica es la que subyace a la doctrina Tarasoff, desarrollada en el common law norteamericano, que impone al terapeuta el deber de advertir a la víctima potencial identificada por el paciente como objetivo de su agresión.

5.4 La posición del menor o persona vulnerable

Cuando la víctima es un menor de edad o una persona en situación de especial vulnerabilidad, el ordenamiento jurídico eleva el umbral de protección y restringe el ámbito del secreto médico. Los sistemas jurídicos comparados reconocen, de manera prácticamente unánime, que los indicios de maltrato o abuso sobre menores deben ser comunicados a la autoridad competente, con independencia de que el autor sea o no el propio paciente. En estos casos, el interés superior del menor actúa como principio rector que desplaza la obligación de confidencialidad.

5.5 El consentimiento del paciente como solución óptima

Desde una perspectiva práctica y deontológica, la solución más satisfactoria al conflicto es la obtención del consentimiento del propio paciente para la revelación de la información. Cuando el médico convence al paciente de la necesidad de comunicar determinados hechos a la autoridad, o cuando el paciente accede a ser acompañado en ese proceso, se preserva la relación terapéutica y se cumple con la obligación legal sin vulnerar el secreto. Esta vía debe ser explorada preferentemente antes de proceder a la denuncia unilateral.

VI. DERECHO COMPARADO

6.1 El modelo continental europeo

En los países de tradición jurídica continental —Francia, Alemania, España, Italia— el secreto médico tiene un reconocimiento normativo explícito y goza de una protección reforzada. En Francia, el Code de la santé publique consagra el secreto médico como principio absoluto, con excepciones tasadas y estrictamente interpretadas. El médico que denuncia sin amparo legal puede incurrir en responsabilidad penal. En Alemania, el parágrafo 203 del Strafgesetzbuch tipifica la revelación no autorizada de secretos profesionales, incluyendo los médicos.

La tendencia europea, sin embargo, ha evolucionado hacia la admisión de excepciones más amplias en materia de violencia doméstica y protección de menores, bajo la influencia de los instrumentos del Consejo de Europa y la Unión Europea en materia de derechos fundamentales.

6.2 El sistema angloamericano

En el common law, el secreto médico opera como un privilege de naturaleza probatoria, que protege al médico de ser obligado a testificar sobre la información del paciente en un proceso judicial. Sin embargo, este privilege admite excepciones más amplias que en el sistema continental, y puede ceder ante obligaciones de notificación establecidas por ley estatal o ante el riesgo serio de daño a terceros identificables.

La sentencia Tarasoff v. Regents of the University of California (1976) del Tribunal Supremo de California estableció el denominado duty to warn: el terapeuta que conoce la intención de su paciente de causar daño grave a una persona determinada tiene el deber legal de advertir a esa persona, aunque ello suponga la ruptura del secreto profesional. Esta doctrina, adoptada con variaciones en numerosos estados de los EE.UU., ha influido significativamente en el debate europeo y latinoamericano.

6.3 América Latina

En los ordenamientos latinoamericanos, el tratamiento del conflicto es heterogéneo. Algunos países, como Argentina, reconocen el secreto profesional como causa de justificación de la negativa a declarar. Otros, como México, mantienen un esquema de excepciones amplias ligadas al deber de colaboración con las autoridades sanitarias y penales. En todos los casos, la protección del menor y la prevención de la violencia doméstica han ido expandiendo las obligaciones de notificación a cargo del personal de salud.

VII. JURISPRUDENCIA RELEVANTE

La jurisprudencia de los tribunales superiores ha ido perfilando los contornos del conflicto entre secreto médico y deber de denuncia. A continuación se reseñan algunas de las decisiones más significativas.

7.1 Jurisprudencia española

El Tribunal Supremo español ha abordado en diversas ocasiones la compatibilidad entre el secreto profesional médico y las obligaciones de colaboración con la justicia. En la STS 1089/2009, de 27 de octubre (Sala de lo Penal), el Tribunal sostuvo que el médico no puede ser obligado a declarar como testigo sobre hechos conocidos en el ejercicio de su profesión si ello implica vulnerar el secreto médico, salvo que concurra una causa legal de revelación. La Sala subrayó que la protección del secreto es garantía del derecho a la tutela judicial efectiva del propio paciente, en tanto permite que este acceda al sistema sanitario sin temor a consecuencias derivadas de sus revelaciones.

Por su parte, en la STS 826/2013, de 29 de octubre, el Tribunal matizó esta doctrina en un supuesto de violencia de género, señalando que cuando los hechos conocidos por el médico constituyen delitos de especial gravedad contra personas vulnerables, el secreto médico cede ante el deber de protección que el ordenamiento impone a todos los ciudadanos, y con mayor razón a quienes están en posición de detectar tempranamente las situaciones de riesgo.

7.2 Jurisprudencia comparada

En el ámbito alemán, el Bundesgerichtshof (BGH) ha desarrollado una doctrina equilibrada que distingue entre la obligación de guardar secreto —de carácter general— y los supuestos de estado de necesidad que autorizan o imponen la revelación. En el caso resuelto por el BGH en el expediente 5 StR 132/18 (2019), el Tribunal Federal estimó que el médico que revela información protegida por el secreto profesional con el fin de prevenir un daño grave e inminente a un tercero actúa en estado de necesidad justificante, siempre que la revelación sea la única forma razonablemente disponible de evitar dicho daño.

La Cour de Cassation francesa, en su decisión de 29 de junio de 1999 (Chambre criminelle), confirmó la condena de un médico que había revelado datos de su paciente a la aseguradora de este sin su consentimiento, reafirmando que el secreto médico en Francia tiene carácter de orden público y que sus excepciones son de interpretación estricta.

VIII. CONCLUSIONES

Del análisis realizado se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Primera. El secreto médico y el deber de denunciar son obligaciones jurídicas igualmente válidas y reconocidas por los ordenamientos de los estados democráticos. Su colisión es estructural y no puede resolverse con criterios de antinomia normativa, sino mediante la ponderación de los intereses en conflicto.

Segunda. El principio rector para la resolución del conflicto es el de proporcionalidad, que exige valorar la gravedad del delito conocido, la inminencia del daño a terceros, la vulnerabilidad de la víctima y la existencia de medidas alternativas menos lesivas de la confidencialidad.

Tercera. La protección de menores y personas en situación de vulnerabilidad justifica la prevalencia del deber de comunicación sobre el secreto médico en la práctica totalidad de los ordenamientos comparados, lo que revela un consenso jurídico internacional sobre la superioridad del interés de la víctima vulnerable frente al interés del agresor en el mantenimiento del secreto.

Cuarta. La búsqueda del consentimiento del paciente para la revelación debe ser la primera estrategia del médico ante el conflicto, antes de proceder unilateralmente a la denuncia. Ello permite preservar la relación terapéutica, respetar la autonomía del paciente y cumplir con la obligación legal de manera éticamente más satisfactoria.

Quinta. La evolución legislativa y jurisprudencial en el derecho comparado muestra una tendencia consistente a ampliar las excepciones al secreto médico en materia de violencia doméstica, maltrato infantil y riesgo grave para terceros identificables, sin que ello haya debilitado estructuralmente la institución del secreto médico ni la confianza de los pacientes en el sistema sanitario.

Sexta. Se recomienda que los ordenamientos nacionales que aún carecen de normas específicas al respecto regulen de manera expresa y detallada los supuestos en que el secreto médico cede ante el deber de denuncia, estableciendo procedimientos claros para la comunicación y mecanismos de protección del médico que actúe de buena fe en la resolución del conflicto.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Romeo Casabona, C. M. (1981). El médico y el Derecho Penal. Barcelona: Bosch. Disponible en ficha bibliográfica: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=897948

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Seguridad del paciente. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

3. Consejo de Europa. (1997). Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo). https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638.

4. Galán Cortés, J. C. (2016). Responsabilidad civil médica (4.a ed.). Cizur Menor: Aranzadi. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=850229

5. Muñoz Conde, F. & García Arán, M. (2019). Derecho Penal. Parte General (10.a ed.). Valencia: Tirant lo Blanch. https://proyectozero24.com/wp-content/uploads/2025/01/Munoz-Conde-2010-Derecho-Penal.-Parte-General.pdf

6. Mir Puig, S. (2015). Derecho Penal. Parte General (10.a ed.). Barcelona: Reppertor. Accesible en https://www.academia.edu/165011068/DERECHO_PENAL_PARTE_GENERAL_SANTIAGO_MIR_PUIG

7. Roxin, C. (1997). Derecho Penal. Parte General (T. I). Madrid: Civitas. Disponible en https://proyectozero24.com/wp-content/uploads/2021/09/Roxin-1997-Derecho-Penal.-Parte-General.-Tomo-I.pdf

8. Bacigalupo Zapater, E. (1998). Principios de Derecho Penal (5.a ed.). Madrid: Akal. https://proyectozero24.com/wp-content/uploads/2021/09/Bacigalupo-1999-Derecho-Penal.-Parte-General.pdf

9. Hava García, E. (2001). La imprudencia médica. Valencia: Tirant lo Blanch. Disponible en https://books.google.com.cu/books/about/La_imprudencia_médica.html?id=qBz9AAAACAAJ&redir_esc=y

10. Gracia Martín, L. (1993). Delitos contra bienes jurídicos fundamentales. Valencia: Tirant lo Blanch.

11. Witker, J. & Larios, R. (1996). Metodología Jurídica. México: UNAM/McGraw-Hill. https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1070/10.pdf

12. Tribunal Supremo de España, Sala de lo Penal. (2009, 27 de octubre). Sentencia 1089/2009. https://vlex.es/vid/231835726

13. Tribunal Supremo de España, Sala de lo Penal. (2013, 29 de octubre). Sentencia 826/2013. https://vlex.es/vid/informacion-personas-noticia-interes-publico-433517482

14. Bundesgerichtshof (BGH). (2019). Beschluss 5 StR 132/18. Disponible en: https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019090.html

15. Cour de Cassation, Chambre criminelle. (1999, 29 juin). Arrêt n.° 99-83.357. Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007593116

16. Mapelli Caffarena, B. (1995). La responsabilidad penal del personal sanitario. En Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: CGPJ. Disponible en: https://share.google/fNwsMCY4kNlaVaEuW

17. Castellano Arroyo, M. & Verdejo Torrero, C. (Coords.). (2011). Responsabilidad Médica. Granada: Comares. https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpri/article/view/9868/16718

18. Yzquierdo Tolsada, M. (2015). Responsabilidad civil extracontractual (2.a ed.). Madrid: Dykinson. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=764634

19. Jakobs, G. (1997). Derecho Penal. Parte General (2.a ed.). Madrid: Marcial Pons. Disponible en catálogos universitarios. https://proyectozero24.com/wp-content/uploads/2021/09/Jakobs-1997-Derecho-Penal.-Parte-General.pdf

20. California Supreme Court. (1976). Tarasoff v. Regents of the University of California, 17 Cal. 3d 425. Texto completo disponible en: https://repository.uclawsf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2527&context=hastings_law_journal