



Ratio Juris

ISSN: 1794-6638

editor.ratiojuris@unala.edu.co

Universidad Autónoma Latinoamericana  
Colombia

Vallejo Jiménez, Geovana Andrea  
ALCANCES DEL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA ACTIVIDAD MÉDICA  
Ratio Juris, vol. 9, núm. 19, julio-diciembre, 2014, pp. 53-76  
Universidad Autónoma Latinoamericana  
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=585761328007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## ALCANCES DEL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA ACTIVIDAD MÉDICA\*

GEOVANA ANDREA VALLEJO JIMÉNEZ\*\*

Presentado: junio 3 de 2014 • Aprobado: 27 de junio de 2014

### Resumen

En este texto se pretende hacer un análisis de la forma como opera el principio de confianza en las divisiones del trabajo horizontal y vertical cuando la actividad es ejecutada por varias personas que de manera conjunta realizan la actividad médica. El objetivo principal de este artículo, por lo tanto, será identificar cuál es el límite del principio de confianza en la actividad sanitaria, atendiendo a la división horizontal y vertical del trabajo del equipo médico.

**Palabras clave:** principio de confianza, equipo médico, división horizontal, división vertical.

---

\* Este artículo es producto de la tesis doctoral (finalizada y defendida en septiembre de 2012): “Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica”, desarrollada dentro del marco del doctorado “Responsabilidad jurídica. Una perspectiva multidisciplinar”. Dicha tesis fue ampliada y actualizada con nuevas consideraciones. Este trabajo se inscribe en los proyectos de investigación DER2010-16558 (Ministerio de Ciencia e Innovación de España en parte con fondos FEDER) y DER2013-47511-R (Ministerio de Economía y Competitividad de España) del que es investigador principal el profesor Miguel Díaz y García Conlledo y de cuyo equipo investigador forma parte la autora.

\*\* Abogada y docente investigadora de la Universidad San Buenaventura-Seccional Medellín. Especialista en Derecho penal por la Universidad EAFIT y doctora en Derecho de la Universidad de León (España), adscrita al grupo de investigación “Derecho, cultura y ciudad” de la Facultad de Derecho de la Universidad de San Buenaventura (seccional Medellín) y Derecho penal de la ULE (DPULE) (geovanna.vallejo@usbmed.edu.co).

## SCOPE OF THE PRINCIPLE OF CONFIDENCE IN MEDICAL ACTIVITY

### **Abstract**

This paper tries to analyze how the principle of trust operates in horizontal and vertical divisions of labor when the activity is executed by several persons jointly perform medical activities. The main purpose of this article, therefore, is to identify what is the limit of the principle of trust in health care, based on the horizontal and vertical division of labor of the medical team.

**Keywords:** Principle of trust, medical equipment, horizontal split, vertical split.

## CHAMP D'APPLICATION DU PRINCIPE DE LA CONFIANCE EN ACTIVITÉ MÉDICALE

### **Résumé**

Cet article tente d'analyser comment le principe de confiance fonctionne dans les divisions horizontales et verticales de travail lorsque l'activité est exécutée par plusieurs personnes exercent conjointement des activités médicales. Le but principal de cet article est donc d'identifier quelle est la limite du principe de la confiance dans les soins de santé, sur la base de la division horizontale et verticale du travail de l'équipe médicale.

**Mots-clés:** Principe de la confiance, de l'équipement médical, split horizontal, fissure verticale.

## AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PRINCIPIO DELLA FIDUCIA NELL'ATTIVITÀ MEDICA

### Riassunto

Questo testo si propone di effettuare un'analisi del modo in cui opera il principio della fiducia nelle divisioni del lavoro orizzontale e verticale quando l'attività viene eseguita per diverse persone che svolgono congiuntamente l'attività medica. L'obiettivo principale di questo articolo, pertanto, sarà identificare quali sono i limiti del principio della fiducia nell'attività sanitaria, secondo la divisione orizzontale e verticale del lavoro dell'equipe medica.

**Parole chiave:** Principio della fiducia, equipe médica, divisione orizzontale, divisione verticale.

## ALCANCES DO PRINCÍPIO DE CONFIANÇA NA ATIVIDADE MÉDICA

### Resumo

Este texto procura fazer uma análise da forma como opera o princípio de confiança nas divisões do trabalho horizontal e vertical quando a atividade é executada por várias pessoas que de maneira conjunta realizam a atividade médica. O objetivo principal deste artigo, portanto, será identificar qual o limite do princípio de confiança na atividade sanitária, atendendo a divisão horizontal e vertical do trabalho da equipe médica.

**Palavras chave:** Princípio de confiança, equipe médica, divisão horizontal, divisão vertical.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación es producto del resultado del proyecto de investigación adelantado dentro del marco de la tesis doctoral: “Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica”. La metodología científica empleada en este trabajo ha sido la dogmática penal, pues el correcto uso del contenido del derecho y la aplicación racional del mismo se logra a través de la dogmática penal (Gimbernat, 1990: 158). Así mismo, a lo largo de la elaboración de este trabajo siempre se buscó que la conclusión o el argumento final tuviera un fundamento válido a partir del principio de legalidad.

El ejercicio de la medicina moderna ha exigido una constante evolución en la ejecución de la actividad sanitaria, a tal punto que en la actualidad resulta excepcional que aquella sea ejercida por un solo profesional. Habitualmente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente compete a varios profesionales, quienes además van a estar coadyuvados por auxiliares sanitarios, como es el caso de las enfermeras/os, ayudantes, instrumentistas, matronas, entre otros.

Este fenómeno relativamente nuevo de la medicina en equipo exige, tanto en el ámbito jurídico como en el sanitario, la necesidad de delimitar las respectivas responsabilidades, normalmente imprudentes, de los diversos miembros del equipo y, en este sentido, la dogmática penal ha encontrado y postulado criterios que permiten la separación de responsabilidades de los intervinientes. Estos principios o criterios son conocidos como: el principio de división del trabajo y el principio de confianza. Conforme al primero de ellos, cada miembro del equipo sanitario deberá realizar su actividad en la parte que le corresponda, tras la aplicación de un plan de división de funciones, que, en unos casos, será de forma horizontal y, en otros, de forma vertical.

El segundo criterio, es decir, el principio de confianza, opera en virtud de la aplicación de la distribución horizontal y vertical de tareas; así, el profesional que se encuentra en división horizontal con sus demás compañeros de equipo confía en que aquellos van a llevar a cabo su actividad a través de una correcta aplicación del deber objetivo de cuidado, como lo haría un médico medio ideal; pero también, el médico que se encuentra en un nivel jerárquico superior confía en que sus subordinados asuman la función que les ha sido designada observando la *lex artis* (Vallejo, 2012: 38).

En el presente artículo solo voy a referirme al principio de confianza y la forma de operación en las divisiones horizontales y verticales en la actividad médica, toda vez que sobre la división del trabajo en equipo ya me había pronunciado en otro texto publicado (Vallejo, 2012).

El principio de confianza limita la responsabilidad de los sujetos intervinientes en la actuación conjunta proveniente bien sea de divisiones horizontales o verticales producto de las relaciones que surgen en el trabajo del equipo médico. Este principio viene a superar el esquema clásico que consideraba que el delito imprudente solo estaba pensado para conductas individuales, pues este pasa a desempeñar un papel fundamental al permitir delimitar la responsabilidad penal entre sujetos que realizan conjuntamente una actividad, como es el caso de la médico-sanitaria.

El postulado básico del principio de confianza indica que en las actuaciones conjuntas cada uno de los intervinientes puede confiar en que el resto de los que con él interactúan realizarán correctamente su trabajo, es decir, actuarán conforme al deber objetivo de cuidado. La doctrina mayoritaria considera que el principio de confianza delimita el deber de cuidado que le corresponde observar a cada uno de los intervinientes en una actividad realizada en equipo, puesto que cuando dos o más personas realizan una misma actividad todas ellas deben estar atentas a lo que hacen los demás, por lo que el principio de confianza fija un límite y establece hasta dónde tiene que llegar la atención y el cuidado de cada uno de los integrantes del equipo (al respecto puede verse, entre otros, Romeo, 1981: 249; Cerezo, 1998: 171; Feijoo, 2000: 98; Stratenwerth, 2005: 437; Corcoy, 2005: 315; De Vicente y Rodríguez, 2007: 174; Maraver, 2009: 146 y Rodríguez, 2012: 216).

Lo anterior implica que el principio de confianza opera cuando intervienen varios sujetos en la realización de una actividad peligrosa, y cada uno de los intervinientes puede confiar en que los demás actuarán correctamente mientras no se presenten circunstancias especiales que hagan pensar en lo contrario. Tal y como lo exponen Muñoz y García (2010: 286) este principio no puede pretender una vigilancia absoluta cuando es evidente que alguien va a defraudar esa confianza, como cuando el peatón atraviesa la calzada a pesar de estar en rojo el semáforo o cuando el ayudante de quirófano es un novato.

En relación propiamente con la profesión sanitaria Barreiro (1990: 119) considera que el principio de confianza aplicado a la actividad médico quirúrgico:

Implica que el cirujano puede, en principio, confiar en que sus colaboradores (anestesiista, ayudantes, enfermeras) se comportarán diligentemente, en tanto no concurran en el caso concreto circunstancias especiales –como la falta de cualificación, inexperiencia, ineptitud, descuidos graves–, reconocibles, que le hagan pensar en lo contrario [...] El principio de confianza tiene importancia y sentido en la actividad médico-quirúrgica –aplicable tanto en la división de trabajo horizontal como en la vertical– en cuanto: evita la sobrecarga de trabajo (y la posible exasperación de los deberes de diligencia) del médico jefe del equipo; hace posible una mayor concentración en su cometido (empleo de la adecuada técnica quirúrgica) y proporciona la necesaria seguridad en la eficacia del trabajo en equipo.

De manera similar Cerezo (1998: 171) ha expresado que el principio de confianza opera en las intervenciones quirúrgicas en el sentido que:

El cirujano puede confiar en que el personal auxiliar (anestesiistas, enfermeras, ayudantes) observa el cuidado objetivamente debido, mientras que, dadas las circunstancias del caso concreto, no tenga motivos para pensar lo contrario. El principio de confianza solo es aplicable en este caso, sin embargo, si el cirujano ha observado el cuidado objetivamente debido al distribuir las tareas, al coordinar la labor del equipo, al seleccionar al personal auxiliar y al supervisar sus primeras actuaciones. Cuanto menores sean la preparación real y la experiencia de sus colaboradores mayor será el deber de supervisión del médico y menor el campo de aplicación del principio de confianza. El personal auxiliar puede, a su vez, en la corrección de las instrucciones recibidas del cirujano, mientras que, dadas las circunstancias concretas del caso, no tenga motivos para dudar de la misma.

De acuerdo con lo anterior, no cabe duda que la aplicación del principio de confianza en la actividad médica va a depender de la división horizontal y vertical del trabajo en equipo; por lo tanto, es necesario tener en cuenta que, si bien el principio de confianza sirve como criterio delimitador de la responsabilidad del trabajo en la relación vertical u horizontal, este no opera de manera absoluta en la actividad médico-sanitaria. Me refiero a que no siempre el profesional de la salud que ha realizado alguna actividad en equipo va a poder argumentar en su favor que su comportamiento (descuidado) obedece a la confianza que le reporta la actuación de sus demás compañeros de equipo. Así, lo problemático de esta figura consiste en determinar

el alcance del principio de confianza, es decir, hasta dónde puede confiar un sujeto en la correcta actuación del que con él interactúa en el desarrollo conjunto de una actividad (Rodríguez, 2008: 319).

A continuación veremos cómo opera el principio de confianza y, a su vez, cómo se ve delimitado en las relaciones horizontales y verticales de trabajo cuando este es ejecutado por diversos miembros del equipo médico.

## EL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA DIVISIÓN HORIZONTAL DE TRABAJO

Es preciso advertir que la división de trabajo horizontal en el equipo sanitario opera como una relación que se da entre iguales, es decir, entre profesionales facultativos y no facultativos, con una formación académica similar, quienes desarrollan una actividad autónoma e independiente pero coordinada, atendiendo a las funciones asignadas en el organigrama competencial de la entidad hospitalaria a la que pertenezcan los mismos (Vallejo, 2012: 39-41); es decir, que para que se dé la división horizontal en la actividad médica hay que partir de un trabajo que se desarrolla con la intervención de varios profesionales de la salud y con una misma titulación, quienes coordinadamente según las funciones asignadas desarrollan una intervención sobre el mismo paciente. Tradicionalmente esta división se asocia por lo general al trabajo desempeñado en una actividad quirúrgica por un cirujano y un anestesta o por médicos especialistas.

Para la doctrina mayoritaria el principio de confianza opera con mayor intensidad en las relaciones de división horizontal de trabajo; ello tiene su razón de ser en el carácter independiente y autónomo de las funciones que desempeñan cada uno de los profesionales de la salud que se encuentran en plano de igualdad de conformidad con su formación académica y la posición que ocupan en el organigrama del centro médico (Silva, 1994: 57; Barreiro, 1995: 369; Choclán, 1998: 185; Feijoo, 2000: 112; Hava, 2001: 77; Gómez, 2008: 415; Rodríguez, 2012: 259). Sin embargo, pese al reconocimiento de la eficacia del principio de confianza en las relaciones de división horizontal, en la doctrina se discute sobre si este opera de manera absoluta en este tipo de divisiones o se trata de un principio que se encuentra limitado. Por lo tanto, a continuación veremos cuáles han sido las diferentes posturas adoptadas por la doctrina y la que en este trabajo se considera puede ser la más pertinente.

## Las diferentes posturas de la doctrina en torno al principio de confianza en la división horizontal de trabajo en la actividad sanitaria

Tal y como se acaba de mencionar, frente a la aplicación de los límites del principio de confianza en la división horizontal de trabajo en las actividades médicas no existe unanimidad por parte de la doctrina, pues para algunos autores el principio de confianza debería actuar de manera ilimitada, mientras que para otros debería existir algún tipo de restricción pese a que el personal de la salud se encuentre en el mismo plano de igualdad.

La vigencia ilimitada del principio de confianza es sostenida por Wilhelm (Rodríguez, 2008: 321) quien considera que éste conserva su vigencia bajo cualquier circunstancia, de tal manera que los profesionales de la salud que actúen en relaciones de horizontalidad no tienen por qué velar por el cumplimiento de las tareas que corresponden a otros colegas.

De acuerdo con De Vicente y Rodríguez (2007: 176) esta postura consiste en que ninguno de los intervinientes abarcará con su conducta las actuaciones de los demás, por lo que el deber de cuidado de los participantes se restringirá a su concreto ámbito de actuación, y por ende el tercero que con él interactúa no constituirá en ningún caso factor de riesgo que deba ser considerado por el deber de cuidado del primero. Lo anterior implica, entonces, que un médico pese a estar actuando conjuntamente con varios colegas y desplegando una actividad sobre el mismo paciente solo tendrá el deber de velar por su propio comportamiento, confiando ciegamente en la actividad que ejecuta su compañero.

Por otra parte, la doctrina mayoritaria, como por ejemplo Barreiro (1990: 140), Choclán (1998: 185), Hava (2001: 179), Villacampa (2003: 151), Gómez (2008: 418), Rodríguez (2012: 268) entre otros; se oponen a considerar que el principio de confianza opere bajo una vigencia ilimitada en las relaciones horizontales de trabajo; por lo tanto, se sostiene que, si bien por regla general los profesionales que se encuentren en supuestos de división horizontal pueden confiar en el trabajo que cada uno realiza, este nivel de confianza debe hallarse interrumpido cuando se observe una infracción de la diligencia debida por parte del tercero. Villacampa (2003: 217) destaca algunas situaciones que pueden presentarse en este tipo de relaciones que limitan el empleo de la confianza absoluta; así, cree que en las especialidades en las que se configura una relación analítica el facultati-

vo encargado de emitir un diagnóstico va a depender de los resultados que emitan las pruebas diagnósticas; por ejemplo, el anestesista puede determinar el grado de narcosis atendiendo al resultado del electrocardiograma, el oncólogo solo puede decidir el tratamiento de acuerdo con los resultados de los exámenes patológicos y el cirujano decide el tipo de intervención dependiendo de los resultados del TAC. En todos estos casos se podría suponer que el médico puede confiar en la correcta ejecución de las pruebas diagnósticas; sin embargo, si este llegará a constatar la concurrencia de una conducta descuidada del analista o del equipo analítico en función de los conocimientos propios que desarrolla y decidiera, no obstante, utilizar la prueba para la emisión del diagnóstico o la aplicación de un determinado tratamiento, en el supuesto de que se llegara a producir un resultado lesivo para la vida o la salud del paciente, tanto éste como el analista deberán responder a título de imprudencia.

De acuerdo con este sector de la doctrina, el límite entre el principio de confianza y la división horizontal de trabajo se halla en la ruptura de la normalidad, es decir, cuando se presentan circunstancias que hacen que el cirujano desconfíe de la conducta del anestesiólogo o que el cardiólogo dude seriamente del tratamiento que un médico internista le aplica a un paciente tratado por ambos; en ese momento habrá una quiebra de la normalidad y decaerá la confianza como delimitador de la infracción del deber de cuidado. Por ejemplo, en una sentencia emitida por el Tribunal Supremo español el 13-11-2003 (RJ 874) se decide absolver a un médico cirujano que confía en el diagnóstico emitido por un médico especialista con licenciatura cursada en Francia. Considera el alto Tribunal que no era perceptible ningún acto de anormalidad en la actuación del médico encargado de emitir la diagnosis. Expresamente se dijo:

Tras las precedentes consideraciones, y puesto que se trata de un motivo de infracción de ley, es preciso tomar en consideración lo que se dice en los hechos probados sobre la actuación de Juan Luis en este punto. Y lo que consta es que él mismo recibió de manos de la embarazada el dictamen emitido por el otro recurrente, que prestaba sus servicios en la Clínica Mediterránea, de Castellón. Es todo, y de ello resulta que esa colaboración se produjo en el marco normalizado de relaciones entre dos entidades reglamentariamente autorizadas para prestar servicios médicos. Por lo que no hay dato alguno de hecho que permita afirmar que Juan Luis hubiera tenido motivos para sospechar de la legalidad del informe recibido.

Tal y como lo sustentan De Vicente y Rodríguez (2007: 176), en la división horizontal del trabajo la confianza que surge entre médicos es algo que ya viene dado por la propia cualificación específica en diferentes ámbitos, por lo tanto, cuando concurre el trabajo en equipo existe inicialmente la confianza de que todos los miembros del equipo que se encuentran en horizontalidad, por su cualificación y especialización, llevarán a cabo su trabajo diligentemente; no obstante, consideran estos autores que el principio de confianza no opera ilimitadamente y, por tanto, cuando se presente una situación de anormalidad por parte de alguno de los miembros del equipo se generará una ruptura de la confianza. Por ende, para determinar la responsabilidad es necesario identificar en cuál de los intervinientes de la actividad médica surge la obligación de neutralizar el peligro.

### Consideraciones particulares

Si bien es cierto que en las divisiones horizontales de trabajo en equipo en la actividad sanitaria el grado de confianza que existe entre los diferentes intervinientes reporta un alto nivel, es imposible considerar que las actividades que allí se desarrollan son absolutamente independientes entre sí, por el contrario, se trata de actividades concatenadas en las que se hace preciso observar unos criterios mínimos de atención con relación a los comportamientos desplegados por cada uno de los profesionales que actúan en el equipo; de tal manera que, de llegarse a observar por parte de alguno de los miembros del equipo que existe un comportamiento irregular proveniente de algún colega que infringe el deber objetivo de cuidado, tal y como lo señala la doctrina mayoritaria, el principio de confianza recaerá en ese instante y, por lo tanto, este no podrá operar de manera absoluta sino que dependerá de la ruptura de la normalidad.

Para explicar la anterior postura considero que lo primero que debe pensarse en un procedimiento cuya intervención requiere de diferentes sujetos que se encuentran en división de trabajo horizontal es definir las competencias que le corresponden a cada uno de ellos; por ejemplo, en las actividades médico-quirúrgicas será indispensable identificar los diferentes momentos, el antes, el durante y el después de la operación (Gómez, 2008: 413); así, en la fase preoperatoria el anestesta es quien deberá intervenir adoptando las medidas de examen previo y el procedimiento de narcosis proyectado; en la fase preoperatoria las conductas del cirujano y del anestesta son interdependientes, siendo responsabilidad de este último lo relacionado

con el mantenimiento de los signos vitales del paciente y la conducción de la narcosis, pero a su vez en virtud del principio de confianza y de división horizontal del trabajo tendrá la obligación de advertir al cirujano sobre los posibles problemas y riesgos anestésicos, por lo que si este indica de manera inadecuada los posibles problemas y riesgos, produciéndose un fallo anestésico, será el anestesista el llamado a responder, salvo que el cirujano por sus conocimientos hubiera detectado que la información suministrada por el anestesista era visiblemente incorrecta y sin embargo, decidiera proseguir con la intervención, en cuyo caso también habrá de responder penalmente; porque justo en el momento en que el cirujano se percató de la irregularidad se rompe el binomio de normalidad de la confianza, siendo obligación de este neutralizar el peligro.

En la fase postoperatoria al anestesista le corresponde el deber de vigilancia del paciente mientras este se recupera del estado de narcosis, por lo tanto, mientras se produce la recuperación debe estar al tanto de controlar las posibles complicaciones que se puedan presentar en las constantes vitales del paciente; así mismo, la función del cirujano se extiende hasta esta fase debiendo prevenir y controlar los peligros y daños que se puedan producir una vez concluido el procedimiento quirúrgico.

Por lo anterior, para determinar en una relación horizontal a quién le corresponde prevenir los peligros que se causan en una actividad médica y delimitar la aplicabilidad del principio de confianza, se deben tener en cuenta las competencias que le corresponde desarrollar a cada uno de los sujetos que intervienen en la actividad y el momento en que debe llevarse a cabo su actuación. Por lo tanto, deberá existir una estrecha relación entre las funciones de los participantes, desde el primero que interviene hasta el último, toda vez que la conducta incorrecta del primer sujeto puede generar una conducta imprudente en los demás, o bien, puede generar la aplicación de una norma de cuidado que evite los resultados lesivos que se derivan de la conducta que ha sido incorrecta, tal y como señala Maraver:

Cuando se afirma que el sujeto que actúa de manera incorrecta o descuidada no puede confiar en la conducta correcta de los terceros se incurre en una *tautología*, pues el carácter incorrecto o descuidado de la conducta presupone la imposibilidad de confiar. Se advierte, por ello, que tal afirmación debe interpretarse más bien en el sentido de que el principio de confianza determina el deber de cuidado pero no dispensa de su cumplimiento, de manera que el sujeto no puede

realizar una conducta incorrecta confiando en que los terceros eviten la producción del resultado lesivo (Maraver, 2009: 122).

Así las cosas, se trata entonces de delimitar las competencias que le corresponden a cada uno de los intervinientes en la actuación sanitaria, las cuales, una vez asumidas por cada miembro del personal sanitario, podrán por regla general confiar en que cada uno va a desempeñar correctamente la fase que le corresponde, salvo que sea posible reconocer que uno de los intervinientes ha infringido el deber objetivo de cuidado. Es preciso aclarar que la reconocibilidad de las circunstancias que harían decaer el principio de confianza se encuentra en un grado superior al de la simple previsibilidad del riesgo (Choclán, 1998: 113); es decir, que el médico debe reconocer la actuación negligente de su compañero por ser altamente evidente y no simplemente presumirla. Solo de esta manera se genera una ruptura del principio de confianza. En palabras de Rodríguez (2012: 270):

Es necesario que dicha infracción del cuidado sea reconocible, lo cual va más allá, sin duda, que la mera estadística u observación reiterada de infracciones de cuidado en el pasado. Esta exigencia supone que las circunstancias que puedan llevar a la caída del principio de confianza se manifiesten intensamente, de manera que para el otro profesional sanitario resulte clara y evidente una ausencia de normalidad en el caso. Pero en mi opinión, el término reconocibilidad también delimita semánticamente su objeto. Mientras la previsibilidad, o lo que es lo mismo, la posibilidad de prever, hace referencia a un hecho que va a suceder, de tal forma que la percepción del mismo se adelanta temporalmente, la reconocibilidad, la posibilidad de reconocer, se refiere a un suceso que está ocurriendo. Se puede reconocer algo que está sucediendo o a lo sumo, un suceso inminente.

Por lo anterior, el principio de confianza pierde su efectividad cuando el médico advierte, en el momento en que se está llevando a cabo su actuación, que por parte de su colega –tercero– ha habido un descuido que es fácilmente constatable, pudiendo ser determinado por aquel de acuerdo a sus conocimientos y a los de cualquier médico medio ideal ubicado en la misma situación del autor.

En conclusión, en los casos de división horizontal de trabajo no habrá lugar a confiar en la actividad que viene desempeñando alguno de los miembros del equipo médico, cuando se presente una pérdida de la normalidad.

Esto quiere decir que el principio de confianza se ve limitado en aquellos eventos en los que cualquiera de los intervinientes que se halla en situación de igualdad competencial con sus demás compañeros advierte que existe una clara e inminente infracción del deber objetivo de cuidado por parte de alguno de sus colegas, caso en el cual la confianza derivada en el trabajo del otro va a decaer.

## EL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA DIVISIÓN VERTICAL DE TRABAJO

Las relación vertical o de división vertical del trabajo, a diferencia de la división horizontal, es entendida como aquella que supone una relación jerárquica de subordinación (Romeo, 1985: 75), es decir, como una relación de jerarquía en la que existe una formación distinta entre los diferentes miembros del equipo, entendiendo por esta no solo la titulación sino también la experiencia acumulada en la vida profesional y con unas funciones competenciales superiores e inferiores (Vallejo, 2012: 41-44), por ejemplo la relación que surge entre médico especialista y enfermera.

En los supuestos de división vertical de trabajo el principio de confianza también juega un importante papel. En términos generales se podría decir que quien ocupa una posición de superior jerárquico confía en principio que sus instrucciones serán atendidas por quien está en un nivel inferior, pero de igual manera, este último también podrá confiar en que las órdenes o instrucciones que le fueron dadas son las correctas.

Al igual que en las divisiones horizontales de trabajo en las divisiones verticales no existe unanimidad de la doctrina sobre la forma como debe operar el principio de confianza, pues para un sector, al tratarse de relaciones jerárquicas no debería existir confianza del superior con relación a las actividades desplegadas por los subordinados, mientras que para otro sector, pese a los niveles de jerarquía el principio de confianza debe operar aunque, con mayores limitantes que como ocurre con las divisiones horizontales de trabajo.

### Las diferentes posturas de la doctrina en torno al principio de confianza en la división vertical de trabajo en la actividad sanitaria

Existe un sector minoritario de la doctrina que considera que el principio de confianza no opera en las divisiones verticales de trabajo. De acuerdo con Umbreit, quien actúa como superior jerárquico, le asiste en todo momento

la obligación de estar al tanto de cada una de las actuaciones desplegadas por los inferiores que están a su cargo, en ese sentido, el superior no podrá confiar en las actividades desarrolladas por quienes están cumpliendo sus órdenes sino que tendrá que vigilar que éstas se lleven a cabo correctamente, lo cual hace inexistente el principio de confianza en este tipo de actividades (Rodríguez, 2012: 282-283).

Para el sector mayoritario de la doctrina, cuando se trata de la división vertical del trabajo, el principio de confianza se halla mucho más limitado que en las relaciones horizontales, pero esto no implica que sea inexistente. Esto obedece, de acuerdo con Benítez y Cruz (2009), al deber de control que ejerce el superior sobre las labores que encomienda al inferior; aquel tiene la obligación de supervisar que el trabajo que ha encargado se realice conforme con los parámetros que ha indicado, por lo tanto afirma que:

Dentro de la división vertical opera también el principio de confianza, es decir, que el superior puede confiar en la actuación del subordinado “siempre que se trate de tareas que le son propias y para las que se encuentran convenientemente instruido y formado”; de la misma forma que los que se encuentran en relación de subordinación con él pueden confiar en su corrección sin que exista obligación de compensar un posible comportamiento defectuoso (Benítez y Cruz, 2009: 198).

Por otra parte, Feijoo considera que el principio de confianza en las relaciones verticales va a tener una eficacia diferente tanto en sentido ascendente como descendente, en tanto que la vigencia del principio de confianza resulta más evidente para el que recibe órdenes, sobre todo cuando existen grandes desniveles en cuanto a la preparación (por ejemplo relaciones entre médico y enfermera); pero en sentido inverso, cuanto menor sea la preparación y experiencia del subordinado mayor será el deber de supervisión del superior y, correlativamente, menor será el alcance del principio de confianza. Por lo tanto, el principio de confianza en este tipo de relaciones va a depender del grado de experiencia, pues no es lo mismo dar una instrucción a una enfermera con escasa experiencia que a un médico experimentado (Feijoo, 2000: 114).

Villacampa (2003: 154) por su parte, considera que el principio de confianza en las relaciones verticales es de supra-subordinación; en este sentido surgen dos clases de deberes para el superior jerárquico: los primeros se encuentran relacionados con la adopción de medidas organizativas que garanticen la calidad en la prestación del servicio y los segundos se

identifican con el deber que tiene el médico-jefe de seleccionar, informar, formar, vigilar y realizar pruebas de cualificación técnica y personal de quienes están a su servicio; esto significa que el médico-jefe debe evitar los peligros surgidos del trabajo conjunto de varias personas, es decir, que los deberes secundarios son deberes de selección y de control, los cuales van a ser observados con mayor o menor intensidad dependiendo de las características de las tareas y de la persona a quien se le encomiendan.

## Consideraciones particulares

Desconocer en absoluto la existencia del principio de confianza en las relaciones verticales de trabajo implicaría adoptar una postura en extremo y que llevaría a una vigilancia prácticamente imposible por parte del superior jerárquico con relación a las actividades que de los subordinados; por lo tanto, particularmente comparto la idea que en las relaciones de división vertical de trabajo el superior puede confiar en que las tareas que ha delegado serán llevadas a cabo conforme al deber objetivo de cuidado; sin embargo, esta confianza no podrá operar de manera absoluta, pues tal y como lo señala Rodríguez para que pueda aplicarse el principio de confianza en estas relaciones al superior jerárquico le asisten unos especiales deberes de control que le corresponderá observar respecto a su inferior o inferiores, deberes conocidos como “deberes secundarios de cuidado” (Rodríguez, 2012: 281) y que serán los que habrá que definir en este tipo de divisiones de trabajo como limitantes del principio de confianza.

Bajo estos presupuestos, el principio de confianza en la división vertical de trabajo encuentra una especial limitación en virtud de los deberes secundarios de selección, instrucción, coordinación, vigilancia, control y supervisión que debe tener el superior jerárquico frente al subordinado (Lascuraín, 1995: 147; Gómez 2004: 352). No obstante, hay que ver hasta qué punto estos deberes secundarios limitan realmente la posibilidad de confiar; por lo tanto Maraver (2009:140) propone distribuir en dos grupos estos deberes: deberes relacionados con la selección, la instrucción y la coordinación, y deberes relacionados con la vigilancia, el control o la supervisión.

### 1) Deberes de selección, instrucción y coordinación

Los deberes de selección, instrucción y coordinación tienen el carácter de servir como presupuesto para la aplicación del principio de confianza

en las divisiones verticales de trabajo en equipo en la actividad sanitaria. El deber de selección es entendido como aquel deber que tiene el superior jerárquico de seleccionar a las personas que van a ser parte del equipo de trabajo, y se trata de elegir a las personas que cuenten con la capacidad técnica y personal necesaria para realizar las tareas que le sean encomendadas; una vez comprobada esta capacidad el superior jerárquico podrá confiar en que el personal seleccionado es el idóneo para llevar a cabo las actividades que van a ser asignadas por él.

En segundo lugar, el superior tendrá el deber de instruir al personal seleccionado para que este pueda cumplir con una tarea, bien sea de carácter general o particular, y deberá verificar que esa instrucción se ha realizado conforme a los estándares exigidos y que el tercero ha recibido y comprendido correctamente las indicaciones.

En tercer lugar, está el deber de coordinación, el cual implica para el superior jerárquico establecer correctamente el reparto de las tareas atendiendo las circunstancias materiales, temporales y personales en las que se deba llevar a cabo la actividad (Romeo, 1981: 250). El incumplimiento de estos deberes limita la posibilidad de confiar; por lo tanto, el sujeto solo podrá hacerlo si previamente ha seleccionado, instruido y coordinado las tareas del subordinado. Si se cumple con estos tres deberes el superior jerárquico no tendrá motivos para desconfiar de la idoneidad del tercero para llevar a cabo la función delegada (Maraver, 2009: 140).

En apariencia se podría decir que estos deberes resultan sencillos de cumplir para cualquier profesional de la salud que se encuentre en un nivel de superioridad jerárquica; sin embargo, en lo que tiene que ver con el primer deber al que se hizo referencia, es decir, el de selección, este solo puede ser exigido a quien tenga la posibilidad de elegir, pero no siempre quien posee esta facultad se corresponde con la persona que posteriormente será el superior jerárquico en el momento de llevar a cabo el trabajo en equipo en la actividad sanitaria. Rodríguez (2012: 287) afirma que la posibilidad será diferente según nos encontremos en un centro sanitario público o privado.

En España la ley 55/2003, de diciembre 17 regula el marco del personal estatutario de los servicios de salud, contemplando en el Capítulo VI los requisitos para la provisión de plazas, criterios para la selección de personal temporal y fijo y sistemas de selección y de promoción interna; de igual manera se permite que los servicios sanitarios que pertenecen al Estado y a las comunidades autónomas sean cubiertos entre el sector público y el sector privado. Ahora, en el sector privado el superior generalmente tiene la

competencia de seleccionar directamente al personal que se encuentra bajo sus órdenes.

En Colombia la selección del personal de salud es incluso mucho más compleja, pues los hospitales públicos se encuentran bajo la figura de Empresas Sociales del Estado (ESE). El Decreto 785 de 2005 (artículo 22.5-parágrafo) autoriza a las ESE del nivel territorial para que cumplan sus funciones a través de contratación con terceros o convenios con entidades públicas o privadas (contratación de insumo, personal, localidades, etc.), lo que ha conducido a que la selección de personal no sea efectuada directamente por las entidades de salud públicas (salvo por algunas convocatorias por concurso de méritos que se realizan a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) lo habitual es que el personal de la salud sea contratado a través de las cooperativas de trabajo). Por otra parte, en las clínicas privadas se pueden presentar dos modalidades de contratación del personal, es decir, a través de las cooperativas de trabajo (hoy en día conocidas como sindicatos) o en el caso de los médicos cirujanos que eligen directamente el personal con el que desean trabajar.

Bajo estos presupuestos el deber de selección que se le exige al superior jerárquico como delimitador del principio de confianza no resulta tan obvio, salvo en los casos de entidades privadas en las que se le otorga al superior jerárquico la facultad directa de seleccionar a su personal. Por lo tanto, la discusión se concentra en los casos de centros sanitarios donde el superior jerárquico no tiene la facultad de seleccionar directamente al personal subordinado con quien posteriormente va a desempeñar el trabajo en equipo (Rodríguez, 2012: 287).

En la doctrina existen diversas opiniones sobre el tema en discusión, por ejemplo, para Gómez (2008: 436), si la selección del subordinado no ha correspondido al superior jerárquico o al médico con el que se va a llevar a cabo la actividad, este último quedaría exonerado de la obligación de comprobar la capacidad y destreza de sus colaboradores, por lo tanto, su deber de informar y de dar instrucciones parte de la idea de que las personas puestas a su disposición, son idóneas para desempeñar la actividad y por ende podrá confiar en la cualificación de estas, salvo que concurran circunstancias que alteren la normal presunción de capacidad.

Para Rivera (1997: 79) no se podría responsabilizar al jefe del equipo médico de las actuaciones de los subordinados ya que la conjugación del principio de confianza y de división del trabajo hace que el jefe del equipo no se considere responsable por cada una de las actuaciones que realice el

personal colaborador, que goza de plena autonomía dentro de sus funciones específicas, más aún en el campo de la medicina pública donde el jefe de equipo no es quien elige al personal auxiliar.

Una postura contraria a las anteriores la encontramos en Barreiro (1990: 162), quien advierte que la no participación del médico en la selección de personal no conduce a que éste presuma la capacidad y destreza de sus ayudantes, sino que, por el contrario, lo obliga a tener un especial deber de vigilancia y de control sobre los auxiliares impuestos por el establecimiento médico, es decir, el deber de vigilancia se intensifica para evitar una posible falta de cualificación del auxiliar sanitario incorrectamente seleccionado.

Por otra parte, encontramos una postura intermedia entre estas dos, aunque más cercana a lo dicho por el anterior autor, propuesta por Villacampa (2003: 213) y seguida por Rodríguez (2012: 290), quienes consideran que en los hospitales públicos, pese a que el superior jerárquico no direcciona el proceso de contratación laboral del personal, ello no obsta para que se inhiba de elegir o seleccionar el personal con el que va a llevar a cabo la actividad, pues esa selección se decide justo en el momento en que va a delegar en el auxiliar el cumplimiento de una función, toda vez que es en ese instante en el que éste tiene la posibilidad de valorar las cualidades, capacidades, aptitudes y actitudes de sus colaboradores.

En aras de adoptar una postura en la discusión suscitada, habrá que decir que comparto los argumentos expuestos por Villacampa y Rodríguez, ya que atienden a las realidades de la división vertical del trabajo en las actividades médicas, pues aunque el superior jerárquico no asume una competencia inmediata en la selección del personal que ingresa al centro de salud esto no quiere decir que se le excluya absolutamente del proceso de selección de sus colaboradores; de hecho, ese momento se da para el jefe del equipo en el instante de llevar a cabo la actividad propiamente dicha, pues es allí cuando este tiene la facultad de elegir a sus ayudantes, atendiendo a sus cualidades, competencias y características para la tarea que requiera designar, es decir, que el deber de selección opera para el médico-jefe no para la contratación del auxiliar al centro de salud, sino para el momento en que debe realizar la delegación de funciones y la división del trabajo en equipo en el desempeño de una actividad médica en específico; por lo tanto, este solo podrá confiar en el personal auxiliar cuando lo ha seleccionado previamente a cualquier intervención; sin olvidar que una vez hecha esta ha de cumplir con el deber de instrucción y coordinación de las actividades que delega.

## 2) Deberes de vigilancia, control o supervisión

Los deberes de selección, instrucción y coordinación no son suficientes para limitar el principio de confianza en la división vertical de trabajo. Por eso la doctrina considera que, además de estos, el superior jerárquico debe limitar aún más la posibilidad de confiar a través de los deberes de vigilancia, control o supervisión, es decir, se trata de una prolongación en el tiempo de los deberes de selección, instrucción y coordinación. La diferencia radica en que los deberes de vigilancia, control o supervisión se deben mantener hasta el momento en que el delegado realiza la conducta que le ha sido asignada. No se trata ya de garantizar las condiciones para establecer el reparto de tareas sino de velar por que el tercero realice correctamente la función que le ha sido encomendada (Maraver, 2009: 141).

El superior podrá confiar en el tercero en la medida en que realice todos los controles oportunos durante la ejecución de la tarea. Esos controles pueden estar referidos a aspectos concretos de la actividad o pueden realizarse a través de revisiones periódicas. La pregunta que surge es respecto del alcance de este deber de vigilancia, control o supervisión; es decir, si este se ejerce de manera absoluta o relativa respecto de la tarea que desarrolla el colaborador.

Para resolver este asunto Gómez (2008) advierte que el deber de control va a depender de varios supuestos, aquellos en los que el superior ha incidido en la designación del subordinado, aquellos en los que esta corresponde a otras instancias y aquellos en los que, independientemente de quien haya hecho el nombramiento, la tarea recae sobre una persona incompetente o carente de cualificación. Frente a esto último plantea dos situaciones:

El caso en que se designa a una persona totalmente incompetente o carente de cualificación necesaria para realizar la tarea de que se trate. Antes que de responsabilidad por la negligencia del inferior debe hablarse de la contrariedad a las reglas de cuidado de la acción misma de ordenar la tarea. Se trataría, en realidad, de un supuesto de prestación de una colaboración necesaria para la imprudencia del inferior que, por tanto, se traduce en un forma de *coautoría accesoría imprudente* junto a la responsabilidad en que incurra el subordinado [...] En segundo lugar, la responsabilidad del superior puede surgir de la omisión del deber de seguimiento de la actividad del subordinado. Es lo que sucederá en los casos que, si bien la persona designada está cualificada para realizar la actividad de que se trate, debido a

circunstancias personales, como su inexperiencia o falta de destreza, existan motivos fundados para desconfiar de la corrección de su trabajo. En estos casos, al quebrar el principio de confianza, por un lado, y al haber realizado el superior una previa tarea de injerencia representada por el acto mismo del nombramiento, por otro, sería posible fundamentar un deber de control y vigilancia continuada en torno a las actividades que tiene encomendada el inferior. La consecuencia de lo anterior es que si el superior omite ese deber y el resultado lesivo guarda una relación de riesgo con irregularidades en que haya incurrido por dicha actuación previa, podría fundamentarse su responsabilidad como *comitente omisivo* (Gómez, 2008: 438-439).

En todo caso, argumenta esta autora que en estos supuestos lo importante será la existencia de un “control externo de normalidad” sin que en ningún caso se tenga que comprobar de forma minuciosa la corrección de acto. Junto a estos supuestos también referencia eventos en los que advierte, ya *de facto*, que en el subordinado se presentan circunstancias (desconocimiento, incapacidad física, etc.) que le impiden realizar la tarea que se le encomienda. “En estos casos podría fundamentarse el deber del superior de supervisar cada uno de los actos que realice el subordinado, entendiendo por tal realizar un seguimiento *directo*, sin que pueda bastar al respecto el mero control externo de la apariencia de normalidad” (Gómez, 2008: 441); es decir, que según esta autora en este supuesto el principio de confianza no operaría.

No obstante, personalmente considero que un control absoluto sobre las actuaciones del subordinado excluiría por sí sola la posibilidad para el superior jerárquico de invocar el principio de confianza, pues ni siquiera podría hablarse de división de tareas si estas son controladas en absoluto por el médico-jefe. En términos de Maraver:

Es difícil reconocer la existencia de un deber de controlar la conducta de los terceros que llegue a excluir por completo la posibilidad de confiar. Es difícil porque la posición que ostenta el superior frente a los terceros no es razón suficiente para establecer un deber de control absoluto. La relación de subordinación no impide que el tercero tenga asignadas determinadas tareas. Por eso normalmente, salvo en los casos en los que el tercero se encuentra en una fase de formación, el deber de cuidado que se desprende de la especial posición no está referido a la actividad del tercero con carácter general, sino solo a las condiciones necesarias para poder establecer el reparto de tareas

(deber de selección, instrucción o coordinación) o para poder garantizar que las tareas se lleven a cabo con cierto grado de seguridad (deber de vigilancia, control o supervisión) (Maraver, 2009: 142-143).

Por otra parte, tampoco comparto la postura de Gómez cuando analiza el control que ha de tener el superior frente al inferior incompetente e inexperto, pues realmente el subordinado incapaz de realizar una actividad no debe ser seleccionado para que lleve a cabo la ejecución de la misma. Estas circunstancias deben ser advertidas por el superior jerárquico cuando previamente ha cumplido con el deber de selección; por lo tanto, si se llegara a seleccionar personal que no se encuentre capacitado no es que el superior deba ejercer un control absoluto sobre la actividad del inferior, simplemente es que aquel no podrá alegar en su favor que actuó bajo el principio de confianza, ya que previamente desconoció el deber de selección.

Para que opere el deber de control como límite del principio de confianza se debe partir de la idea de que el médico-jefe ya ha realizado el proceso de selección y que podrá confiar en que el personal elegido se encuentra capacitado para realizar la actividad que se le encomienda; por lo tanto, en ese sentido el deber de control, vigilancia o supervisión solamente es posterior, así, la actividad médica va a operar bajo el presupuesto de que está siendo desempeñada por personal competente. No obstante lo anterior, habrá de entenderse que la supervisión solo opera para vigilar las actividades que en general lleva a cabo el inferior jerárquico y no sobre cada uno de sus movimientos. Se trata de un control relativo que el superior jerárquico debe llevar a cabo sobre las actuaciones de sus ayudantes, es decir, un control que garantice que la actividad se está desempeñando con cierto grado de seguridad.

## CONCLUSIÓN

En términos generales el postulado básico del principio de confianza indica que, en las actuaciones conjuntas, cada uno de los intervinientes puede confiar en que el resto de los que con él interactúan realizarán correctamente su trabajo, es decir, actuarán conforme al deber objetivo de cuidado. No obstante, aunque el principio de confianza sirve como criterio delimitador de la responsabilidad del trabajo vertical u horizontal, este no opera de manera absoluta en la actividad médico-sanitaria. Me refiero a que no siempre el profesional de la salud que ha realizado alguna actividad

en equipo va a poder argumentar en su favor que su comportamiento descuidado obedece a la confianza en la actuación correcta de sus demás compañeros de equipo, por lo tanto, será preciso delimitar la forma en que debe operar el principio de confianza en la actividad sanitaria atendiendo a los dos modelos de trabajo en equipo, la división horizontal y la división vertical.

El límite entre el principio de confianza y la división horizontal de trabajo se halla en la ruptura de la normalidad; por lo tanto, en estos casos el principio de confianza se va a ver limitado en aquellos eventos en los que cualquiera de los intervinientes reconoce que existe una evidente infracción del deber objetivo de cuidado por parte de alguno de los otros que interactúan en el desarrollo de la actividad.

En cuanto a la división vertical de trabajo, el principio de confianza encuentra una especial limitación en virtud de los deberes secundarios de selección, instrucción, coordinación, vigilancia, control o supervisión que tiene el superior jerárquico frente al subordinado. Estos deberes se encuentran divididos en dos grupos: los primeros se corresponden con los deberes de selección, instrucción, coordinación, y los segundos con la vigilancia, control o supervisión. El cumplimiento de estos deberes limita la posibilidad de confiar; por lo tanto, el superior solo podrá hacerlo si previamente ha seleccionado, instruido y coordinado las tareas del subordinado. Si se cumple con estos tres deberes el superior jerárquico no hallará motivos que le hagan desconfiar de la idoneidad del tercero para llevar a cabo la función delegada. No obstante, el cumplimiento de estos deberes no será suficiente si con posterioridad el superior jerárquico no controla, vigila o supervisa de manera general que las funciones que él mismo le ha encomendado al inferior son desempeñados adecuadamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreiro, A. J. (1990). *Imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica*. Madrid: Tecnos.

——— (1995). “Nuevos aspectos de la imprudencia jurídico-penal en la actividad médica: la culpa en el equipo médico-quirúrgico”. En: D. Martínez (coord.). *Responsabilidad del personal sanitario (Actas del Seminario conjunto sobre la responsabilidad del personal sanitario celebrado en Madrid los días 14, 15 y 16 de noviembre de 1994)*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Benítez, I. y M. Cruz (2009). “La imprudencia punible en el ámbito de la actividad médico-quirúrgica”. En: L. Morillas (dir.). *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*. Madrid: Dykinson.

Cerezo, J. (1998). *Curso de Derecho penal Español. Parte General II. Teoría jurídica del delito*. Madrid: Tecnos.

Choclán, A. (1998). *Deber de cuidado y delito imprudente*. Barcelona: Bosch.

Corcoy, M. (2005). *El delito imprudente: criterios de imputación del resultado*. Montevideo: BdeF.

De Vicente, J. y V. Rodríguez (2007). “El médico ante el Derecho penal”. En: *Libro homenaje a Nuñez Barbero*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca: Salamanca.

Feijoo, B. (2000). “El principio de confianza como criterio normativo de imputación en el Derecho penal: Fundamento y consecuencias dogmáticas”. *Revista de Derecho Penal y Criminología* [extra 1], pp. 93-138.

Gimbernat, E. (1990). *Autor y cómplice en Derecho penal*. Madrid: Universidad de Madrid.

Gómez, P. (2004). *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*. Barcelona: Bosch.

Gómez, M. (2008). *La responsabilidad penal del médico*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Hava, E. (2001). *La imprudencia médica*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Lascuraín, J. (1995). “Fundamento y límites del deber de garantía del empresario”. En: *Libro Homenaje a Tiedemann*. Madrid: BOE.

López, J. (2010). *Tratado de Derecho penal. Parte General*. Navarra: Aranzadi.

Maraver, M. (2009). *El principio de confianza en Derecho penal. Un estudio sobre la aplicación del principio de autorresponsabilidad en la teoría de la imputación objetiva*. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi.

Muñoz, F. y M. García (2010). *Derecho penal. Parte General*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Rivera, M. (1997). *La responsabilidad médico-sanitaria y del personal sanitario al servicio de la administración pública*. Valencia: Editorial Práctica de Derecho.

Rodríguez, V. (2008). “La responsabilidad penal en el equipo médico. División del trabajo sanitario y principio de confianza”. En: A. Biosca *et al.*

(dirs.). *Avances del Derecho ante los avances de la medicina*. Cizur Menor (Navarra): Thomson Aranzadi.

————— (2012). *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias*. Madrid: Marcial Pons.

Romeo, C. (1981). *El médico y el Derecho penal I. La actividad curativa (licitud y responsabilidad penal)*. Barcelona: Bosch.

————— (1985). *El médico ante el Derecho*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Silva, J. (1994). “Aspectos de la responsabilidad penal por imprudencia de médico anestesista. La perspectiva del Tribunal Supremo”. *Revista de Derecho y Salud*. Vol. 2, pp. 41-58.

Stratenwerth, G. (2005). *Derecho penal. Parte General*. Madrid: Thomson-Civitas.

Vallejo, G. (2012). “El principio de la división de trabajo en equipo en la actividad sanitaria: La división de trabajo horizontal y vertical”. *Revista Holística Jurídica*. Núm. 11, pp. 37-47.

Villacampa, C. (2003). *Responsabilidad penal del personal sanitario. Atribución de responsabilidad penal en tratamientos médicos efectuados por diversos profesionales*. Pamplona: Aranzadi.