

Resumen

Este artículo analiza cómo se resolvieron, entre los años 2006 y 2010, los recursos interpuestos ante el Tribunal Supremo por casos de negligencia médica en España. La primera sección ofrece una breve introducción sobre el problema de las negligencias médicas. En la segunda sección se describe el conjunto de datos analizados y se realiza un repaso de los principales resultados contenidos en anteriores trabajos de Amaral-García y Garoupa (2015) y Amaral-García (2015a). En el primero de dichos trabajos, los autores se preguntan si los tribunales contencioso-administrativos, al juzgar casos de negligencias médicas que afectan a un hospital del sistema público de salud, muestran un sesgo a favor de la Administración Pública. El segundo trabajo analiza los daños no patrimoniales con el objetivo de contrastar si existen diferencias entre el orden jurisdiccional contencioso-administrativo y el civil, esto es, si los tribunales establecen diferentes compensaciones por daños no patrimoniales a favor de los pacientes que sufrieron lesiones en hospitales dependiendo de si estos eran públicos o privados. La tercera sección identifica en qué especialidades médicas se genera una mayor litigiosidad, y realiza una comparación con otras jurisdicciones. La sección cuarta de este artículo analiza el impacto de las reformas legales de 1998 y 1999 encaminadas a reducir la duración de los procesos judiciales. El artículo se cierra con la presentación de las conclusiones en la quinta sección.

Palabras clave: negligencia médica, daños no patrimoniales, tabla baremos, Tribunal Supremo español, jurisdicción contencioso-administrativa, jurisdicción civil, litigio.

Abstract

This short paper focuses on outcomes of medical malpractice claims decided by the Spanish Supreme Court from 2006 until 2010. Section 1 provides a brief introduction to the problem of medical malpractice. Section 2 describes the dataset and provides an overview of the main results in Amaral-García and Garoupa (2015) and in Amaral-García (2015a). The former assesses whether administrative courts can favor the government (i.e., whenever the medical accident took place in a public hospital) in medical malpractice cases. The later focuses on non-economic damages and tests for differences between administrative and civil decisions (in general terms, it tests whether courts award different non-economic amounts to patients suffering harm in public and private hospitals). Section 3 briefly considers which medical specialties are more commonly sued and makes a comparison with other jurisdictions. Section 4 analyses the impact of legal reforms introduced in 1998 and 1999, which aimed at reducing the duration of legal claims. Finally, conclusions are presented in section 5.

Key words: medical malpractice, non-economic damages, scheduled damages, Spanish Supreme Court, administrative and civil jurisdictions, litigation.

JEL classification: K13, K32, K41.

EL TRIBUNAL SUPREMO Y LOS CASOS POR NEGLIGENCIAS MÉDICAS EN ESPAÑA

Sofía AMARAL-GARCÍA

DIW Berlin

I. INTRODUCCIÓN

ES algo casi cotidiano que los pacientes se sometan a tratamientos médicos. En términos generales, los pacientes hoy en día suelen estar mejor informados sobre las terapias disponibles, muestran más interés en conocer los tratamientos médicos y disfrutan de una esperanza de vida más larga (1). En algunos casos, los pacientes sufren lesiones como consecuencia de errores médicos ocurridos durante el tratamiento. Los errores médicos causan daño a los pacientes y a sus familias, pero también pueden tener importantes repercusiones para el facultativo o profesional sanitario que los atendió. Conforme los pacientes van tomando una mayor conciencia de sus derechos, podría aumentar su predisposición a hacer valer judicialmente dichos derechos ante daños o lesiones resultantes de un tratamiento médico.

Los accidentes médicos comportan un elevado coste por varios motivos; además del evidente sufrimiento humano y de la pérdida potencial de ingresos asociada al daño sufrido, suelen existir otros costes relacionados con la asistencia médica prestada a la parte afectada. Los pacientes pueden interponer una demanda contra el hospital y el médico que presuntamente causaron el daño. Todos estos factores se suman a los costes del sistema sanitario, que durante las últimas décadas han mostrado una tendencia al alza.

Cuando un demandante que ha sufrido lesiones decide emprender acciones legales, tres son las cuestiones de obligada comprobación para determinar la posible negligencia médica: si se produjo un daño, si hubo culpa (es decir, si la actuación puede encuadrarse dentro de una conducta negligente) y si entre ambas existe una relación de causalidad (Sloan y Hsieh, 1990). Demostrar la existencia de daño suele ser la parte más sencilla para imputar responsabilidad médica, ya que es de esperar que los demandantes presenten la demanda precisamente porque han sufrido una lesión y el daño sea fácilmente observable. También se requiere probar la negligencia, lo que conlleva demostrar que se faltó al deber de cuidado o precaución exigible en tratamientos similares. En medicina coexisten diferentes escuelas de pensamiento, lo que hace que las opiniones respecto a si un tipo concreto de atención médica es o no negligente no siempre coincidan. Por último, los demandantes deben demostrar que el tratamiento suministrado, u omitido, fue la causa que provocó el daño. Demostrar dicha cadena causal entraña especial dificultad en los casos de negligencia médica: cuando un paciente se somete a cuidados médicos es porque ya está enfermo o padece una afección. Además, el paciente que inicia acciones legales no tiene disponible el argumento contrafactual, pues resulta imposible

saber con certeza qué hubiera pasado de no haberse sometido a dicho tratamiento.

Hay evidencias de que solo un número reducido de pacientes afectados por lesiones acuden a la justicia contra médicos y hospitales (HMPS, 1990; Studdert *et al.*, 2006). Además, el propio diseño del sistema de responsabilidad supone claramente ciertos desincentivos para que el paciente decida interponer una demanda. Los costes inherentes al proceso de litigar, el tiempo (Rickman y Fenn, 2001; Studdert *et al.*, 2004; Hyman y Silver, 2006) que pasa hasta que se dicta la sentencia y la compensación que los pacientes pueden esperar obtener en caso de ser esta favorable son algunas de las variables que influyen en la decisión de ir o no a juicio. La gravedad de las lesiones sufridas es una variable esencial para establecer la cuantía de la indemnización en caso de concederse al paciente derecho a compensación. Si además se tiene en cuenta que litigar implica costes y una larga espera, presentar una demanda resultará más atractivo para pacientes que sufrieron lesiones graves (2).

En los últimos años, varios estudios han abordado las negligencias médicas (3), un área de investigación que había captado la atención de estudiosos de distintas procedencias, como *Law and Economics*, medicina, derecho del sector sanitario o economía de la salud. Una serie de estudios empíricos hasta la fecha se han enfocado en datos procedentes de EE.UU. para analizar los diferentes problemas relacionados con los accidentes médicos y la adopción de acciones legales. La literatura empírica publicada desde el año 2000 para la experiencia esta-

dounidense presenta algunos resultados interesantes sobre la capacidad del sistema de responsabilidad civil extracontractual (*tort system*) para generar decisiones correctas en el campo de las negligencias médicas. Por ejemplo, Spurr y Howze (2001) concluyen que la conducta culposa del demandado es la única variable significativa para predecir si los demandantes desistirán de su pretensión de ser indemnizados o aceptarán un acuerdo extrajudicial. Peeples, Harris y Metzloff (2002) encontraron una fuerte correlación entre el cumplimiento del deber de cuidado y la aceptación de un acuerdo extrajudicial.

Studdert *et al.* (2006) analizó una muestra aleatoria de 1.452 demandas por negligencia resueltas entre 1984 y 2004. De los expedientes revisados, el 97 por 100 entrañaron lesiones para el paciente, determinándose que en un 63 por 100 de los casos hubo negligencia del personal médico. De hecho, un 73 por 100 de dichos casos se resolvieron con la imposición de compensaciones económicas. En cuanto a los casos que comportaron lesiones, pero en los que no medió error alguno del personal médico, en un 28 por 100 se procedió al pago de una indemnización. Esto significa que «[e]n total, el 73 por 100 (1.054 de 1.441) de todas las demandas que se consideraron fundadas tuvieron un desenlace concordante con los fundamentos de la misma». También se encontraron datos interesantes en lo que respecta a los casos que resultaron en lesiones: el 80 por 100 de las demandas implicaron lesiones causantes de una discapacidad significativa, gran discapacidad o muerte; el plazo medio transcurrido entre el acaecimiento de la lesión y la presentación de la demanda fue de cinco años; un

pequeño porcentaje de los expedientes llegaron a juicio, y en tales casos, los demandantes rara vez consiguieron indemnizaciones por daños. Studdert y Mello (2007) utilizan la misma muestra para determinar los predictores de desenlaces discordantes; es decir, aquellos casos en los que la sentencia del órgano revisor revocó el fallo de la instancia anterior. Los pagos de indemnización en demandas en las que no hubo error médico son más frecuentes cuando se refieren a niños pequeños, enfermeros demandados, lesiones graves, lesiones de obstetricia o varios codemandados institucionales. Además, la probabilidad de recibir indemnización fue menor en demandas en las que no se apreció error médico cuando estas concernían a demandantes mayores, cirujanos ortopédicos, lesiones emocionales, alegaciones de fallos o retrasos en el diagnóstico, y en las demandas que no se resolvieron extrajudicialmente y llegaron a juicio. La principal conclusión del estudio fue que alrededor de uno de cada cuatro casos presentó discordancia entre el desenlace (la sentencia) y los fundamentos de la demanda. Aunque los autores identificaron varias diferencias en términos de desenlace discordante —concretado en el pago de indemnización en reclamaciones donde no hubo error médico y falta de pago de indemnización en reclamaciones donde sí lo hubo—, el único predictor significativo presente en ambos tipos de desenlace discordante fue la resolución de la demanda por el juez. Por tanto, de este hallazgo cabe inferir que no es cierta la presunción de que los jueces sean demasiado generosos con los demandantes cuando un caso de negligencia médica llega a la sala de vistas.

Pese a la amplia literatura empírica existente actualmente,

en particular en EE.UU., se conoce más bien poco sobre el proceso judicial por negligencias médicas en los países de *Civil Law* (la mayoría de los del mundo). Un análisis que pretenda ser exhaustivo debería incluir diversas variables, pero estas no suelen estar en general disponibles para el público o los investigadores. Por ejemplo, a fin de trazar una imagen completa del estado actual de los accidentes médicos y del proceso judicial, necesitaríamos saber, entre otras cosas: cuántos tratamientos médicos resultaron en lesiones; cuántas de dichas lesiones se debieron a negligencia del personal médico y cuántas lesiones tuvieron como causa directa el tratamiento médico aplicado; cuántos pacientes demandan a sus médicos y hospitales; cuántos demandantes obtienen compensación (y en cuántos casos es correcto, es decir, cuántos obtienen compensación porque el daño se debió efectivamente a la negligencia médica causante del mismo, y cuántos no obtienen compensación porque el daño no se debió a negligencia médica, o el tratamiento no fue el causante de la lesión); cuánta compensación están obteniendo los demandantes, controlando por el nivel de daño sufrido y otras características, como la edad.

La seguridad de los servicios sanitarios saltó finalmente al primer plano del debate sobre políticas públicas (véase Baker, 2004) tras publicarse el informe del U.S. Institute of Medicine (2000), que estimaba que más gente moría en EE.UU. por errores médicos que por cáncer de mama, accidente de carretera o sida. Influidos por ello, algunos países realizaron estudios para estimar los eventos adversos en los hospitales. Las estimaciones para España cifran en alrede-

dor del 8,4 por 100 el número de pacientes que sufrieron algún evento adverso mientras eran atendidos en un hospital, considerándose que más del 40 por 100 de estos casos fueron evitables (Aranaz-Andrés *et al.*, 2008). Estas cifras están en línea con los resultados para otros países, si bien no resulta fácil obtener estimaciones fiables (para una revisión de estos estudios, véase Amaral-García, 2011). Un informe más reciente del U.S. Institute of Medicine (2007) estimó que en EE.UU. se producen anualmente un total de 1,5 millones de eventos adversos evitables debidos a la medicación. En el caso de España, un estudio estima que casi el 50 por 100 de los eventos adversos en atención primaria se deben a errores relacionados con la medicación (Estudio APEAS, 2008). Mientras tanto, varios gobiernos han puesto en marcha políticas con el objetivo de mejorar la seguridad para los pacientes. Es difícil y prematuro saber si estas iniciativas han tenido una implementación adecuada y han conseguido mejorar la seguridad para los pacientes.

Además de estas iniciativas, estudios empíricos recientes han encontrado una relación entre el comportamiento del médico y la presión ejercida para evitar casos de negligencia. Por ejemplo, cambios en la presión para evitar las negligencias médicas pueden tener un impacto en el procedimiento elegido por el cirujano durante el parto, como demuestran Currie y MacLeod (2008), Frakes (2012) y Shurtz (2014) para el caso estadounidense. Para Italia, Amaral-García, Bertoli y Grembi (2015) también aportan evidencia de cambios en el comportamiento médico. Lo que esta línea de investigación viene a respaldar es que el diseño

del sistema de responsabilidad en el entorno médico puede ser relevante para generar incentivos acordes con la prestación de un cuidado adecuado por parte de los profesionales sanitarios.

II. DATOS ANALIZADOS Y PRINCIPALES HALLAZGOS

Los detalles sobre la muestra analizada y la metodología empírica seguida pueden encontrarse en Amaral-García (2015a) y en Amaral-García y Garoupa (2015). Para datos más pormenorizados sobre la construcción de la muestra, véase Amaral-García (2011). Una vez resumidos y reconciliados los principales resultados de estos estudios, se procederá a analizar la duración de los recursos. El objeto de este ejercicio empírico son las sentencias dictadas por el Tribunal Supremo (para más información, véase Garoupa, Gili y Gómez-Pomar, 2012) en España entre los años 2006 y 2010 respecto a casos de negligencias médicas. La muestra se compone del universo de decisiones en las que el Tribunal Supremo resolvió acerca de casos de (posible) negligencia médica durante el periodo mencionado: 366 decisiones, de las que 113 emanaron de la sala de lo Civil, y 253 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo. Se recogieron diversas variables, entre ellas: el resultado del caso (es decir, adjudicación o denegación de compensación al demandante), si el Alto Tribunal confirmó o revocó el fallo de la instancia anterior, la parte que realizó la apelación al Tribunal Supremo, la edad y el sexo del paciente, la especialidad médica del facultativo, el nivel de daño o lesiones sufridas (que pueden clasificarse a lo largo de una escala como temporales/emocionales, permanentes menores,

permanentes mayores o muerte), la fecha de la lesión, la fecha en que se dictó la sentencia en la primera instancia y la fecha en que se pronunció el Tribunal Supremo.

Podría surgir alguna duda acerca del uso de esta muestra, referente a por qué en ella solo se incluyen decisiones del Tribunal Supremo, cuando las evidencias en otras jurisdicciones revelan que solo un escaso número de los pacientes afectados emprenden acciones legales y que solo una fracción de dichos pacientes recurre la sentencia ante el Tribunal Supremo. En primer lugar, las decisiones del Tribunal Supremo tienen relevancia porque son fuente de derecho, clarifican la ley, sientan precedente y eliminan las contradicciones que puedan surgir entre las decisiones de los tribunales de instancias inferiores, lo que favorece la visibilidad de los resultados judiciales futuros y permite corregir los posibles errores cometidos en el pasado (Shavell, 2010). Pero es que, además, el recurso ante el Tribunal Supremo es, satisfechos ciertos requisitos, un derecho ciudadano en los países de *Civil Law*, y la mayoría de los costes de litigar ya se han incurrido previamente, lo que reduce las dudas que pudieran caber al respecto de la muestra utilizada. Tercero, y a diferencia de las decisiones de los tribunales de instancias inferiores, el universo de las decisiones del Tribunal Supremo está disponible para el investigador. Esto es relevante ya que, en caso de realizar un análisis de las decisiones de las instancias jurisdiccionales inferiores, la muestra estaría sesgada (4). Por último, la idea de estos estudios, más que explicar el fenómeno de la litigiosidad médica, era comparar las decisiones dictadas por la Sala

de lo Contencioso-Administrativo y la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo. Por consiguiente, esto despeja las dudas en torno a un posible sesgo en la selección de la muestra.

En España, de forma parecida a lo que sucede en otros países de Europa continental, los pacientes pueden acceder a tratamiento médico en hospitales tanto públicos como privados (5). En caso de optar por litigar, pueden poner una demanda en los tribunales contencioso-administrativos (para más información sobre tribunales contencioso-administrativos, véase Amara-García, 2015c) si el accidente médico tuvo lugar en un hospital público, o bien en los tribunales de lo civil si este ocurrió en un hospital privado (6). La distinción entre las jurisdicciones contencioso-administrativa y civil puede generar el temor a que demandantes y demandados puedan recibir un distinto trato en ambos (véase Gómez-Pomar y Sánchez Álvarez, 2006). Dado que en los casos interpuestos en la jurisdicción contencioso-administrativa el demandado es la Administración Pública, cabría temer cierto sesgo entre los jueces a favor de la Administración a la hora de dictar sentencia (véase Dari-Mattiacci, Garoupa y Gómez-Pomar, 2010).

Amaral-García y Garoupa (2015) han tratado de contrastar la existencia de un sesgo a favor de la Administración Pública (es decir, la parte demandada) por parte de los tribunales contencioso-administrativos en los casos de negligencias médicas que llegaron a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo. La estrategia empírica en este trabajo se basa en las semejanzas existentes entre los magistrados de las salas de lo Contencioso-Administrativo

y de lo Civil del Supremo, así como en el mecanismo de corrección de errores gracias a la posibilidad de acudir a una segunda instancia para solicitar la revisión de las resoluciones judiciales. Además, hay paralelismos fundamentales en cuanto al procedimiento legal seguido en la práctica (incluidas las causas que justifican la revocación o anulación de la sentencia recurrida) en los casos de negligencia médica por la vía contencioso-administrativa y la vía civil, lo que hace posible la comparación entre ambas. Como se explica más en detalle en el trabajo original, el análisis parte de dos premisas: i) en el Tribunal Supremo de España, la composición de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, y el comportamiento de dichos magistrados, no difieren sustantivamente de los de la Sala de lo Civil; ii) en presencia de un sesgo a favor del demandado, cabría esperar que el Tribunal Supremo corrigiera dicha característica a través del proceso de apelación. Por tanto, de existir un sesgo a favor de la Administración Pública en los tribunales de instancias inferiores, el Tribunal Supremo debería ser capaz de corregir dicho sesgo, lo que se traduciría en un porcentaje significativamente más alto de sentencias revocatorias y anulatorias en apelación en la Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sin embargo, cuando se analizan las decisiones del Alto Tribunal entre 2006 y 2010, no se evidencia dicho fenómeno. Los autores ofrecen tres explicaciones alternativas para los resultados: la primera es que no se observó ningún sesgo porque los casos dirimidos en los órdenes jurisdiccionales de lo Civil y de lo Contencioso-Administrativo difieren fundamentalmente en aspectos no susceptibles de modelización o, alternativa-

mente, no reflejados en los recursos que llegan en casación o apelación al Tribunal Supremo. Dada la naturaleza del sistema legal y las características conocidas de los casos resueltos por el Tribunal Supremo (no hay una selección de casos por el Tribunal Supremo), esto parece improbable. La segunda explicación es que dicho sesgo existe, pero el Tribunal Supremo no hace nada por corregirlo. La tercera explicación, y la más plausible de todas, es que no existe un sesgo sistemático en los tribunales de lo Contencioso-Administrativo. Los casos de negligencia médica se resuelven aplicando criterios similares en los dos órdenes jurisdiccionales, por lo que el Tribunal Supremo corrige los errores jurídicos, sin correlación alguna con la instancia de procedencia.

Amaral-García (2015a) analizó las variables predictivas del pago de indemnizaciones y compensación en concepto de daños no patrimoniales en los casos de negligencia médica. El objetivo principal era comprender qué características del caso están asociadas con un pago positivo, y contrastar en qué medida los tribunales de lo Contencioso-Administrativo podrían atribuir diferentes cantidades como daños no patrimoniales respecto a los tribunales de lo Civil. Se estimó un modelo en dos partes del siguiente modo: en la primera parte (ecuación de selección) la variable dependiente era una variable ficticia dicotómica que tomaba el valor de uno si el demandante obtenía compensación y cero en caso contrario. En este modelo, se estimaba la probabilidad de obtener compensación, controlando por diversas características relativas al caso, el hospital y el paciente. En la segunda parte (ecuación de resultado) solo se consideraron

los casos que concluyeron con el pago de una indemnización. La variable dependiente, en este caso, fue el logaritmo de la compensación por daños no patrimoniales otorgada al demandante. A continuación se muestran los principales resultados:

— Unos niveles elevados de daños tienen gran capacidad para predecir el pago de compensación. No obstante, la compensación fue denegada en alrededor de una tercera parte de los casos con este nivel de daños. Por tanto, el hecho de haber sufrido una lesión de considerable gravedad no es en sí misma condición suficiente para obtener compensación.

— Existe mayor probabilidad de obtener compensación en el caso de que la decisión del órgano jurisdiccional inferior ya haya establecido una compensación. Esto respalda la idea de que la mayoría de los recursos en los países de *Civil Law* tienden ser desestimados (Shavell, 2010), es decir, el Tribunal Supremo tiende a confirmar la resolución recurrida.

— La probabilidad de obtener compensación en la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo no difiere de un modo estadísticamente significativo de la de los casos vistos en la Sala de lo Contencioso-Administrativo.

— La cuantía de daños no patrimoniales concedida por la Sala de lo Civil y por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo no difieren de un modo estadísticamente significativo.

Estas conclusiones demuestran ser robustas, pues resisten a dos pruebas de comprobación. La primera consistió en estimar con un procedimiento de

matching el efecto de los tribunales administrativos; la segunda consistió en un ejercicio de simulación que evaluó la compensación contrafactual.

III. ESPECIALIDADES MÉDICAS

Pasemos ahora a considerar la especialidad médica ejercida por el facultativo que presuntamente incurrió en el comportamiento negligente durante la prestación de los cuidados. En el periodo al que se refiere este estudio, la obstetricia/ginecología es la especialidad en la que se registra el mayor número de recursos ante el Tribunal Supremo (89 recursos), seguida por neurocirugía y ortopedia (85 recursos). Los estudios de otras jurisdicciones coincidieron en señalar a estas como las especialidades generalmente objeto de más demandas. Para Italia, Grembi y Garoupa (2013) encuentran que las especialidades con una mayor tasa de demandas en casos civiles que llegaron al Tribunal de Casación fueron obstetricia/ginecología (30 por 100), cirugía (17 por 100) y ortopedia (11 por 100). Para EE.UU., Studdert *et al.* (2006) concluyen que, en su muestra analizada, las especialidades más frecuentemente objeto de demandas fueron las de obstetricia-ginecología (19 por 100) seguidas de cirugía general (17 por 100) y cuidados en centros de atención primaria (16 por 100). Klick y Stratmann (2007) identifican diez especialidades con las mayores cantidades de indemnización medias por facultativo por negligencia médica: cirugía neurológica, cirugía torácica, obstetricia y ginecología, medicina general, urgencias, cirugía plástica, radiología, anestesiología, ciru-

gía general y enfermedad cardiovascular.

Una proporción significativa de los casos que llegan al Tribunal Supremo y que afectan a las especialidades de obstetricia-ginecología están relacionados con daños durante el parto. Esto está en línea con los resultados que Gómez-Durán *et al.* (2013) obtuvieron para Cataluña. Además, aunque la mayoría de las demandas que afectan a la especialidad de obstetricia están relacionadas con los cuidados a los recién nacidos, la mayoría de las demandas contra neurocirujanos y ortopedas tienen que ver con la atención prestada a adultos, y en ellas, suelen concurrir niveles elevados de daños. No obstante, no todas las demandas con los niveles más graves de daños se sustanciaron con una compensación por las lesiones sufridas.

IV. LAS REFORMAS DE 1998 Y 1999

Además del resultado final de la demanda, existe otro factor relevante para el proceso: el tiempo que media hasta que se resuelve la disputa. Las dilaciones en el sistema judicial pueden ser costosas no solo para los pacientes afectados y sus familias, sino también para los profesionales y servicios sanitarios. Las dilaciones pueden distorsionar los incentivos de los pacientes a interponer demandas o los incentivos de los causantes a evitar los accidentes, lo que es preocupante. De hecho, el efecto disuasorio podría verse socavado si los justiciables por delito o responsabilidad civil extracontractual son conscientes de la lentitud de la justicia en resolver los casos. La duración de las demandas judiciales ha llevado a varios estados de EE.UU. a aplicar reformas

dirigidas a reducir las demoras. Durante las décadas de los años setenta y los ochenta muchos estados adoptaron leyes para agilizar la tramitación judicial de los expedientes por negligencia médica (Hughes y Savoca, 1997).

La percepción de que los retrasos en los sistemas judiciales son excesivos no es exclusiva de EE.UU. De hecho, los países con Derecho de raíz romana suelen ser conscientes de dicho problema. En Italia, se llevaron a cabo reformas, pese a que no consiguieron los efectos deseados (Grembi y Garoupa, 2013). En España también se tuvo la percepción de que los retrasos en el sistema judicial eran excesivos. En 1998 y 1999 se aprobaron sendas reformas encaminadas a reducir los retrasos del sistema judicial: la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, y la Ley 4/1999, de 13 de enero. La reforma de 1998 otorgó claramente al orden jurisdiccional contencioso-administrativo la competencia exclusiva para conocer sobre los casos de responsabilidad que afectan a la Administración Pública, prohibiendo a las instancias civiles entrar a enjuiciar dichos casos. Pocos meses después, en 1999, se introdujo un nuevo paquete legislativo, declarando que la responsabilidad médica en casos concernientes a las instituciones de la Seguridad Social debía asimismo dirimirse en la jurisdicción contencioso-administrativa. La principal motivación alegada por el legislador para aplicar tales reformas fue el extraordinario incremento de la litigiosidad entre los ciudadanos y la Administración Pública que provocaba demoras al sistema judicial (7).

En esta sección, se realiza un análisis de supervivencia para tes-

tar si las reformas consiguieron el efecto deseado, es decir, si se ha reducido la duración de los procesos. No es posible entrar a considerar otros efectos potenciales de la reforma. Por ejemplo, las partes afectadas o agraviadas podrían desistir de interponer demandas contra hospitales públicos al haberseles privado de la opción de elegir la jurisdicción civil. Esto podría tener relevancia si, por ejemplo, los pacientes lesionados creen que la jurisdicción civil adoptaría una solución más favorable para ellos (en cuanto, por ejemplo, a la concesión o no de la compensación solicitada, o a la cantidad de dicha compensación). Otra posibilidad es que los demandantes empezasen a acudir a los tribunales civiles, una jurisdicción que resulta atractiva para ellos debido a las demoras en la jurisdicción contencioso-administrativa y al posible sesgo a favor de la Administración Pública (Gómez-Pomar y Sánchez Álvarez, 2006) (véase también Martín-Casals *et al.*, 2004). Además, no se pueden extraer conclusiones respecto a la calidad de las decisiones judiciales: mayor agilidad no equivale necesariamente a una asignación de recursos más eficiente o a unas mejores resoluciones.

Se consideran dos medidas de duración: por un lado, el tiempo transcurrido desde el accidente médico y el momento en que el Tribunal Supremo dicta una sentencia firme; y por otro, el tiempo transcurrido entre la decisión del tribunal de la instancia inferior (8) y la resolución del Supremo. La acción para exigir la responsabilidad civil por obligaciones derivadas de la culpa o negligencia en España prescribe por el transcurso de un año (9). El *dies a quo* es el día en que la víctima tuvo conocimiento

de las consecuencias del daño, y no el día en que se produjo el accidente médico. Por tanto, el Tribunal realiza una distinción entre daños «permanentes» y «continuados». En el primer tipo de lesiones, las consecuencias

son conocidas, e inmutables; el segundo tipo de daño se caracteriza por el hecho de que hay una evolución, y el paciente podría tener que esperar cierto tiempo hasta que las consecuencias se manifiesten del todo. En la am-

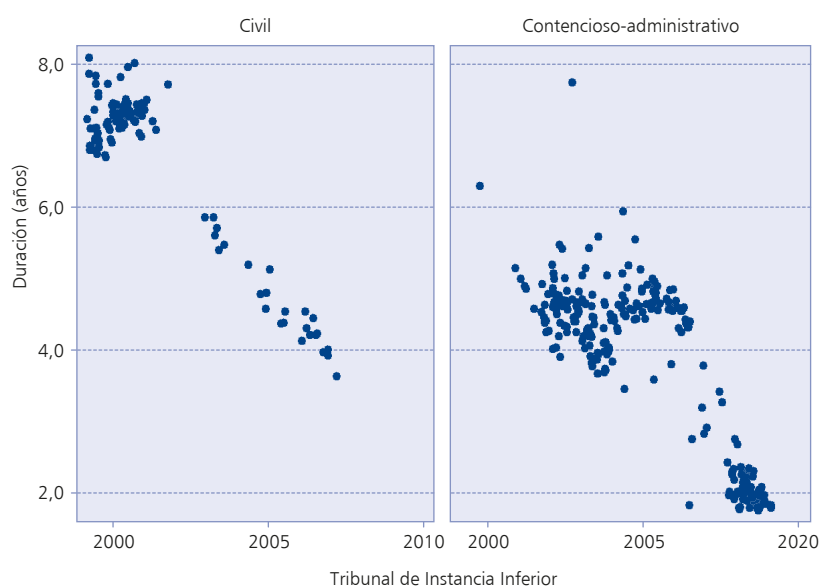
plia mayoría de los asuntos, las lesiones sufridas son del tipo permanente, y se conocen por lo general de inmediato tras la aplicación del tratamiento médico.

La duración entre la decisión del tribunal de primera instancia y la resolución del Supremo para los asuntos anteriores a las reformas tiende a ser menor en la jurisdicción contencioso-administrativa que en la jurisdicción civil (gráfico 1). De media, los asuntos anteriores a la reforma tardaron cuatro años entre la decisión del tribunal contencioso-administrativo y la resolución del Supremo, mientras que se resolvieron en un tiempo medio de siete años en la jurisdicción civil (cuadro n.º 1). Además, aunque la diferencia entre la duración máxima en los órdenes jurisdiccionales civil y contencioso-administrativo no es muy elevada (8,1 y 7,8 años), existe una diferencia notable entre la duración mínima en las jurisdicciones civil y contencioso-administrativa, siendo más del doble para los procesos resueltos en la jurisdicción civil respecto a la jurisdicción contencioso-administrativa.

La segunda parte del cuadro n.º 1 muestra estadísticas resumidas referentes a los asuntos resueltos tras las reformas. Pese a que la duración de los asuntos vistos en la jurisdicción contencioso-administrativa se ha reducido, la diferencia entre la jurisdicción civil y la contencioso-administrativa parece haberse estrechado.

A continuación, analizamos la duración entre el accidente médico y la resolución del Tribunal Supremo (cuadro n.º 2). Las diferencias entre las decisiones en el orden contencioso-administrativo y civil para esta medida de duración parecen ser más pequeñas. Esto sucede cierta-

GRÁFICO 1
DURACIÓN EXPRESADA EN AÑOS ENTRE LA DECISIÓN DEL TRIBUNAL DE INSTANCIA INFERIOR Y LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO (ASUNTOS JUZGADOS EN LOS ÓRDENES CIVIL Y CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO)



Nota: Cada asunto se representa por un punto.

CUADRO N.º 1

RESUMEN DE ESTADÍSTICAS SOBRE DURACIÓN DE LOS PROCESOS, CONSIDERANDO EL PLAZO DESDE LA DECISIÓN EN PRIMERA INSTANCIA HASTA SU RESOLUCIÓN POR SENTENCIA EN EL SUPREMO

	MEDIA	P25	P50 (MEDIANA)	P75	MÁX.	MÍN.
Antes de las reformas						
Civil	6,99	6,96	7,21	7,44	8,10	4,02
Cont.-A.....	4,21	4,01	4,46	4,68	7,76	1,81
Total	5,32	4,29	4,78	7,12	8,10	1,81
Después de las reformas						
Civil	4,37	4,10	4,35	4,54	5,61	3,64
Cont.-A.....	3,28	1,98	2,92	4,55	5,95	1,76
Total	3,40	2,00	3,87	4,55	5,95	1,76

Nota: La duración es el número total de años transcurridos desde la decisión adoptada por el tribunal de primera instancia y la resolución del Tribunal Supremo sobre el asunto.

CUADRO N.º 2

RESUMEN DE ESTADÍSTICAS SOBRE DURACIÓN DE LOS PROCESOS, CONSIDERANDO EL PLAZO DESDE EL ACCIDENTE MÉDICO Y LA RESOLUCIÓN DEL ASUNTO POR EL TRIBUNAL SUPREMO

	MEDIA	P25	P50 (MEDIANA)	P75	MÍN.	MÁX.
Antes de las reformas						
Civil	13,9	12,1	13,7	15,7	9,8	19,6
Cont.-A.....	12,5	10,6	12,1	14,3	8	18,5
Total	13	11,2	12,9	12,9	8	19,6
Después de las reformas						
Civil	8,9	7,9	8,8	10,1	6,6	10,9
Cont.-A.....	8,8	7,6	8,9	10	5,7	11,5
Total	8,8	7,7	8,9	10	5,7	11,5

Nota: La duración es el número total de años transcurridos desde la lesión médica y la resolución adoptada por el Tribunal Supremo. Se excluyeron algunos valores extremos (la única diferencia relevante si se tienen en cuenta todas las observaciones es la duración máxima de los casos, que es más baja en el cuadro que se muestra arriba).

mente cuando se toman únicamente en consideración asuntos posteriores a las reformas. Sin embargo, conviene hacer una advertencia: la sala de lo Civil del Tribunal Supremo solo ha resuelto 12 asuntos desde la aprobación de las reformas, mientras que la Sala de lo Contencioso-Administrativo ha dictado sentencia sobre un total de 96 asuntos.

A la hora de analizar la duración de los procesos, hay algunos problemas que tienen que ver con los asuntos incluidos en la muestra (10). En el caso de la muestra estudiada en el presente trabajo, el intervalo considerado va desde 2006 hasta 2010, y solo es posible observar el resultado de los asuntos resueltos por el Tribunal Supremo durante dicho intervalo. Por ejemplo, cabe la posibilidad de que asuntos que ingresaron a la vez que otros pero que, por alguna causa, fueron resueltos de forma más rápida no aparezcan en la muestra ya que la fecha de su resolución es anterior a 2006. Considerando las estadísticas disponibles referidas a la duración de los procesos por negligencia médica, este hecho no parece ser

especialmente problemático a los efectos del presente análisis: es poco probable que un número significativo de asuntos anteriores a las reformas quedaran resueltos por el Tribunal Supremo antes de 2006. De hecho, en 2006, ninguna de las sentencias dictadas por el Tribunal Supremo se refiere a accidentes médicos acontecidos antes de 1998. Más bien parece que el Tribunal Supremo está resolviendo asuntos con una mayor antigüedad y, a medida que la cartera de

casos pendientes va disminuyendo, pasa a tratar los asuntos más recientes.

El cuadro n.º 3 muestra el número total de resoluciones dictadas por el Tribunal Supremo según la fecha de la decisión del órgano de primera instancia. La información de dicho cuadro corrobora la tesis mencionada. Aunque en 2006 un número significativo de resoluciones del Tribunal Supremo se refirieron a asuntos sobre los que la instancia jurisdiccional anterior emitió una decisión en 1999, a partir de 2008 ya no aparecen asuntos con tanta antigüedad. Además, otro hallazgo interesante de la observación del cuadro es que, en 2006, la más reducida permanencia de los asuntos que ingresaban en el Tribunal Supremo era de cuatro años; es decir, las sentencias eran sobre asuntos en los que la primera instancia jurisdiccional emitió una decisión en 2002 (en un total de 17 asuntos). En 2010, el Tribunal Supremo decidió en apelación un número significativo de asuntos ingresados dos años antes (un total de 49 asuntos cuya decisión en primera instancia se produjo en 2008) e incluso

CUADRO N.º 3

AÑO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO Y DE LA DECISIÓN EN PRIMERA INSTANCIA

AÑO DE LA DECISIÓN DE LA PRIMERA INSTANCIA JURISDICCIONAL	AÑO DE LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO				
	2006	2007	2008	2009	2010
1999	25	13	0	0	0
2000	1	35	12	0	0
2001	14	0	3	1	0
2002	17	24	1	0	1
2003	0	45	12	4	0
2004	0	2	9	18	3
2005	0	0	1	8	20
2006	0	0	1	2	25
2007	0	0	0	5	9
2008	0	0	0	3	49
2009	0	0	0	0	3

tres asuntos procedentes del año anterior (es decir, de 2009).

También existe la posibilidad de que algunos asuntos con fechas similares de acaecimiento de la lesión o de ingreso estén aún pendientes de resolución y, por tanto, no podamos observarlos. Aunque sería necesario disponer de datos respecto a más años para sacar alguna conclusión, es plausible suponer que los asuntos que están aún pendientes tienen más probabilidad de referirse a accidentes médicos acaecidos después de las reformas (véase también el cuadro n.º 3).

El análisis de regresión realizado pretende evaluar el impacto de las reformas y utiliza modelos de supervivencia. El alcance del presente trabajo no me permite desarrollar demasiado estos modelos. El lector interesado puede encontrar una explicación detallada en, por ejemplo, Jones (2007) o Wooldridge (2002). Los modelos de duración se orientan a investigar la duración de un evento. En el presente artículo, la duración del evento es la duración del proceso legal. La premisa básica de este tipo de modelos es la existencia de una función de distribución de riesgos (*hazard function*), que mide la probabilidad de que un individuo fallezca en un momento determinado del tiempo, suponiendo que dicho individuo haya sobrevivido hasta entonces (11). A fin de estimar la función de distribución de riesgos, se utilizan modelos de riesgos proporcionales tanto de tipo Weibull como Cox (12). Los resultados se muestran en los cuadros n.º 4 y n.º 5, que emplean diferentes variables dependientes. En el cuadro n.º 4, el parámetro de duración equivale al lapso transcurrido entre la lesión por el tra-

tamiento médico y la resolución del Tribunal Supremo, en tanto que en el cuadro n.º 5 es la distancia temporal entre la decisión del órgano de primera instancia y la resolución del Tribunal Supremo. Los coeficientes expresan ratios de riesgo y deben interpretarse del siguiente modo: si es mayor que 1, la probabilidad de que el asunto se resuelva antes es más elevada (es decir, la

duración esperada es menor); si es menor que 1, la probabilidad de que el asunto se resuelva antes es más baja (es decir, la duración esperada es mayor).

El resultado más consistente que se obtiene del análisis econométrico es que las reformas están asociadas a una reducción de la duración de los procesos. Se aprecia alguna evidencia a

CUADRO N.º 4

RESULTADOS DE LA REGRESIÓN: LAPSO DE TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LESIÓN POR NEGLIGENCIA MÉDICA Y LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO

	(1) WEIBULL	(2) COX	(3) WEIBULL	(4) COX
Cont.-Admvo.	0,864 (0,129)	1,155 (0,171)	0,745 (0,122)	1,034 (0,167)
Posterior a reformas	7,684*** (1,238)	11,77*** (2,119)	9,351*** (1,651)	14,24*** (2,865)
Recién nacidos	1,030 (0,303)	1,059 (0,315)	0,971 (0,304)	1,030 (0,325)
Adultos/mayores	1,471 (0,323)	1,127 (0,242)	1,417 (0,331)	1,083 (0,249)
Hombres.....	0,745* (0,0883)	0,802 (0,0951)	0,710** (0,0918)	0,777 (0,100)
Apelaciones de pacientes.	1,261 (0,191)	1,086 (0,160)	1,190 (0,200)	1,044 (0,169)
Permanente leve.....	0,504** (0,115)	0,641 (0,146)	0,487** (0,127)	0,640 (0,166)
Permanente grave	0,562* (0,143)	0,606* (0,155)	0,552* (0,157)	0,613 (0,175)
Fallecimiento.....	0,832 (0,214)	0,875 (0,223)	0,815 (0,239)	0,889 (0,258)
Obstetricia/Ginecología ...	1,328 (0,249)	1,085 (0,214)	1,435 (0,291)	1,134 (0,242)
Cirugía general.....	0,538** (0,122)	0,768 (0,165)	0,578* (0,141)	0,809 (0,186)
Neuro/Ortopedia	0,791 (0,127)	0,892 (0,140)	0,798 (0,143)	0,934 (0,164)
Anest./Reanimación.....	0,766 (0,232)	0,832 (0,251)	0,745 (0,238)	0,810 (0,258)
Asist. médica urgencias ...	1,108 (0,240)	1,143 (0,243)	1,117 (0,271)	1,149 (0,272)
Dependencia Duración	4,028*** (0,153)		4,144*** (0,174)	
Observaciones.....	355	355	302	302

Nota: coeficientes exponenciados; los errores estándar se muestran entre paréntesis. La variable dependiente es el intervalo de tiempo entre la lesión médica y la resolución del Tribunal Supremo. Coeficientes de los ratios de riesgo: si es mayor que 1 significa una disminución de la duración esperada. Las regresiones 3 y 4 excluyen 2006. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$. Los modelos Weibull incluyen una constante. Las regresiones (3) y (4) excluyen las resoluciones judiciales dictadas en 2006.

CUADRO N.º 5

RESULTADOS DE LA REGRESIÓN: LAPSO DE TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DECISIÓN DEL ÓRGANO JURISDICCIONAL DE PRIMERA INSTANCIA Y LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO

	(1) WEIBULL	(2) COX	(3) WEIBULL	(4) COX
Cont.-Admvo.	7,927*** (1,426)	9,458*** (1,917)	6,523*** (1,241)	7,715*** (1,655)
Posterior a reformas.....	2,058*** (0,270)	2,010*** (0,271)	2,028*** (0,281)	2,000*** (0,286)
Recién nacidos.....	1,079 (0,334)	1,104 (0,347)	1,002 (0,334)	0,973 (0,330)
Adultos/Mayores.....	0,869 (0,181)	0,856 (0,182)	0,874 (0,193)	0,882 (0,199)
Hombres.....	1,025 (0,118)	1,040 (0,121)	1,045 (0,131)	1,073 (0,136)
Apelaciones de pacientes ..	0,873 (0,127)	0,830 (0,122)	0,876 (0,140)	0,878 (0,143)
Permanente leve.....	0,788 (0,178)	0,777 (0,180)	0,761 (0,196)	0,791 (0,211)
Permanente grave.....	0,746 (0,197)	0,771 (0,210)	0,713 (0,215)	0,809 (0,252)
Fallecimiento.....	0,605* (0,154)	0,592* (0,155)	0,548* (0,161)	0,559 (0,168)
Obstetricia/Ginecología ...	1,424 (0,291)	1,490 (0,311)	1,541 (0,348)	1,634* (0,375)
Cirugía general.....	1,209 (0,245)	1,246 (0,256)	1,241 (0,269)	1,286 (0,284)
Neuro/Ortopedia.....	1,463* (0,236)	1,684** (0,278)	1,482* (0,266)	1,664** (0,307)
Anest./Reanimación.....	1,327 (0,405)	1,299 (0,400)	1,329 (0,434)	1,332 (0,440)
Asist. médica urgencias ...	1,318 (0,278)	1,434 (0,311)	1,391 (0,330)	1,377 (0,336)
Dependencia Duración	4,865*** (0,214)		4,387*** (0,209)	
Observaciones.....	362	362	307	307

Nota: coeficientes exponenciados; los errores estándar se muestran entre paréntesis. La variable dependiente es el intervalo de tiempo entre la decisión de la primera instancia jurisdiccional y la resolución del Tribunal Supremo. Coeficientes de los ratios de riesgo: si es mayor que 1 significa una disminución de la duración esperada. Las regresiones 3 y 4 excluyen 2006. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$. Los modelos Weibull incluyen una constante. Las regresiones (3) y (4) excluyen las resoluciones judiciales dictadas en 2006.

favor de que los casos donde están involucradas lesiones graves permanentes tardan más tiempo en resolverse, pero los resultados solo son estadísticamente significativos al nivel del 10 por 100 en las regresiones (1), (2) y (3) del cuadro n.º 4. En el cuadro n.º 5, los asuntos que son juzgados por la jurisdicción contencioso-admini-

nistrativa están asociados a una menor duración que los juzgados en la jurisdicción civil. Además, los asuntos donde están involucradas neurocirugía/cirugía ortopédica también están asociados a una más rápida resolución y, por tanto, una menor duración.

V. CONCLUSIONES

El presente artículo se inicia con una recapitulación de los principales hallazgos contenidos en dos estudios anteriores (Amaral-García y Garoupa, 2015, y Amaral-García, 2015a). Como se ha descrito más arriba, no se encuentran diferencias significativas entre las decisiones de los tribunales civiles y contencioso-administrativos y los pronunciamientos al respecto por parte del Tribunal Supremo. Seguidamente, se realiza un análisis de duración dirigido a evaluar el impacto de las reformas de 1998 y 1999. Los asuntos resueltos con posterioridad a las reformas están asociados a una reducción de la duración de los procesos que llegan por recursos en apelación o casación al Tribunal Supremo.

Una advertencia: las conclusiones a las que se llega en el presente artículo hacen referencia a las resoluciones del Alto Tribunal entre 2006 y 2010. Por tanto, no cabe extrapolar dichas conclusiones a la totalidad del sistema judicial, ni a diferentes periodos temporales. Para realizar dicho análisis, se requeriría contar también con un conocimiento exhaustivo de los pleitos interpuestos por negligencias médicas en los tribunales de primera instancia y de instrucción. En lo que respecta al impacto de las reformas de 1998 y 1999, podrían existir consecuencias no intencionadas cuya delimitación excede del alcance de esta muestra. Por ejemplo, estas reformas podrían haber suscitado un aumento de la litigiosidad en la jurisdicción penal. De ser correcta esta suposición, la duración de los procesos en las jurisdicciones civil y contencioso-administrativa podría haberse reducido porque una proporción

significativa de asuntos ya están siendo enjuiciados por la vía penal. Además, una reducción de la duración de los procesos no implica *per se* unas resoluciones judiciales de mejor calidad.

En conjunto, y si bien los resultados obtenidos para España no pueden generalizarse a otros países de *Civil Law*, el presente artículo analiza cuestiones que también tienen relevancia en otros muchos países: el posible sesgo a favor de la Administración Pública cuando existe una clara distinción legal entre los órdenes jurisdiccionales contencioso-administrativo y civil; los retos de la cuantificación de los daños patrimoniales; y el problema de las dilaciones en el procedimiento de resolución de pleitos. Se sugiere la necesidad de estudios adicionales en otros sistemas jurídicos para una mejor comprensión del complejo universo que rodea a la negligencia médica y la litigiosidad.

NOTAS

(1) Con una esperanza de vida de 83,2 años, España ocupa la segunda posición entre los países, situándose solo por detrás de Japón, con una esperanza media de 83,4 años. (OCDE, 2015).

(2) Véase HYMAN y SILVER (2006) para más detalles sobre el comportamiento del paciente al pleitear en los tribunales.

(3) Aun cuando no fue el primer estudio que se realizaba en dicho campo, the *Harvard Medical Malpractice Study* (1990) tuvo un profundo impacto y contribuyó significativamente a concienciar sobre los eventos adversos en los hospitales.

(4) Las resoluciones de los tribunales de primera instancia empiezan a estar disponibles.

(5) Existe una amplia literatura sobre casos de negligencias médicas en el sistema legal español. Véanse, entre otros, MARTÍN-CASALS, RIBOT IGUALADA y SOLÉ FELIU (2003); FERRARA, BOSCOLO-BERTO y VIEL (2013); ARROYO y YÁGÜEZ (2013); AMARAL-GARCÍA (2011); KOCH (2011); AMARAL-GARCÍA y GAROUPA (2015) y AMARAL-GARCÍA (2015b).

(6) Esto ha quedado claro con la introducción de la Ley 29/1998, de 13 de julio, según la cual los demandantes que sufren lesiones en hospitales públicos ya no pueden elegir en qué jurisdicción interponer una demanda. Para más detalles, véase la siguiente sección.

(7) Esta es, ciertamente, la principal motivación según ambas leyes. La Ley 29/1998, de 13 de julio, enumera múltiples argumentos que parecerían favorecer a los ciudadanos que pleitean con la Administración Pública en los tribunales administrativos, en particular, la posibilidad de acceder al recurso contencioso-administrativo en caso de silencio de la Administración (es decir, cuando ha transcurrido demasiado tiempo sin resolver la reclamación de compensación dirigida contra la Administración sanitaria correspondiente). La Ley 4/1999, de 13 de enero, se refiere a la exoneración de cargas de orden burocrático de los ciudadanos para asegurar más intensamente la seguridad jurídica en las relaciones entre éstos y la Administración.

(8) Esta es la última instancia jurisdiccional que dicta sentencia antes del Tribunal Supremo.

(9) Art. 1968.2 del Código Civil. Este es el plazo máximo que tienen los demandantes para iniciar acciones legales (una vez ocurrido el accidente médico).

(10) Para una discusión del problema y alternativas sugeridas, véase HUGHES y SAVOCA (1997 y 1999). La idea principal es restringir el análisis a un subconjunto de reclamaciones en las que el sesgo por muestreo se considera pequeño, o bien corregir los sesgos utilizando técnicas de estimación.

(11) Muchas de las aplicaciones del análisis de supervivencia se refieren a la Economía de la salud; sirvan como ejemplo los tratamientos contra el cáncer o para dejar de fumar.

(12) Los modelos que aplican regresión de Cox tienen la ventaja de no partir de hipótesis previas en cuanto a la forma de la función de riesgos inicial.

BIBLIOGRAFÍA

- AMARAL-GARCÍA, S. (2011), *Quantifying the Economics of Medical Malpractice - A View from a Civil Law Perspective*, Erasmus University of Rotterdam.
- (2015a), «Non-economic Damages in Medical Malpractice Appeals: Does the Jurisdiction Make a Difference?», *DIW Discussion Papers* 1506.
- (2015b), «Daño moral derivado de lesiones», en GÓMEZ-POMAR, F. e I. MARÍN GARCÍA (eds.): *El Daño Moral y su cuantificación*, Bosch.
- (2015c), «Administrative Courts», en *Encyclopedia of Law and Economics*, Springer.

AMARAL, S.; BERTOLI, P., y GREMBI, V. (2015), «Does Experience Rating Improve Obstetric Practices? Evidence from Italy», *Health Economics* 24(9): 1050-1064.

AMARAL, S., y GAROUPA, N. M. (2015), «Do Administrative Courts Favor the Government? Evidence from Medical Malpractice in Spain», *European Journal of Tort Law*, 73(3).

ARANAZ, J. M.; AIBAR, C.; VITALLER, J.; RUIZ LÓPEZ, P.; LIMÓN, R., y TEROL, E. (2008), Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62: 1022-1029.

ARROYO, M. C., y YÁGÜEZ, R. A. (2013), «Medical Responsibility and Liability in Spain», en FERRARA, S. D., BOSCOLO-BERTO, R. y G. VIEL (eds.): *Malpractice and Medical Liability: European State of the Art and Guidelines*, Springer.

BAKER, G. R. (2004), «Commentary - Harvard Medical Practice Study, Quality & Safety», *Health Care*, 13: 151-152.

CURRIE, J., y MACLEOD, W. B. (2008), «First Do No Harm? Tort Reform and Birth Outcomes», *Quarterly Journal of Economics* 123(2): 795-830.

DARI-MATTIACCI, G.; GAROUPA, N. M., y GÓMEZ-POMAR, F. (2010), «State Liability», *European Review of Private Law*, 18.

ENEAS (2005), *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estudio APEAS (2008), *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

FERRARA, S. D.; BOSCOLO-BERTO, R., y VIEL, G. (eds) (2013), *Malpractice and Medical Liability: European State of the Art and Guidelines*, Springer.

FRAKES, M. (2012), «Defensive medicine and obstetric practice», *Journal of Empirical Legal Studies*, 9: 457-481.

GAROUPA, N.; GILI, M., y GÓMEZ-POMAR, F. (2012), «Political Influence and Career Judges: An Empirical Analysis of Administrative Review by the Spanish Supreme Court», *Journal of Empirical Legal Studies*, 9: 795-826.

GÓMEZ-DURÁN, E. L.; MULÀ-ROSÍAS, J. A.; LAILLA-VICENS, J. M.; BENET-TRAVÉ, J., y ARIMANY-MANSO, J. (2013), «Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010)», *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20: 442-446.

GÓMEZ-POMAR, F., y SÁNCHEZ ÁLVAREZ, V. (2006), «El Problema de la Responsabilidad de las Administraciones Públicas en Derecho

<p>Español: la visión del análisis económico de derecho», <i>Sub Judice</i>, 34: 27-47.</p> <p>GREMBI, V., y GAROUPA, N. (2013), «Delays in medical malpractice litigation in civil law jurisdictions: some evidence from the Italian Court of Cassation», <i>Health Economics, Policy and Law</i>, 8: 423-452.</p> <p>HUGHES, J. W., y SAVOCA, E. (1997), «Measuring the effect of legal reforms on the longevity of medical malpractice claims», <i>International Review of Law and Economics</i>, 17: 261-273.</p> <p>— (1999), «Accounting for censoring in duration data: an application to estimating the effect of legal reforms on the duration of medical malpractice disputes», <i>Journal of Applied Statistics</i>, 26: 219-228.</p> <p>HMPS (1990), «Harvard Medical Practice Study - Patients, Doctors and Lawyers: Medical Injury and Patient Compensation in New York», <i>The Report of the Harvard Medical Practice Study on the State of New York</i>.</p> <p>HYMAN, D., y SILVER, C. (2006), «Medical Malpractice Litigation and Tort Reform: It's the Incentives, Stupid», <i>Vanderbilt Law Review</i>, 59: 1085-1136.</p>	<p>JONES, A. M. (2007), <i>Applied Econometrics for Health Economists – A Practical Guide</i>, 2nd Edition, Oxford-Seattle, Radcliff.</p> <p>KOCH, B. (2011), «Medical Liability in Europe - A Comparison of Selected Jurisdictions», <i>Tort and Insurance Law</i>, 29.</p> <p>MARTÍN-CASALS, M.; FELIU, J. S., y TORREBLANCA, J. C. S. (2004), «No-Fault Compensation in the Health Care Sector», Wien/New York, Springer, chapter <i>Compensation in the Spanish Health Care Sector</i>, 334-366.</p> <p>OECD (2015), <i>Health at a Glance 2015: OECD Indicators</i>, OECD Publishing, París.</p> <p>PEEPLES, R.; HARRIS, C. T., y METZLOFF, T. B. (2002), «The Process of Making Medical Malpractice Cases: The Role of Standard of Care», <i>Wake Forest Law Review</i>, 37: 877-902.</p> <p>RICKMAN, N., y FENN, P. (2001), «Clinical negligence in the UK: Throwing the baby out with the bath water?», <i>Economic Affairs</i>, 21: 19-23.</p> <p>SHAVELL, S. (2010), «On the Design of the Appeals Process: The Optimal Use of Discretionary Review versus Direct Appeal», <i>Journal of Legal Studies</i>, 39: 63-108.</p>	<p>SHURTZ, I. (2013), «The impact of medical errors on physician behavior: evidence from malpractice litigation», <i>Journal of Health Economics</i>, 32: 331-340.</p> <p>SLOAN, F. A., y HSIEH, C. (1990), «Variability In Medical Malpractice Payments: Is The Compensation Fair?», <i>Law & Society Review</i>, 24: 997-1039.</p> <p>SPURR, S. J., y HOWZE, S. (2001), «The effect of care quality on medical malpractice litigation», <i>The Quarterly Review of Economics and Finance</i>, 41: 491-513.</p> <p>STUDDERT, D. M., y MELLO, M. M. (2007), «When Tort Resolutions are "Wrong": Predictors of Discordant Outcomes in Medical Malpractice Litigation», <i>Journal of Legal Studies</i>, 36(S2): S47-S78.</p> <p>STUDDERT, D. M.; MELLO, M. M.; GAWANDE, A. A.; GANDHI, T. K.; KACHALIA, A.; YOON, C.; PUOPOLO, A. L., y BRENNAN, T. A. (2006), «Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation», <i>New England Journal of Medicine</i>, 354 (19): 2024-2033.</p> <p>WOOLRIDGE, J. M. (2002), <i>Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data</i>, MIT Press, Cambridge.</p>
--	--	--