

Conducta médica ante los tribunales: una década de juicios en Minas Gerais

Renata Bittar Britto Arantes¹, Alanna Gomes da Silva², Mónica Maria Bessa Correia¹, Guilherme Augusto Veloso³, Rui Manuel Lopes Nunes¹

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumen

Este estudio analizó 1.363 procesos éticos de médicos en Minas Gerais, ocurridos entre 2012 y 2022. Predominaron los hombres con más de 20 años de experiencia, involucrados en procesos relacionados con la responsabilidad profesional en áreas quirúrgicas. La absolución se produjo en el 50,2% de los casos, la censura pública fue la sanción más frecuente. Se identificó la necesidad de actualizaciones continuas: en la documentación para médicos jóvenes y experimentados, en la publicidad para generalistas de nivel intermedio y en la interacción entre médicos especialistas. Según el denunciante, las denuncias indicaron la necesidad de estrategias de fiscalización más precisas, como el refuerzo en las instituciones públicas y la orientación acerca de la importancia de la relación médico-paciente. La gravedad de las sanciones en los casos relacionados con los derechos humanos puso de manifiesto la importancia ética de este capítulo del Código de Ética Médica. Se concluyó que, para que la regulación ética sea eficaz y se ajuste a la realidad profesional, las intervenciones educativas y de fiscalización deben basarse en el profesional sancionado más vulnerable y en las infracciones más frecuentes.

Palabras clave: Errores médicos. Denuncia de irregularidades. Códigos de ética. Ética médica.

Resumo

Conduta médica em juízo: uma década de julgamentos em Minas Gerais

Este estudo analisou 1.363 processos éticos de médicos em Minas Gerais, ocorridos entre 2012 e 2022. Predominaram homens com mais de 20 anos de experiência, envolvidos em processos relacionados a responsabilidade profissional em áreas cirúrgicas. A absolvição ocorreu em 50,2% dos casos, com censura pública como penalidade mais frequente. Identificou-se a necessidade de atualizações contínuas: em documentação para médicos jovens e experientes, em publicidade para generalistas de faixa intermediária, em interação entre médicos especialistas. As denúncias, conforme o denunciante, indicaram a necessidade de estratégias fiscalizatórias mais precisas, como reforço em instituições públicas e orientação da importância da relação médico-paciente. A gravidade das sanções nos casos relativos a direitos humanos evidenciou a importância ética desse capítulo do Código de Ética Médica. Concluiu-se que, para que a regulação ética seja eficaz e aderente à realidade profissional, intervenções educativas e fiscalizatórias devem ser pautadas pelo profissional sancionado mais vulnerável e pelas infrações mais prevalentes.

Palavras-chave: Erros médicos. Denúncia de irregularidades. Códigos de ética. Ética médica.

Abstract

Medical conduct on trial: one decade of proceedings in Minas Gerais

This study analyzed 1,363 ethical proceedings involving physicians in Minas Gerais between 2012 and 2022. The majority were men with more than 20 years of experience, involved in proceedings related to professional liability in surgical areas. Acquittal occurred in 50.2% of cases, with public censure being the most frequent penalty. The need for continuous updates was identified: in documentation for young and experienced physicians, in advertising for mid-level general practitioners and in professional interaction among specialists. The complaints, according to the complainant, indicated the need for more precise enforcement strategies, such as reinforcement in public institutions and guidance on the importance of the physician-patient relationship. The severity of sanctions in cases related to human rights highlighted the ethical importance of this chapter of the Code of Medical Ethics. It was concluded that, for ethical regulation to be effective and consistent with professional reality, educational and enforcement interventions should be guided by the most vulnerable sanctioned professionals and the most prevalent violations.

Keywords: Medical errors. Whistleblowing. Codes of ethic. Ethics, medical.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-FMUP 111/CEFMUP/2023

El aumento exponencial de las quejas formales contra la conducta médica registradas en los últimos años ha generado cada vez más procesos ético-profesionales, evaluados por los Consejos Regionales de Medicina (CRM), cuyas decisiones, en muchos casos, repercuten en el Consejo Federal de Medicina (CFM), un órgano de apelación que, en una encuesta realizada en el 2018, reportó un alarmante aumento en el número de casos recibidos, con un marcado predominio de quejas originadas en la región Sudeste de Brasil. Este dato sugiere la necesidad urgente de una reflexión más profunda y estratégica por parte de los consejos de ética médica, con el objetivo de entender sus causas subyacentes y delinear soluciones que trasciendan el mero punitivismo¹.

Este fenómeno, multifacético en su origen, encuentra parte de su explicación en el hecho de que la región Sudeste concentra el mayor número de médicos en el país, destacándose São Paulo, Río de Janeiro y Minas Gerais, que lideran con creces el *ranking* de estados con más profesionales de la salud. Esta situación se ve agravada por la apertura indiscriminada de nuevas facultades de medicina y por la creciente migración de médicos a los principales centros urbanos de la región, en busca de mejores condiciones laborales y calidad de vida. Esta concentración geográfica contribuye a la saturación del mercado médico, en el que, paradójicamente, el elevado número de profesionales no se traduce necesariamente en una mejora de la calidad de la atención prestada².

Según investigaciones exhaustivas, el deterioro de la relación médico-paciente se encuentra entre las principales causas de quejas registradas ante los comités de ética. Cabe resaltar que un vínculo más humanizado, en el que el médico aborde con sensibilidad las vulnerabilidades y ansiedades de los pacientes, podría mitigar decisivamente la judicialización de la medicina³. Construir una relación empática requiere habilidades comunicativas que van más allá de la pericia técnica: es un proceso que exige no solo destreza clínica, sino también la capacidad de escuchar y comprender la humanidad del otro, y que demuestra ser un verdadero arte en la práctica cotidiana de la medicina⁴.

Otro factor crucial en este escenario es la formación médica, que a menudo se centra en la búsqueda de la perfección y en la aversión al error. Este modelo educativo, aunque loable en sus intenciones, fomenta una paradoja: la inevitabilidad

del error, un aspecto inherente a la condición humana y, por lo tanto, a la propia práctica médica, a menudo se aborda con silencio, como si fuera un enemigo que hay que erradicar, cuando, en realidad, debería entenderse como una oportunidad para la mejora y el aprendizaje constantes. El distanciamiento del error, exacerbado por la cultura de la excelencia inalcanzable, genera no solo sufrimiento individual para el profesional, sino también un empobrecimiento de la práctica médica en su conjunto, al negarle la posibilidad de utilizar sus propios desafíos para evolucionar^{5,6}.

En un intento por mitigar tales desajustes, se crearon consejos de ética profesional y, en consecuencia, el Código de Ética Médica (CEM), cuya base se fundamenta en los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia⁷. El CEM, con su estructura normativa, desempeña un papel esencial, no solo como regulador de la conducta médica, sino también como un faro ético para el ejercicio de la profesión, de modo que la práctica médica sea guiada por principios que aseguren la dignidad humana y el bienestar de los pacientes⁸.

Sin embargo, resulta intrigante observar que, a pesar de la innegable relevancia de este aparato normativo y del creciente número de procesos judiciales relacionados con la medicina, existe una importante escasez de estudios que aborden de manera metódica y exhaustiva los procesos éticos, especialmente en el estado de Minas Gerais. Esta laguna en la producción académica respecto a las características y determinantes de los juicios ético-profesionales es, sin duda, una invitación a la reflexión y a una necesidad urgente de profundizar en las dinámicas que permean los casos juzgados.

Con este objetivo, el presente estudio realizó un análisis innovador de los juicios ético-profesionales que tuvieron lugar entre el 2012 y el 2022 en el ámbito del Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), mediante el cruce sin precedentes de variables sociodemográficas, contextuales-procesales y normativas de los procesos. Este enfoque permite una lectura multidimensional e integrada de los datos, de modo que va más allá de los análisis meramente descriptivos y revela estándares ocultos de responsabilidad ética, vulnerabilidades institucionales y lagunas en la regulación profesional. El propósito del análisis no se limita al diagnóstico cuantitativo del aumento de las quejas, sino que propone una lectura más refinada

y fundamentada de las dinámicas que influyen en la conducta ética de los médicos, desde la perspectiva de que la responsabilidad disciplinaria está condicionada por factores estructurales, relacionales y formativos. Al integrar aspectos del perfil de los denunciados, la naturaleza de los denunciantes y el contexto de la infracción, el estudio ofrece un sólido respaldo para acciones preventivas más eficaces y específicas. Se espera que, al identificar asociaciones estadísticamente relevantes entre conductas, perfiles profesionales y contextos institucionales, contribuyamos no solo a mejorar la formación ética de los profesionales de la salud, sino también a promover una práctica médica más responsable, humanizada y coherente con la vocación esencial de la medicina: cuidar y proteger la vida con dignidad.

Este estudio, al profundizar en la comprensión de los procesos ético-profesionales con base en datos reales y tratados de forma integrada, busca contribuir al desarrollo de estrategias de formación y fiscalización más eficaces y específicas, así como optimizar el trabajo de los Consejos Regionales de Medicina. Se pretende, así, fortalecer la legitimidad y la confianza social en la medicina como campo de excelencia técnica y compromiso ético.

Método

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y exploratorio con datos cuantitativos y cualitativos. Los datos oficiales fueron proporcionados por la dirección del CRM-MG, tras una solicitud formal, y extraídos de la base de datos del sector de procesos de la institución, después de un procedimiento de filtrado y exclusión de información sensible, en cumplimiento de la Ley General de Protección de Datos (Ley 13.709/2018)⁹. El estudio no incluyó información que permitiera la identificación de personas físicas o jurídicas.

Para la recopilación de datos, se analizaron 1.363 procesos ético-profesionales (PEP) que implicaban a 1.660 médicos. Se incluyeron todos los procesos médicos concluidos relativos al período comprendido entre el 2012 y el 2022. Se excluyeron los procesos cuyos datos estaban incompletos o que no se habían concluido a finales del 2022.

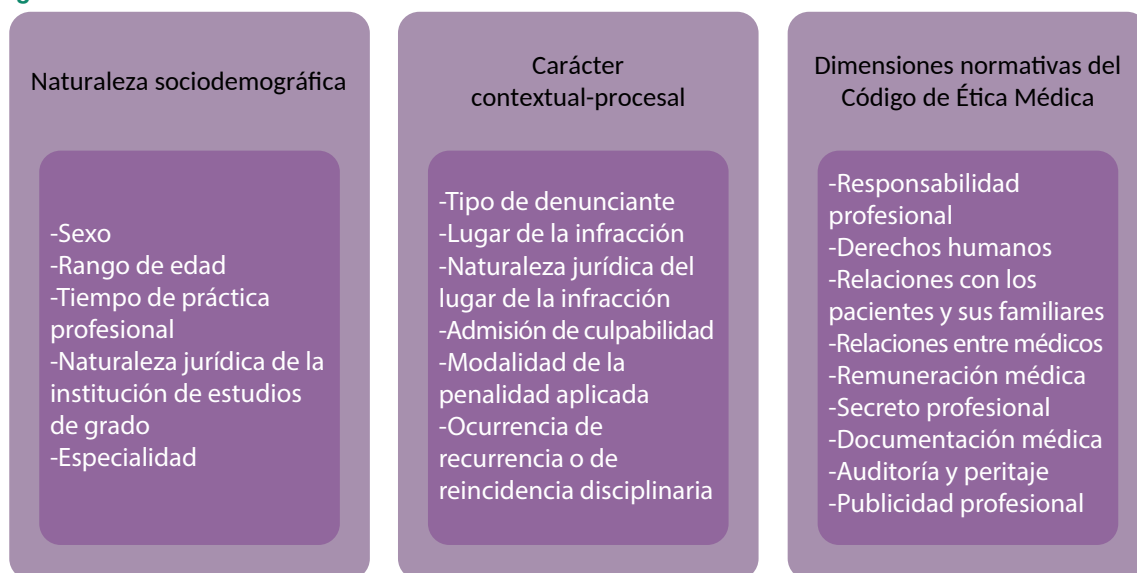
Se evaluaron las siguientes variables sociodemográficas de los médicos: sexo (femenino o masculino), rango de edad (≤ 30 o 30-50 o > 50

años), tiempo de práctica profesional (≤ 10 o 10-20 o > 20 años), naturaleza jurídica de la institución de estudios de grado (privada o pública) y especialidad (especialista o generalista). Se evaluaron las variables contextuales-procesales siguientes: tipo de denunciante (CRM-MG de oficio o pacientes y familiares o médico o entidad legal), lugar de la infracción (capital o interior), naturaleza jurídica del lugar de la infracción (privada o pública), reconocimiento de culpabilidad (sí o no), modalidad de penalidad aplicada (advertencia confidencial [A] o censura confidencial [B] o censura pública [C] o suspensión del ejercicio profesional por 30 días [D] o revocación [E]), ocurrencia de recurrencia o reincidencia disciplinaria (sí o no) y apelación al CFM (sí o no y si se mantuvo, alivió o agravó la penalidad). Se evaluaron las variables normativas siguientes: responsabilidad profesional, derechos humanos, relación con pacientes y familiares, relación entre médicos, remuneración profesional, secreto profesional, documentos médicos, publicidad médica y auditoría y peritaje médico.

El análisis del comportamiento de las variables se realizó utilizando medidas descriptivas. En el caso de las variables cualitativas, se estimaron las frecuencias absolutas y relativas (expresadas en porcentaje). Para las variables cuantitativas, se utilizó la media aritmética simple como medida de tendencia central.

Posteriormente, se realizó un análisis detallado y exhaustivo de las asociaciones entre las variables sociodemográficas, contextuales-procesales y normativas, con el objetivo de identificar posibles correlaciones estadísticas sustanciales. Luego se realizó el cruce de dichas variables con la ocurrencia de culpabilidad, con la intención de investigar si las características sociodemográficas y procesales influían en la probabilidad de que un médico fuera considerado culpable. En un paso posterior, se analizaron las mismas variables en relación con la dosimetría punitiva, con el fin de evaluar si los factores sociodemográficos y contextuales-procesales interferían en la severidad de las sanciones aplicadas. Finalmente, se analizó la reincidencia o recurrencia de las infracciones para comprender si ciertos perfiles sociodemográficos y procesales estaban asociados a una mayor tendencia a la repetición de transgresiones éticas, con el fin de formar una visión holística y profunda de la dinámica de las infracciones en el contexto de la práctica médica (Figura 1).

Figura 1. Variables analizadas



La asociación entre las variables se evaluó utilizando la prueba de independencia chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5%, para asegurar la solidez estadística de los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

El proyecto de tesis del que se extrajo este artículo fue sometido a un análisis riguroso por parte del Comité de Ética de la Universidade do Porto, que emitió un dictamen favorable el 29 de junio del 2023.

Resultados

De los 1.660 médicos sometidos a juicio, el 21% era mujer y el 79% hombre, con una edad promedio de 46,7 años, con un rango de 24 a 79 años. La mayoría de las denuncias implicó a médicos con edades entre 30 y 50 años (49,9%), seguidos por un 40,2% con más de 50 años, y un 9,8% con menos de 30 años. En términos de experiencia, el tiempo promedio de formación fue de 20,1 años. Las denuncias se asociaron principalmente a médicos con más de 20 años de formación (48,5%), seguidos por aquellos con menos de 10 años (28,4%) y entre 10 y 20 años (23,1%) (datos no mostrados).

Se observó una prevalencia de médicos sin una especialidad registrada (32,3%), seguidos por ginecólogos/obstetras (9,1%), médicos ocupacionales

(7,6%), cirujanos generales (6,8%), pediatras (4,3%) y clínicos (4,2%). El 52,2% se graduó en instituciones públicas (datos no mostrados).

Las denuncias se iniciaron mayoritariamente de oficio (53,4%), seguidas de denuncias de pacientes y familiares (31,8%), médicos (12%) y entidades legales (2,7%). La mayoría de las infracciones se dio en el interior de Minas Gerais (75,9%), y las instituciones públicas (53,3%) fueron responsables de más denuncias que las privadas (46,6%) (datos no mostrados).

Las infracciones incluyeron los siguientes capítulos del CEM: responsabilidad profesional (42,5%), documentos médicos (14,1%), relaciones con pacientes y familiares (13,6%), publicidad médica (11%), remuneración profesional (7,2%), derechos humanos (4,9%), relación entre médicos (3,6%), enseñanza e investigación médica (1,6%), auditoría y peritaje médico (0,8%) y secreto profesional (0,7%) (datos no mostrados).

En cuanto a las sanciones, el 50,2% de los casos resultó en absolució, y las sanciones impuestas en los casos penalizados fueron, en orden descendente, la opción C (censura pública), con el 15,6%, seguida de las opciones A (advertencia confidencial), con el 15,1%, B (censura confidencial), con el 14,8%, D (suspensió del ejercicio profesional por 30 días), con el 2,3%, y E (revocación), con el 0,8% (datos no mostrados).

Respecto a las apelaciones ante el CFM, hubo una predominancia de "no solicitudes de apelación",

con un 72,8%, sobre las “solicitudes de apelación”, con un 25,5%. Sin embargo, en los casos en que efectivamente se interpuso la apelación, la tendencia fue el mantenimiento de las sanciones (58,4%), seguida por su reducción (38,4%) y, en menor medida, por su agravamiento (2,8%). En cuanto a la reincidencia, se observó que el 90,4% de los médicos fue demandado una sola vez (datos no mostrados).

Se observó una asociación entre el rango de edad y las infracciones de los capítulos relacionados con documentos médicos ($p=0,019$) y publicidad médica ($p=0,011$). En lo que respecta a la naturaleza jurídica de la institución de educación superior (pública o privada), se observaron asociaciones significativas con los capítulos sobre derechos humanos ($p=0,008$), relación médico-paciente ($p=0,009$), relación entre médicos ($p=0,031$) y publicidad médica ($p=0,007$). Respecto a ser especialista o médico general, se constató la asociación de esta variable con los capítulos sobre la relación entre médicos ($p=0,045$) y publicidad médica ($p<0,001$) (Tabla 1).

Se observó una asociación entre el tipo de denunciante y los capítulos sobre responsabilidad profesional ($p=0,001$), derechos humanos ($p<0,001$), relación médico-paciente ($p=0,001$), relación entre médicos ($p<0,001$), remuneración profesional ($p=0,006$), documentos médicos ($p<0,001$) y publicidad ($p=0,019$). Respecto a la variable “lugar de la infracción” (capital o interior), se encontró una asociación con el capítulo referente a la publicidad médica ($p<0,001$). En cuanto a la naturaleza jurídica del lugar de la infracción (pública o privada), se observó una asociación con los capítulos sobre responsabilidad profesional ($p<0,001$), relación médico-paciente ($p<0,001$), relación entre médicos ($p=0,045$), remuneración profesional ($p=0,019$), secreto profesional ($p=0,011$), documentos médicos ($p=0,048$) y publicidad médica ($p<0,001$). Con respecto a la dosimetría punitiva, se observó una asociación con los capítulos sobre responsabilidad profesional ($p<0,001$), derechos humanos ($p<0,001$), además de interacciones entre médico y paciente ($p<0,001$) y entre médicos ($p=0,002$) (Tabla 1).

Tabla 1. Asociación entre variables sociodemográficas y contextuales-procesales y los capítulos del Código de Ética Médica

Capítulos infringidos en la primera sanción de cada médico													
Variable	Categoría	Responsabilidad profesional				Derechos humanos				Relación con pacientes y familiares			
		No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Sexo	F	52 (19,9%)	10 (19%)	154 (19,3%)	0,828	139 (19,5%)	15 (17,6%)	154 (19,3%)	0,792	120 (20,5%)	34 (15,9%)	154 (19,3%)	0,168
	M	209 (80,1%)	435 (81%)	644 (80,7%)		574 (80,5%)	70 (82,4%)	644 (80,7%)		464 (79,5%)	180 (84,1%)	644 (80,7%)	
Rango de edad	≤30	20 (7,7%)	46 (8,6%)	66 (8,3%)	0,888	59 (8,3%)	7 (8,2%)	66 (8,3%)	0,877	42 (7,2%)	24 (11,2%)	66 (8,3%)	0,113
	(30; 50)	128 (49%)	265 (49,3%)	393 (49,2%)		349 (48,9%)	44 (51,8%)	393 (49,2%)		297 (50,9%)	96 (44,9%)	393 (49,2%)	
	>50	113 (43,3%)	226 (42,1%)	339 (42,5%)		305 (42,8%)	34 (40%)	339 (42,5%)		245 (42%)	94 (43,9%)	339 (42,5%)	
Tiempo de práctica profesional	≤10	62 (23,8%)	148 (27,6%)	210 (26,3%)	0,451	190 (26,6%)	20 (23,5%)	210 (26,3%)	0,767	145 (24,8%)	65 (30,4%)	210 (26,3%)	0,204
	(10; 20)	63 (24,1%)	115 (21,4%)	178 (22,3%)		157 (22%)	21 (24,7%)	178 (22,3%)		137 (23,5%)	41 (19,2%)	178 (22,3%)	
	>20	136 (52,1%)	274 (51%)	410 (51,4%)		366 (51,3%)	44 (51,8%)	410 (51,4%)		302 (51,7%)	108 (50,5%)	410 (51,4%)	
Naturaleza jurídica de la institución de estudios de grado	Privada	112 (42,9%)	254 (47,3%)	366 (45,9%)	0,275	339 (47,5%)	27 (31,8%)	366 (45,9%)	0,008	251 (43%)	115 (53,7%)	366 (45,9%)	0,008
	Pública	149 (57,1%)	283 (52,7%)	432 (54,1%)		374 (52,5%)	58 (68,2%)	432 (54,1%)		333 (57%)	99 (46,3%)	432 (54,1%)	

continúa...



Tabla 1. Continuación

Capítulos infringidos en la primera sanción de cada médico													
Variable	Categoría	Responsabilidad profesional				Derechos humanos				Relación con pacientes y familiares			
		No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Especialidad	Especialista	159 (60,9%)	297 (55,3%)	456 (57,1%)	0,155	405 (56,8%)	51 (60%)	456 (57,1%)	0,654	338 (57,9%)	118 (55,1%)	456 (57,1%)	0,541
	Generalista	102 (39,1%)	240 (44,7%)	342 (42,9%)		308 (43,2%)	34 (40%)	342 (42,9%)		246 (42,1%)	96 (44,9%)	342 (42,9%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de oficio	131 (50,2%)	305 (56,8%)	436 (54,6%)	0,001	400 (56,1%)	36 (42,4%)	436 (54,6%)	<0,001	333 (57%)	103 (48,1%)	436 (54,6%)	0,001
	Médico	50 (19,2%)	50 (9,3%)	100 (12,5%)		77 (10,8%)	23 (27,1%)	100 (12,5%)		92 (15,8%)	8 (3,7%)	100 (12,5%)	
	Pacientes y familiares	72 (27,6%)	161 (30%)	233 (29,2%)		209 (29,3%)	24 (28,2%)	233 (29,2%)		135 (23,1%)	98 (45,8%)	233 (29,2%)	
	Entidad legal	8 (3,1%)	21 (3,9%)	29 (3,6%)		27 (3,8%)	2 (2,4%)	29 (3,6%)		24 (4,1%)	5 (2,3%)	29 (3,6%)	
Lugar de la infracción	Capital	57 (21,8%)	117 (21,8%)	174 (21,8%)	1	155 (21,7%)	19 (22,4%)	174 (21,8%)	1	130 (22,3%)	44 (20,6%)	174 (21,8%)	0,675
	Interior	204 (78,2%)	420 (78,2%)	624 (78,2%)		558 (78,3%)	66 (77,6%)	624 (78,2%)		454 (77,7%)	170 (79,4%)	624 (78,2%)	
Naturaleza jurídica del lugar de la infracción	Privada	143 (54,8%)	225 (41,9%)	368 (46,1%)	<0,001	326 (45,7%)	42 (49,4%)	368 (46,1%)	0,596	297 (50,9%)	71 (33,2%)	368 (46,1%)	<0,001
	Pública	118 (45,2%)	312 (58,1%)	430 (53,9%)		387 (54,3%)	43 (50,6%)	430 (53,9%)		287 (49,1%)	143 (66,8%)	430 (53,9%)	
Sanción	A	118 (45,2%)	153 (28,5%)	271 (34%)	<0,001	253 (35,5%)	18 (21,2%)	271 (34%)	<0,001	236 (40,4%)	35 (16,4%)	271 (34%)	<0,001
	B	70 (26,8%)	179 (33,3%)	249 (31,2%)		225 (31,6%)	24 (28,2%)	249 (31,2%)		182 (31,2%)	67 (31,3%)	249 (31,2%)	
	C	63 (24,1%)	182 (33,9%)	245 (30,7%)		214 (30%)	31 (36,5%)	245 (30,7%)		149 (25,5%)	96 (44,9%)	245 (30,7%)	
	D	6 (2,3%)	20 (3,7%)	26 (3,3%)		20 (2,8%)	6 (7,1%)	26 (3,3%)		11 (1,9%)	15 (7%)	26 (3,3%)	
	E	4 (1,5%)	3 (0,6%)	7 (0,9%)		1 (0,1%)	6 (7,1%)	7 (0,9%)		6 (1%)	1 (0,5%)	7 (0,9%)	
Variable	Categoría	Relación entre médicos				Remuneración profesional				Secreto profesional			
		No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Sexo	F	139 (18,7%)	15 (27,3%)	154 (19,3%)	0,168	140 (19,9%)	14 (14,7%)	154 (19,3%)	0,288	153 (19,5%)	1 (7,7%)	154 (19,3%)	0,474
	M	604 (81,3%)	40 (72,7%)	644 (80,7%)		563 (80,1%)	81 (85,3%)	644 (80,7%)		632 (80,5%)	12 (92,3%)	644 (80,7%)	
Rango de edad	≤30	65 (8,7%)	1 (1,8%)	66 (8,3%)	0,134	60 (8,5%)	6 (6,3%)	66 (8,3%)	0,761	65 (8,3%)	1 (7,7%)	66 (8,3%)	0,697
	(30; 50)	361 (48,6%)	32 (58,2%)	393 (49,2%)		345 (49,1%)	48 (50,5%)	393 (49,2%)		388 (49,4%)	5 (38,5%)	393 (49,2%)	
	>50	317 (42,7%)	22 (40%)	339 (42,5%)		298 (42,4%)	41 (43,2%)	339 (42,5%)		332 (42,3%)	7 (53,8%)	339 (42,5%)	
Tiempo de práctica profesional	≤10	199 (26,8%)	11 (20%)	210 (26,3%)	0,347	187 (26,6%)	23 (24,2%)	210 (26,3%)	0,862	207 (26,4%)	3 (23,1%)	210 (26,3%)	0,741
	(10; 20)	162 (21,8%)	16 (29,1%)	178 (22,3%)		157 (22,3%)	21 (22,1%)	178 (22,3%)		176 (22,4%)	2 (15,4%)	178 (22,3%)	
	>20	382 (51,4%)	28 (50,9%)	410 (51,4%)		359 (51,1%)	51 (53,7%)	410 (51,4%)		402 (51,2%)	8 (61,5%)	410 (51,4%)	

continúa...

Tabla 1. Continuación

Capítulos infringidos en la primera sanción de cada médico													
Variable	Categoría	Relación entre médicos				Remuneración profesional				Secreto profesional			
		No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Naturaleza jurídica de la institución de estudios de grado	Privada	349 (47%)	17 (30,9%)	366 (45,9%)	0,031	316 (45%)	50 (52,6%)	366 (45,9%)	0,193	360 (45,9%)	6 (46,2%)	366 (45,9%)	0,999
	Pública	394 (53%)	38 (69,1%)	432 (54,1%)		387 (55%)	45 (47,4%)	432 (54,1%)		425 (54,1%)	7 (53,8%)	432 (54,1%)	
Especialidad	Especialista	417 (56,1%)	39 (70,9%)	456 (57,1%)	0,045	398 (56,6%)	58 (61,1%)	456 (57,1%)	0,477	448 (57,1%)	8 (61,5%)	456 (57,1%)	0,977
	Generalista	326 (43,9%)	16 (29,1%)	342 (42,9%)		305 (43,4%)	37 (38,9%)	342 (42,9%)		337 (42,9%)	5 (38,5%)	342 (42,9%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de oficio	413 (55,6%)	23 (41,8%)	436 (54,6%)	<0,001	371 (52,8%)	65 (68,4%)	436 (54,6%)	0,006	430 (54,8%)	6 (46,2%)	436 (54,6%)	0,292
	Médico	74 (10%)	26 (47,3%)	100 (12,5%)		89 (12,7%)	11 (11,6%)	100 (12,5%)		100 (12,7%)	0 (0%)	100 (12,5%)	
	Pacientes y familiares	228 (30,7%)	5 (9,1%)	233 (29,2%)		219 (31,2%)	14 (14,7%)	233 (29,2%)		227 (28,9%)	6 (46,2%)	233 (29,2%)	
	Entidad jurídica	28 (3,8%)	1 (1,8%)	29 (3,6%)		24 (3,4%)	5 (5,3%)	29 (3,6%)		28 (3,6%)	1 (7,7%)	29 (3,6%)	
Lugar de la infracción	Capital	167 (22,5%)	7 (12,7%)	174 (21,8%)	0,128	155 (22%)	19 (20%)	174 (21,8%)	0,747	170 (21,7%)	4 (30,8%)	174 (21,8%)	0,652
	Interior	576 (77,5%)	48 (87,3%)	624 (78,2%)		548 (78%)	76 (80%)	624 (78,2%)		615 (78,3%)	9 (69,2%)	624 (78,2%)	
Naturaleza jurídica del lugar de la infracción	Privada	335 (45,1%)	33 (60%)	368 (46,1%)	0,045	313 (44,5%)	55 (57,9%)	368 (46,1%)	0,019	357 (45,5%)	11 (84,6%)	368 (46,1%)	0,011
	Pública	408 (54,9%)	22 (40%)	430 (53,9%)		390 (55,5%)	40 (42,1%)	430 (53,9%)		428 (54,5%)	2 (15,4%)	430 (53,9%)	
Sanción	A	257 (34,6%)	14 (25,5%)	271 (34%)	0,001	237 (33,7%)	34 (35,8%)	271 (34%)	0,39	269 (34,3%)	2 (15,4%)	271 (34%)	0,511
	B	240 (32,3%)	9 (16,4%)	249 (31,2%)		224 (31,9%)	25 (26,3%)	249 (31,2%)		245 (31,2%)	4 (30,8%)	249 (31,2%)	
	C	219 (29,5%)	26 (47,3%)	245 (30,7%)		216 (30,7%)	29 (30,5%)	245 (30,7%)		239 (30,4%)	6 (46,2%)	245 (30,7%)	
	D	21 (2,8%)	5 (9,1%)	26 (3,3%)		21 (3%)	5 (5,3%)	26 (3,3%)		25 (3,2%)	1 (7,7%)	26 (3,3%)	
	E	6 (0,8%)	1 (1,8%)	7 (0,9%)		5 (0,7%)	2 (2,1%)	7 (0,9%)		7 (0,9%)	0 (0%)	7 (0,9%)	
Documentos médicos Publicidad médica Auditoría y peritaje médico													
Variable	Categoría	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Sexo	F	118 (19,8%)	36 (17,7%)	154 (19,3%)	0,581	125 (18,4%)	29 (24,6%)	154 (19,3%)	0,147	152 (19,4%)	2 (15,4%)	154 (19,3%)	0,995
	M	477 (80,2%)	167 (82,3%)	644 (80,7%)		555 (81,6%)	89 (75,4%)	644 (80,7%)		633 (80,6%)	11 (84,6%)	644 (80,7%)	
Rango de edad	≤30	48 (8,1%)	18 (8,9%)	66 (8,3%)	0,019	60 (8,8%)	6 (5,1%)	66 (8,3%)	0,011	66 (8,4%)	0 (0%)	66 (8,3%)	0,281
	(30; 50)	310 (52,1%)	83 (40,9%)	393 (49,2%)		320 (47,1%)	73 (61,9%)	393 (49,2%)		388 (49,4%)	5 (38,5%)	393 (49,2%)	
	>50	237 (39,8%)	102 (50,2%)	339 (42,5%)		300 (44,1%)	39 (33,1%)	339 (42,5%)		331 (42,2%)	8 (61,5%)	339 (42,5%)	

continúa...



Tabla 1. Continuación

		Capítulos infringidos en la primera sanción de cada médico											
Variable	Categoría	Documentos médicos				Publicidad médica				Auditoría y peritaje médico			
		No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p	No	Sí	Total	Valor p
Tiempo de práctica profesional	≤10	162 (27,2%)	48 (23,6%)	210 (26,3%)	0,159	171 (25,1%)	39 (33,1%)	210 (26,3%)	0,061	209 (26,6%)	1 (7,7%)	210 (26,3%)	0,296
	(10; 20)	139 (23,4%)	39 (19,2%)	178 (22,3%)		148 (21,8%)	30 (25,4%)	178 (22,3%)		174 (22,2%)	4 (30,8%)	178 (22,3%)	
	>20	294 (49,4%)	116 (57,1%)	410 (51,4%)		361 (53,1%)	49 (41,5%)	410 (51,4%)		402 (51,2%)	8 (61,5%)	410 (51,4%)	
Naturaleza jurídica de la institución de estudios de grado	Privada	278 (46,7%)	88 (43,3%)	366 (45,9%)	0,452	298 (43,8%)	68 (57,6%)	366 (45,9%)	0,007	363 (46,2%)	3 (23,1%)	366 (45,9%)	0,167
	Pública	317 (53,3%)	115 (56,7%)	432 (54,1%)		382 (56,2%)	50 (42,4%)	432 (54,1%)		422 (53,8%)	10 (76,9%)	432 (54,1%)	
Especialidad	Especialista	335 (56,3%)	121 (59,6%)	456 (57,1%)	0,459	406 (59,7%)	50 (42,4%)	456 (57,1%)	<0,001	431 (54,9%)	5 (38,5%)	436 (54,6%)	0,072
	Generalista	260 (43,7%)	82 (40,4%)	342 (42,9%)		274 (40,3%)	68 (57,6%)	342 (42,9%)		97 (12,4%)	3 (23,1%)	100 (12,5%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de oficio	321 (53,9%)	115 (56,7%)	436 (54,6%)	<0,001	368 (54,1%)	68 (57,6%)	436 (54,6%)	0,019	230 (29,3%)	3 (23,1%)	233 (29,2%)	0,776
	Médico	91 (15,3%)	9 (4,4%)	100 (12,5%)		81 (11,9%)	19 (16,1%)	100 (12,5%)		27 (3,4%)	2 (15,4%)	29 (3,6%)	
	Pacientes y familiares	163 (27,4%)	70 (34,5%)	233 (29,2%)		210 (30,9%)	23 (19,5%)	233 (29,2%)		361 (46%)	7 (53,8%)	368 (46,1%)	
	Entidad legal	20 (3,4%)	9 (4,4%)	29 (3,6%)		21 (3,1%)	8 (6,8%)	29 (3,6%)		424 (54%)	6 (46,2%)	430 (53,9%)	
Lugar de la infracción	Capital	135 (22,7%)	39 (19,2%)	174 (21,8%)	0,348	133 (19,6%)	41 (34,7%)	174 (21,8%)	<0,001	267 (34%)	4 (30,8%)	271 (34%)	0,932
	Interior	460 (77,3%)	164 (80,8%)	624 (78,2%)		547 (80,4%)	77 (65,3%)	624 (78,2%)		245 (31,2%)	4 (30,8%)	249 (31,2%)	
Naturaleza jurídica del lugar de la infracción	Privada	287 (48,2%)	81 (39,9%)	368 (46,1%)	0,048	270 (39,7%)	98 (83,1%)	368 (46,1%)	<0,001	240 (30,6%)	5 (38,5%)	245 (30,7%)	0,082
	Pública	308 (51,8%)	122 (60,1%)	430 (53,9%)		410 (60,3%)	20 (16,9%)	430 (53,9%)		26 (3,3%)	0 (0%)	26 (3,3%)	
Sanción	A	203 (34,1%)	68 (33,5%)	271 (34%)	0,395	234 (34,4%)	37 (31,4%)	271 (34%)	0,843	7 (0,9%)	0 (0%)	7 (0,9%)	0,366
	B	182 (30,6%)	67 (33%)	249 (31,2%)		208 (30,6%)	41 (34,7%)	249 (31,2%)		445 (56,7%)	11 (84,6%)	456 (57,1%)	
	C	186 (31,3%)	59 (29,1%)	245 (30,7%)		211 (31%)	34 (28,8%)	245 (30,7%)		340 (43,3%)	2 (15,4%)	342 (42,9%)	
	D	17 (2,9%)	9 (4,4%)	26 (3,3%)		21 (3,1%)	5 (4,2%)	26 (3,3%)		173 (22%)	1 (7,7%)	174 (21,8%)	
	E	7 (1,2%)	0 (0%)	7 (0,9%)		6 (0,9%)	1 (0,8%)	7 (0,9%)		612 (78%)	12 (92,3%)	624 (78,2%)	

Se analizó la relación entre las variables socio-demográficas y contextuales-procesales y las variables de culpabilidad y penalidad, y se observó la presencia de asociación solo entre especialidad y

culpabilidad ($p < 0,001$) y entre especialidad y las penalidades ($p = 0,025$) (datos no mostrados).

Subsecuentemente, se analizó la asociación entre las variables sociodemográficas y

contextuales-procesales y reincidencia/recurrencia y se constató una asociación entre reincidencia/recurrencia y las variables sexo ($p=0,011$), rango de edad ($p=0,008$) y tiempo de práctica profesional ($p<0,001$) (datos no mostrados).

Discusión

De los 1.660 médicos juzgados, el 79% era hombre, con una edad promedio de 46,7 años y 20,1 años de experiencia. Las infracciones más comunes fueron las relacionadas con los capítulos del CEM sobre responsabilidad profesional (42,5%) y documentos médicos (14,1%). La mayoría de las denuncias procedía del interior de Minas Gerais (75,9%) y se inició de oficio (53,4%). La absolución se produjo en el 50,2% de los casos, y la censura pública fue la sanción más frecuente. Se observaron asociaciones estadísticas entre rango de edad, naturaleza jurídica de la institución de estudios de grado, especialidad, tipo de denunciante, lugar y naturaleza jurídica del lugar de la infracción y sanciones con diferentes infracciones éticas. También se observaron asociaciones entre culpabilidad y especialidad, entre las penalidades y especialidad y, finalmente, entre reincidencia/recurrencia y sexo, rango de edad y tiempo de práctica profesional.

Las características demográficas de los médicos sometidos a juicio, con una prevalencia masculina, coincidieron con las observaciones de estudios previos^{1,10-24}. El rango de edad de los profesionales, de 24 a 79 años, con la mayor concentración entre 30 y 50 años, siguió la tendencia encontrada en otras investigaciones^{10-12,17,19,22,23}. La experiencia acumulada, con más de 20 años de formación, también coincidió con los resultados de investigaciones previas^{1,16,19,24}.

Si bien el análisis del perfil de los profesionales sujetos a procesos ético-profesionales revela un predominio masculino en las denuncias, este fenómeno no debe interpretarse de forma simplista ni precipitada. El desequilibrio entre sexos puede reflejar una serie de factores complejos, como las características históricas y estructurales de la profesión médica² y la dinámica de poder en el ámbito profesional. Sin embargo, dado que este estudio solo abarcó una década, es prematuro sacar conclusiones definitivas sobre las causas de dicho desequilibrio. Investigaciones más profundas,

especialmente en períodos subsiguientes, podrían arrojar más luz sobre el tema y permitir una reflexión más exhaustiva sobre el impacto de los factores socioculturales e institucionales en el perfil de los médicos denunciados.

El rango de edad y el tiempo de formación más prevalentes podrían explicarse por el hecho de que la edad y la experiencia acumulada a lo largo de los años de práctica médica conferirían al profesional una sólida convicción de dominio sobre los procedimientos y técnicas, así como una sensación relativa de impunidad, resultante del prestigio social, del éxito económico y de la popularidad, tanto en el ámbito profesional como fuera de la comunidad médica⁵.

La marcada presencia de especialización entre los médicos denunciados fue confirmada por otras investigaciones sobre el tema^{12,14,16,19,20,25,26}. La mayor frecuencia de demandas contra médicos en ciertas especialidades quirúrgicas, como ginecología/obstetricia y cirugía general, también ha sido ampliamente reconocida en estudios previos^{1,11,12,14,16,17,19,20,23,26,27}. El hecho de que las áreas quirúrgicas se encuentren entre las más demandadas podría reflejar la mayor complejidad de los procedimientos, que terminan inmersos en un contexto de alto riesgo de fallos y complicaciones²⁸.

La predominancia de médicos demandados que se graduaron en instituciones públicas también se identificó en investigaciones anteriores^{11,19}. Cabe resaltar que, independientemente de la institución de formación, lo que se podría afirmar es que la educación brasileña enfrenta una crisis generalizada de bajos salarios, falta de personal docente calificado, escasez de equipos y deficiencia en las infraestructuras, entre otros¹¹. Una posible solución sería la implementación de políticas públicas encaminadas a incrementar la inversión en el sector educativo para asegurar un entorno adecuado para el aprendizaje y el desarrollo académico de los estudiantes.

La proporción significativa de denuncias originadas de oficio, un resultado similar al encontrado en la literatura^{17,19,20,25}, sugirió que la función pedagógica y fiscalizadora que desempeñan los consejos de ética profesional es esencial para asegurar el cumplimiento de las normas y preservar la integridad de las prácticas profesionales, gracias a la proactividad en la identificación de irregularidades, lo que refuerza la transparencia y la responsabilidad en el ejercicio de las actividades reguladas.

La predominancia de infracciones en el interior del estado y en instituciones públicas de asistencia apunta a una dinámica específica de estas entidades, que merecería un análisis más profundo en estudios posteriores para comprender sus particularidades e implicaciones.

El capítulo sobre responsabilidad profesional ocupó una posición predominante entre los litigios, un hecho observado en investigaciones anteriores^{19,23}. Este capítulo es de particular gravedad debido a las consecuencias directas que infracciones como la negligencia, la falta de pericia y la imprudencia pueden tener en la salud y en el bienestar del paciente, con daños irreversibles a su asistencia¹¹ y perjuicios también en la confianza en la profesión.

El capítulo sobre documentos médicos, que quedó en segundo lugar, destacó que la inadecuación o ausencia de registros en las historias clínicas puede generar conflictos éticos y poner en peligro la seguridad del paciente. Mantener la historia clínica debidamente cumplimentada es crucial para asegurar la precisión de la información, prevenir errores en el diagnóstico y tratamiento, además de asegurar la continuidad del cuidado de manera eficiente²⁹.

A su vez, los litigios relacionados con el capítulo sobre la relación con pacientes y sus familiares, que ocupa la tercera posición, demostraron que una comunicación deficiente o una relación insatisfactoria con pacientes y sus familiares son elementos cruciales en la configuración de las disputas éticas¹⁴, lo que sugiere la necesidad de prácticas profesionales que integren rigor técnico, claridad en la documentación y sensibilidad en las interacciones humanas para mitigar riesgos éticos.

La prevalencia, en un porcentaje ligeramente superior a la mitad, de las demandas que culminaron en absolucón (50,2%) podría atribuirse a la insuficiencia de pruebas, en consonancia con el principio legal *in dubio pro reo*, que asegura la absolucón cuando existen dudas sobre la culpabilidad del acusado²². Este principio es esencial para proteger los derechos fundamentales, ya que garantiza que nadie sea condenado sin la debida prueba de culpabilidad, y refleja un compromiso con la justicia procesal, buscando un equilibrio entre la búsqueda de la verdad y la protección de la presunción de inocencia.

Las sanciones aplicadas, principalmente en virtud del punto C, parecen estar relacionadas con la

gravedad y la repercusión pública de los hechos, lo que a menudo resulta en penas más severas.

La prevalencia de la confirmación de sanciones en las apelaciones, un hallazgo similar al encontrado en otro estudio¹⁶ sugiere que el rigor en la validación de las decisiones regionales por parte del CFM se ha convertido en un criterio preponderante en la orientación de las decisiones punitivas. Además, el CFM ha sido fundamental para la estandarización y el fortalecimiento de las normas éticas con el fin de asegurar la coherencia y la consistencia de las sanciones en todo el territorio nacional.

El hecho de que la mayoría de los médicos haya sido demandada una sola vez durante el período analizado podría atribuirse a la efectividad de las sanciones aplicadas, las cuales, cumpliendo su función educativa, terminaron por establecerse como mecanismos disuasorios. La efectividad de las sanciones parece haber contribuido a prevenir la reincidencia de conductas poco éticas, un efecto positivo en la transformación del comportamiento profesional.

Inicialmente, el análisis se realizó basándose en datos analíticos individuales, sin buscar asociaciones entre variables, lo que proporcionó una comprensión preliminar de la información de forma aislada. Este primer análisis reveló las características generales de los médicos acusados y los procesos ético-profesionales, sin profundizar en las interrelaciones entre los diversos factores implicados. Ahora pasaremos a una etapa más compleja y refinada de la investigación, en la que buscamos explorar las asociaciones estadísticas entre las variables. Esta etapa permitió identificar estándares e interacciones que, cuando se interpretan cuidadosamente, proporcionan una visión más sólida y esclarecedora de los factores que guiaron las demandas ético-profesionales.

Se pudo observar la relación entre los capítulos del CEM y los datos sociodemográficos y contextuales-procesales. Inicialmente, se observó que los médicos más jóvenes (menores de 30 años) y los más veteranos (mayores de 50 años) cometieron un número significativo de infracciones en el capítulo relacionado con los documentos médicos, un fenómeno que puede atribuirse a la inexperiencia de los primeros y a la resistencia de los segundos a los nuevos requisitos éticos. Por el contrario, los médicos de entre 30 y 50 años mostraron una mayor incidencia de infracciones en el ámbito de la publicidad médica, lo que puede entenderse a la luz del contexto

competitivo, exigente y dinámico que marca el auge de sus carreras, en el que el uso de estrategias publicitarias, muchas de ellas éticamente cuestionables, surge como un intento de atraer clientes.

También se constató una menor prevalencia de infracciones relacionadas con los capítulos de publicidad médica y relación médico-paciente entre médicos formados en instituciones públicas, un fenómeno que puede atribuirse al enfoque de estas instituciones en la atención universal y en la promoción de la equidad, lo que favorecería un entorno en el que las prácticas de marketing y autopromoción serían menos prevalentes. En cambio, entre los profesionales formados en instituciones privadas, se observó una menor incidencia de infracciones relacionadas con los derechos humanos y la interacción entre médicos, lo que podría estar vinculado a las rigurosas exigencias de estas instituciones en cuanto al cumplimiento de altos estándares de conducta ética e interpersonal.

Además, la mayor incidencia de infracciones relacionadas con la publicidad médica entre los médicos generalistas, en contraposición al mayor número, entre los especialistas, de transgresiones relativas a la relación entre médicos, reflejaría las distintas dinámicas a las que se enfrenta cada grupo. Si bien los médicos generalistas a menudo se encontraban más centrados en atraer pacientes en un mercado laboral altamente competitivo, los especialistas, al abordar problemas intrínsecos y específicos de sus respectivos campos de práctica, se enfrentaban a desafíos considerablemente más complejos, sobre todo en términos de interacción profesional.

Se observó una correlación entre los tipos de denunciadores y los capítulos más frecuentemente reportados. Se destacó el papel regulador y supervisor del CRM-MG (Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais), cuyas acciones reflejaron las áreas con mayor incidencia de quejas, predominantemente asociadas con temas como la responsabilidad profesional, la remuneración, la documentación y la publicidad médica. Las denuncias presentadas pusieron de relieve el papel rector de la entidad, cuya actuación, más que punitiva, consistía en educar y mantener los estándares éticos.

Las denuncias presentadas por pacientes y sus familiares pusieron de relieve una preocupación primordial respecto a la naturaleza de la relación médico-paciente, haciendo hincapié en la importancia de una interacción guiada por los más elevados

principios éticos, como la dignidad, el respeto a la autonomía y la beneficencia.

Otro capítulo que generó un aumento significativo de denuncias por parte de pacientes y sus familiares fue el relacionado con la documentación médica. La importancia de mantener registros precisos y completos va más allá de los requisitos burocráticos: dichos registros, fundamentales para la continuidad del tratamiento y para la seguridad del cuidado prestado, son un reflejo directo de la responsabilidad del médico hacia el paciente.

En el ámbito de las denuncias presentadas por los propios médicos, se observó un énfasis particular en cuestiones relacionadas con los derechos humanos, la interacción entre médicos y la publicidad médica, lo que sugiere una vigilancia interna para la preservación de la ética profesional y la prevención de prácticas antiéticas en la profesión. Por último, las quejas procedentes de entidades legales, con un claro enfoque en la publicidad médica, reforzarían la búsqueda de una conducta más transparente y ética por parte de las instituciones sanitarias. Este conjunto de denuncias puso de manifiesto la complejidad y la interconexión del escenario ético, con diferentes actores que participan en la vigilancia de las prácticas médicas, cada uno con sus propias perspectivas sobre los principios que deberían guiar la práctica de la medicina.

Las infracciones cometidas en la capital, asociadas principalmente a la publicidad médica, parecen haber estado fuertemente influenciadas por la intensificación de la competencia en este contexto urbano, donde la búsqueda de visibilidad y atractivo para profesionales e instituciones podría conducir a la adopción de prácticas más arriesgadas, a menudo al margen de los principios éticos que rigen la profesión.

Las instituciones privadas de asistencia presentaron una prevalencia menor que las públicas de infracciones en los capítulos de responsabilidad profesional, relación médico-paciente y documentación médica, dato que podría comprenderse por el contexto organizacional más estructurado, con políticas internas de cumplimiento que priorizan la observancia rigurosa de las normativas éticas.

Las instituciones públicas, a su vez, mostraron una menor prevalencia de infracciones en los capítulos relativos a la relación entre médicos, remuneración profesional, secreto médico y publicidad médica, lo que podría explicarse por la naturaleza pública de

su financiación y por su foco en el acceso universal e igualitario. En esta configuración, el modelo de gestión regulado y supervisado crearía un entorno en el que las normas éticas y de conducta se establecerían y fiscalizarían de forma más clara.

Las infracciones más graves, especialmente aquellas que implican la violación de derechos humanos, dieron como resultado una probabilidad sustancial de aplicar la opción E, lo que refleja la gravedad de las transgresiones, que no solo implicaron infracciones éticas sino que también violaron derechos esenciales para la dignidad humana. Las infracciones relacionadas con los capítulos sobre responsabilidad profesional y la relación médico-paciente también dieron lugar a sanciones más severas, en particular las de carácter público, con la excepción de la revocación de la licencia, cuya incidencia fue considerablemente reducida. Esta disminución sugiere que, pese a la gravedad de las infracciones relativas a estos capítulos, la aplicación de una medida tan extrema como la revocación se considera desproporcionada y se evita con mayor frecuencia cuando existen factores atenuantes, como el contexto específico de la infracción. Respecto al capítulo sobre la relación entre médicos, la tendencia a imponer sanciones severas señaló la seriedad con que la profesión médica trató las infracciones en este ámbito y resaltó la importancia de preservar la ética en las relaciones profesionales, lo cual es esencial para el correcto funcionamiento del sistema de salud y para mantener la integridad de la profesión.

Fue de suma importancia dirigir el análisis hacia nuevas variables que se revelaron pertinentes para la comprensión de los procesos ético-profesionales, las cuales abarcaron “culpabilidad y especialidad”, “penalizaciones y especialidades”, así como “reincidencia, asociada a variables sociodemográficas y procesales”. Estas dimensiones fueron fundamentales para profundizar en la investigación, ya que nos permitieron observar los factores que influenciaron intrínsecamente tanto en las infracciones éticas como en sus consecuencias, poniendo de relieve conductas específicas en el ámbito de la práctica médica.

La relación entre culpabilidad y especialidad reveló que los médicos generalistas tenían más probabilidades de ser declarados culpables, lo que indica una vulnerabilidad particular de esta categoría. Esta constatación subraya la relevancia de programas de formación continua específicos promovidos por el CRM-MG, dirigidos no solo a

la actualización técnico-científica, sino también a mejorar la formación ética de estos profesionales.

La dosimetría punitiva aplicada a los médicos, tanto especialistas como generalistas, no presentó una regularidad sustancial. La variabilidad dificultó la identificación de una tendencia uniforme en la aplicación de las sanciones y sugiere que los procesos decisorios del organismo regulador estuvieron sujetos a múltiples factores contextuales y específicos de cada caso. La falta de un criterio claro en materia de sentencias reflejó la complejidad del campo ético, en el que las infracciones se analizaron individualmente, teniendo en cuenta las circunstancias de la práctica médica y la gravedad de la transgresión. Este hallazgo es consistente con la literatura especializada, que señaló la falta de una tendencia consolidada en las sanciones asignadas según la especialidad del profesional¹⁹.

Hombres mayores de 50 años y con más tiempo de experiencia (resultados similares a los encontrados en la literatura especializada)¹⁹, ya inmersos, por lo tanto, en sus prácticas habituales, fueron más reincidentes, lo que resalta la necesidad de una reflexión continua sobre la ética profesional. Esta situación demuestra la urgencia de implementar estrategias dirigidas a estos profesionales, que no solo se centren en mejorar la técnica, sino que también promuevan una renovación ética capaz de mantenerse al ritmo de los cambios en las demandas sociales y profesionales.

Este estudio presentó ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados. En primer lugar, la escasez de fuentes bibliográficas actualizadas sobre el juicio de procesos ético-profesionales que implican a médicos brasileños representó un desafío para la contextualización de los hallazgos y la comparación con investigaciones anteriores. Además, los cambios en el CEM a lo largo de los años (1988, 2009, 2018) pueden haber influido en los criterios y en la conducción de los juicios, lo que dificulta el análisis longitudinal de los procesos.

Consideraciones finales

El presente estudio cumplió su objetivo propuesto de realizar un análisis sin precedentes, profundo y multidimensional de los procesos ético-profesionales juzgados por el CRM-MG a lo

largo de una década. Al integrar variables sociodemográficas, contextuales-procesales y normativas, fue posible trascender un enfoque meramente descriptivo y delinear, con mayor solidez interpretativa, los perfiles, las tendencias y los estándares de responsabilidad disciplinaria en el contexto de la medicina brasileña contemporánea.

El análisis reveló que la mayoría de los profesionales juzgados era hombre, con una edad promedio de 46,7 años y una larga trayectoria en medicina; un hecho que, lejos de traducirse en una mayor madurez ética, se asoció con la reincidencia, lo que indica que la experiencia acumulada, por sí sola, no constituye un factor protector de la conducta ética. Por el contrario, la antigüedad puede, en algunos casos, reforzar zonas de confort profesional que dificultan la adhesión a las transformaciones ético-normativas de la práctica médica. Tal hallazgo convoca a los Consejos de Medicina a la formulación de estrategias formativas continuas que contemplen no solo a los médicos jóvenes, sino también a los profesionales al final de su carrera, con el fin de promover una renovación ética a lo largo de todo el ciclo profesional.

Según los datos, los médicos generalistas presentaron una mayor probabilidad que los especialistas de ser considerados culpables y de recibir sanciones éticas más severas. Esta vulnerabilidad, también evidenciada en estudios previos, expone las debilidades estructurales y formativas de la clínica general en Brasil, caracterizada por menos recursos, una mayor carga asistencial y una menor valorización social e institucional. La responsabilidad ética, en este contexto, parece reflejar no solo conductas individuales, sino también desigualdades sistémicas. En este contexto, la bioética principialista exige que se tengan en cuenta los principios de justicia y no maleficencia en la formulación de políticas públicas que fortalezcan la formación y el apoyo institucional a los médicos generalistas.

Además, se observó una fuerte relación entre los tipos de infracciones y las características contextuales del lugar de la práctica médica. La mayor frecuencia de denuncias en el interior de Minas Gerais, especialmente en instituciones públicas, señala un campo de vulnerabilidad que requiere atención específica. En estos lugares, la escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo de los profesionales y la ausencia de protocolos asistenciales claros pueden contribuir a que se produzcan fallos técnicos y éticos. Un sistema de

responsabilidad disciplinaria desligado del análisis estructural corre el riesgo de reforzar las desigualdades en lugar de corregirlas. Por lo tanto, la justicia ética exige que los juicios consideren no solo el acto, sino también el contexto en el que ocurrió.

El análisis de los capítulos del CEM que se violan con mayor frecuencia reveló la importancia central de cuestiones relativas a la responsabilidad profesional, documentos médicos y relación con los pacientes y sus familiares. Los datos mostraron que, incluso después de décadas de regulaciones éticas, las infracciones más frecuentes siguen estando asociadas a una comunicación deficiente, al descuido en la documentación y a una ruptura de la confianza médico-paciente. Este hallazgo reafirma la importancia de la formación ética como un proceso longitudinal, continuo e integrado en la práctica cotidiana, y no como un contenido estanco del currículo formal.

Además, los resultados demostraron que la mayoría de las denuncias se instauró de oficio por los propios Consejos de Medicina, hecho que reafirma su papel regulador y educativo en el campo de la ética profesional. Este hallazgo subraya la importancia de la vigilancia ética institucional como instrumento no solo para imponer sanciones, sino también para promover la calidad y la integridad en la práctica médica. Sin embargo, el elevado índice de absoluciones (50,2%) exige atención interpretativa: puede reflejar, legítimamente, la insuficiencia de pruebas concluyentes, de acuerdo con el principio legal de *in dubio pro reo*, lo cual asegura la prevalencia de la presunción de inocencia ante la incertidumbre.

Las asociaciones estadísticamente significativas entre variables como sexo, edad, tiempo de práctica profesional, especialidad, tipo de denunciante y lugar de la infracción con los capítulos infringidos, la culpabilidad y la reincidencia revelaron que la responsabilidad disciplinaria en Brasil no se produce de forma aleatoria, sino que sigue estándares que, aunque no son deterministas, son estadísticamente consistentes. Cuando se interpretan desde una perspectiva bioética e institucional, estos estándares señalan la urgente necesidad de políticas más contextualizadas y equitativas en materia de fiscalización, formación continua y apoyo profesional.

En resumen, este estudio contribuye a avanzar en la comprensión de los procesos ético-profesionales en Brasil al proporcionar evidencias empíricas para respaldar prácticas más justas, preventivas y formativas. Al destacar factores que favorecen

la responsabilidad disciplinaria y aquellos que la hacen menos probable, la investigación proporciona a los Consejos de Medicina datos técnicos y éticos para mejorar su actuación, fortalecer la confianza de la sociedad en la medicina y reafirmar el compromiso del profesional médico con el cuidado digno, prudente, competente y ético. Es mediante la articulación entre datos y principios, entre normas y realidad, que se construye un sistema ético-disciplinario más justo, coherente y comprometido con la salud como un derecho fundamental.

En este horizonte, se propugna una ética propositiva, que trascienda el encuadramiento normativo y la lógica punitiva, guiada por una cultura institucional de escucha, responsabilidad y corresponsabilidad. Se trata de cultivar una ética reflexiva, que inste a los profesionales a revisar

constantemente el significado de sus acciones, a comprender con sensibilidad la vulnerabilidad de los demás y a comprometerse con la dignidad humana. Fundamentada en los principios de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia, esta ética debe fomentarse en los espacios de formación, reafirmarse en las prácticas institucionales y ser respaldada por los organismos reguladores, como parte de un esfuerzo colectivo para reconstruir el pacto de confianza entre la medicina y la sociedad. El perfeccionamiento ético de la práctica médica no se logrará únicamente por medio de reformas normativas, sino mediante la construcción de una cultura moral compartida, que reconozca la vulnerabilidad como un rasgo constitutivo de la existencia humana y la integridad como una vocación irrenunciable de la práctica profesional.

Referencias


1. Gracindo GCL. Princípios bioéticos na prática médica no Brasil: construindo um perfil do profissional da medicina a partir dos processos ético-disciplinares julgados (período 2010-2016), com base no atual Código de Ética Médica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/3IP1s7Y>
2. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA et al. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46HJCgh>
3. Santos MFO, Souza HHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos éticos-profissionais: Paraíba 1999 a 2009. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 10 set 2024];19(3):787-97. Disponível: <https://bit.ly/47eYrHf>
4. Almeida T, Pimentel D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 10 set 2024];24(1):128-35. DOI: 10.1590/1983-80422016241114
5. Gomes JC, Drumond JGF, França GV. Erro médico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
6. D'Acampora AJ, Corrêa G. Erro médico, uma abordagem. Acta Cir Bras [Internet]. 1996 [acesso 10 set 2024];11(1):42-6. Disponível: <https://bit.ly/47fzyv8>
7. Alexy R. Teoria dos direitos fundamentais. 2ª ed. São Paulo: Malheiros; 2017.
8. Silva JAC, Brito MVH, Oliveira AJB, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS. Sindicâncias e processos ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Pará: evolução processual no período de 2005 a 2007. Rev Bras Clín Méd [Internet]. 2010 [acesso 10 set 2024];8(1):20-4. Disponível: <https://bit.ly/3KElq5U>
9. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 15 ago 2018 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48hArV1>
10. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and the risk of malpractice. Am J Med [Internet]. 1992 [acesso 10 set 2024];93(11):537-42. DOI: 10.1016/0002-9343(92)90582-v
11. Falcão MSSA. A ética médica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do estado do Rio de Janeiro [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4h4JN95>
12. D'Avila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares no período de 1958 a 1996 [dissertação] [Internet]. Florianópolis: UFSC; 1998 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mRdR9f>

13. Boyaciyan K. O perfil e as infrações ético-profissionais dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo [tese] [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2005 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46ZIUK4>
14. Bittencourt AGV, Neves NMB, Neves FBCS, Brasil ISPDS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2007 [acesso 10 set 2024];31(2):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004
15. Gomes A. Análise comparativa entre o perfil do médico denunciado por infrações ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o ensino médico [tese] [Internet]. São Paulo: USP; 2010 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4o49cSm>
16. Santos MF. Análise dos processos éticos decorrentes de erros médicos na Paraíba de 1999 a 2009 [dissertação]. Recife: UPE; 2011.
17. Pereira Filho A. Análise das vulnerabilidades como facilitadoras da ocorrência de erros médicos no estado de São Paulo (2000-2009) julgados pelo Conselho Regional de Medicina [dissertação] [Internet]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4mRD5EF>
18. Constantino CF. Reflexão bioética e deontológica relacionada às denúncias e processos ético-profissionais envolvendo médicos que exercem pediatria no estado de São Paulo, Brasil [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2013 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/42ZTwal>
19. Dias TMF. Perfil dos médicos julgados em processos ético-profissionais em Santa Catarina [monografia] [Internet]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2017 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/48QVZlb>
20. Ribeiro DTA. Estudo bioético das denúncias contra médicos no Conselho Regional de Medicina do estado do Acre – Brasil [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2017 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4pXk32t>
21. Araújo AOV, Araújo DD, Nogueira AHAS, Costa AKF, Andrada CP, Filgueira FSS *et al.* Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 10 set 2024];27 (4):739-46. DOI: 10.1590/1983-80422019274357
22. Mariani PC. A bioética na medicina de fim ou de meio na cirurgia plástica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2021 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/46KG3WA>
23. Gonçalves ELN, Lima e Silva FDAC, Rego G. Performance of the professional councils concerning 966 complaints addressed to regional councils of medicine (CRM) of Minas Gerais, from 2012 to 2017. *Acta Bioeth* [Internet]. 2022 [acesso 10 set 2024];28(2):249-55. Disponível: <https://bit.ly/48rtFMB>
24. Teixeira LM, Santos Junior LA, Franco RS. Perfil de denúncias éticas contra médicos em um estado brasileiro, de 2001 a 2016. *Rev Iberoam Bioética* [Internet]. 2022 [acesso 10 set 2024];19:1-14. DOI: 10.14422/rib.i19.y2022.008
25. Marques Filho J. A pena máxima: cassação do exercício profissional médico: análise, sob o olhar da bioética, dos processos de cassação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [dissertação] [Internet]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2006 [acesso 10 set 2024]. Disponível: <https://bit.ly/4hc2APF>
26. Braga AD SG. Perfil da denúncia contra médicos no Conselho Regional de Medicina do estado do Piauí [dissertação]. Teresina: UFPI; 2008.
27. Silva JAC, Brito MVH, Brito NB, Gonçalves RS, Fonseca SNS, Oliveira AJB. Natureza e especialidades envolvidas nas denúncias sobre erros médicos que originaram processos ético-profissionais no Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará. *Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2010 [acesso 10 set 2024];12(2):27-30. Disponível: <https://bit.ly/48Er8if>
28. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* [Internet]. 2000 [acesso 10 set 2024];320(7237):774-7. Disponível: <https://bit.ly/46IBtZ2>
29. Garritano CRO, Junqueira FH, Lorosa EFS, Fujimoto MS, Martins WHA. Avaliação do prontuário médico de um hospital universitário. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2020 [acesso 10 set 2024];44(1):e009. DOI: 10.1590/1981-5271v44.1-20190123

Renata Bittar Britto Arantes – Estudiante de doctorado – renata.arantesufu@gmail.com

 0009-0002-5808-0210

Alanna Gomes da Silva – Doctora – alannagomessilva@gmail.com

 0000-0003-2587-5658

Mónica Correia – Doctora – mcorreia@med.up.pt

 0000-0002-9034-7029

Guilherme Augusto Veloso – Doctor – guilhermev@id.uff.br

 0000-0002-5348-3793

Rui Nunes – Doctor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondencia

Renata Bittar Britto Arantes – Avenida Tenente Virmondes, 268, bairro Centro. CEP 38400-110. Uberlândia/MG, Brasil.

Contribución de los autores (CRediT)

Renata Bittar Britto Arantes participó en la concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final. Alanna Gomes da Silva participó en la recopilación y organización de datos, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final. Mónica Correia participó en el análisis de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación de la versión final. Guilherme Augusto Veloso participó en la revisión crítica del contenido intelectual, apoyo metodológico y aprobación de la versión final. Rui Nunes participó en la orientación, supervisión general de la investigación, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación de la versión final.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 22.5.2025

Revisado: 4.7.2025

Aprobado: 10.7.2025