

Impericia, imprudencia y negligencia: médicos al límite de la ética

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

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

Resumen

Impericia, imprudencia y negligencia son infracciones que comprometen la seguridad de los pacientes y la confianza de la sociedad en la medicina. El análisis de los procesos juzgados por el Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais entre 2012 y 2022 reveló que, de los 1660 médicos juzgados, el 29,8 % fueron acusados de infringir el art. 1º del Código de Ética Médica, y el 53,3% de esos casos resultaron en condenas. La negligencia fue la infracción más frecuente, con un 61,8%. Se observó una asociación significativa entre las variables edad ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), tipo de institución asistencial ($p<0,001$) y la sanción ($p<0,001$) y la infracción del art. 1º del Código de Ética Médica; así como entre el tipo de institución asistencial ($p=0,002$) y la sanción ($p=0,018$) y los subapartados más infringidos del art. 1º, negligencia y imprudencia. Se concluye que es imprescindible fortalecer la ética en la atención médica mediante la educación continua y las políticas institucionales que promuevan la responsabilidad y el respeto a la dignidad humana.

Palabras clave: Impericia. Imprudencia. Códigos de ética. Ética médica.

Resumo

Imperícia, imprudência e negligência: médicos no limite da ética

Imperícia, imprudência e negligência são transgressões que comprometem a segurança dos pacientes e a confiança da sociedade na medicina. Análise dos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais entre 2012 e 2022 revelou que, dos 1.660 médicos julgados, 29,8% foram acusados de infrações ao art. 1º do Código de Ética Médica, e 53,3% desses casos resultaram em condenação. Negligência foi a violação mais capitulada (61,8%). Houve associação significativa entre as variáveis idade ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), tipo de instituição assistencial ($p<0,001$) e penalidade ($p<0,001$) e a infração ao art. 1º do Código de Ética Médica; assim como entre tipo de instituição assistencial ($p=0,002$) e penalidade ($p=0,018$) e os subitens mais infringidos do art. 1º, negligência e imprudência. Conclui-se ser imprescindível fortalecer a ética no cuidado médico por meio da educação continuada e de políticas institucionais que promovam responsabilidade e respeito à dignidade humana.

Palavras-chave: Imperícia. Imprudência. Códigos de ética. Ética médica.

Abstract

Malpractice, recklessness, and negligence: physicians on the edge of ethics

Malpractice, recklessness, and negligence are offenses that compromise patient safety and society's trust in medicine. An analysis of cases tried by the Regional Medical Council of Minas Gerais between 2012 and 2022 revealed that, of the 1,660 doctors tried, 29.8% were accused of violations of Article 1 of the Code of Medical Ethics, and 53.3% of these cases resulted in convictions. Negligence was the most common violation, at 61.8%. There was a significant association between the variables age ($p=0.009$), type of complainant ($p<0.001$), type of healthcare institution ($p<0.001$), and penalty ($p<0.001$) and violation of Article 1 of the Code of Medical Ethics; as well as between type of healthcare institution ($p=0.002$) and penalty ($p=0.018$) and the most violated sub-items of Article 1, negligence and recklessness. In conclusion, it is essential to strengthen ethics in medical care through continuing education and institutional policies that promote responsibility and respect for human dignity.

Keywords: Malpractice. Imprudence. Codes of ethics. Ethics, medical.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-FMUP 111/CEFMUP/2023

El error médico, según lo establece el Código de Ética Médica (CEM), consiste en una acción u omisión que puede causar daño al paciente y se clasifica en las modalidades de impericia, imprudencia o negligencia, siempre bajo la égida de la responsabilidad personal del profesional¹. Desde esta perspectiva, Correia-Lima² lo define como la conducta —ya sea omisiva o comisiva— atípica, irregular o inadecuada, realizada en perjuicio del paciente durante el ejercicio de la actividad médica, distinguiéndola de los casos dolosos. Aun así, la jurisprudencia nacional ha reconocido situaciones en las que el error médico es resultado de conductas dolosas, especialmente cuando la persona actúa de manera consciente y deliberada en desacuerdo con los deberes ético-profesionales. Es decir, se ha ampliado el campo interpretativo de la responsabilidad civil y penal en el ámbito médico².

Según el mismo autor, no hay error médico legalmente reconocido sin que se produzca un daño o agravamiento de la salud del paciente, y el daño es un elemento esencial y un requisito indispensable para establecer la responsabilidad. La ausencia de daño descaracteriza el error, hace inviable el deber de reparación y excluye la incidencia de la responsabilidad civil. Así pues, si es posible admitir responsabilidad sin culpa *lato sensu*, no se puede concebir la responsabilidad sin daño².

Según Francia³, el fracaso profesional puede manifestarse de dos formas principales: error de diagnóstico y error de conducta. El primero, cuando no resulta de omisión evidente, no se caracteriza, en general, como culpa, siempre que el médico haya cumplido los preceptos científicos y técnicos adecuados³. Sin embargo, la mala conducta requiere una apreciación más rigurosa, especialmente dadas las controversias en torno a la elección y a la eficacia de los métodos, técnicas y protocolos aplicados a la terapia³.

Desde otra perspectiva, Mariani⁴ resalta que la responsabilidad médica es de medios, no de fines, por lo que el profesional está obligado a emplear todos los recursos técnicos y científicos disponibles, con cuidado y diligencia, sin que esto implique garantía del resultado deseado. Este concepto refuerza la idea de que al juzgar la conducta médica se debe considerar el proceso y la prudencia empleados, y no solo las consecuencias del acto profesional⁴.

Dados estos conceptos, se hace pertinente profundizar en el análisis de los tipos de culpa médica

que constituyen error profesional, en particular la impericia, la imprudencia y la negligencia. Estas categorías, aunque de naturaleza distinta, convergen en la violación del deber de cuidado que debe guiar la práctica de la medicina². Una comprensión profunda de cada una de ellas es esencial no solo para definir la responsabilidad civil y ética del médico, sino también para examinar las implicaciones bioéticas que surgen de la relación entre el profesional y el paciente². En ese sentido, el estudio de las manifestaciones de la culpa médica permite articular el campo normativo de la responsabilidad con los principios de la bioética y los fundamentos jurídicos que sustentan el deber de actuar con diligencia, pericia y prudencia².

En lo que respecta a las formas concretas de expresión de esta culpa, destaca, inicialmente, la negligencia médica, entendida como la actitud que permite que se produzca un daño al paciente, caracterizada por la indolencia, inercia y pasividad por parte del profesional responsable^{5,6}. Se trata de una conducta caracterizada por la omisión del deber de cuidado, en la que el médico deja de actuar de manera diligente en situaciones que requieren atención técnica y moral^{5,6}. Desde esta perspectiva, cobra relevancia la responsabilidad del profesional de la salud de no privar al paciente de oportunidades reales de tratamiento o recuperación, lo que encuentra correspondencia en la teoría francesa de la pérdida de una oportunidad, desarrollada por Tunc⁷, Viney⁸ y Chabas⁹. Según esta concepción, el daño no se limita a un resultado adverso, sino que implica la frustración concreta de una posibilidad legítima de curación o de supervivencia⁷⁻⁹. En el contexto brasileño, autores como Marinoni¹⁰, Martins-Costa¹¹ y Cavalieri Filho¹² demuestran que esta teoría se ha integrado en el ámbito de la responsabilidad civil médica para reforzar el deber ético y legal de actuación diligente. Desde la perspectiva bioética, la negligencia constituye una negación de los valores que orientan el ejercicio de la medicina —integridad, dignidad humana, altruismo, alteridad, dedicación y compromiso⁶— y expresa la falla en brindar los cuidados necesarios para el bienestar del paciente⁵.

Además, la impericia y la imprudencia constituyen otras manifestaciones de culpa médica, igualmente relevantes para comprender el error profesional. La impericia, según França³, corresponde al incumplimiento de las normas técnicas por falta de preparación práctica, conocimientos específicos insuficientes

o incapacidad para ejercer adecuadamente la profesión. El autor, sin embargo, advierte que un médico legalmente habilitado no puede ser calificado como incompetente, ya que la habilitación profesional presupone el dominio de las competencias esenciales para el ejercicio de la medicina³. Sin embargo, reconoce que todos los profesionales tienen limitaciones y que aquellos que, conscientes de su falta de preparación, actúan de manera irresponsable en ámbitos para los que no están debidamente cualificados incurrir en imprudencia³. Tal conducta, de carácter comisoivo, se revela aún más grave si resulta de una acción intencional y consciente³.

La imprudencia médica, a su vez, se caracteriza por la falta de cuidado y por la precipitación en las decisiones clínicas, por lo que se revela una conducta marcada por la desconsideración y la irreflexión³. Tal conducta puede manifestarse en el riesgo que se corre al realizar procedimientos sin respaldo científico o sin observar los protocolos de seguridad, lo que demuestra una desviación del estándar técnico y ético esperado⁵.

La pertinencia de analizar estas formas de culpa se ve reforzada por datos empíricos¹³. En una década, entre el 2001 y el 2011, el número de procesos ético-profesionales (PEP) iniciados por el Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp) contra médicos por mala praxis, error médico o violación del CEM creció un 302%, y el número de profesionales sancionados aumentó un 180%, superando el incremento de solo el 32% en la población médica del estado de São Paulo¹³.

Aunque varios estudios indican una alta incidencia de procesos éticos que implican daño al paciente —especialmente aquel relacionado con negligencia, impericia e imprudencia—, persiste una importante laguna en la literatura en cuanto al análisis sistematizado de esas infracciones en el contexto de la práctica médica brasileña¹⁴⁻¹⁷, lo que pone de manifiesto la necesidad de investigaciones empíricas más sólidas que permitan comprender las dimensiones bioéticas del problema.

Dada la relevancia y la complejidad que rodean tales infracciones, este estudio analiza, desde una perspectiva bioética, los procesos ético-profesionales juzgados por el Consejo Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG) entre el 2012 y el 2022 relacionados con infracciones de impericia, imprudencia y negligencia, con el objetivo de comprender en qué medida tales conductas violan los

valores y principios que orientan la práctica médica y el deber de cuidado. En concreto, se pretende identificar y discutir las implicaciones éticas y morales de las conductas observadas; y evaluar el papel de los organismos deontológicos en la promoción de una cultura de responsabilidad y respeto a los derechos fundamentales del paciente.

La relevancia de esta investigación se hace aún más evidente al considerar que el estado de Minas Gerais constituye el tercer mayor colegio médico de la región Sudeste, con 70.835 profesionales, superado solo por São Paulo (182.852) y por Río de Janeiro (74.107)¹⁸. Este panorama confiere relevancia adicional al estudio, una vez que contribuye a la comprensión de las violaciones éticas en la práctica de la medicina y a llenar un vacío sustancial en la literatura especializada.

Método

Se trata de un estudio documental, transversal y retrospectivo, de carácter descriptivo-analítico, con enfoque (predominantemente) cuantitativo y análisis categorial dirigido aplicado al juzgamiento de casos que impliquen el artículo 1 del CEM. El diseño retrospectivo resultó del uso de registros administrativos pasados (2012-2022); el enfoque transversal indicó que toda la información se analizó en un solo momento, sin seguimiento longitudinal.

El universo de este estudio abarcó a todos los 1.660 médicos juzgados en el ámbito del CRM/MG entre el 1 de enero del 2012 y el 31 de diciembre del 2022, independientemente de los artículos del CEM involucrados o del desenlace procesal.

La muestra, a su vez, estuvo compuesta por médicos cuyo juicio arrojó evidencias de violación al artículo 1 del CEM, es decir, encuadrados en las categorías de impericia, imprudencia o negligencia, violaciones analizadas de forma aislada o combinada. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, la muestra reveló 495 médicos que se habían visto involucrados en situaciones que implicaban la aplicación del artículo 1.

Los datos utilizados fueron secundarios, provenientes de la base de datos institucional del Sector de Procesos Ético-Profesionales del CRM/MG, previamente recopilados y sistematizados por el equipo técnico del sector. El acceso se concedió mediante autorización formal de la junta directiva, tras la anonimización y

previo filtrado de información sensible por parte del equipo del CRM/MG, de acuerdo con los criterios de la Ley General de Protección de Datos (Ley 13.709/2018)¹⁹. Así, la muestra del estudio está constituida exclusivamente por información documental y administrativa relativa a procesos ético-profesionales finalizados hasta el 31 de diciembre del 2022, relacionadas con evidencias de violación del artículo 1, sin que haya habido etapa de recopilación primaria de datos ni contacto directo con los profesionales juzgados.

Se incluyeron todos los PEP finalizados entre el 2012 y el 2022 con denuncias de negligencia, imprudencia o impericia (individualmente o combinadas), juzgados por cámaras del CRM/MG (colegios de 11 consejeros) y con decisiones disponibles. Se excluyeron los PEP incompletos (metadatos/procesales esenciales ausentes) no finalizados hasta el 31 de diciembre del 2022.

Las variables sociodemográficas evaluadas fueron: sexo (femenino o masculino); edad del médico al ser denunciado (≤ 30 o 30-50 o > 50 años); tiempo de ejercicio en la medicina (≤ 10 o 10-20 o > 20 años); especialidad (médicos con título de especialista en algún campo en el momento de los hechos o médicos generales); naturaleza jurídica de los cursos de grado (privada o pública); y unidad federativa (UF) del curso de grado (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo y otras).

Las variables de carácter contextual-procesal fueron las siguientes: tipo de denunciante (CRM/MG de oficio o médico, pacientes y familiares, o persona jurídica); lugar de los hechos (capital o interior); naturaleza jurídica del lugar de los hechos (privada o pública); culpabilidad (no o sí); sanción (advertencia confidencial: A; censura confidencial: B; censura pública: C; suspensión del ejercicio profesional por treinta días: D; Revocación: E); y recurso ante el Consejo Federal de Medicina (sí o no, y si la pena fue confirmada, reducida o aumentada).

Las variables normativas del CEM fueron los tipos de infracciones relacionadas con el artículo 1 y sus combinaciones: negligencia, impericia e imprudencia.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando: frecuencias absolutas/relativas para variables categóricas; medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables continuas, según la distribución.

Se procedió a un análisis exhaustivo y minucioso de las interacciones entre las variables sociodemográficas y contextuales-procesales y la

transgresión del artículo 1 del CEM, con el objetivo de identificar posibles correlaciones estadísticamente significativas. A continuación, se cruzaron dichas variables con los subapartados más frecuentemente violados del artículo mencionado —a saber, “negligencia”, “imprudencia y negligencia” e “imprudencia”—, con el fin de indagar las interrelaciones y explorar los matices que pudieran surgir de este contexto. Este procedimiento se realizó con el propósito de profundizar en la comprensión de los factores que podrían influir en la violación de tales preceptos éticos y realizar un análisis sólido y detallado de los aspectos que implica la conducta médica a la luz de la ética profesional.

La asociación entre las variables se analizó utilizando la prueba de independencia chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 5%, para asegurar la solidez y la validez estadística de los resultados²⁰⁻²³. Este enfoque metodológico tuvo como objetivo asegurar que las inferencias extraídas de los datos estuvieran debidamente respaldadas por evidencias estadísticas consistentes, para reforzar la credibilidad de las conclusiones obtenidas. Esto se hizo utilizando el *software* RStudio²⁴.

La delimitación retrospectiva documental es adecuada para reconstruir patrones de conducta ya juzgados con base en evidencia administrativa oficial; el recorte transversal sirve para mapear y analizar el conjunto de casos del período. La combinación descriptiva más inferencial permite clasificar las modalidades de culpa, correlacionarlas con atributos de los procesos/profesionales y discutir sus implicaciones bioéticas, lo que responde directamente al objetivo de examinar cómo dichas conductas violaron los deberes del CEM y los principios bioéticos.

Este proyecto está vinculado a una tesis aprobada por el Comité de Ética de la Universidade do Porto.

Resultados

Entre los 1.660 médicos sometidos a juicio en el estado de Minas Gerais, se encontró que 495 (29,8%) incurrieron en situaciones que implicaron la aplicación del artículo 1 del CEM. De ellos, 264 (53,3%) se consideraron culpables de infringir efectivamente la disposición normativa antes mencionada. De los médicos sometidos a juicio, el 20% era mujer y el 80% hombre, con una edad promedio de 46,3 años, con un rango de 24 a 77 años. La mayoría de las denuncias implicó a médicos con edades entre

30 y 50 años (45%), seguidos por médicos con más de 50 años (41%), y con menos de 30 años (19%).

En términos de experiencia, el tiempo promedio de formación fue de 19,8 años. Las denuncias se asociaron principalmente a médicos con más de 20 años de formación (47%), seguidos por aquellos con menos de 10 años (31%) y entre 10 y 20 años (12%). Se observó una prevalencia de médicos sin una especialidad registrada (38%), seguidos por ginecólogos/obstetras (17%), cirujanos generales (12%), y médicos ocupacionales (9%). En cuanto a la educación, el 51% se graduó en instituciones públicas, y el 72% en el estado de Minas Gerais.

Las quejas fueron iniciadas mayoritariamente por pacientes y familiares/personas jurídicas (52%), seguidas de quejas oficiales (44%) y quejas de médicos (4%). La mayoría de las violaciones se dio en el interior de Minas Gerais (77%), y las instituciones públicas fueron responsables de más denuncias que las privadas (75%).

Respecto a las infracciones del artículo 1, la negligencia fue la más frecuentemente citada (61,8%) del total de procesos, sin embargo, solo se comprobó en el 49,2% de casos. Las infracciones caracterizadas como imprudencia, “negligencia e impericia” e “impericia e imprudencia” tuvieron tasas de confirmación del 71,4%, 72,7% y 75%, respectivamente. Sin embargo, la impericia se confirmó como infracción solo en el 20% de los casos.

En cuanto a la decisión del CRM/MG, la negligencia y la impericia presentaron mayor tasa de absolución que de condena, el 50,8% y el 80%, respectivamente, mientras que todas las demás infracciones relacionadas con el artículo 1 presentaron mayores tasas de condena que de absolución, y las mayores tasas de condena por “negligencia e impericia” e imprudencia, con el 72,7% y el 71,4%. En cuanto a los tipos de condena,

la negligencia (18%), la imprudencia (42,9%) y la “negligencia e imprudencia” (25,6%) presentaron el mayor número de casos sancionados con censura pública. La negligencia fue la infracción que resultó en la mayor cantidad de revocaciones de licencias, totalizando el 0,9% de los casos.

Respecto a las apelaciones presentadas ante el CFM, la negligencia tuvo una tasa del 62,7% de no apelaciones, similar a la mayoría de las violaciones del artículo 1 y sus artículos relacionados. Por otra parte, las infracciones asociadas, “impericia e imprudencia” y “negligencia, impericia e imprudencia”, registraron mayores tasas de apelación, con el 62,5% y el 80%, respectivamente.

En cuanto al desenlace de las apelaciones presentadas ante el CFM sobre negligencia, en el 66% de los casos se mantuvo la decisión emitida por el CRM/MG, similar a lo que ocurre con la mayoría de las demás infracciones relacionadas al artículo 1° y sus respectivas asociaciones. Por otra parte, las infracciones relacionadas con “impericia e imprudencia” y “negligencia e impericia” revelaron un estándar distinto, optando el CFM por atenuar la penalidad en el 75% y en el 100% de los casos, respectivamente. Además, la única infracción por la que se agravó la sanción fue la negligencia, con una incidencia del 6,4%.

En lo que respecta a la asociación de variables, se observó una asociación significativa entre las variables rango de edad ($p=0,009$), tipo de denunciante ($p<0,001$), naturaleza jurídica del lugar de la infracción ($p<0,001$), penalidad ($p<0,001$) e infracción del artículo 1 del Código de Ética Médica (Tabla 1).

También se observó una asociación significativa entre las variables naturaleza jurídica del lugar de la infracción ($p=0,002$) y penalidad ($p=0,018$) con los subapartados del artículo 1 más frecuentemente violados (Tabla 2).

Tabla 1. Asociación entre variables sociodemográficas y contextuales-procesales y la violación del artículo 1

Variable	Categoría	Violación del artículo 1			Valor p
		No	Sí	Total	
Sexo	Femenino	110 (20,6%)	44 (16,7%)	154 (19,3%)	0,219
	Masculino	424 (79,4%)	220 (83,3%)	644 (80,7%)	
Rango de edad	≤30	36 (6,7%)	30 (11,4%)	66 (8,3%)	0,009
	(30-50)	280 (52,4%)	112 (42,4%)	392 (49,1%)	
	>50	218 (40,8%)	122 (46,2%)	340 (42,6%)	

continúa...

Tabla 1. Continuación

Variable	Categoría	Violación del artículo 1			Valor p
		No	Sí	Total	
Tiempo de práctica médica	≤10	139 (26,0%)	71 (26,9%)	210 (26,3%)	0,868
	(10-20)	122 (22,8%)	56 (21,2%)	178 (22,3%)	
	>20	273 (51,1%)	137 (51,9%)	410 (51,4%)	
Naturaleza jurídica del curso de grado	Privada	238 (44,6%)	128 (48,5%)	366 (45,9%)	0,332
	Pública	296 (55,4%)	136 (51,5%)	432 (54,1%)	
Estado del curso de grado	MG	388 (72,7%)	182 (68,9%)	570 (71,4%)	0,332
	RJ	80 (15,0%)	42 (15,9%)	122 (15,3%)	
	ES	20 (3,7%)	18 (6,8%)	38 (4,8%)	
	Otros	46 (8,6%)	22 (8,3%)	68 (8,5%)	
Especialidad	Especialista	308 (57,7%)	149 (56,4%)	457 (57,3%)	0,797
	Generalista	226 (42,3%)	115 (43,6%)	341 (42,7%)	
Tipo de denunciante	CRM-MG de oficio	313 (58,6%)	124 (47,0%)	437 (54,8%)	<0,001
	Médico	89 (16,7%)	8 (3,0%)	97 (12,2%)	
	Pacientes y familiares/entidad jurídica	132 (24,7%)	132 (50,0%)	264 (33,1%)	
Naturaleza jurídica del lugar de la infracción	Privada	295 (55,2%)	70 (26,5%)	365 (45,7%)	<0,001
	Pública	239 (44,8%)	194 (73,5%)	433 (54,3%)	
Lugar de la infracción	Capital	127 (23,8%)	48 (18,2%)	175 (21,9%)	0,087
	Interior	407 (76,2%)	216 (81,8%)	623 (78,1%)	
Sanción	A y B	369 (69,1%)	146 (55,3%)	515 (64,5%)	<0,001
	C	140 (26,2%)	107 (40,5%)	247 (31,0%)	
	D y E	25 (4,7%)	11 (4,2%)	36 (4,5%)	

Tabla 2. Asociación entre variables sociodemográficas y contextuales-procesales y la violación de los ítems más frecuentemente violados del artículo 1

Variable	Categoría	Imprudencia	Negligencia	Negligencia e imprudencia	Otros	Total	Valor p
Sexo	Femenino	5 (14,7%)	30 (19,5%)	7 (11,5%)	2 (13,3%)	44 (16,7%)	0,517
	Masculino	29 (85,3%)	124 (80,5%)	54 (88,5%)	13 (86,7%)	220 (83,3%)	
Rango de edad	≤30	0 (0,0%)	19 (12,3%)	9 (14,8%)	2 (13,3%)	30 (11,4%)	0,106
	(30-50)	21 (61,8%)	58 (37,7%)	25 (41,0%)	8 (53,3%)	112 (42,4%)	
	>50	13 (38,2%)	77 (50,0%)	27 (44,3%)	5 (33,3%)	122 (46,2%)	
Tiempo de práctica médica	≤10	11 (32,4%)	35 (22,7%)	18 (29,5%)	7 (46,7%)	71 (26,9%)	0,431
	(10-20)	8 (23,5%)	32 (20,8%)	13 (21,3%)	3 (20,0%)	56 (21,2%)	
	>20	15 (44,1%)	87 (56,5%)	30 (49,2%)	5 (33,3%)	137 (51,9%)	

continúa...

Tabla 2. Continuación

Variable	Categoría	Imprudencia	Negligencia	Negligencia e imprudencia	Otros	Total	Valor p
Naturaleza jurídica del curso de grado	Privada	14 (41,2%)	79 (51,3%)	27 (44,3%)	8 (53,3%)	128 (48,5%)	0,616
	Pública	20 (58,8%)	75 (48,7%)	34 (55,7%)	7 (46,7%)	136 (51,5%)	
Estado del curso de grado	MG	24 (70,6%)	100 (64,9%)	47 (77,0%)	11 (73,3%)	182 (68,9%)	0,812
	RJ	5 (14,7%)	27 (17,5%)	7 (11,5%)	3 (20,0%)	42 (15,9%)	
	ES	3 (8,8%)	11 (7,1%)	3 (4,9%)	1 (6,7%)	18 (6,8%)	
Especialidad	Otros	2 (5,9%)	16 (10,4%)	4 (6,6%)	0 (0,0%)	22 (8,3%)	0,789
	Especialista	19 (55,9%)	86 (55,8%)	37 (60,7%)	7 (46,7%)	149 (56,4%)	
Tipo de denunciante	Generalista	15 (44,1%)	68 (44,2%)	24 (39,3%)	8 (53,3%)	115 (43,6%)	0,105
	CRM-MG de oficio	14 (41,2%)	74 (48,1%)	31 (50,8%)	5 (33,3%)	124 (47,0%)	
	Médico	1 (2,9%)	2 (1,3%)	5 (8,2%)	0 (0,0%)	8 (3,0%)	
Naturaleza jurídica del lugar de la infracción	Pacientes y familiares/ Persona jurídica	19 (55,9%)	78 (50,6%)	25 (41,0%)	10 (66,7%)	132 (50,0%)	0,002
	Privada	15 (44,1%)	30 (19,5%)	17 (27,9%)	8 (53,3%)	70 (26,5%)	
Lugar de la infracción	Pública	19 (55,9%)	124 (80,5%)	44 (72,1%)	7 (46,7%)	194 (73,5%)	0,504
	Capital	7 (20,6%)	31 (20,1%)	9 (14,8%)	1 (6,7%)	48 (18,2%)	
Sanción	Interior	27 (79,4%)	123 (79,9%)	52 (85,2%)	14 (93,3%)	216 (81,8%)	0,018
	A y B	11 (32,4%)	93 (60,4%)	32 (52,5%)	10 (66,7%)	146 (55,3%)	
	C	21 (61,8%)	55 (35,7%)	28 (45,9%)	3 (20,0%)	107 (40,5%)	
	D y E	2 (5,9%)	6 (3,9%)	1 (1,6%)	2 (13,3%)	11 (4,2%)	

Discusión

Entre el 2012 y el 2022, 1.660 médicos en Minas Gerais fueron sometidos a juicio. Esta cifra representa el 2,7% del total de médicos en el estado en el 2022²⁵. De esos 1.660, el 29,8% (495) estuvieron involucrados en casos relacionados con el art. 1 del CEM, y el 53,3% (264) de esos casos resultaron en condenas, lo que equivaldría al 0,8% y al 0,4% del total de médicos del estado en el 2022, respectivamente.²⁵ La mayoría de los médicos eran hombres (80%); aunque los datos demográficos médicos en Brasil muestran que hay una mayoría de médicos hombres, hasta el año 2024, la diferencia de proporción entre los sexos fue mucho menor que la observada en este estudio, con valores casi igualando los dos sexos¹⁸. La edad media encontrada

en los procesos relacionados con el artículo 1 fue de 46,3 años, y la mayor parte de las denuncias implica médicos de entre 30 y 50 años, y el 47% tenía más de 20 años de experiencia. Este hallazgo contrasta con el rejuvenecimiento observado en la demografía médica de Minas Gerais y Brasil, donde el número de profesionales menores de 40 años está creciendo²⁵.

La mayoría de las denuncias fue iniciada por pacientes y familiares (52%) y tuvo lugar principalmente en instituciones públicas del interior de Minas Gerais (77%). La negligencia fue la infracción denunciada con mayor frecuencia (61,8%) y tuvo una tasa de confirmación del 49,2%. En el CRM/MG, la negligencia y la impericia tuvieron las mayores tasas de absolución (50,8% y 80%), mientras que otras violaciones del artículo 1 resultaron en más condenas. En cuanto a las apelaciones ante

el CFM, la decisión del CRM/MG se mantuvo en el 66% de los casos de negligencia, número similar al observado en relación con la mayoría de las violaciones del artículo 1 y sus respectivas asociaciones. La investigación identificó asociaciones entre factores sociodemográficos (rango de edad) y factores contextuales-procesales (tipo de denunciante, naturaleza jurídica del lugar de la infracción y sanción) y las infracciones del artículo 1 del CEM; y entre los subapartados del artículo, la naturaleza jurídica del lugar de la infracción y la sanción.

Las características demográficas de los médicos sometidos a juicio, con una prevalencia masculina, coincidieron con las observaciones de estudios previos^{5,6-17}. Esta asimetría, sin embargo, parece reflejar más bien una configuración histórica de la inserción profesional en la medicina que diferencias inherentes en la conducta entre los géneros²⁶. De hecho, los datos de *Demografía médica en Brasil 2023*²⁵ indican que, entre el 2012 y el 2022, la proporción de médicos hombres se mantuvo mayor, aunque hubo un aumento continuo de la participación femenina, que pasó del 42,4% en el 2012 al 48,6% en el 2022, llegando poco a poco a una distribución más equitativa entre los sexos. Considerando el rango de edad de los profesionales condenados y la feminización gradual de la medicina, es plausible entender esta disparidad como una expresión de un legado estructural, más que una desigualdad conductual²⁶. Sin embargo, es necesario un análisis más profundo e interdisciplinario, capaz de captar los matices socioculturales e institucionales que configuran las relaciones de género en el ámbito médico contemporáneo, y que evite interpretaciones simplistas que reduzcan los fenómenos complejos a meras estadísticas demográficas.

El análisis del rango de edad de los profesionales sancionados mostró un gran predominio del rango de 30 a 50 años (45%), con un promedio de 46,3 años, resultado consonante con hallazgos anteriores que indicaron una mayor incidencia de infracciones entre médicos de 31 a 50 años (65,8%)⁶. Como ya se mencionó, este estándar etario contrasta con el rejuvenecimiento observado en la demografía médica contemporánea, tanto en Minas Gerais como en Brasil, marcado por el incremento del número de profesionales menores de 40 años²⁵. Estudios previos también han registrado promedios similares, como 44 años, con un rango

entre 24 y 71 años⁵, y el rango de edad predominante está entre 40 y 65 años¹⁷, lo que confirma la persistencia de este perfil etario entre los médicos involucrados en procesos ético-disciplinarios.

En cuanto al tiempo de formación, el 40,7% de los médicos infractores tenía más de 20 años de experiencia profesional, hallazgo que difiere de otro estudio, en el que la mayoría de los sancionados tenía entre 11 y 20 años de experiencia⁶. Según análisis del CFM, la mayor incidencia de infracciones entre los profesionales con mayor experiencia puede estar asociada al agotamiento psicosocial derivado de jornadas intensas y múltiples vínculos laborales, frecuentemente asociados al deterioro emocional y a una menor adhesión a procesos de actualización técnico-ética y comunicacional²⁷. Estos factores combinados delimitan un contexto en el que la experiencia acumulada, si bien valiosa, puede, paradójicamente, exponer al profesional a una mayor vulnerabilidad ética en la práctica médica²⁷.

Autores como Klein²⁸ y Groopman²⁹ demuestran que la experiencia prolongada, si bien aumenta la seguridad técnica, favorece el desarrollo de automatismos cognitivos y exceso de confianza, que pueden reducir la vigilancia crítica y la capacidad reflexiva en situaciones complejas. De manera similar, Reason³⁰ sostiene que la acumulación de experiencia no inmuniza al profesional contra el error, sino que, por el contrario, puede fortalecer patrones mentales rígidos que conducen a la negligencia o imprudencia, especialmente en contextos de sobrecarga.

El 51% de los infractores se graduaron en instituciones públicas, un porcentaje que supera significativamente la proporción de vacantes en escuelas públicas en Minas Gerais (27,9%)²⁵. Este resultado debe interpretarse a la luz de la historia de la formación médica en el estado y en el país, ya que las universidades públicas fueron responsables, durante décadas, de la formación de la mayoría de los médicos en actividad^{29,31}. Estas instituciones más antiguas y consolidadas, han contribuido a la cualificación de las generaciones que hoy conforman el grupo de profesionales con mayor tiempo de carrera, precisamente el grupo más frecuentemente involucrado en procesos ético-disciplinarios, en este análisis.

En cuanto a la formación especializada, el 38% de los médicos infractores no tenía especialización formal, seguido por el 17% de ginecólogos y

obstetras, el 12% de cirujanos generales y el 9% de médicos ocupacionales. Se resalta también que estos resultados, encontrados en esta investigación, están en consonancia con estudios previos, que identificaron una proporción significativa de médicos sin especialización (27%), seguidos de ginecólogos y obstetras (24,8%) y cirujanos generales (9,4%)⁵. Otro estudio indicó que el 28,9% de los infractores eran especialistas en clínica médica, el 23% en ginecología y obstetricia y el 11,7% en cirugía general⁶, mientras que un tercer estudio destacó la ortopedia y traumatología y la cirugía general como las especialidades más comúnmente involucradas en infracciones¹⁷.

Considerando que, en el 2022, Minas Gerais concentró el 63,4% de los médicos con título de especialista, este perfil se vuelve aún más significativo cuando se compara con la estructura de distribución de especialidades en el estado²⁵. Por ejemplo, los ginecólogos y obstetras, aunque representaban solo el 10,3% del total de especialistas en Minas Gerais en el 2022²⁵, representaron el 17% de los profesionales sancionados, lo que sugiere una sobrerrepresentación posiblemente relacionada con la naturaleza íntima y sensible de este campo de trabajo, marcado por situaciones de vulnerabilidad, consentimiento y decisiones reproductivas.

De manera similar, los médicos ocupacionales, que representaban el 7,1% de los especialistas en Minas Gerais en el 2022²⁵ y el 9% de las infracciones, se enfrentan a dilemas éticos inherentes a su función, que exige una mediación constante entre los intereses del paciente y los del empleador. Los cirujanos generales, a su vez, si bien no se figuraban entre las especialidades más prevalentes en el estado en el 2022²⁵, destacaron entre los infractores, lo que refuerza la hipótesis de que las especialidades intervencionistas, donde hay alto riesgo técnico y decisiones de elevada complejidad, constituyen un terreno más fértil para conflictos éticos e infracciones disciplinarias⁵.

Además, el porcentaje significativo de médicos sin especialización formal (el 38% en la presente investigación) suscita preocupación, dado que el 36,6% de los médicos de Minas Gerais en el 2022 eran generalistas, según datos de la demografía médica en el 2023²⁵. Este dato sugiere que la falta de formación especializada aumenta la exposición a contextos de decisión clínica crítica,

especialmente en entornos con menos apoyo técnico o institucional.

Otro aspecto importante es la distribución geográfica de las denuncias: El 77% se registraron en el interior del estado, una proporción superior a la distribución general de los médicos de Minas Gerais en el 2022, entre los cuales el 64,9% trabajaba fuera de la capital²⁵. Este estándar de concentración en el interior encuentra un paralelo en los hallazgos de Pereira Filho⁶, que identificó desigualdad en la distribución de médicos en el estado de São Paulo — el 49% concentrado en la capital, aunque el 73% de la población residiera en el interior— y destacó que esta mala distribución podría ser uno de los factores que contribuyen a la mayor vulnerabilidad a errores médicos en las regiones del interior. Según el autor, la precariedad de la infraestructura, la escasez de recursos asistenciales y la distancia de los grandes centros de referencia constituyen condiciones que comprometen la práctica médica y aumentan el riesgo de error y de infracciones éticas en el interior⁶.

Finalmente, en lo que respecta a la naturaleza jurídica del lugar de la infracción, se encontró que el 75% de los casos se registraron en establecimientos públicos. Este resultado está en línea con un estudio que identificó un porcentaje similar (80,1%) de infracciones en instituciones públicas⁵, aunque otro estudio señaló un predominio de casos en el sector privado (66,2%)⁶. La mayor incidencia de infracciones en las unidades públicas puede interpretarse con base en determinantes estructurales y organizacionales que caracterizan al sistema público de salud brasileño, ya que las unidades públicas concentran la mayor parte de las atenciones del Sistema Único de Salud (SUS), que, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)³² y el Ministerio de Salud³³ brinda asistencia a aproximadamente el 75% de la población brasileña, especialmente en campos de media y alta complejidad. Además, los médicos que trabajan en los servicios públicos se enfrentan a una realidad marcada por la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos y la creciente demanda asistencial, condiciones que imponen un intenso agotamiento físico y emocional y aumentan la probabilidad de errores éticos y técnicos^{25,29,31}.

En entornos en los que faltan insumos, estructura de apoyo y oportunidades adecuadas de actualización, la implementación de protocolos

de seguridad se vuelve limitada, y la incidencia de errores tiende a aumentar, a menudo sin intención de negligencia⁵. Esta realidad no es exclusiva del contexto brasileño, también se describe en sistemas de salud subfinanciados, en los que el estrés ocupacional y el agotamiento profesional están directamente asociados a la incidencia de errores y a la pérdida de calidad asistencial³⁴. Así, las violaciones éticas cometidas en el ámbito público deben entenderse a la luz de la complejidad estructural y organizacional que caracteriza al Sistema Único de Salud (SUS), lo que demuestra la necesidad de políticas destinadas a mejorar las condiciones de trabajo y a fortalecer la infraestructura de esos servicios asistenciales.

El hecho de que la negligencia fuera la infracción más común corrobora los resultados de investigaciones anteriores, según las cuales el 67,3% de las infracciones estaban asociadas a la negligencia⁵. De manera similar, un segundo autor, Pereira Filho⁶, al analizar el mismo artículo, observó que hubo una distribución aproximada, con el 54% de las infracciones atribuidas a la negligencia. Estos datos revelan la persistente prevalencia de la negligencia como una infracción ética relevante, así como la necesidad de un mayor enfoque en la diligencia profesional y en la vigilancia continua de la conducta médica para mitigar el daño al paciente y fortalecer la responsabilidad en la práctica médica.

Las infracciones de imprudencia, “negligencia e impericia” e “impericia e imprudencia” mostraron tasas considerables de ocurrencia comprobada y tasas de absolución relativamente bajas, lo que podría sugerir que estas infracciones implicaban conductas que eran más fácilmente identificables y respaldadas por evidencias objetivas, haciendo menos probable la absolución. Por otra parte, la escasa confirmación de infracción en el caso de impericia podría estar relacionada con la complejidad de establecer de manera clara e inequívoca la falta de competencia técnica necesaria para la adecuada práctica médica, dado el carácter especializado y diversificado de la medicina.

La negligencia y la impericia, cuando se analizaron de forma aislada, mostraron una asociación más frecuente con la absolución, lo que probablemente se debe a la complejidad y a la dificultad de comprobar la culpabilidad, dada la naturaleza subjetiva de estos conceptos, los cuales, al someterse a una interpretación individual, podría dar lugar a

valoraciones diferentes, lo que puede haber dificultado la construcción de pruebas concluyentes y, en consecuencia, la definición inequívoca de la responsabilidad del imputado. Un resultado similar se encontró en la investigación de Bitencourt y colaboradores⁵. Por el contrario, la “negligencia e impericia” y la imprudencia tuvieron una tasa de condenas sustancialmente más alta, lo que podría estar relacionado con la gravedad de estas infracciones cuando se asocian. La investigación de Bitencourt y colaboradores⁵ también encontró datos similares respecto a la imprudencia, y los autores destacaron que la mayor frecuencia de condenas de médicos denunciados por imprudencia se debe a la facilidad de comprobar esta conducta profesional inapropiada en los registros de un proceso ético-profesional.

El hecho de que la negligencia, la imprudencia y la combinación de “negligencia e imprudencia” representaran un mayor número de casos sancionados bajo la cláusula de censura pública podría atribuirse a la gravedad de estas conductas inapropiadas, lo que llevó al colegiado a optar por la sanción pública cuando se probaba. La revocación, medida más drástica, se aplicó predominantemente en caso de negligencia, lo que podría sugerir que en casos más graves de esta mala conducta, cuando se comprobó, la medida extrema se consideró más frecuentemente necesaria.

La baja incidencia de apelaciones en casos de negligencia, impericia e imprudencia podría sugerir que la decisión del órgano competente fue considerada adecuada por la mayoría de las partes. Sin embargo, las infracciones relacionadas con las asociaciones “impericia e imprudencia” y “negligencia, impericia e imprudencia” se destacaron de las anteriores al presentar una mayor frecuencia de apelación, lo que podría indicar una mayor controversia o insatisfacción con las decisiones tomadas. Esto podría sugerir que la complejidad de las infracciones afecta la propensión de las partes a impugnar las sanciones aplicadas, una vez que las repercusiones jurídicas de estas sanciones terminan siendo de gran relevancia.

El análisis de los resultados de las apelaciones presentadas ante el CFM reveló tendencias distintas, que varían según la naturaleza de la infracción. En lo que se refiere a la negligencia, así como a las otras infracciones relacionadas con el artículo 1 y sus respectivas asociaciones, la mayoría de las

decisiones emitidas por el CRM/MG fue confirmada, lo que sugiere que, en muchos casos, el CFM consideró adecuadamente la infracción. En cambio, las infracciones caracterizadas por “impericia e imprudencia” y “negligencia e impericia” mostraron una tendencia a la reducción de las sanciones por parte del CFM, lo que podría estar relacionado con características específicas de estos casos. La mayor severidad de la pena, observada en ciertos casos de negligencia, apunta a una posible revisión de dichos casos, probablemente debido a la adición de nuevas pruebas que justificaron la imposición de una pena más severa. Cabe resaltar, sin embargo, que, en este estudio, los casos no se evaluaron individualmente, y las conclusiones presentadas se basan exclusivamente en datos estadísticos. Se enfatiza que cada juicio tiene características únicas, al igual que las decisiones del colegiado, que varían según las particularidades de la situación.

Inicialmente, el análisis se realizó basándose en datos descriptivos individuales, sin buscar correlaciones entre las variables, lo que permitió una comprensión preliminar de la información de forma aislada. Este primer análisis permitió identificar las características generales de los médicos denunciados y de los procesos ético-profesionales relacionados con el artículo 1 del CEM, sin profundizar en las interrelaciones entre los diversos factores implicados. A partir de este punto, pasaremos a una etapa más compleja y refinada de la investigación, en la que buscamos explorar las relaciones estadísticas entre las variables. Esta nueva etapa analítica permitió detectar estándares e interacciones que, analizados con cuidado, pueden ofrecer una comprensión más completa y aclaradora de los elementos que influyeron en los procesos ético-profesionales.

Este nuevo enfoque permitió identificar una asociación entre el artículo 1 del CEM y las variables sociodemográficas (rango de edad) y contextuales-procesales (tipo de denunciante, naturaleza jurídica del lugar de la infracción y sanción). Se observó una mayor propensión a violar el artículo 1 entre los médicos menores de 30 años y mayores de 50 años, lo que podría reflejar diferentes desafíos a los que se enfrentan estos grupos. Los profesionales más jóvenes, aún en las primeras etapas de sus carreras, terminaron teniendo menos experiencia práctica y menos madurez ética, lo que los hizo más susceptibles a conductas caracterizadas por la negligencia, la impericia y la imprudencia.

La inexperiencia podría comprometer la toma de decisiones clínicas adecuadas, especialmente en situaciones de elevada complejidad y presión. Los médicos más experimentados, mayores de 50 años, podrían estar sujetos a la consolidación de hábitos profesionales que a veces se desvían de las actualizaciones éticas y de las mejores prácticas, y por lo tanto terminan mostrando una propensión a incurrir en infracciones de esta disposición normativa en comparación con los demás artículos²⁸⁻³⁰. Un autor que realizó un análisis similar no encontró asociación estadística entre estas variables³⁵.

Se observó que las denuncias fueron presentadas predominantemente por pacientes o familiares y personas jurídicas con respecto a violaciones del artículo 1, lo que sugiere que los casos que implican impericia, imprudencia o negligencia atraen una mayor atención de estas personas, debido a la gravedad de los impactos directos en la calidad de la asistencia médica. Este estándar podría indicar un mayor nivel de vigilancia social respecto a las conductas que comprometen la seguridad del paciente.

Hubo menor participación de las instituciones privadas en las violaciones del artículo 1 en comparación con otras violaciones éticas, lo que podría estar asociado a diferencias en los modelos de gobernanza y regulación entre los sectores público y privado, resultado similar al obtenido en otro estudio sobre el tema⁵. El sector privado, que a menudo está más regulado y sujeto a una mayor fiscalización interna, podría beneficiarse de protocolos más estrictos para mitigar los riesgos de error médico. Por otra parte, el sector público, caracterizado por la sobrecarga asistencial y por recursos limitados, podría proporcionar un entorno más propenso a fallas en la prestación de cuidados^{29,31}.

Se encontró predominancia de la penalidad descrita en el inciso “c” en las violaciones del artículo 1, lo que podría indicar un estándar más severo de sanciones debido al daño directo al paciente resultante de la intencionalidad directa o indirecta de una conducta relacionada con la negligencia, impericia o imprudencia. Esto podría reforzar la gravedad atribuida a las infracciones de este artículo y, a la vez, la necesidad de proteger la integridad y seguridad de los pacientes en el ejercicio de la medicina. Un análisis similar no encontró asociación estadística entre estas variables³⁵. Este análisis tampoco encontró asociación estadística entre el artículo 1 y el sexo, la presencia o ausencia

de especialización y el tiempo de formación³⁵, de manera similar a la investigación actual.

En este contexto, también fue de suma importancia orientar el análisis hacia nuevas variables que resultaran relevantes para la comprensión de los procesos ético-profesionales. Dichas variables abarcaron los subapartados del artículo 1 más frecuentemente infringidos (“imprudencia”, “negligencia” e “imprudencia y negligencia”), así como factores sociodemográficos y contextuales-procesales, y se observó una asociación de los subapartados y la naturaleza jurídica del lugar de la infracción, así como con la sanción.

Los resultados indicaron una conexión entre el entorno institucional y el tipo de infracción cometida en relación con el artículo 1 del CEM. La elevada frecuencia de casos de negligencia en las instituciones públicas podría estar relacionada con las condiciones estructurales a menudo desfavorables en este sector, como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y la alta demanda de atención^{29,31}, lo que podría comprometer la atención adecuada al paciente y aumentar la probabilidad de fallas en la conducta profesional.

Se observó una menor proporción de sanciones por imprudencia en los incisos “a” y “b” en comparación con las demás infracciones relacionadas con el artículo 1, lo que sugiere que la imprudencia se relaciona con conductas más graves y, por lo tanto, requeriría sanciones más severas, ya que se caracteriza por acciones impulsivas sin la debida precaución, lo que podría justificar la aplicación de sanciones más rigurosas cuando se compara con la negligencia, que muchas veces resulta de una omisión no siempre voluntaria.

El presente estudio tiene limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. La escasez de literatura científica nacional centrada en el análisis de procesos ético-profesionales de médicos brasileños, especialmente aquellos relacionados con la impericia, la imprudencia y la negligencia, representó un desafío para la adecuada contextualización de los hallazgos y para la realización de comparaciones consistentes con investigaciones previas. Además, la restricción del acceso a información más detallada sobre los procesos analizados limitó la exploración de las circunstancias que culminaron en las violaciones del artículo 1 del CEM.

Otra limitación se refiere a la imposibilidad de obtener el universo de profesionales médicos

en actividad en Minas Gerais a lo largo de todo el período del 2012 al 2022, lo que hizo que se adoptaran, como parámetro comparativo, los datos demográficos disponibles para el año 2022²⁵. Esta estrategia permitió, aunque parcialmente, situar los resultados del estudio en relación con la estructura y la distribución de la categoría médica en el estado en el último año de la serie temporal considerada.

Estas limitaciones, si bien relevantes, no comprometen la validez interna de los resultados obtenidos y reflejan de manera consistente las tendencias observadas en el conjunto analizado. Sin embargo, ponen de manifiesto la necesidad de nuevos estudios que profundicen la investigación de las dimensiones éticas de la práctica médica en Brasil, lo que podría facilitar análisis comparativos entre regiones, períodos históricos y especialidades, contribuyendo así al perfeccionamiento de las políticas institucionales de regulación y formación ética en la profesión médica.

Consideraciones finales

Al analizar los datos de 1.660 médicos sometidos a juicio, se encontró que 495 (29,8%) incurrieron en infracciones del artículo 1 del CEM, de los cuales 264 (53,3%) fueron declarados culpables. Predominaron los médicos varones (80%), con edad media de 46,3 años y 19,8 años de formación. La mayoría de las infracciones implicó a médicos de entre 30 y 50 años (45%) y con más de 20 años de experiencia (47%). De los denunciados, el 38% no tenía una especialidad registrada, y de los que la tenían, la mayoría era ginecólogo/obstetra (17%) y cirujano general (12%). Las denuncias provinieron principalmente de pacientes y familiares (52%) y tuvieron lugar mayoritariamente en el interior de Minas Gerais (77%), y el 75% de las infracciones ocurrieron en instituciones públicas.

La negligencia fue la infracción del artículo 1 citada con mayor frecuencia (61,8%), aunque solo se confirmó en el 49,2% de los casos. Las categorías “negligencia e impericia” e “impericia e imprudencia” presentaron índices de infracción considerables de 72,7% y 75%, respectivamente, mientras que la infracción por impericia se confirmó solo en el 20% de los casos. En cuanto a las decisiones del CRM/MG, la negligencia e impericia presentaron una mayor tasa de absolución que de condena, mientras que todas

las demás infracciones relacionadas con el artículo 1 presentaron mayores tasas de condena que de absolución, y las mayores tasas de condena estuvieron relacionadas con “negligencia e impericia” e imprudencia (72,7% y 71,4%, respectivamente). La censura pública fue la sanción más común, especialmente por negligencia (18%), imprudencia (42,9%) y la combinación de “negligencia e imprudencia” (25,6%). La negligencia fue la infracción que resultó en la mayor cantidad de revocaciones de licencias, totalizando el 0,9% de los casos.

La mayoría de los casos de negligencia no generó apelaciones ante el CFM (62,7%). En cambio, las infracciones asociadas, como “incompetencia e imprudencia” y “negligencia, impericia e imprudencia”, generaron tasas de apelación significativas, del 62,5% y el 80%, respectivamente. Esto demuestra que la complejidad de las infracciones afecta la propensión de las partes a impugnar las sanciones aplicadas, ya que sus repercusiones jurídicas resultan de gran importancia. En materia de negligencia, la decisión del CRM/MG se mantuvo en el 66% de los casos a pesar de las apelaciones. Por otra parte, las infracciones relacionadas con “impericia e imprudencia” y “negligencia e impericia” fueron frecuentemente atenuadas por el CFM, en el 75% y el 100% de los casos, respectivamente. La única infracción cuya sanción se agravó fue la negligencia, con una incidencia del 6,4%.

El análisis estadístico de variables sociodemográficas y contextuales-procesales reveló asociaciones importantes entre el artículo 1 del CEM y factores como rango de edad, tipo de denunciante, naturaleza jurídica del lugar de la infracción y sanción. La mayor propensión a cometer infracciones entre los médicos menores de 30 años y mayores de 50 puede reflejar desafíos específicos a los que se enfrentan estos grupos. Los médicos más jóvenes pueden tener menos experiencia y madurez ética, mientras que los médicos más experimentados pueden tener hábitos profesionales arraigados y obsoletos. Hubo un predominio de denuncias provenientes de pacientes y familiares, lo que puede sugerir que las infracciones relacionadas

con negligencia, impericia e imprudencia generan mayor vigilancia social debido al impacto directo en la calidad de la asistencia médica.

Las infracciones del artículo 1 ocurrieron con mayor frecuencia en las instituciones públicas (77%), posiblemente debido a la sobrecarga laboral y a los recursos limitados, en comparación con el sector privado. El predominio del inciso “c” en las infracciones al artículo 1 sugiere severidad en las sanciones, debido a la gravedad de esta infracción, al causar daño directo al paciente.

Además, se exploraron nuevas variables, como los subapartados más frecuentemente violados del artículo 1, “imprudencia”, “negligencia” e “imprudencia y negligencia”. La asociación entre estas infracciones y la naturaleza jurídica del lugar de la infracción refuerza la importancia de las condiciones estructurales de las instituciones de salud en la prevención de errores éticos. La alta frecuencia de negligencia en las instituciones públicas sugiere que la sobrecarga y la falta de recursos son factores que incrementan la vulnerabilidad a estas infracciones en estos entornos. Se observó una menor proporción de sanciones por negligencia en los incisos “a” y “b”, en comparación con las demás infracciones relacionadas con el artículo 1, lo que podría sugerir que este acto profesional inadecuado está relacionado con una conducta más grave y, por lo tanto, exige sanciones más severas.

Desde el punto de vista bioético, los resultados muestran que las infracciones éticas analizadas no se limitan a violaciones de las normas deontológicas, sino que representan fallas en la observancia de los principios bioéticos. La negligencia, la imprudencia y la impericia surgen como expresiones de la tensión entre el ideal ético del cuidado y las condiciones concretas de la práctica médica, especialmente en el SUS. El estudio revela la urgente necesidad de políticas que valoren la formación ética continua, la supervisión institucional y la mejora de las condiciones laborales, apuntando no solo a punir la mala conducta sino también a promover una cultura de responsabilidad y respeto a la dignidad humana en la práctica médica.


Referencias

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 30 out 2025]. Seção 1. Disponível: <https://tinyurl.com/43pzzdhw>


2. Correia-Lima FG. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: CFM; 2012.
3. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
4. Mariani PC. A bioética na medicina de fim ou de meio na cirurgia plástica [tese] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2021 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46KG3WA>
5. 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 30 out 2025];31(2):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004
6. 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 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4tG7gTF>
7. Tunc A. La responsabilité civile: études doctrinales. Paris: Dalloz; 1961.
8. Viney G. Le dommage et sa réparation. Paris: LGDJ; 1982.
9. Chabas F. La perte d'une chance. Paris: LGDJ; 1994.
10. Marinoni LG. A responsabilidade civil pela perda de uma chance. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1998.
11. Martins-Costa J. A responsabilidade civil pela perda de uma chance: aspectos da teoria da causalidade e da função da responsabilidade civil. In: Martins-Costa J, organizadora. A reconstrução do direito privado: ensaios de direito civil contemporâneo. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2015. p. 253-78.
12. Cavalieri Filho S. Programa de responsabilidade civil. 15ª ed. São Paulo: Atlas; 2022.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cresce número de processos ético-profissionais contra médicos em 10 anos [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2012 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3MsLKRO>
14. Falcão MSSA. A ética médica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético-profissionais do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1993.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Denúncias e processos relacionados ao exercício profissional da medicina no estado de São Paulo no período de 2000 a 2006. São Paulo: Cremesp; 2007.
16. 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 30 out 2025];12(2):27-30. Disponível: <https://bit.ly/4amjqtv>
17. Macri S, Goloni-Bertollo EM, Pavarino-Bertelli EC, Filho MA. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2004 [acesso 30 out 2025];11(1):13-6. Disponível: <https://bit.ly/3MxQCF2>
18. Conselho Federal de Medicina. Observatório de demografia médica no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2024 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4qIJFPN>
19. Brasil. Presidência da República. 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 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46SDIOG>
20. Fisher RA. Statistical methods for research workers. Edinburg: Oliver and Boyd; 1925.
21. Yates F. Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. Suppl J R Stat Soc. 1934;1(2):217-35.
22. Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
23. Zar JH. Biostatistical analysis. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Education; 2010.
24. RStudio Team. RStudio IDE Guide [Internet]. Middlesbrough: Posit; 2025 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://docs.posit.co/ide/user/>
25. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Miotto BA. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2023.
26. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; Cremesp; CFM; 2018 [acesso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46HJCgh>

27. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: condições de vida e de trabalho dos médicos no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2004 [acceso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/4bSpzi9>
28. Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. *BMJ* [Internet]. 2005 [acceso 30 out 2025];330(7494):781-3. DOI: 10.1136/bmj.330.7494.781
29. Groopman J. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.
30. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* [Internet]. 2000 [acceso 30 out 2025];320(7237):768-70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768
31. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR *et al.* Perfil dos médicos e enfermeiros do Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [acceso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/3OJa8iy>
32. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2023: acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório anual de gestão 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acceso 30 out 2025]. Disponível: <https://bit.ly/46vTRUz>
34. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [Internet]. 2018 [acceso 30 out 2025];283(6):516-29. DOI: 10.1111/joim.12752
35. Santos MFO. Análise dos processos éticos decorrentes de erros médicos na Paraíba de 1999 a 2009 [dissertação]. Camaragibe: UPE; 2011.


Renata Bittar Britto Arantes – Estudante 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 – Av. Tenente Virmondes, 268, Centro. 38400-110. Uberlândia/MG, Brasil.

Participación de los autores

Renata Bittar Britto Arantes, Alanna Gomes da Silva, Mónica Correia, Guilherme Augusto Veloso, Rui Nunes participaron de la concepción del estudio, desarrollo de metodología, recopilación y análisis de datos, redacción del manuscrito, análisis e interpretación de resultados, revisión crítica de contenido y tienen responsabilidad por la integridad del contenido. Todos los aprobaron la versión final del artículo.

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

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 22.4.2025

Revisado: 7.11.2025

Aprobado: 10.11.2025