

Juicio ético del médico en Sergipe, Brasil

Tomhara Alves Almeida¹, Déborah Pimentel²

Resumen

Se trata de una investigación documental (2004-2013) a partir de los datos del Consejo Regional de Medicina del Estado de Sergipe con el objetivo de conocer el perfil del médico infractor, identificar a los denunciantes y motivaciones clave, conocer los resultados, las punitivas, la duración del procedimiento y evaluar la relación entre la asistencia jurídica con el éxito de la causa. En este período hubo 318 procesos disciplinarios que involucraron a 337 médicos. Las infracciones están relacionadas principalmente a los documentos, la muerte y la relación médico-paciente. Estos últimos son los principales denunciantes y 29 de estas causas evolucionaron hacia Procesos de Ética Profesional. La punición más común fue la censura confidencial con aviso reservado. La ayuda jurídica aparecía asociada al éxito. El perfil del médico infractor era: sexo masculino, cerca de 50 años, más de 10 años de graduado, especialista en ginecología y obstetricia. Con este panorama, tenemos un perfil del médico infractor y se generan las posibilidades para adoptar medidas preventivas directas.

Palabras-claves: Errores médicos. Ética. Proceso legal. Castigo.

Resumo

Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil

Pesquisa documental (2004-2013) nos dados do Conselho Regional de Medicina do estado de Sergipe, com o objetivo de conhecer o perfil do médico infrator, identificar os principais denunciantes e suas motivações, conhecer os resultados, punições, duração dos processos e avaliar a relação do auxílio advocatício com o sucesso da causa. No período, foram instaurados 318 processos disciplinares envolvendo 337 médicos. As infrações estão relacionadas principalmente a documentos, morte e relação médico-paciente. Os pacientes são os principais denunciantes, e 29 sindicâncias evoluíram para processo ético-profissional. A punição mais comum foi a censura confidencial em aviso reservado. O auxílio advocatício estava associado ao sucesso. Compõem o perfil do médico infrator as seguintes características: sexo masculino, cerca de 50 anos, mais de 10 anos de graduado, ginecologista e obstetra. Com esse panorama, temos um perfil do médico infrator e criam-se possibilidades de adotar medidas preventivas diretas.

Palavras-chave: Erros médicos. Ética. Processo legal. Punição.

Abstract

Ethical judgement of doctors in Sergipe, Brazil

A documentary survey (2004-2013) was carried out of data from the Sergipe State Regional Medical Council, aimed at recognizing the profile of offending doctors, identifying the key complainants and their motivations, describing the results, punishments and length of legal proceedings and assessing the relationship between the provision of legal assistance and the success of the case. During the study period 318 disciplinary proceedings were initiated involving 337 doctors. The violations were mainly related to documents, death and doctor-patient relationship. Patients are the main complainants and 29 inquiries involved cases of Professional Ethics. The most common punishment was private notice of a confidential reprimand. There was a relationship between the provision of legal assistance and the success of the case. The profile of the offending doctor was: male, aged about 50 years, with more than 10 years' experience since graduating, and a specialist in gynecology and obstetrics. Knowledge of this profile of offending doctors allows the possibility of establishing direct preventive measures.

Keywords: Medical errors. Ethics. Legal process. Punishment.

Aprovação CEP-UFSE 525439

1. **Graduado** dr.tomhara@gmail.com 2. **Doutora** deborah@infonet.com.br – Universidade Federal de Sergipe, Sergipe/SE, Brasil.

Correspondência

Tomhara Alves Almeida – Rua João Fernandes da Gama, 254, Centro CEP 48400-000. Ribeira do Pombal/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

El fracaso del médico en la actualidad es motivo de denuncias en varias instancias, ya sean administrativas, legales o aún en los consejos regionales de medicina (CRM) y no siempre se conoce el perfil de este profesional y tampoco se conoce cuáles han sido los motivos de las quejas y las sanciones aplicadas.

Las leyes que regulan las actividades médicas no son exclusivas de nuestro tiempo. Desde la Edad Antigua, hacia el año 1700 A.C., el Código de Hammurabi, uno de los primeros, si no el primer código de conducta que se conoce, ya incluía entre sus atribuciones la actuación del médico¹⁻³.

El profesional médico tiene muchos deberes y a menudo la vida del paciente depende de sus conocimientos y habilidades. Ante tal poder, el profesional debe asumir responsabilidades numerosas, incluyendo establecer el correcto diagnóstico y el éxito terapéutico. Sin embargo, el médico nunca dejará de ser humano, siendo esta condición humana pasible de errores⁴.

Según Reason⁵, algunos errores son más visibles a los ojos del público, de los cuales el error médico es un ejemplo de los más dramáticos, una tentadora invitación a la exposición de los medios de comunicación⁶. Sin embargo, no todos entendemos la diferencia conceptual entre la actividad de medios y la actividad de resultados. Como sucede con la mayoría de las especialidades médicas, la obligación del medio no garantiza el resultado, ante la imposibilidad de garantizar el logro de la finalidad pretendida. Por lo tanto, habrá un incumplimiento de la obligación solamente cuando la actividad no se realiza con diligencia y el debido cuidado. Al revés, en la obligación de resultado, el deudor se compromete a lograr un fin particular, garantizando el eficaz cumplimiento del objeto convenido^{4,7}.

El error médico, por lo tanto, no significa falta de conocimiento o dominio técnico, pero puede surgir desde otras condiciones. De ahí que el juicio se vuelve necesario^{8,9}. El juicio ético-profesional es responsabilidad del ente normativo y fiscalizador de la profesión - el Consejo Regional de Medicina (CRM) - y está previsto por el Código de Ética Médica (CEM), que protege no solamente a los pacientes sino también a los médicos, considerando que de los 128 artículos que lo forman, 10 definen derechos de los profesionales¹⁰⁻¹³. En Brasil no existe ninguna estadística oficial sobre la totalidad de procesos que involucran errores médicos; al mismo tiempo, es muy perceptible el aumento de demandas legales en contra de estos profesionales⁴.

Este artículo tiene como objetivo conocer el perfil del médico infractor, identificar a los principales denunciados y sus motivaciones, verificar los resultados, castigos y duración de los procesos, además de evaluar la relación de la ayuda de los abogados con el éxito de la causa.

Método

Se trata de investigación documental basada en datos secundarios observados en procesos archivados en el Consejo Regional de Medicina del Estado de Sergipe (CRM-SE). Como criterio de inclusión en los procesos de la investigación, se han considerado todas las diligencias instaladas entre el 01 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2013, abarcando un total de diez años. El criterio de exclusión fue la no finalización del proceso hasta el 30 de junio de 2015, cuando los datos comenzaron a ser sistemáticamente estudiados.

Para establecer el perfil de los médicos denunciados en la investigación, hemos adoptado tres criterios: 1) el profesional mencionado en la denuncia debería tener registro en el CRM-SE; 2) haber sido citado al momento de la denuncia; o 3) ser culpado citado en las denuncias investigativas, en procesos instaurados sin ningún médico citado. Se eliminaron del perfil los médicos que tenían sus nombres solamente mencionados en el proceso (sin culpa probada).

El análisis estadístico se hizo por la frecuencia absoluta y relativa, a excepción del análisis que ha asociado la ayuda legal al éxito en el proceso, realizado por el test de Chi-cuadrado ($p \leq 0,05$). La investigación fue previamente aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Sergipe y autorizada por el CRM-SE, no presentando conflicto de intereses.

Resultados

Perfil de los médicos implicados

Para construir el perfil de estos médicos, se definieron las variables edad, sexo, tiempo de formación y especialización médica. La edad se dividió en cinco rangos, tres de ellos de diez años y dos abiertos: 3.3% tenían menos de 30 años; 24%, entre 30 y 40 años de edad incompletos; 29.7%, entre 40 y 50 años de edad incompletos; 33.5%, entre 50 y 60 años de edad incompletos; y 9.5% con 60 años o

más. El sexo predominante fue el masculino, con un 73% de los casos.

El tiempo de formación fue dividido también por intervalos de tiempo: 3,3% tenían menos de cinco años como graduados; 13.4%, entre cinco y diez años incompletos; 14.5%, entre diez y quince años incompletos; 17.2%, entre quince y veinte años incompletos; 31,5% entre veinte y treinta años incompletos; y 20,2%, con 30 años o más.

De los 337 médicos registrados, 268 tenían especialización médica registrada en el CRM-SE y, entre esos, las especialidades más comunes eran Ginecología y Obstetricia (20.1%), medicina laboral (17,9%), Ortopedia y Traumatología (9.3%) y Cirugía General (9.0%).

Identificar a los denunciantes y sus motivaciones para la denuncia

En el período abarcado por la encuesta, fueron instaurados procesos disciplinarios involucrando a 318 médicos. En estos procesos, hubo gran variedad de denunciantes (tabla 1) y con destaque para el hecho de que el mayor número de denuncias ha sido generado por los propios pacientes, con el 40,3% de los casos, y ha sido expresivo el aumento en el número de denuncias en el período considerado (25 denuncias en 2004 y 61 en 2013).

En cuanto al tipo de infracción denunciada (gráfica 2), las palabras más citadas fueron irregularidad documental (20,4%), muerte del paciente (17,6%) y dificultad en la relación médico-paciente (13,8%).

Con respecto a las características de la atención objeto de denuncia, el 64% se produjo en el servicio público y el 36% en el servicio privado; un 58% de forma electiva y el 42% en atención no electiva (urgencia o emergencia); con respecto al tipo de atención prestada, 66% fueron clínicas y 34% quirúrgicas.

Conociendo la evolución del proceso administrativo: castigo, tiempo de duración de las diligencias y PEP

De los 318 procesos instaurados (diligencias), sólo un 9.1% evolucionó hacia el proceso ético-profesional (PEP). Todavía en la etapa anterior a la apertura del PEP, el 3.8% de las diligencias ya juzgadas por el CRM-SE tuvieron apelaciones presentadas ante el Consejo Federal de Medicina (CFM), de los cuales un 91% tuvieron sus resultados mantenidos y solamente un 9% de los resultados han sido modificados por el CFM.

Tabla 1. Distribución de los denunciantes – CRM-SE (2004-2013)

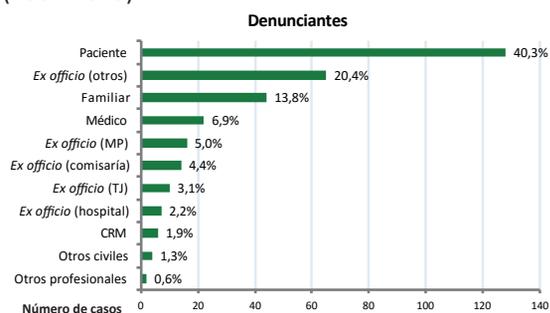
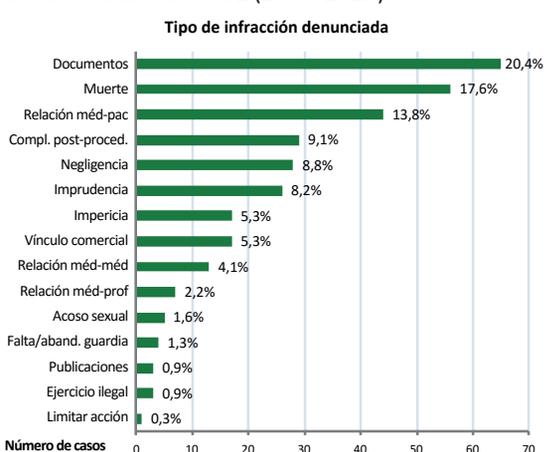


Tabla 2. Distribución de los tipos de infracciones denunciadas – CRM-SE (2004-2013)



Evolucionaron hacia PEP el 9,1% de los procesos, lo que corresponde, en número absoluto, a 29 PEP, de los cuales un 48% resultó en castigo y el 52% fueron condenados. Después de concluidos estos 29 PEP en el CRM-SE, 21% de ellos han tenido sus resultados cuestionados por medio de recursos para el CFM, 33% con resultado mantenido y 67% con resultados alterados.

En la conclusión de los 318 procesos instaurados, solamente un 4,4% terminó en castigo: 58.3% de ellos correspondieron a censura confidencial en aviso reservado; 16.7%, advertencia confidencial en aviso reservado; 16.7% censura pública en publicación oficial; y solamente el 8,3% con suspensión profesional del ejercicio por hasta 30 días. En el período estudiado, no se registró ninguna casación de la práctica profesional.

La duración de las investigaciones (en días), a lo largo de los años, puede observarse en la Tabla 3, y el tiempo promedio durante el período de estudio fue de 503 días, lo que corresponde a aproximadamente un año y cuatro meses. La duración media

del PEP (Tabla 4) fue de 1.301 días, con una variación máxima de 2.149 días y mínima de 633 días.

En el CFM (tabla 4), el tiempo medio de recurso de diligencia registrado en el periodo bajo estudio fue 530 días y el tiempo de recurso del PEP fue de 424 días. La duración total de los procesos administrativos (en días) puede verse en la gráfica 5, siendo observado el promedio de 612 días en el período estudiado.

Tabla 3. Tiempo de duración de la diligencias del CRM-SE (2004-2013)

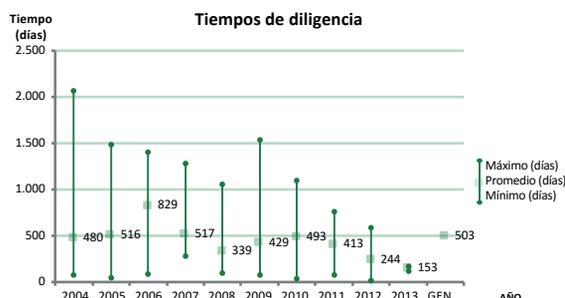
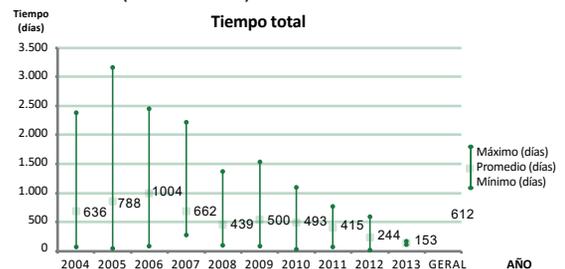


Tabla 4. Tiempo de duración del PEP en el CRM-SE y los recursos enviados al CFM (2004-2013)



Tabla 5. Tiempo total de los procesos instaurados en el CRM (2004-2013)



Presencia de los abogados

En las diligencias, 25 de los médicos denunciados pidieron ayuda de abogados y en los PEP 22 médicos el tuvieron apoyo de estos profesionales. La presencia de los abogados durante la diligencia está vinculada al éxito ($p < 0,001$) quiera el abogado

represente el denunciante ($p = 0,01$), quiera represente el denunciado ($p < 0,001$). Sin embargo, en la fase de PEP, el abogado está asociado al éxito solamente como representante del denunciado ($p < 0,001$).

Discusión

El gran aumento en el número de diligencias en el período 2004-2013 nos llama la atención, con un promedio de 10.8 por ciento anual. Este escenario puede ser el reflejo de la revolución en el derecho de la información que se ha producido en los últimos años. Hoy en día, la población tiene más acceso a sus derechos, sin dejar de mencionar la evolución no solamente de los conocimientos jurídicos y científicos, así como la visión sobre la profesión médica.

Respaldados por el Código de Defensa del Consumidor, el Nuevo Código Civil brasileño, tribunales civiles y penales especiales, entre otros, el ciudadano consciente tiene hoy día más oportunidades de luchar por sus derechos. Este avance, sin embargo, no ha resultado en el crecimiento del número de PEP, que se mantuvo prácticamente constante durante el período considerado^{14,15}. Según Silva y colaboradores a pesar del aumento de las acusaciones, muchas de ellas no tienen base teórica o legal que las justifique, mostrando la banalización y la falta de respeto para con la clase médica¹⁶. Con eso, los autores muestran que la mayor facilidad de acceso a la justicia también puede generar un aumento en el número de denuncias inconsistentes, que no evolucionan a PEP y, por lo tanto, no resulta en castigos.

En general, los procesos comienzan con una denuncia presentada por el Consejo Regional de Medicina (denuncia ex officio), o por denunciante identificado o incluso por la Comisión de ética médica de cualquier establecimiento de salud y a partir de ella se establece la diligencia¹².

Esta investigación encontró que los mismos pacientes fueron los que más han denunciado a los médicos en Sergipe (40,3%), incluso si sumadas todas las denuncias ex officio (35.1%). Santos y colaboradores¹⁷ evaluaron las denuncias realizadas entre 1999 y 2009 en el Consejo Regional de Medicina de Paraíba (CRM-PB) y encontraron que, a diferencia de los resultados de este estudio, las familias hicieron la mayoría de las denuncias ante aquel CRM (32.0%), seguidos por la Fiscalía (19,7%) y el CRM-PB (15.1%), mientras que el propio paciente ocupó el quinto puesto (8.8%). Estos resultados, de per si, demuestran particularidades que deben

ser consideradas en la promoción de medidas preventivas. Comparando los resultados, es importante destacar las pocas denuncias realizadas por el CRM-SE en un período de 10 años - solamente 4 (1,9%), mientras que en CRM-PB fueron 22 (15.1%), lo cual podría indicar, por inferencia, menor actuación fiscalizadora del CRM-SE.

Las prácticas perjudiciales a los pacientes se pueden caracterizar como impericia, imprudencia o negligencia. Estas prácticas configuran exactamente lo que llamamos en la ley de "crimen culposo", que es la premeditación, la intención de practicar una infracción penal. Conceptualmente, sin embargo, algunas infracciones no se limitan a solamente uno de esos tres errores, razón por la cual deben ser evaluadas según su especificidad¹⁸. En esta investigación las infracciones denunciadas fueron de las más diversas, predominando las relativas a los documentos médicos, muerte y relación médico-paciente., principalmente los relacionados con documentos médicos, la muerte y la relación médico-paciente.

Sobre los tres principales motivos de denuncia, los documentos citados fueron el Certificado de Salud Ocupacional (ASO) y el examen de demisión, que generan conflictos acerca de los beneficios y derechos que los pacientes suponen tener derechos y que fueron recortados, en su opinión, por culpa de los informes médicos. Este resultado con respecto a los documentos medico-legales, que en Sergipe se destaca como principal motivo de denuncia ante el CRM-SE, difiere de otros Estados en donde este aspecto, aunque presente, no es significativo^{10,17,19}.

Fujita y Santos¹⁹ muestran, además, el cambio en la escala de prioridades de la sociedad como factor que influye en la práctica de la medicina, considerando la búsqueda de reparación por los pacientes que se sienten perjudicados en sus supuestos derechos. Este cambio se refleja en la tendencia actual de judicialización de la medicina en Brasil. Según Udelsmann, la tendencia a la institucionalización de la "industria de la compensación", copia deformada los modelos existentes en otros países más desarrollados. Los médicos no tienen formación jurídica, pero deberían comenzar a mirar el tema con interés, si quieren continuar a ejercer la profesión y a sobrevivir en el mercado laboral²⁰.

La segunda razón principal de denuncia son las muertes, las cuales según la suposición del denunciante podrían haber sido evitadas, bajo la argumentación de que la culpa habría sido del médico asistente. La defensa del médico, sin embargo, siempre se basaba en los expedientes médicos y en la misma literatura médica que generalmente indica

los riesgos y complicaciones inherentes a los procedimientos y al curso de las patologías que culminan en óbito.

En cuanto a la relación médico-paciente, la tercera mayor causa de queja, que se sabe ser un proceso complejo que requiere esfuerzos de ambas partes y que, aunque indispensable para el tratamiento humanizado, es difícil de construir. Tal dificultad se debe a varios factores, entre los que destaca las herramientas de comunicación esenciales para el establecimiento de la relación entre el profesional y paciente. La falta de capacidad de comunicación es el elemento que genera los conflictos que, en un momento posterior, culminará en las denuncias, citadas literalmente como "dificultad en la relación médico-paciente".

En la evaluación de la atención objeto de denuncia en Sergipe, la mayoría de los casos ocurrieron por orden de frecuencia, en la tríada atención pública, clínica y electiva. Este resultado no sigue un patrón en otros Estados donde hay estudios similares. En el CRM de Bahía (2000-2004), la tríada era atención pública, quirúrgica y urgencia/emergencia. En Goiás (1992-1997), la más frecuente fue la diada privado e quirúrgico y en el Distrito Federal (1992-1997), público y quirúrgico¹⁰.

Después de la denuncia se instaura la diligencia que puede evolucionar hacia archivamiento, conciliación o instauración de proceso ético-profesional. Los PEP, a su vez, pueden resultar en archivamiento o en castigo para el médico acusado¹².

En la evolución del proceso administrativo, nos llama la atención que solamente un 9,1% de las diligencias instauradas evolucionan hacia PEP. Fujita y Santos¹⁹ analizaron datos del CRM de Goiás entre 2000 y 2006 y obtuvieron la proporción de un 35% de evolución a PEP, que puede demostrar la poca consistencia de las denuncias en Sergipe, o incluso el mal uso del CRM local como simple organismo mediador de la actividad médica, para darles consistencia a las denuncias en la justicia común. Las esferas de juicio (civil, penal y ética) son autónomas pero se conectan. Sabiéndolo, algunos pacientes utilizan el resultado del juicio ético para influir en el resultado del juicio civil, que, económicamente hablando, es más interesante para el denunciante¹⁸.

En la evaluación de los hechos registrados, el expediente médico es esencial, siendo la primera documentación solicitada por los jueces. El expediente consiste en el conjunto de documentos normalizados y ordenados donde se registra el servicio y la atención brindada al paciente y sirve tanto a los querellantes

como a los denunciados, siendo la principal pieza de defensa del médico. Sin embargo, a veces la calidad de las notas de hecho deja mucho que desear tanto por la pobreza de la descripción de la atención dada al paciente como por la escritura ilegible, que compromete un adecuado juicio de los hechos. Considerando que su responsabilidad con respecto al expediente médico es obligatorio e intransferible y que él mismo produce las notas, el médico pierde, por lo tanto, la mejor oportunidad de defenderse. Sin esta opción de defensa en el CRM-SE, los médicos y sus defensores apelaron a la evidencia testimonial combinada con el aporte de la literatura, que pasaron a figurar como el principal medio de defensa del médico²¹.

Las penas establecidas por la Ley 3.268/57, todavía en vigor, constan de: advertencia confidencial en aviso reservado, censura confidencial en aviso reservado, censura pública en publicación oficial, suspensión del ejercicio profesional por hasta 30 días y casación del ejercicio profesional. Tanto al final de la diligencia como en la conclusión del PEP, se podrán presentar recursos al Consejo Federal de Medicina caso una de las partes no acepte el resultado del juicio en el CRM¹².

Ante los resultados de los juicios en el CRM-SE en el periodo estudiado, hubo casos en que una de las partes no se sintió atendida con el resultado y presentó un recurso ante el CFM, lo que resultó en 18 recursos más, siendo 12 de diligencias y 6 de PEP. Con relación a los recursos de diligencia, de los 12 pedidos, el CFM mantuvo las decisiones del Consejo regional en 11 procesos y solamente 1 recurso cuyo resultado final era el archivamiento tuvo su resultado alterado por decisión del Consejo federal, por lo tanto el PEP fue instaurado.

De los PEP 29 juzgados por el CRM-SE, un 13,8% han tenido sus resultados cambiados por el CFM. De estos 29 casos, seis han tenido sus resultados contestados y recurrieron al CFM: cinco eran recursos de médicos que habían sido condenados en CRM-SE, de los cuales tres fueron inocentados y los otros dos tuvieron sus sanciones mantenidas por el Consejo Federal. El sexto recurso fue presentado por el denunciante, considerando que el médico había sido inocentado por el CRM-SE y el CFM, en nuevo juicio, ha alterado el resultado, penalizándole al médico. Por ende, de los 18 recursos presentados ante el CFM, cinco lograron éxito, lo que equivale a un cambio de decisión en un 27,8% de los recursos, número demasiado alto, lo que sugiere una posible debilidad en la sustanciación de los procesos.

Durante este período de diez años las penas se produjeron en tan solamente el 3.7% de los procesos

instaurados, ninguna pena máxima (pérdida de la práctica profesional) y solamente 30 días de suspensión. Bitencourt y colaboradores 2007¹⁰ tampoco identificaron la casación del registro profesional en el período de 2000 a 2004 en el CRM de Bahía. Estos resultados pueden sugerir lo cuan ligeras son las puniciones aplicadas por distintos CRM del país. Se destaca, aún, el gran vacío existente entre la suspensión de treinta días y la suspensión permanente del ejercicio profesional, lo que puede demostrar una necesidad de otras penas escalonadas para una mejor adecuación de la infracción a la pena debida. En este sentido, la ley 437/2007, de autoría de la senadora Maria do Carmo Alves, de Sergipe, para establecer nuevas e intermediarias sanciones a las ya existentes en los consejos de medicina²².

En cuanto a la duración del proceso, es notable su descenso con el paso los años. El tiempo de una diligencia alcanzó en 2006 el más alto promedio registrado - 829 días, o dos años y tres meses, para luego evolucionar positivamente y con mayor rapidez hasta 2013, cuando este tiempo se ha reducido a un promedio de 153 días, menos de un semestre. El tiempo total del proceso siguió la tendencia descendente observada en la duración de la diligencia durante los años porque en 2006 el promedio era de 1004 días (dos años y nueve meses) y en el 2013 se alcanza el mismo promedio de 153 días. Otro punto a destacar es el tiempo promedio, considerablemente alto, para el juicio de un recurso en el CFM: 530 y 424 días para interponer recurso de diligencia y de PEP, respectivamente.

El auxilio legal en las acciones en el CRM, cuando cabe autodefensa, es controvertido. Como los directorios juzgadores de los consejos de medicina son formados por colegiados de médicos, el lenguaje y las discusiones necesitan contar con gran conocimiento técnico científico del área. Por ello, si el abogado no tiene afinidad con el área médica, termina por no añadir mucho a la defensa del profesional médico²⁰. No se encontraron estudios previos que muestran una asociación entre la ayuda legal el éxito del juicio ético de los médicos. En el presente estudio, sin embargo, el análisis estadístico demuestra esa relación como positiva, excepto en la representación del demandante en el PEP. Estos resultados pueden consolidar la importancia de la asistencia legal en los consejos de medicina.

En 31 de diciembre de 2013, se contaba 3380 médicos registrados activos en el CRM-SE. Considerando que 337 estaban implicados en los procesos observados en este estudio, tenemos que ese número representa un 9.97% de los profesionales del

estado. Estadísticamente, se trata de número bastante significativo, que requiere atención del CRM, directivos y especialmente los coordinadores de las carreras médicas en la preparación de nuevos profesionales, dado el preocupante crecimiento de las denuncias cada año.

La edad promedio del profesional denunciado es alrededor de los 40 años en prácticamente todas las investigaciones. Sin embargo, las últimas investigaciones registran una alteración de este promedio hacia los 50 años. Tal cambio puede reflejar el envejecimiento población médica infractora, indicando posible relación generacional, y no solamente el factor etario. Esto puede demostrar una mejor capacitación ética de nuevos profesionales formados en las últimas décadas y una mayor necesidad de actualización por parte de las generaciones más antiguas^{10,17}.

El sexo predominante fue el masculino, con un 73% de los casos. Entre los 14 profesionales castigados en el período, sólo tres mujeres fueron apenadas. Probablemente las mujeres dan más importancia a los reglamentos vigentes, documentos médicos legales mejor elaborados, expedientes más detallados y organizados y una mejor relación médico-paciente, ejerciendo una medicina más humanitaria y empática. Estos resultados siguen la tendencia nacional^{10,16,19,23}.

Al contrario a lo que muchos podrían pensar, los nuevos graduados, supuestamente menos experimentados e inseguros, no son los más denunciados. Según Santos y colaboradores¹⁷, solamente el 16.2% de los médicos denunciados en Paraíba entre 1999 y 2009 tenía menos de 10 años de formados, prácticamente el mismo porcentaje encontrado en este estudio (17,8%).

La Ginecología y Obstetricia ha sido la especialidad con la mayor cantidad de médicos denunciados, confirmando los resultados de investigaciones similares. En Santa Catarina, las especialidades más reportadas fueron Ginecología y Obstetricia, anestesiología, Ortopedia y medicina laboral²³. En Bahía, fueron Ginecología y Obstetricia, cirugía general, anestesiología, Ortopedia y Clínica Médica¹⁰. En Goiás, ginecología y obstetricia, cirugía general, medicina del trabajo, clínica médica, en ese orden¹⁹. En la mayoría de los trabajos, el hecho de que estas especialidades ocupen la cima de la lista de denuncias adviene de los procedimientos quirúrgicos que se pueden hacer necesarios y que tienen un riesgo agregado de grado mayor, como la muerte o las complicaciones post procedimientos²³.

La medicina laboral, especialidad característicamente clínica, también se destaca entre las más denunciadas, no solamente en Sergipe, al igual que en los estudios realizados en Santa Catarina y en Goiás. No es de extrañar que la primera causa de denuncia en el CRM-SE está en el desacuerdo o irregularidades de documentos médicos realizados por este experto, como el ASO y el examen de demisión. El mayor acceso de la población a sus derechos produce la falsa impresión de que los pacientes tienen derecho a todo, y que el documento médico producido cuyo contenido no beneficia de alguna manera al paciente evaluado, en particular cuando se trata de beneficio financiero, además de generar incomodidad, puede resultar en conflictos judiciales.

Consideraciones finales

Este estudio registró la creciente velocidad de los trámites legales en la resolución de los procesos en el CRM-SE con el paso de los años, perceptible con la disminución del tiempo de juicio a lo largo de los diez años estudiados. Muestra, aún, al contrario de las suposiciones presentes en la literatura, lo que se revela como hallazgo inédito: la asociación estadística significativa entre el auxilio legal en el CRM-SE y el éxito en el juicio, exceptuada la representación del denunciante en el PEP.

Las limitaciones del presente trabajo involucran la falta de respuesta asertiva sobre la futura continuidad de la elevación del rango etario promedio de los médicos denunciados, lo que enseñaría una mayor relación con la generación de médicos y no solamente con el rango etario y se podrían buscar respuestas para este fenómeno. Esta suposición evidencia la necesidad de un seguimiento más detenido de esas diligencias y procesos ético profesionales.

En cuanto a la aplicación de las sanciones, subrayamos el gran vacío que existe entre la suspensión de 30 días y la suspensión permanente de la práctica profesional, que puede demostrar la necesidad de penas más escalonadas para una mejor adecuación de la infracción a la pena debida. Sin embargo, destacamos la suavidad de las penas aplicadas por el CRM-SE, sin ninguna sanción de casación en este periodo de diez años y solamente una sanción de suspensión por treinta días registrada, pese la importancia de los hechos denunciados.

Como crítica, se destaca el ínfimo número de denuncias hechas por el CRM-SE (ex officio)

durante un período de diez años: solamente cuatro, lo que puede indicar acciones débiles del CRM-SE, principalmente como una institución de fiscalización, consideradas las fallas evidentes y obvias del

sistema público de salud, que es el origen de una parte importante de las denuncias indicadas por la población, por los medios de comunicación y por el tenor de las mismas denuncias.

Referências

1. O Código de Hamurabi. HistóriaBlog. [Internet]. 26 fev 2013 [acesso 4 jan 2015]. Disponível: <https://historiablog.files.wordpress.com/2013/02/cc3b3digo-de-hamurabi.pdf>
2. Chehuen Neto JAC, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(1):5-12.
3. Miranda AG. A história dos códigos de ética médica. *Revista CFM.* maio-jun 2009;22-3. Caderno Pensar e Dizer.
4. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(1):90-5.
5. Reason J. *Human error.* New York: Cambridge University Press; 1990.
6. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatr.* 2002;78(4):261-8.
7. Almeida BCC. Responsabilidade civil médica e o Código de Defesa do Consumidor. *Revista Internacional de Direito e Cidadania.* 2011;10:41-53.
8. Infante C. Bridging the “system’s” gap between interprofessional care and patient safety: sociological insights. *J Interprof Care.* 2006;20(5):517-25.
9. Pimentel D. A ética das relações: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional [tese]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2013.
10. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(3):223-8.
11. Boyacıyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(3):144-7.
12. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
13. Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Rev Saúde Coletiva.* 2010;20(2):625-51.
14. Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS *et al.* Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o Código de Defesa do Consumidor. *Rev Ciênc Méd.* 2006;15(6):539-46.
15. Mendel T. *Liberdade de informação: um estudo de direito comparado.* 2ª ed. Brasília: Unesco; 2009.
16. 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 Clin Med.* 2010;8:20-4. p. 24.
17. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais – Paraíba 1999 a 2009. *Rev. bioét. (Impr.).* 2011;9(3):787-97.
18. Nalini JR. Responsabilidade ético-disciplinar do médico: suspensão e cassação do exercício profissional [palestra]. In: *Anais do XII Encontro dos CRMs das regiões Sul e Sudeste.* [Internet]. Cremesp; [s.d.] [acesso 2 jan 2015]. Disponível: <http://bit.ly/22eBHAY>
19. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(3):283-9.
20. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(2):172-82. p. 172.
21. Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. *Manual de orientação ética e disciplinar.* 5ª ed. Florianópolis: Cremesp; 2013. p. 89-97.
22. Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 437, de 2007. Altera o art. 22 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, para estabelecer novas penas disciplinares [minuta]. [Internet]. 2007 [acesso 10 jan 2015]. Disponível: <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/10779.pdf>
23. Koeche LG, Cenci I, Bortoluzzi MC, Bonamigo EL. Prevalência de erro médico entre as especialidades médicas nos processos julgados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* jul-set 2013;42(4):45-53.

Participación de los autores

Tomhara Alves Almeida participou del proyecto, recolección, procesamiento de los datos y la producción del artículo. Déborah Pimentel participó del proyecto y de la producción y revisión del artículo.

