

Juicio ético en Rio Grande do Norte entre 2000 y 2015

Armando Otávio Vilar de Araújo¹, Danielle Dutra Araújo², Alice Helena de Araújo Silva Nogueira³, Annie Karoline Feijó Costa⁴, Camila Procópio Andrada⁵, Fabiana de Sousa Filgueira⁶, Laís de Carvalho Pinheiro⁷

Resumen

Con los crecientes procesos judiciales contra médicos, ya sea en la esfera civil, administrativa o penal, la judicialización de la medicina se ha vuelto cada vez más común. Por lo tanto, es fundamental que el profesional de medicina conozca la realidad actual y esté preparado para enfrentarla. Partiendo de este principio, este estudio investigó los archivos del Conselho Regional de Medicina (Consejo Regional de Medicina) del Estado de Rio Grande do Norte con el fin de recolectar las denuncias recibidas, indagaciones, procesos instaurados y juzgados, y sanciones disciplinarias aplicadas entre 2000 y 2015. Después del análisis de datos, se observó un mayor índice de médicos varones denunciados y un número reducido de sanciones aplicadas. La investigación concluye que es necesario invertir en la prevención de errores a través de la formación médica continua y de calidad, a fin de conservar una buena relación entre profesional y paciente.

Palabras clave: Errores médicos. Judicialización de la salud. Ética médica.

Resumo

Julgamento ético no Rio Grande do Norte entre 2000 e 2015

Com os crescentes processos contra médicos, seja na esfera cível, administrativa ou criminal, a judicialização da medicina tem se tornado cada vez mais comum. Portanto, é fundamental que o profissional de medicina conheça a realidade atual e se prepare para enfrentá-la. Partindo desse princípio, este estudo investigou os arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte a fim de levantar as denúncias recebidas, sindicâncias, processos instaurados e julgados e penas disciplinares aplicadas entre 2000 e 2015. Após análise dos dados, observou-se maior índice de médicos homens denunciados e número reduzido de penas aplicadas. A pesquisa conclui que é necessário investir na prevenção do erro mediante educação médica continuada e de qualidade, a fim de conservar boa relação entre profissional e paciente.

Palavras-chave: Erros médicos. Judicialização da saúde. Ética médica.

Abstract

Ethical judgment in Rio Grande do Norte between 2000 and 2015

With the increasing lawsuits against physicians, whether in the civil, administrative or criminal sphere, the judicialization of medicine has become increasingly common. Therefore, it is essential that medical professionals know the current reality and are prepared to face it. Based on this principle, this study investigated the archives of the Conselho Regional de Medicina (Regional Council of Medicine) for the State of Rio Grande do Norte in order to raise complaints received, investigations, prosecutions and judgments as well as disciplinary penalties applied between 2000 and 2015. After analyzing the data, it was observed that a higher rate of male physicians were reported, and a small number of penalties applied. The research concludes that it is necessary to invest in the prevention of errors through quality and continuous medical education in order to maintain a good relationship between professionals and patients.

Keywords: Medical errors. Health's judicialization. Ethics, medical.

Aprovação CEP-UnP CAAE 68899617.2.0000.5296

1. **Especialista** aovaraujo@gmail.com – Universidade Potiguar (UnP) 2. **Graduanda** danielledutra59@gmail.com – UnP 3. **Graduanda** alicehelenaaraujo@gmail.com – UnP 4. **Graduanda** annie.fcosta@gmail.com – UnP 5. **Graduanda** camilapandrada@gmail.com – UnP 6. **Graduanda** fabianafilgueira1@gmail.com – UnP 7. **Graduanda** laiscpinheiro@gmail.com – UnP, Natal/RN, Brasil.

Correspondência

Armando Otávio Vilar de Araújo – Rua Mipibu, 757, apt. 401, Petrópolis CEP 59014-480. Natal/RN, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La medicina tiene como objetivo prevenir enfermedades y proteger la salud y la vida. Cuando hablamos sobre salud, debemos evaluarla en su contexto biopsicosocial, orientada al ser humano, susceptible al dolor y a morbilidades. De esa forma, el médico tiene el papel de trabajar en los ámbitos biológico y psíquico, junto con el social, para que se cree un medio saludable. Esos son los desafíos del arte médico^{1,2}.

Actitudes opuestas a la práctica del cuidar o curar pueden llevar a daños injustos. Las primeras sanciones a los médicos fueron reguladas en Mesopotamia por el Código de Hamurabi (1790-1770 a.C.), el primer documento que trataba sobre el error médico³. Actualmente, en Brasil, para responsabilizar al profesional por una conducta inadecuada está el Código Civil, el Código Penal, el Código de Ética Médica (CEM) y la legislación específica que rige a los servidores públicos federales, estatales y municipales. Por lo tanto, el médico puede responder en concomitancia en las esferas civil, penal, administrativa y ética⁴.

El escenario actual de mercantilización de la práctica médica, con una intensa superespecialización, numerosas consultas en un periodo corto y prácticas abusivas de los planes de salud vuelve precaria la relación entre el médico y el paciente. Ese contexto adverso puede ser también uno de los factores del error médico. De esa forma, la culpa, base para apurar la responsabilidad civil de los médicos, puede ser atribuida a facultades de medicina que forman profesionales de forma inadecuada, al propio médico, quien muchas veces no se actualiza para hacer seguimiento a la evolución de los conceptos científicos y a las condiciones de trabajo insatisfactorias al pleno ejercicio profesional. Sirven de prerrogativa a tal imputación los artículos 951 y 186 del Código Civil Brasileño, que adoptan la teoría subjetiva – se exige acción voluntaria, daño al paciente y nexo causal – y la teoría objetiva, basada en el riesgo, donde debe haber perjuicio a la víctima, pero no necesariamente culpabilidad^{1, 4-6}.

Frente a eso, es necesario exponer la definición de error médico, como lo describe Francia: *una forma de conducta profesional inadecuada que supone una inobservancia técnica, capaz de producir un daño a la vida o a la salud del paciente, caracterizado como impericia, negligencia o imprudencia*⁷. El médico inexperto es aquel que ejecuta procedimientos sin la habilidad exigida, ya sea por falta de preparación práctica o por la falta de conocimientos teóricos. El imprudente se precipita en la toma de decisiones y asume riesgos incluso cuando es consciente de que no está preparado, es decir, sin tener respaldo científico. Finalmente, la negligencia se caracteriza por la

falta de acción ante el paciente que necesita cuidados, es decir, por la inercia o acto omisivo^{8,9}.

Errar es humano, pero, en el área de la salud, las fallas en procedimientos médicos no son toleradas por la población. Un estudio publicado en 2016 demostró que el error médico fue la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos en 2013, mientras que los efectos adversos prevenibles quedaron en primer lugar^{10,11} – causados por hospitalización prolongada y sus posibles secuelas, complicaciones por el uso de medicamentos e infecciones en heridas.

Es esencial comprender la judicialización del error médico, que busca dar voz a víctimas de conductas equivocadas, minimizando su dolor y sufrimiento. Los medios generalmente exponen casos de daños supuestamente provenientes de la mala práctica médica, estimulando a la comunidad a buscar reparación e induciendo el cobro para que se encuentre un culpable y el motivo del error como forma de ejercer la ciudadanía. A pesar de eso, frente a los extensos daños sufridos por los pacientes, todavía es una pequeña proporción de médicos efectivamente denunciados o investigados¹².

Caracterizado el error que determina la muerte o compromete la salud del paciente, el médico será responsabilizado civil y penalmente. Además, el error médico se expone a la sociedad en los tribunales, que analizan las consecuencias del acto comisoivo u omisivo del médico y el nexo causal, definiendo, finalmente, la sentencia de reparación¹³.

Al analizar la visión del médico, de los medios y de la sociedad, se percibe la importancia de establecer las causas del error y prevenir impactos negativos, tanto a la carrera del médico como a la sociedad, pues actualmente la población tiene un amplio acceso a informaciones sobre errores médicos, que han tomado grandes proporciones y han sido a veces tratados de forma sensacionalista, lo que lleva a la responsabilización y castigo del supuesto culpable sin el juicio debido. Por parte del médico, también hay cierta dificultad en aceptar el error, ya que el profesional se siente intimidado por la difamación de los medios y teme castigos institucionales, como el pago de indemnizaciones. Por su parte, la sociedad se siente insegura, perdiendo la confianza en el profesional, lo que debilita la relación entre el médico y el paciente, uno de los pilares de la medicina desde la Antigüedad^{14,15}.

Método

Se trata de un estudio documental, con enfoque cuantitativo, realizado en los archivos del

Consejo Regional de Medicina del Estado de Rio Grande do Norte (Cremern). La búsqueda de los datos ocurrió luego de la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Potiguar (UnP), respetando las especificaciones de la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 510/2016¹⁶.

Los datos fueron levantados por el departamento de procesos del Cremern, luego de la autorización expresa del presidente de la institución. La muestra involucró todas las denuncias recibidas, indagaciones, procesos instaurados y juzgados y penas disciplinarias aplicadas entre 2000 y 2015. Para el análisis estadístico y armado del gráfico, se utilizaron como variables el número total de denuncias recibidas e indagaciones juzgadas y todas las penalidades impuestas durante esos 16 años. Se excluyeron los datos cualitativos de los médicos denunciados y sus especialidades. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 22.0 y, para generar las variables, se adoptaron medidas de tendencia central, como promedio, porcentaje y desviación estándar.

Resultados

Entre 2000 y 2015, se recibieron un total de 1.219 denuncias, con un promedio de 76,19 al año (desviación estándar 25,54), donde en el año 2010 se presentó el menor número de denuncias (37; 3,03%) y en 2015 el mayor (120; 9,84%). De las denuncias presentadas, se reunieron 778 indagaciones, con un promedio de 49,25 procedimientos por año (desviación estándar 28,12) (Tabla 1).

Tabla 1. Denuncias y apelaciones, Rio Grande do Norte (2000-2015)

Denuncias recibidas	1.219
Indagaciones instauradas	947
Indagaciones juzgadas	788
Procesos instaurados	215
Procesos juzgados	138
Absolución	107
Advertencia confidencial	10
Censura confidencial	18
Censura pública	5
Suspensión 30 días	3
Casación	0

Se instauraron 947 indagaciones, que involucraron 1.225 médicos hombres y 485 mujeres (Tabla 2). Después del juicio por Proceso Ético-Profesional (PEP), se aplicaron las penalidades; 107

profesionales (6,25%) fueron absueltos, un promedio de 6,31 (desviación estándar 3,02) al año, 10 (0,58%) recibieron advertencia confidencial, un promedio de 0,56 (desviación estándar 0,89) al año, 18 (1,05%) censuras confidenciales, un promedio de 1,13 (desviación estándar 1,02), 5 (0,29%) censuras públicas, un promedio de 0,31 (desviación estándar 0,60) y 3 (0,17%) suspensiones de 30 días, un promedio de 0,19 (desviación estándar 0,40). No hubo casación en ese intervalo de tiempo, como se demuestra en la Tabla 1.

Tabla 2. Indagaciones de acuerdo con el sexo de los médicos, Rio Grande do Norte (2000-2015)

Año	Masculino	Femenino	Indagaciones instauradas
2000	34	12	36
2001	34	10	40
2002	35	4	35
2003	36	15	48
2004	36	17	44
2005	29	14	31
2006	52	16	53
2007	47	20	55
2008	52	8	34
2009	55	26	49
2010	223	114	73
2011	135	73	82
2012	84	29	90
2013	56	24	56
2014	173	60	114
2015	144	43	107
Total	1.225	485	947

Discusión

Hace 15 años, la expresión “judicialización de la medicina” sería considerada irreal, sin embargo, hoy en día el término se volvió común. La relación entre el médico y el paciente es compleja, dados los atributos de la profesión, la cual lidia con la salud, el cuerpo y la vida. Como consecuencia, son comunes las acciones indemnizatorias de pacientes que buscan una compensación financiera por daños causados por supuestos errores médicos. Sin embargo, muchas veces dichos errores no se comprueban en el proceso, constatándose una culpa concurrente, del médico y del paciente, o incluso una culpa exclusiva de este último, derivada de la postura y prácticas inadecuadas durante o después de conductas terapéuticas y procedimientos⁴.

Según el Consejo Nacional de Justicia, entre 2014 y 2017, hubo en total aproximadamente 83.728

demandas judiciales que involucraban errores médicos en el país¹⁷. Contribuye a esa situación la democratización del acceso a la Justicia, la proliferación de facultades de medicina y derecho, la consolidación de los derechos del consumidor, la diseminación de informaciones y el aumento de la exigencia del paciente en relación con el servicio médico⁴.

Con respecto al perjuicio financiero causado por procesos judiciales, cuando no es condenado, los gastos del médico, incluso con honorarios de abogados, peritos y técnicos, varían de 100 a 200 sueldos mínimos¹⁷. Además, los valores de las condenas son bastante elevados. El mayor monto otorgado por el Superior Tribunal de Justiça - STJ (Tribunal Superior de Justicia) fue de R\$ 830.000,00, en el caso de una paciente sometida a cirugía para resolución de fractura de clavícula que presentó complicaciones causadas por la anestesia general, lo cual la dejó en estado vegetal¹⁸.

Una orientación para que los profesionales se protejan de la expansión de las demandas judiciales es contratar seguros de responsabilidad civil, lo cual no es sugerido por la mayoría de las entidades médicas, las cuales afirman que tal práctica fomentaría incluso más los litigios judiciales. Por lo tanto, el médico se encuentra en una situación de considerable vulnerabilidad, por lo que es necesario conocer la realidad actual y prepararse para enfrentarla^{3,18}.

Al considerar el levantamiento estadístico realizado en 2018 por el Consejo Federal de Medicina (CFM) con respecto a la demografía médica en Brasil, la proporción de médicos hombres y mujeres en Rio Grande do Norte se mantiene en relación con el año 2015. En ese año, había 3.031 médicos hombres registrados en el estado y 2.233 mujeres, mientras que en enero de 2018 eran 3.249 hombres y 2.543 mujeres¹⁹.

Mirando la Tabla 2, que muestra cómo el número de médicos varones reportados involucrados en PEP superó a las mujeres durante los 16 años del presente estudio, vale la pena señalar que la distribución por sexo está de acuerdo con el mayor número de médicos varones registrados en Cremern. En otras palabras, hay más hombres registrados y más hombres denunciados. Sin embargo, en términos proporcionales, el público femenino denunciado es visiblemente inferior, con el total de 81 mujeres (24,7%) y 246 hombres (75,3%) involucrados en PEP entre 2000 y 2015¹⁹.

Por el nuevo Código de Proceso Ético-Profesional (CPEP) (Resolución CFM 2.145/2016)²⁰, está sujeto a análisis el proceso legal al cual se expone un médico al ser denunciado. A partir del

cuestionamiento del paciente, de otro médico o de la institución en que el profesional trabaja, se realiza una denuncia formal al Consejo Regional de Medicina (CRM) y se abre el procedimiento preliminar de la indagación. Por medio de este, se designa un consejero para hacer un informe que contenga todas las versiones de los hechos ocurridos y el análisis de posibles infracciones al CEM.

Después de terminar el informe, la indagación se puede archivar, proponiendo un término de ajuste de conducta, conciliación o seguimiento del PEP. Instaurado el proceso, el juicio continúa en el CRM a puertas cerradas y tiene como posibles resultados la absolución del acusado o la aplicación de penalidades previstas en el artículo 22 de la Ley 3.268/1957²¹. De acuerdo con el artículo 92 del CPEP, el juicio ocurre con la presencia de las partes y sus defensores, miembros del CRM, integrante de la asesoría jurídica del CRM y funcionarios responsables del procedimiento disciplinario del Tribunal de Ética²⁰.

En relación con el resultado de la indagación, el CPEP, en su primer capítulo, "Del proceso en general", trata sobre el término de ajuste de conducta (TAC) y de la conciliación²⁰. Según el artículo 19, en la sección IV, el TAC es el acto jurídico por el cual la persona asume el compromiso de eliminar la ofensa o el riesgo por la adecuación de su comportamiento a las exigencias legales y éticas. La conciliación, de acuerdo con el artículo 18, sección III, solamente será admitida en casos que no involucren una lesión corporal grave, asedio sexual o muerte del paciente y depende de la propuesta del consejero indagador; además, se prohíbe cualquier acierto monetario²⁰. Cabe enfatizar que el TAC solo es posible cuando la denuncia es *ex officio*, es decir, el denunciante es el propio CRM. En relación con la conciliación, para hacerse efectiva, es necesario que haya un demandante, ya que la medida presupone que el demandante y el demandado lleguen a un acuerdo.

Otro punto importante es el modo en que los consejeros deciden la pena que se ejecutará. Durante la sesión, el relator y el revisor del proceso dictan los votos con los demás consejeros presentes, donde se exige un mínimo de 11 votos. Después de ver el resultado, en caso que sea aplicada, la pena se basa en la subjetividad de la infracción y en la culpabilidad del denunciado. No existen criterios definidos en el CPEP para caracterizar la penalidad a cada ocurrencia específica²⁰.

Por lo tanto, la pena es subjetiva, basada en el juicio de valor de los consejeros. Ese sesgo es una de las causas de la discrepancia entre el número de absoluciones y penalidades dictadas en juicios de los

CRM de cada estado. Con el objetivo de estandarizar las decisiones de los diversos consejos regionales, se podría pensar en la creación de efecto vinculante²², la cual disminuiría significativamente las sanciones disciplinarias divergentes para hechos semejantes.

Un levantamiento del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp) sobre procesos contra médicos entre 2001 y 2011 muestra datos divergentes en relación con el número de PEP instaurados en el Cremern. En São Paulo, hubo un aumento de 180% del número de médicos penalizados y de 300% de los PEP en curso. En Rio Grande do Norte, se observó una caída del 25% del número de médicos juzgados culpables y un aumento de 83% de PEP abiertos en los 16 años cubiertos por la investigación²³.

Durante el periodo analizado, se absolviéron 107 médicos en el Cremern (77% del total de 138 PEP juzgados). Solo 36 (26%) sufrieron penalidades, las cuales variaron entre advertencias confidenciales (n=10; 7,2%), censuras confidenciales (n=18; 13%), censuras públicas (n=5; 3,62%) y suspensiones de 30 días (n=3; 2,17%). No hubo casación. En comparación con el aumento de las inscripciones en el Cremern, de 2.375 en 2000 a 5.264 en 2015, las penalidades aplicadas a los PEP juzgados son inexpressivas.

En cuanto a la prevención del error médico, es necesario comprender su carácter multifactorial, el cual engloba asuntos como educación médica de calidad y continuada, buena relación entre el médico y el paciente, medicina basada en evidencias, pruebas y revalidaciones periódicas de títulos de especialidades y divulgación del tema de ética médica en congresos, entre otros⁸. Teniendo en consideración el aumento de denuncias e indagaciones, se percibe la necesidad de invertir en la calidad de la enseñanza, no solo en la graduación, sino de forma continuada. La medicina que se basa en evidencias, siguiendo los manuales recientes de cada área, se debe incentivar en todos los programas de grado y postgrado, manteniendo el incentivo a la actualización de los profesionales²⁴.

Un estudio realizado en 2007 por Bitencourt y sus colaboradores⁸, concluyó que la mayoría de los errores médicos proviene de la negligencia. De esa forma, se vuelven necesarias las medidas para mejorar la relación entre el médico y el paciente, como tratar de modo más amplio y enfático la ética médica en las carreras y divulgar el tema en congresos médicos, al adaptar el enfoque a cada especialidad. Para eso, es necesario invertir en las carreras de educación continuada, por medio de los cuales los consejos federales y regionales pueden mejorar

el conocimiento de los profesionales. Tales prácticas, de carácter multidisciplinario, abordarían situaciones, conflictos e *impasses* éticos más comunes en el día a día, estimulando una visión más humanística, sin dejar de valorizar la técnica y aproximando al profesional del órgano que lo representa.

Hace algunos años, el Cremern ha invertido en una carrera de educación médica continuada, poniendo a disposición incluso el material en las clases en el sitio del consejo. Sin embargo, se debe evaluar la eficacia de esa medida inicialmente implementada en Rio Grande do Norte, hoy disponible para todos los consejos regionales del país, ya que el número de denuncias y de PEP instaurados continúa creciendo.

Como muestra la Tabla 2, entre 2000 y 2015, aumentaron las demandas derivadas de posibles errores médicos. Ese aumento fue proporcional al número de profesionales que entraron en el mercado de trabajo, pues, aunque no haya un levantamiento de la cantidad de egresados de las facultades de medicina en Rio Grande do Norte en el periodo estudiado, se constató un crecimiento similar del registro de nuevos profesionales en el Cremern.

Para evitar la inserción de falsos profesionales y estandarizar la inscripción de los especialistas en el país, se instituyó la obligatoriedad del Registro de Calificación de Especialista (RQE, por sus siglas en portugués). Le compete al médico estar debidamente registrado en el CRM, conforme el artículo 17 de la Ley 3.268/1957²¹. Los médicos solo pueden ejercer legalmente la medicina, en cualquier ramo o especialidad, después de registrar títulos, diplomas, certificados o cartas en el Ministerio de Educación y Cultura y de la inscripción en el consejo regional de medicina del lugar donde trabajarán²¹. La Resolución CFM 1.974/2011²⁵, que trata sobre la publicidad médica, explicita la obligatoriedad de anunciar servicios de manera simple, informando nombre, especialidad, número de registro en el CRM y RQE. Además, el nuevo CEM, el que empezó a entrar en vigor el 30 de abril de 2019, en su Capítulo XIII, artículo 117, obliga al médico a incluir, en anuncios profesionales de cualquier orden, nombre, número en el consejo regional, con el estado de la Federación en que se inscribió y RQE, cuando anuncie la especialidad²⁶.

Las residencias médicas necesitan ser ampliadas y estimuladas. Muchos jóvenes profesionales, luego de la graduación, se lanzan al mercado laboral sin pasar por el programa de residencia, sometándose a muchos trabajos, principalmente en turnos de urgencia, con una carga horaria excesiva y jornadas exhaustivas, lo cual puede llevarlos al desgaste físico y emocional. La mercantilización del trabajo

médico genera una sobrecarga laboral que facilita la ocurrencia de errores.

El estrés al cual se somete el médico, ejerciendo su actividad en múltiples trabajos y el cobro para aumentar el número de atenciones y disminuir la solicitud de exámenes, con el objetivo de generar más ganancias al empleador, fragiliza la relación entre el médico y el paciente, al aumentar errores y la consecuente instauración de PEP. El paciente, en el pleno ejercicio de su ciudadanía, ya no acepta resultados adversos y cuestiona el motivo del fracaso en el tratamiento. Los medios siempre lo incentivan a buscar una reparación judicial o extrajudicial, a veces llegando a etiquetar como “error médico” fallas cometidas por profesionales no médicos, basando para eso solo que el hecho haya ocurrido en un ambiente de prestación de servicio de salud.

Al quedar comprobada la falla del médico, cabe evaluar la estructura laboral en que está inserto. A veces, la responsabilización se da de forma equivocada, al ignorar la exploración del profesional por convenios de salud, por el Estado, por cooperativas y a veces por los propios colegas. La precariedad de la atención terciaria, sobre todo en ciudades del interior, induce prácticas recurrentes entre los municipios, como la de invertir en la compra de ambulancias para transferir casos simples, posibles de solucionar en unidades básicas u hospitales regionales, a grandes centros, lo que resulta en salas de urgencia abarrotadas y pasillos ocupados por camillas. Como destacan Neves y Siqueira²⁷, en esos casos, la responsabilidad ética sobre los servicios no se acaba en la figura del director médico, sino que remete a otros niveles decisivos, que van desde el director de la unidad, pasando por secretarios municipales y estatales de salud, hasta el propio ministerio.

Según una noticia del sitio BBC News Brasil²⁸, en 2018 se instauraron en el país aproximadamente tres acciones de error médico por hora y esa creciente judicialización de la salud ha estado fomentado el mercado de pólizas de seguro para médicos. La búsqueda por tales seguros no es aconsejada por el CFM²⁹, ya que ese tipo de protección, además de contribuir realmente al aumento de las acciones de responsabilidad civil, no eximen al médico de las penalidades previstas en el CEM.

Con una mejor calificación de las escuelas médicas y del perfeccionamiento profesional, se espera la reducción de las demandas junto a los consejos regionales de medicina. El médico necesita calificarse y tratar al paciente como a él mismo le gustaría ser tratado, es decir, con una medicina más humanizada.

Consideraciones finales

El levantamiento estadístico presentado por esta investigación trajo el total de denuncias recibidas por el Cremern y las sanciones aplicadas durante el periodo estudiado. Como limitación al trabajo, cabe citar que no fue posible realizar un análisis cualitativo basado en la especialidad de los médicos, ya que una parte considerable de los profesionales no ratificó su RQE junto con el CFM. Esta situación debe cambiar con la obligatoriedad de ratificación a partir de la homologación del nuevo CEM, aprobado en 2018 y en vigor desde 2019²⁶.

El registro del RQE debe ser efectivamente implementado y cobrado por los consejos regionales de medicina, pues ese registro transmite a los pacientes la seguridad de que el médico tiene una especialización reconocida y comprobada por el CFM. La norma sobre la obligatoriedad del RQE comenzó a regir en 2012, por medio de la Resolución CFM 1.974/2011²⁵. Con la actualización del CEM, finalizado el 15 de agosto de 2018, el control del registro de los especialistas empezó a ser mejor estandarizado.

Invertir en la prevención del error y, consecuentemente, de los procesos requiere formación académica con conocimiento sólido de la praxis médica, además del ejercicio profesional en relación con normas éticas, asociado al diálogo amplio con el paciente sobre el acto médico propuesto y realizado, respetando su autonomía. El reconocimiento de ese derecho del paciente fue consolidado por la Resolución CFM 1.805/2006, que afirma en el artículo 1°: *Se le permite al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo en fase terminal, de enfermedad grave e incurable, respetada la voluntad de la persona o de su representante legal*³⁰.

D'Avila³¹ le recomendaba a los médicos registrar en un prontuario las informaciones sobre los procedimientos realizados, comunicarse con un lenguaje accesible, mantener una buena relación médico-paciente, exigir buenas condiciones de trabajo y mantenerse actualizado.

En cuanto a las penalidades aplicadas en el periodo del estudio, se verificó un gran número de absoluciones: 77% de todos los procesos juzgados. En los 16 años analizados, considerando las dos penalidades más severas, el Cremern suspendió el ejercicio profesional de tres médicos y no hubo ninguna casación. De forma general, las sanciones aplicadas en Rio Grande do Norte fueron más blandas que las del Cremesp²³. Vale la pena reflexionar si este comportamiento discrepante es el fruto del corporativismo

o de denúncias infundadas. En la segunda hipótesis, uno de los modos de revertir el cuadro sería formular criterios para evitar indagaciones innecesarias.

Se instauraron muchos procesos ético-administrativos cuyo resultado terminó en la absolución de los médicos demandados y procesados, lo que apunta a un elevado número de PEP que podrían resolverse con TAC o conciliación. La apreciación del informe con más criterios resolvería el problema, dando mayor celeridad a la apreciación de denuncia y reduciendo significativamente los procesos instaurados.

Finalmente, cabe observar que, en el periodo cubierto por el estudio, fueron denunciados más médicos hombres y, aunque la mayoría de los registrados en el Cremern sean profesionales del sexo masculino, la proporción es muy discrepante en relación con las mujeres demandadas. Sugerimos una discusión más profunda de ese fenómeno en otros trabajos, que busquen apuntar los motivos por los que los hombres tienden a errar más, dilucidando también las especialidades médicas más involucradas en denuncias.

Referências

1. Kfoury Neto M. Responsabilidade civil do médico. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.
2. Panda SC. Medicine: science or art? Mens Sana Monogr [Internet]. 2006 [acesso 22 jul 2017];4(1):127-38. DOI: 10.4103/0973-1229.27610
3. Canal R. Erro médico e judicialização da medicina. Brasília: Saturno; 2014.
4. França GV. Direito médico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2014.
5. Melo ND. Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2013.
6. Souza NTC. Responsabilidade civil no erro médico [Internet]. Florianópolis: eGov UFSC; 2002 [acesso 11 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2CDd5cV>
7. França GV. Op. cit. p. 253.
8. 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 Méd [Internet]. 2007 [acesso 1º jul 2017];31(3):223-8. DOI: 10.1590/S0100-55022007000300004
9. Baptista Neto J. Novo código de ética médica comentado. Salvador: MuttiGraf; 2010.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington: The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2000 [acesso 15 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2uzdklO>
11. Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet]. 2016 [acesso 13 jul 2017];353:i2139. DOI: 10.1136/bmj.i2139
12. Mendonça VS, Custódio EM. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2017];24(1):136-46. DOI: 10.1590/1983-80422016241115
13. Gomes TR, Delduque MC. O erro médico sob o olhar do judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Cad Ibero-Am Direito Sanit [Internet]. 2017 [acesso 15 jul 2017];6(1):72-85. DOI: 10.17566/ciads.v6i1.362
14. Santos MFO, Souza EHA, Fernandes MGM. Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais: Paraíba 1999 a 2009. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2011 [acesso 15 jul 2017];19(3):787-97. Disponível: <https://bit.ly/2IHVC69>
15. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr [Internet]. 2002 [acesso 3 abr 2018];78(4):261-8. DOI: 10.1590/S0021-75572002000400004
16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 98, p. 44, 24 maio 2016 [acesso 19 nov 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2XuJHyC>
17. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2018: ano-base 2017 [Internet]. Brasília: CNJ; 2018 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2OC74nl>
18. Faraco M. A judicialização da medicina e o aumento da demanda indenizatória contra médicos e outros profissionais da saúde. Jusbrasil [Internet]. 2014 [acesso 15 jul 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Oqr0v1>
19. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acesso 15 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KdJfRq>
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.145/2016, de 27 de outubro de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional no âmbito do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 329, 27 out 2016 [acesso 15 jul 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2IHWis6>
21. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências. Diário Oficial [Internet]. Rio de Janeiro, 1º out 1957 [acesso 9 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2OI0kAX>

22. Súmula vinculante. Normas Legais [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/317z30W>
23. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Ética médica; 26 jul 2012 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/21FBzUS>
24. Lester H, Tritter JQ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Educ* [Internet]. 2001 [acesso 17 jul 2018];35(9):855-61. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2001.01003.x
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.974, de 19 de agosto de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 241-4, 19 ago 2011 [acesso 19 maio 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2q5v5sW>
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 1º de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 179, 1º nov 2018 [acesso 15 jan 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2RyvAE8>
27. Neves NMBC, Siqueira JE. Conselhos de medicina: criação, trajetória e consolidação. *Brasília Méd* [Internet]. 2009 [acesso 15 jan 2019];46(2). Disponível: <https://bit.ly/35sWPrq>
28. Alvim M. Com 3 ações de erro médico por hora, Brasil vê crescer polêmico mercado de seguros. *BBC Brasil* [Internet]. 19 set 2018 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bbc.in/2pkY9c4>
29. Seguro médico: entidades são contra. Conselho Federal de Medicina [Internet]. 15 set 2003 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/33hxbnl>
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 4 jun 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1URTI3S>
31. D'Avila RL. O comportamento ético-profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos processos disciplinares do período de 1958 a 1996 [dissertação] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/317x10X>

Participación de los autores

Todos los autores concibieron y planearon el trabajo, sistematizaron y analizaron resultados, redactaron y revisaron el texto.

Armando Otávio Vilar de Araújo

 0000-0003-3557-1711

Danielle Dutra Araújo

 0000-0003-0610-513X

Alice Helena de Araújo Silva Nogueira

 0000-0001-8619-0164

Annie Karoline Feijó Costa

 0000-0001-8359-3814

Camila Procópio Andrada

 0000-0002-0484-5209

Fabiana de Sousa Filgueira

 0000-0001-8038-0338

Lais de Carvalho Pinheiro

 0000-0002-9196-8310

