

Ética Médica Venezolana: Un Análisis Comparativo entre el Código de Deontología de 1985 y una Propuesta Actualizada de Código Deontológico

*Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez¹, Jev Vicente Gómez Marín²,
Carlos Ramón Cabrera Lozada³*

RESUMEN

El presente artículo analiza la transición paradigmática entre el código de Deontología médica de 1985 y la propuesta de actualización de Cabrera, Bello y Gómez en 2025. Partiendo de una reflexión filosófica sobre el estancamiento normativo en Venezuela, país pionero en ética médica regional, que sucumbió a un prolongado silencio legislativo, se examina la evolución del Ethos médico hacia una bioética de alteridad fiduciaria. Mediante una metodología documental, analítica y comparativa, se discute la irrupción de la Diceología como garante de la integridad profesional frente a la justicia sumaria digital, la protección ante la violencia digital médica y el derecho a la incertidumbre científica. Así mismo, se aborda la respuesta ética ante la inteligencia artificial bajo el principio de la subsidiariedad tecnológica y la formalización de las Voluntades anticipadas como herramienta de respeto a la dignidad humana y la autonomía progresiva. Se concluye que el proyecto no solo subsana varios vacíos legales históricos en consonancia con el marco constitucional venezolano, sino que establece un sistema de reforma continua adaptado a la complejidad de la medicina contemporánea.

Palabras clave: Bioética, Deontología, Diceología, Ética Médica Venezolana

-
1. Médico especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística y bioética. Presidente Comité Bioética en Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos".
 2. ORCID: 0000-0001-8196-7579.
 3. MD. MSc. PhD. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4833-5160.
 4. PhD en Ciencias de la Salud, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón VII. ORCID: 0000-0002-3133-5183.

ABSTRACT

This article analyzes the paradigmatic transition between the 1985 Code of Medical Deontology and the update proposal performed by Cabrera, Bello and Gómez in 2025. Grounded in a philosophical reflection on the normative stagnation in Venezuela, a regional pioneer in medical ethics that subsequently succumbed to a prolonged legislative silence, this study examines the evolution of the medical Ethos toward a bioethics of the fiduciary alterity. Through a documentary, analytical, and comparative methodology, the paper discusses the emergence of Diceology as a safeguard for professional integrity against digital summary justice, medical digital violence, and the right scientific uncertainty. Furthermore, it addresses the response to Artificial Intelligence under tool for respecting human dignity and the progressive autonomy. It concludes that the project not only addresses several historical legal lacunae in alignment with the Venezuela constitutional framework but also established a system for continuous reform adapted to the complexities of the contemporary medicines.

Keywords: Bioethics, Deontology, Diceology, Venezuelan Medical Ethics.

INTRODUCCIÓN

Dentro del paso histórico de la ética a la bioética en la formación profesional en Venezuela, considerando la búsqueda del bienestar de la persona en sus dimensiones biológica, psicológica-mental, social, digital y espiritual, en un mundo impulsado por la era digital bajo el influjo del Big Data/Inteligencia Artificial (IA), las redes sociales y la sociedad del conocimiento y la información, la actualización en las profesiones asociadas al cuidado de la salud y las ciencias de la vida, bajo un análisis crítico reflexivo en el marco del paradigma crítico-dialéctico se puede entender cómo producción disciplinaria con plena vigencia en la actividad asistencial, docente, investigativa, gremial-administrativa, divulgativa (incluyendo el uso de la informática y/u otras tecnologías de información y comunicación) o académica, con dominio de saberes, destrezas y actitudes, tanto en el componente científico como en el humanístico de las ciencias de la salud y la vida (1-5).

La ética médica no es estática; debe responder a los cambios sociales, tecnológicos y legales de su tiempo. Durante cuatro décadas, la práctica médica en el contexto analizado se rigió por un modelo de deberes y prohibiciones, más allá de lo consagrado en la constitución nacional y las leyes, derivados de un código deontológico vigente desde 1985, cuya última actualización en 2003, realizada para adaptarse e incorporar en la (para ese entonces) naciente era digital en Venezuela, con la obligación deontológica de proteger los datos confidenciales de los pacientes almacenados en computadoras, incorporando la responsabilidad profesional en

el respeto a la confidencialidad digital (6-9). Sin embargo, el surgimiento de la medicina digital, la IA y el robustecimiento de los derechos humanos exigían una reforma estructural.

La revisión realizada describe como la nueva propuesta no solo actualizará las normas, sino que cambia el paradigma hacia un “**cuidado más humanista**” y una justicia distributiva y cultural.

Resulta imperativo reflexionar sobre la paradoja que ha signado el devenir de la ética médica en nuestra región. Venezuela, que históricamente se erigió como pionera de la codificación de principios tecnológicos en América Latina, sucumbió a un prolongado aletargamiento normativo que desdibujó su liderazgo intelectual, dentro de la emergencia humanitaria compleja que padece la nación desde 2013 (1-5). Este estancamiento no fue una simple omisión administrativa, sino desconexión ontológica entre la norma escrita y la realidad vertiginosa de la praxis clínica. Mientras el mundo transitaba hacia una bioética de la complejidad, nuestro marco referencial permaneció anclado en el modelo erigido en 1985 que, si bien fue virtuoso en su origen, terminó por petrificarse ante la emergencia de nuevos dilemas, subjetividades y dilemas tecnológicos. Romper este silencio legislativo no es solo una actualización técnica; es un acto de justicia histórica que busca rescatar la vocación vanguardista de la medicina nacional, devolviéndole su capacidad de interpelar el presente desde una ética que no solo prohíbe, sino que educa, comprende y protege la dignidad humana en su acepción más moderna (10-13).

Por ello, se realizó la presente revisión narrativa con la finalidad de analizar mediante un cotejo sistemático entre el Código de Deontología Médica de 1985 /normativa vigente) (8), con la incorporación antes referida al secreto de las computadoras en medicina en el año 2003 (9), y el proyecto de actualización propuesto por Cabrera, Bello y Gómez (13), identificando las brechas normativas producidas por el avance tecnológico y la evolución de los derechos humanos en las últimas cuatro décadas, por el método de ponderación de principios, buscando un equilibrio entre *Lex Artis* médica, el derecho a la autodeterminación del paciente y la protección digital del profesional (Diceología).

Se procedió a realizar un muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de los documentos y publicaciones en revistas biomédicas y/o libros relacionados con el tema. Se realizó una búsqueda en los motores de búsqueda de las plataformas en línea y/o bases de datos PubMed, Scielo, LILACS, Google Scholar, SaberUCV, Research Gate, Scopus y Elsevier, así como los repositorios de bioética latinoamericana y normativas legales nacionales e internacionales, durante el período 2000-2026. Los términos utilizados fueron: “Humanismo Médico”, “Ética de la Inteligencia Artificial”

“Autonomía del Paciente”, “Ética e Historia Clínica”, “Ética y Redes Sociales” y “Ética Médica y Violencia” Se utilizó el modelo de lenguaje a gran escala de IA Gemini ® de Google (Gemini versión 2.0 Flash, 28 de marzo de 2026), así como el Traductor de Google, reforzado por IA, exclusivamente para el perfeccionamiento estilístico, gramatical, y la estructuración sintáctica del manuscrito. Los autores humanos realizaron una supervisión crítica sobre el contenido técnico, legal y clínico, asumiendo la responsabilidad total de la veracidad de los datos, la integridad de las fuentes bibliográficas y la autoría intelectual del documento final

DESARROLLO

EJES DE TRANSFORMACIÓN

Del Ethos a la humanización del cuidado:

Reconociendo la labor histórica de los autores nacionales e internacionales ligados al desarrollo de la ética médica venezolana, incluyendo el esfuerzo asistencial, docente, investigativo, divulgativo, gremial-administrativo y académico del Centro Nacional de Bioética (CENABI) y la Revista Ética e Integridad Académica de la Universidad Central de Venezuela (UCV) (1-5, 13-47), en la revisión realizada de la literatura, del análisis crítico reflexivo bajo el paradigma crítico dialéctico, se desprende que se ha presentado una transición en los 40 años transcurridos, entre el código de 1985 (8), cuya última actualización fue en 2003 (9), hasta la propuesta realizada por Cabrera, Bello y Gómez en 2025 (13).

La transición entre el código de 1985 (8), la última reforma de 2003 (9), y la actual propuesta de actualización (13), representa un giro paradigmático en la concepción del ser del médico, dentro del marco contemporánea de la bioética latinoamericana y nacional (1-5, 10-44). Mientras que la normativa para finales del siglo XX se cimentaba en un Ethos de carácter testamentario, centrado en el honor profesional y un servicio social de corte paternalista, la propuesta contemporánea propone una dimensión axiológica hacia una bioética de la alteridad (1-5, 20-44). En este nuevo marco, el Ethos médico trasciende el cumplimiento de los deberes corporativos para configurarse como un sistema de valores donde la compasión, la integridad y la honestidad son las categorías centrales del acto clínico. Este desplazamiento permite que la relación médico-paciente abandone la tradicional jerarquía vertical, donde el paciente era un receptor pasivo de la beneficencia, para transformarse en una relación fiduciaria de confianza mutua (13-19, 26-44). Bajo esta óptica, el cuidado humanista no se limita a la pericia técnica, sino que se manifiesta en una apertura ética hacia la diversidad, integrando el respeto a la orientación sexual, la identidad de género y la riqueza de las cosmovisiones

ancestrales como elementos constitutivos de la dignidad de la persona (1-5, 13-46). Así, la práctica sanitaria se convierte en un ejercicio de justicia cultural y empatía radical, donde el médico actúa no solo como un técnico de la salud, sino como una salvaguarda de la integridad biográfica del paciente (1-5, 13-46).

Diceología: Reconocimiento De los derechos del profesional y la protección de la integridad científica

La inclusión de la **diceología** en el proyecto de actualización marca un hito disruptivo al equilibrar la balanza deontológica, tradicionalmente inclinada hacia la enumeración de deberes y sanciones. Esta transición reconoce que la excelencia del cuidado del paciente es indisociable de la protección de la integridad del cuidador (1-5, 13-46). En este sentido, la presunción de inocencia se erige como un derecho fundamental frente a la justicia sumaria de la era digital, prohibiendo explícitamente la exposición humillante del profesional en redes sociales antes de que medie una resolución firme; se entiende que la reputación clínica es un bien jurídico y ético que debe ser salvaguardado contra el estigma prematuro (13, 47).

Así mismo, el código aborda la vulnerabilidad del médico en el ecosistema virtual mediante la regulación de la seguridad digital, tipificando la **Violencia Digital Médica** como transgresiones que vulneran la esfera privada y la seguridad psicológica del profesional (13, 47-53). Finalmente, el reconocimiento de la incertidumbre científica constituye un avance epistemológico de primer orden: se otorga al médico el derecho a declarar las limitaciones del conocimiento actual sin que ello suponga una mengua de su autoridad. Esta “doctaignorancia” se traduce en un acto de honestidad intelectual que fortalece la confianza fiduciaria y protege al profesional frente a la exigencia social de la infalibilidad, validando la naturaleza falible y evolutiva de la ciencia médica (13, 20-30, 47-57).

La modernización de la voluntad en la era digital: Autonomía progresiva y consentimiento electrónico

El proyecto de actualización se profundiza el principio de autonomía al despojarlo de su antigua rigidez procedimental, adaptándolo a las realidades clínicas y tecnológicas contemporáneas. Un avance paradigmático es la incorporación de la **Autonomía Progresiva** para niños, niñas y adolescentes a diferencia del enfoque de 1985 (8), que supeditaba la voluntad del menor a la decisión absoluta de sus representantes, el nuevo texto reconoce que la capacidad de autodeterminación es un proceso evolutivo ligado a la madurez cognitiva y el discernimiento (13, 21-29, 48). Este enfoque no solo alinea con las doctrinas internacionales de derechos humanos, sino que garantiza que el acto médico respete la dignidad biográfica del menor en función de su competencia biopsicosocial (48).

Complementariamente este código moderniza la formalización de la voluntad mediante el *e-Consentimiento* (consentimiento informado electrónico). Este mecanismo responde a la digitalización de la salud, exigiendo que los procesos de autorización por vías electrónicas sean trazables, claros y plenamente voluntarios (3-5, 13-47). La transición hacia lo digital no se entiende como una mera simplificación administrativa sino como una garantía de seguridad jurídica y ética; el uso de las firmas electrónicas y registros digitales auditables asegura que el paciente reciba información comprensible y que su aceptación sea un acto consciente, protegido contra la manipulación o el error en el entorno virtual. De este modo, la autonomía deja de ser un documento estático para convertirse en un proceso dinámico y verificado (3-5, 13-47)

Análisis comparativo: Del deber tradicional a la autonomía integral

Al analizar comparativamente la transición normativa no es meramente en el plano semántico sino una respuesta a la evolución de la relación médico-paciente y el entorno tecnológico. A continuación, se contrastan los pilares fundamentales de ambos textos (ver Cuadro comparativo):

<i>Cuadro comparativo de Paradigmas Éticos</i>		
<i>Eje de Análisis</i>	<i>Código de Deontología (1985)</i>	<i>Propuesta de Actualización (Cabrera/Bello/Gómez)</i>
Fundamento del Ethos	Enfoque en el honor, la tradición y el servicio irrevocable a la comunidad	Enfoque en la bioética integral, compasión, empatía y honestidad humanista
Derechos del Médico	Prácticamente inexistentes, centrados en prohibiciones y sanciones	Diceología definida: protección contra ciberacoso y presunción de inocencia.
Autonomía del paciente	Reconocimiento básico del derecho a saber la verdad y riesgos físicos.	Autonomía progresiva en menores y en consentimiento electrónico (e-consentimiento)
Final de la vida	Prohibición de eutanasia con directrices generales sobre el cuidado.	Muerte con dignidad: incorporación de Voluntades Anticipadas y rechazo a medidas extraordinarias.
Tecnología	Advertencias limitadas sobre el procesamiento electrónico de datos.	Ética en la IA: exigencia de algoritmos explicables, ciberseguridad y supervisión humana
Responsabilidad social	Promoción de la salud pública general	Conciencia ecológica: obligación de sostenibilidad y gestión de residuos biológicos.

De la sanción a la protección: Humanización del sujeto médico.

El análisis comparativo permite identificar un desplazamiento fundamental, el paso de un *Modelo Punitivo-Estamentario* a uno de la *Protección Integral Profesional*, mientras que el código de 1985, se limitaba casi exclusivamente a la enumeración de faltas disciplinarias y prohibiciones, configurando al médico como un sujeto de puros deberes, el proyecto introduce formalmente la diceología (8) este cambio disruptivo reconoce que la vulnerabilidad no es exclusiva del paciente; el médico, inmerso es un entorno de alta presión y exposición digital, requiere de un marco que garantice su propia dignidad (3-5, 39, 13-47).

Especial relevancia adquiere el reconocimiento del derecho de manifestar la *incertidumbre científica*. En la normativa anterior, el silencio o la duda podían ser interpretados como una negligencia frente a la autoridad esperada del facultativo. El nuevo proyecto, humaniza la praxis al permitir al profesional ser honesto en las limitaciones del conocimiento actual. Esta validación de la falibilidad, lejos de debilitar la relación médico-paciente, la fortalece bajo un principio de honestidad radical, liberando al profesional de la carga deontológica de una infalibilidad inexistente y protegiéndolo de represalias injustificadas ante los límites propios de la ciencia (48-56). Así la diceología se convierte en garante de una medicina más auténtica y menos pretenciosa (3-5, 13-44).

De la lógica analógica a la Autodeterminación Pluralista

La evolución del consentimiento informado entre ambos textos revela la transición desde un formalismo documental hacia una ética de la oralidad y el buen cuidado. Mientras el modelo de 1985 operaba bajo una *lógica analógica y procedimental*, centrada en la firma como eximente de responsabilidad, la actualización profundiza en la *autodeterminación* sobre el propio cuerpo, como un ejercicio continuo del diálogo y reconocimiento (1-5, 13-20). Este nuevo paradigma es disruptivo al integrar la interculturalidad y la diversidad epistémica, validando las cosmovisiones ancestrales y los saberes tradicionales en el acto del cuidado; se reconoce que la salud no es un unívoco, sino una vivencia situada que requiere una escucha activa y respetuosa.

Así mismo, la propuesta de actualización subsana una omisión histórica al prohibir explícitamente cualquier forma de discriminación por orientación sexual o identidad de género, categorías que, en el texto de 1985, anclado en el contexto moral de su época, no contemplaba. Esta inclusión no solo es una adición jurídica, sino como un imperativo ético de buenas prácticas que asegura que el sistema sanitario sea un espacio seguro para la pluralidad humana (13, 39, 45-56). Al

priorizar la ética del buen cuidado sobre la burocracia del formulario, el nuevo código transforma el consentimiento en un proceso de validación de la dignidad biográfica del paciente, donde la comunicación clara y la ausencia de prejuicios constituyen la base fiduciaria de medicina contemporánea (13, 45-56).

Humanismo frente al algoritmo: La Brecha Tecnológica Y El Principio De Subsidiariedad

El contraste más disruptivo entre ambos documentos se manifiesta en la dimensión digital. Mientras que el código de 1985 limitaba su preocupación a la privacidad en incipientes “bancos de datos” el proyecto actual se enfrenta a la complejidad del Big Data/IA y la ubicuidad de la salud digital (3-5, 39). La actualización establece un imperativo ético fundamental: el *Principio De Subsidiariedad Tecnológica*. Este principio dicta que herramientas como la telemedicina y los sistemas algorítmicos deben ser siempre subsidiarios y complementarios a la relación fiduciaria; bajo ninguna circunstancia la mediación técnica puede sustituir la responsabilidad directa o el discernimiento clínico del profesional (3-5, 13, 39, 45-57).

A diferencia del enfoque reactivo de finales siglo XX, el nuevo código exige que la IA sea explicable, transparente y cuente con supervisión humana constante. Se reconoce que, aunque algunos algoritmos pueden optimizar el diagnóstico, carecen de la capacidad de comprensión narrativa y compasión que definen el acto médico humanista (3-5, 13, 39, 45-57). Así mismo se regulan las redes sociales y la presencia digital, prohibiendo la deshumanización del paciente mediante la difusión de imágenes sin anonimato absoluto. De este modo, la tecnología se integra no como una fuerza autónoma, sino como un instrumento que debe potenciar el buen cuidado, garantizando que la innovación nunca erosione la esencia ontológica del encuentro entre dos personas: quien sufre y quien busca sanar (3-5, 13, 39, 45-57) con quien escucha, se identifica y tiene la intención de curar, rehabilitar y acompañar en el proceso.

Ética en la era digital y voluntades anticipadas: el resguardo de la dignidad humana

El proyecto de actualización marca una ruptura definitiva al legislar sobre la IA en el ámbito sanitario, no como un ente autónomo, sino bajo el principio de subsidiariedad tecnológica. Se exige que todo el sistema algorítmico sea utilizable, transparente y este sujeto a una supervisión humana permanente, esta regulación

asegura que la tecnología opere como un complemento potenciador y nunca como un sustituto del juicio clínico, preservando el núcleo ético de la medicina: el discernimiento humano frente al sufrimiento del otro (3-5, 13-20, 39, 45-58).

Esta misma protección de la esencia humana se traslada a la regulación de las **Voluntades anticipadas** y los procesos finales del final de la vida. El código operacionaliza el derecho a morir con dignidad mediante el respeto absoluto a la autonomía del paciente, permitiendo el rechazo a medidas extraordinarias que solo prolonguen la agonía irreversible. Esta postura se articula en estricta consonancia con el principio fundamental de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que consagra el derecho a la vida y la salud como bienes inviolables (6). Al igual que el tratamiento ético de la finalización terapéutica de la vida en otras etapas, el código prohíbe taxativamente la eutanasia activa, pero exige una narrativa explicativa y compasiva que garantice cuidados paliativos integrales. Así el documento de Voluntades Anticipadas se convierte en una extensión de la dignidad de la persona, asegurando que, incluso cuando la comunicación sea imposible, prevalezca su biografía valorativa sobre la mera persistencia biológica, siempre bajo el amparo de la *Lex Artis* y el ordenamiento jurídico nacional (3-6, 13-44, 52, 57, 58)

CONCLUSIONES

Al mismo tiempo que se reconoce la labor histórica de los autores nacionales e internacionales ligados al desarrollo de la ética médica venezolana, incluyendo el esfuerzo asistencial, docente, investigativo, divulgativo, gremial-administrativo y académico del CENABI y la Revista *Ética e Integridad Académica* de la UCV, la propuesta de actualización analizada representa un hito en la historia de la medicina nacional, al consolidar una transición paradigmática desde un modelo de obediencia a la norma, estático y punitivo, hacia un modelo de responsabilidad ética global y proactiva. La integración de la conciencia ecológica, el reconocimiento de la interculturalidad y la formalización ética y jurídica de las Voluntades anticipadas sitúan a la práctica sanitaria en la vanguardia de los derechos humanos, alineando la *Lex Artis* con la dignidad inalienable de la persona en todas sus etapas vitales, en las dimensiones biológica, psicológica-mental, social, digital y espiritual de la persona.

Este nuevo código trasciende su función sancionatoria para erigirse como una guía pedagógica esencial para una medicina más humana, justa y tecnológicamente responsable. Sin embargo, su mayor virtud reside en su capacidad de auto trascendencia, la propuesta preconiza su propia revisión y actualización permanente. Al reconocer que la medicina y la sociedad son realidades en constante

devenir, se establecen mecanismos de apertura hacia el futuro, asegurando que los principios deontológicos no se conviertan en dogmas obsoletos, sino que evolucionen dialécticamente con los avances de la ciencia y las nuevas demandas éticas de la humanidad. Así el legado de Cabrera, Bello y Gómez no se limita a un texto, sino a una metodología de reflexión ética continua para las generaciones venideras.

Declaración de ausencia de conflictos de interés:

Los autores declaran la ausencia de conflictos de interés, económicos, institucionales o personales que pudieran sesgar el contenido o las conclusiones del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Velázquez G, Padrón M, Piña E, Nézer I, Lizarraga P, Silva S, Lombardi MA. Caso Venezuela: reflexiones desde la bioética. *Rev. Latinoam. Bioet.* 2019 ;19(37-2):75-92. DOI: 10.18359/rlbi.4705.
2. Cabrera-Lozada CR. Medicina Materno Fetal: Aportes. Trabajo de incorporación como Individuo de Número Sillón VII. Urbina-Medina H, Soyano-López, A. editores. *Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXXI.* Caracas: Editorial Academia Nacional de Medicina; 2024.p 1-76. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1mOShhON5dAAWpY0dr8AFVLh_FYbKX210/view.
3. Gómez J, Cabrera Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Gac Méd Caracas.* 2023; 131(2):434-448. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
4. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi-Venturoni M, editores. *Colección Razetti. Volumen XXVII.* Caracas: Editorial Ateproca. 2023. p. 139-77.
5. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* 2023; 83(4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
6. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial No 36860 (30 de diciembre 1999).* Caracas: Asamblea Nacional de Venezuela [Internet]; 1999 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/botones/constitucion-nacional-20191205135853.PDF>.

7. Decreto Constituyente de Reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 41984 (13 de octubre de 2020). Caracas: Asamblea Nacional Constituyente [Internet]; 2020 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/estatales/miranda/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-medicina-1982.pdf>.
8. Código de Deontología Médica. LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (20 de marzo de 1985). Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2026 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/libros/codigo-de-deontologia-medica-venezolano/>.
9. Código de Deontología Médica. CXXXIX reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas: FMV [Internet]; 2003 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf>.
10. Ortiz Cuquejo LM. El Humanismo en Medicina. Rev Nac (Itauguá) [Internet]. 2016 [consultado 28 de marzo de 2026]; 8(2): 1-3. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742016000200001.
11. Mendoza H, Mendoza N, Castro K. El humanismo en la práctica médica. RECIAMUC. 2024;8(2):23-31. DOI: 10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.23-31.
12. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [consultado 28 de marzo de 2026]; 9(1):21-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021.
13. Cabrera-Lozada CR, Bello-Rodríguez FA, Gómez-Marín JV. Propuesta de Actualización del Código de Ética Médica: Hacia un modelo de cuidado integral. Documento de revisión. Caracas: ANM; 2026.
14. Hernández JG. Elementos de Filosofía. Caracas: Tip. Emp. El Cojo; 1912. Disponible en: <https://albaciudad.org/wp-content/uploads/2021/04/Elementos-de-Filosofia-Dr-Jose-Gregorio-Hernandez.pdf>.
15. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977.
16. García F. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 100-101.
17. D'Empaire G, Parada M. La comunicación en la relación profesional de salud-paciente. Cómo decir la verdad y cómo dar malas noticias. En: Curso

- de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 131-47
18. Medina-Aveledo G. Luis Razetti. Entre la Medicina, la Docencia Universitaria y la Moral Médica. Valencia: Blue Cube Digital Services [Internet]; 2007 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/10DA5G1Yw613FNOAzLuXl91qwx8Wz8JC8/view>.
 19. Schmidt L. La bioética en Venezuela, primeras huellas. *Bioethikos*. 2007; 1(2): 24-38.
 20. Cubero-Castillo E. La construcción de un nuevo campo de conocimiento: el caso de la bioética en Venezuela. *Acta Bioethica* [Internet]. 2015 [consultado 28 de marzo de 2026];21(1):137-144. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v21n1/art17.pdf>.
 21. Velásquez G. Fundamentos de un programa de bioética para la carrera de medicina en la Universidad Central de Venezuela. Caracas: SaberUCV [Internet] ; 2014 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/10872/7823/1/Fundamentos%20de%20un%20programa%20de%20bio%20etica%20para%20la%20carrera%20de%20Medicina%20en%20la%20Universidad%20Central%20de%20Venezuela.pdf>.
 22. Capurro R. Desafíos teóricos y prácticos de la ética intercultural de la información. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. *Ética multicultural y sociedad en red*. Barcelona, España: Ariel; 2014.p.5-17.
 23. Trejo R. Ética en las redes sociales. Dilemas y reflexiones. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. *Ética multicultural y sociedad en red*. Barcelona, España: Ariel; 2014.p.39-52.
 24. Gutiérrez M. Pluralismo epistemológico y redefinición cultural de las tecnologías de la información y la comunicación. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. *Ética multicultural y sociedad en red*. Barcelona, España: Ariel; 2014,p. 5-84.
 25. López R. Revolución. Del Homo sapiens al Homo digitalis. *Investigación y Ciencia*. 2018;26(74):90-92. DOI: 10.33064/iycuaa2018741763.
 26. Gómez J, Cabrera C, Grupo de Especialistas “Red COVID-19 y gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2020 [consultado 28 de marzo de 2026]; 80 (Supl): S56-S69. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2020_vol80_num1_8.pdf.

27. Rojas-Loyola G. Cumplimiento del deber profesional. ¿Qué significa para el médico de estos tiempos? Una reflexión bioética. *Gac Méd Caracas* 2021;129(1):1-8. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.1.20
28. Rojas-Loyola G. Deliberando sobre el Cyberbullying. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(3): 685-95. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.16.
29. Rojas/Loyola G. La historia clínica: una mirada desde la bioética. *Gac Méd Caracas* 2021;129(3):707-716. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.18.
30. Aburto-Degueldre M. ¿Por qué es importante hablar de integridad académica?. *Ética e Integridad Académica* [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 7-9. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf.
31. Casbarro-Arriaga R. El plagio como principal forma de fraude académico. *Ética e Integridad Académica* [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 10-1. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf
32. Trujillo I. Entrevista Dra. Isis Nézer de Landaeta. Apelar a las reservas morales de la universidad para reconstruirla. *Ética e Integridad Académica* [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]; 1(1): 13-4. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n1.pdf.
33. Rojas-Loyola G. Una bioética para dos modelos de desarrollo. *CientMed* [Internet]. 2021 [consultado 28 de marzo de 2026]. 2(36): 1-12. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1AMcPDaTPOnBOY0VKNb1qiPGq9bOo8jtr/view>.
34. Rodríguez J. Ética e integridad académica según José María Vargas. 2022; 2(2): 7-10 Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n2.pdf.
35. Ferreiro MC. Acoso: una forma de interacción social. *Ética e Integridad Académica* [Internet]. 2023 [consultado 28 de marzo de 2026]; 3(6): 5-9. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n6.pdf.
36. Rojas-Loyola G. Unidades de consultoría de ética clínica en la red de atención hospitalaria: una salida óptima. *Gac Méd Caracas*. 2022;130(1):165-9. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.1.18.
37. Rojas-Loyola G. Hablemos de honorarios médicos en la publicidad de las redes sociales. *Gac Méd Caracas*. 2023; 131(3):722-32. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.3.24.
38. Rísquez-Parra A, Aurenty-Font L, Padrón-Nieves M. Prevención del fraude académico: un compromiso ético en la Facultad de Medicina de la UCV.

- Ética e Integridad Académica [Internet]; 2025 [consultado 28 de marzo de 2026]; 4(13): 16-23. Disponible en: https://revistaeticaeintegridad.net/Ediciones/reia_n13.pdf.
39. Gómez-Marín JV, Palacios Y, Sarmiento C, Romero M, Rivero-Fraute A, Cabrera-Lozada CR. Medicina Materno Fetal e Inteligencia Artificial: Consideraciones Docentes y Bioéticas. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p.88-121. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.8.
40. Bello-Rodríguez FA, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR. Ética del Buen Cuidado en el Contexto Hospitalario: Un Enfoque Relacional y Humanista. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p.156-67. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.12.
41. Bello-Rodríguez FA, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P, Miranda-Sarabia S; Comisión de Bioética y Praxis Médica de la Academia Nacional de Medicina. Los principios de las 3R en la relación médico-paciente: Una perspectiva bioética. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p. 212-18. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.16.
42. Bello-Rodríguez FA, Marchan-Pérez N, Gómez-Marín JV, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. Arma de destrucción masiva: ausencia de estadísticas nacionales en salud. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A. editores. Colección Razetti Volumen XXXIII. Caracas: Editorial ANM; 2025. p.52-69. DOI: 10.59542/CRANM.2025.XXXIII.6.
43. Bello-Rodríguez F, Marchan-Pérez N, Cabrera-Lozada C. Cuando la Ciencia Advierte, la Ética Responde: Reflexiones ante un hallazgo clínico no comprobado y sus implicaciones migratorias. Caracas: ANM [Internet]; 2025 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1DhB-J3PdDKqSsgqWvEn5xfeRDtDy6mk6/view>.
44. Bello-Rodríguez F, Marchan-Pérez N, Cabrera-Lozada C. Rifa de servicios médicos obstétricos en redes sociales. Implicaciones éticas, legales y filosóficas Caracas: ANM [Internet]; 2025 [consultado 28 de marzo de 2026]. <https://drive.google.com/file/d/1yLAIvssSzJ86h2GcO2uY-nKvoRExktCt/view>.
45. Martínez-Arce DX, Agredo W, Betancourt-Peña J, Ocampo GRJ. Bioética en salud digital con enfoque en derechos humanos: Una necesidad para la formación profesional en Terapia Ocupacional. Rev. Ocup. Hum, 2026; 26(1), 63–74. DOI: 10.25214/25907816.1961.

46. Díaz JM, Piña de Velásquez E. ¿Y qué es la sostenibilidad?. *Ética e Integridad Académica*. 2026; 5(14): 32-35.
47. Girón M. Presunción de inocencia: una visión del precepto constitucional vigente en el sistema judicial penal venezolano. *UBA-IUS* [Internet]; 2022 [consultado 28 de marzo de 2026]; 11(1): 37-41. Disponible en: http://www.ulpiano.org.ve/revistas/bases/artic/texto/UBAIUS/11/UBAIUS_2022_11_37-41.pdf
48. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York (NY): ONU [Internet]; 1989 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>.
49. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty: The Next Medical Revolution? *N Engl J Med*. 2016;375(18):1713-15. DOI: 10.1056/NEJMp1606402.
50. Ministerio de Salud Pública de Guatemala, Sistema Integral de Atención en Salud, Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad, Proyecto de Atención Primaria de Salud y Nutrición de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Unión Europea. Guía de diálogos interculturales en salud. Washington (D.C.): OPS [Internet]; 2023 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-03/guiadiálogosinterculturalesalud.pdf>.
51. Organización Panamericana de la Salud. Informe de OPS sobre situación de salud de personas LGBT insta a eliminar barreras de acceso a la atención para que nadie quede atrás. Washington (D.C.): OPS [Internet]; 2022 [consultado 31 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2018-informe-ops-sobre-situacion-salud-personas-lgbt-insta-eliminar-barreras-acceso>.
52. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York (NY): Oxford University Press; 1988.
53. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Recomendación de la UNESCO sobre la ética de la inteligencia artificial. París, Francia: UNESCO [Internet]; 2022 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381137_spa.
54. Meskó B, Topol EJ. The imperative for regulatory oversight of large language models (or generative AI) in healthcare. *NPJ Digit Med*. 2023; 6(1):120. DOI: 10.1038/s41746-023-00873-0.

55. Rodrigues-Gomes R, Silva dos Santos CA, Duarte I, Nunes R. Riesgos éticos y legales de la telemedicina. *Rev. bioét.* 2025; 33(1): e3983ES 1-12. DOI: 10.1590/1983-803420253983ES.
56. Narváez J, Gómez E. La bioética en el ámbito de la formación profesional. Caso Brasil, Colombia y México. *Espacios.* 2022; 43(11): 76-87. DOI: 10.48082/espacios-a22v43n11p06.
57. Código de Ética para el desarrollo y aplicación responsable de la inteligencia artificial. Publicado por el Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología (19 de febrero de 2026). Caracas: MPPCYT [Internet]; 2026 [consultado 19 de febrero de 2026]. Disponible en: https://mincyt.gob.ve/wp-content/uploads/2026/02/Codigo_de_Etica_de_Inteligencia_Artificial_de_la_Republica_Bolivariana-1.pdf.
58. Asociación Médica Mundial. Declaración de Venecia de la AMM sobre la atención médica al final de la vida. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983. Revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006 y por la 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022. Ferney-Voltaire, Francia: AMM [Internet]; 2022 [consultado 28 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-venecia/>.