Martín Piñate F, Cabrera-Lozada C. Editores. Colección Razetti Volumen XXXVII. Caracas: Editorial ANM; 2026. p.83-105
DOI: 10.59542/CRANM.2026.XXXVII.5

Capítulo 4

Relación clínica con los niños, niñas y adolescentes: una propuesta para el Código de Deontología Médica en Venezuela

Dr. Germán Rojas Loyola

RESUMEN

El manuscrito examina la relación clínica con Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en Venezuela y propone incorporar al Código de Deontología Médica (CDM) un capítulo específico que traduzca el paradigma jurídico de protección integral en deberes profesionales concretos. El análisis parte del contraste entre la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Constitución (CRBV) y la LOPNNA, que reconocen al paciente pediátrico como sujeto pleno de derechos, y las limitaciones del CDM vigente del año 2003. Desde la bioética clínica, la propuesta se articula en torno a seis criterios rectores: centralidad del niño como paciente; interés superior concebido como derecho sustantivo, principio interpretativo y garantía procedimental; autonomía progresiva valorada en función de cada decisión; autorización por representación complementada con asentimiento; confidencialidad adaptada a la madurez; y protección integral con continuidad del cuidado. Sobre estos fundamentos se formula un articulado que regula la información, la deliberación compartida, las emergencias, los desacuerdos familiares, la privacidad, la atención confidencial, el alivio del dolor, la discapacidad, la hospitalización, los cuidados paliativos, el final de la vida, la investigación, la violencia, la asignación de recursos, la continuidad asistencial y la responsabilidad institucional. La propuesta sostiene que la protección especial

---

Médico Cirujano y Especialista en Pediatría y Puericultura (UDO). Magister Scientiarum en Bioética (UCV). Título propio Experto en Bioética Clínica (UDIMA-FSC). Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria (UNIR). Doctorando en Ciencias de la Salud (UCLM). Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética (CENABI). Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina.
ORCID: 0000-0003-2681-7871

y diferenciada debida a la infancia no legitima su exclusión de la relación clínica, y que la intervención familiar debe ejercerse en beneficio del paciente, sin sustituir de manera absoluta su voz. La actualización del CDM permitiría armonizar la práctica médica venezolana con los estándares contemporáneos de calidad asistencial y humanización de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: Bioética pediátrica; autonomía progresiva; derechos del niño; deontología médica; relación clínica.

ABSTRACT

This manuscript examines the clinical relationship with children and adolescents in Venezuela and proposes incorporating a specific chapter into the Code of Medical Ethics (CDM) that translates the legal paradigm of comprehensive protection into concrete professional duties. The analysis begins by contrasting the Convention on the Rights of the Child (CDN), the Constitution (CRBV), and the Organic Law for the Protection of Children and Adolescents (LOPNNA), which recognize pediatric patients as full subjects of rights, with the limitations of the current CDM from 2003. From a clinical bioethical perspective, the proposal is structured around six guiding principles: the centrality of the child as a patient; the best interests of the child conceived as a substantive right, an interpretive principle, and a procedural guarantee; progressive autonomy assessed according to each decision; authorization by representation complemented by assent; confidentiality adapted to the child's maturity; and comprehensive protection with continuity of care. Based on these principles, a set of articles is formulated that regulates information, shared deliberation, emergencies, family disagreements, privacy, confidential care, pain relief, disability, hospitalization, palliative care, end-of-life care, research, violence, resource allocation, continuity of care, and institutional responsibility. The proposal maintains that special and differentiated protection due to children does not legitimize their exclusion from the clinical relationship, and that family intervention should be exercised for the benefit of the patient, without completely replacing their voice. Updating the CDM would harmonize Venezuelan medical practice with contemporary standards of quality care and the humanization of healthcare.

Keywords: Pediatric bioethics; progressive autonomy; children's rights; medical deontology; clinical relationship.

INTRODUCCIÓN

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) fue adoptada y abierta a firma y ratificación por la Asamblea General mediante la resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, conforme al artículo 49 (1, 2). El Estado venezolano la ratificó a partir de 1990. Su adopción generó en las organizaciones sociales independientes un fuerte impulso que desembocó en múltiples propuestas y en la posterior modificación de la normativa sobre infancia y adolescencia (3).

La CDN consagró un avance paradigmático en la concepción de la infancia; sustentada en la Doctrina de la Protección Integral (DPI), constituyó a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derecho, confirió a éstos, según su desarrollo, la capacidad para intervenir en los asuntos que les afectaban; impuso obligaciones correlativas y legitimó el ejercicio progresivo de la ciudadanía (3).

La Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), publicada en la Gaceta Oficial Nº 5.266 el 2 de octubre de 1998, permitió a los constituyentes incorporar en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) los principios de la Protección Integral; la CRBV, además, introdujo novedades sobre la institución familiar, el debido proceso y la tutela judicial efectiva, lo que llevó al Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) a crear una Comisión para el fortalecimiento de la LOPNA (2003). Como resultado, el 10 de diciembre de 2007 se publicó la nueva Ley Orgánica de Protección de NNA (LOPNNA) (4-6). En 2014 se reformó la norma para abordar el sistema penal del adolescente, reforzando derechos y garantías y orientando la intervención penal hacia un enfoque garantista y socioeducativo, respetuoso del desarrollo evolutivo y la dignidad de los adolescentes (4).

Aunque la LOPNNA reconoce ampliamente el derecho de NNA a recibir atención sanitaria gratuita, oportuna y de calidad, persiste una profunda brecha entre ese reconocimiento normativo y su cumplimiento efectivo. Guevara (2025) señaló que la precariedad de los servicios pediátricos, la insuficiencia de medicamentos, personal, infraestructura y programas contra la desnutrición convierten derechos formalmente garantizados en prestaciones materialmente inaccesibles. Esta situación también plantea un problema deontológico, pues limita la posibilidad del médico de actuar con diligencia, calidad y continuidad; sin embargo, el profesional mantiene el deber de informar, documentar las carencias, buscar alternativas, coordinar la atención y evitar el abandono del paciente (7).

Los CDM deben interpretarse y actualizarse conforme a la CDN. El Comité de los Derechos del Niño (ComDN) ha señalado expresamente que la CDN debe reflejarse en los programas de formación profesional y en los códigos de conducta,

con el propósito de reconocer al niño como titular de derechos y promover el respeto efectivo de sus disposiciones. Asimismo, ha recomendado adoptar códigos de ética profesional y estándares asistenciales basados en los derechos de la infancia. En consecuencia, un código médico aplicable a pacientes pediátricos debe incorporar de manera expresa el interés superior, la autonomía progresiva, el derecho a recibir información comprensible, la participación en las decisiones, el asentimiento y la protección de la intimidad y confidencialidad conforme a la edad y madurez (8, 9).

El Código de Deontología Médica (CDM) venezolano de 2003 reconoce derechos generales del paciente, pero no desarrolla de forma suficiente la autonomía progresiva, el asentimiento, el disentimiento ni la confidencialidad del paciente pediátrico. Esta limitación contrasta con la LOPNNA y la CDN, que exigen informar, escuchar e incorporar al NNA en las decisiones conforme a su edad y madurez. Como advierte Araujo-Cuauro (2020), excluirlo de la comunicación clínica o presumir rígidamente su incapacidad puede anular su participación y dificultar su acceso a los servicios de salud; por ello, el CDM requiere una actualización acorde con el paradigma de protección integral (10). Sileo (2012) propone sustituir la relación paternalista, vertical y asimétrica por una relación participativa, reconocer el consentimiento o asentimiento según la competencia del adolescente y situarlo como centro de la relación médico-familia (11).

La bioética aporta a la pediatría un marco de reflexión indispensable para orientar la conducta profesional en situaciones donde no basta con actuar correctamente desde el punto de vista técnico. La atención del NNA se desarrolla en una relación compleja en la que intervienen el propio paciente, su familia o sus representantes y los profesionales responsables de su cuidado, y en la que se entrecruzan hechos, valores, actitudes y comportamientos. Por ello, la bioética, entendida como un saber práctico, ayuda no solo a "saber hacer", sino también a "saber obrar", permitiendo reconocer los problemas morales presentes en la práctica clínica y abordarlos mediante la reflexión, la argumentación y la prudencia (12).

Este texto plantea una propuesta deontológica que convierte el marco de derechos de la niñez y la adolescencia en obligaciones profesionales concretas, exigibles en la relación clínica con los NNA en Venezuela. Es producto de la deliberación del autor, basada en la Bioética Clínica y la DPI.

Criterios rectores de la propuesta

1. Centralidad del NNA como paciente y sujeto de derechos: la centralidad del NNA en la relación clínica se fundamenta en el reconocimiento de su dignidad inherente y de su condición de sujeto pleno de derechos. En consecuencia, el NNA

es el paciente y destinatario principal de la atención sanitaria, aun cuando, por razón de su edad, desarrollo o capacidad, resulte necesaria la intervención de sus padres, representantes o responsables.

Toda actuación médica deberá orientarse primordialmente a la protección de su vida, salud, integridad, bienestar y desarrollo integral, así como al respeto de su interés superior, su derecho a recibir información, expresar su opinión y participar progresivamente en las decisiones que le conciernen. La condición de persona en desarrollo justifica una protección reforzada, pero no permite reducir al NNA a un objeto de cuidado ni excluirlo injustificadamente de la relación clínica.

La familia desempeña una función esencial de cuidado, orientación, acompañamiento y representación. No obstante, su intervención también deberá ejercerse en beneficio del paciente pediátrico, de conformidad con sus derechos y su interés superior. La representación familiar no supone una transferencia de la titularidad de sus derechos ni autoriza a sustituir de manera absoluta su voz, voluntad o participación. A medida que evolucionen sus facultades, deberá reconocerse al NNA un papel progresivamente más activo en las decisiones relativas a su salud (Artículos 46, 78 y 83 CRBV; Artículos 7, 8, 10, 13, 41 y 80 LOPNNA; Artículos 2, 3, 5, 6, 12 y 24 CDN, Artículo 24 LEM, Observación general Nº 15 ComDN; Declaración Ottawa sobre la Salud del Niño AMA) (2, 13-17).

2. Interés superior como proceso: el interés superior del NNA no puede quedar reducido a la percepción subjetiva de las personas adultas ni ser invocado como fundamento de decisiones paternalistas. Constituye, simultáneamente, un derecho sustantivo, un principio rector de interpretación y una garantía procedimental. Su aplicación exige, por tanto, identificar, valorar y justificar de manera expresa los elementos relevantes de toda decisión que pueda afectar al paciente pediátrico.

Su determinación deberá realizarse mediante una evaluación individualizada, razonada y susceptible de verificación. En ella habrán de considerarse, de forma conjunta, los derechos, necesidades y circunstancias particulares del NNA; la evidencia científica disponible; su situación clínica y pronóstico; su edad, grado de madurez y capacidad de comprensión; su opinión, preferencias y autonomía progresiva; sus vínculos familiares y afectivos; las alternativas terapéuticas razonables; y los beneficios, cargas, riesgos y consecuencias previsibles de cada opción, tanto inmediatas como futuras.

Cuando concurran derechos, valores o cursos de acción en conflicto, deberá preferirse la alternativa que ofrezca la protección más amplia de los derechos del paciente pediátrico y que imponga la menor restricción posible. Toda limitación deberá estar debidamente justificada y responder a criterios de necesidad, idoneidad y proporcionalidad.

La decisión habrá de adoptarse mediante un proceso de deliberación clínica, con participación efectiva del NNA y de su familia o representantes, y deberá quedar suficientemente motivada y documentada. La opinión del paciente recibirá una consideración progresivamente mayor de acuerdo con su edad, madurez, experiencia, capacidad de comprensión y evolución de sus facultades (Artículos 46, 78, 83 y 84 CRBV; Artículos 7, 8, 10, 13, 41 y 80 LOPNNA; Artículos 3, 5, 6, 12 y 24 CDN, Artículos 3, 5, 6, 12 y 24 LEM, Observaciones generales Nº 12, 14 y 15 ComDN; Declaración Ottawa sobre la Salud del Niño AMA) (2, 13, 14, 16-19).

3. La autonomía progresiva: reconoce al NNA como titular de derechos y exige ampliar su participación en las decisiones sobre su salud conforme evolucionen su comprensión, madurez y capacidad para afrontar cada situación concreta. No implica capacidad jurídica plena ni una facultad general para consentir cualquier intervención, sino el ejercicio gradual de sus derechos dentro de los límites establecidos por el ordenamiento jurídico.

La capacidad deberá apreciarse de manera individualizada y en relación con cada decisión. Para ello, habrán de considerarse el grado de madurez, la comprensión de la información, la experiencia previa, la posibilidad de anticipar consecuencias, la estabilidad de las preferencias, la complejidad de la intervención y la magnitud de sus beneficios, riesgos y cargas. No se trata de una condición uniforme ni definitiva; un mismo paciente puede estar en condiciones de participar activamente o decidir sobre una actuación sencilla y, sin embargo, requerir mayor orientación y apoyo ante una decisión compleja, irreversible o de especial riesgo.

El reconocimiento de la autonomía progresiva no excluye las responsabilidades de los padres, representantes o personas responsables del cuidado. Estas deberán ejercerse mediante orientación, acompañamiento y protección, ajustándose al desarrollo del paciente y reduciendo su carácter sustitutivo a medida que aumente su capacidad. La representación familiar no legitima la exclusión del NNA de la información ni de las decisiones que le afectan, ni permite desatender sin justificación una opinión seria, estable y suficientemente comprendida.

No deberán imponerse umbrales rígidos de edad que carezcan de fundamento legal. Cuando el ordenamiento jurídico establezca una edad, condición o supuesto específico para consentir, autorizar o acceder a determinados servicios, dicha previsión deberá respetarse. Fuera de esos casos, la edad será un elemento relevante, pero no el único ni necesariamente el decisivo. Corresponderá al profesional valorar la capacidad concreta del paciente, proporcionarle información adecuada a su comprensión, facilitar los apoyos necesarios y otorgar a su opinión un peso creciente conforme a su madurez y evolución.

La participación podrá expresarse en distintos niveles: recibir información, formular preguntas, manifestar preferencias, otorgar asentimiento, intervenir en

una decisión compartida o, cuando la ley y su capacidad lo permitan, consentir por sí mismo. Toda restricción de esa participación deberá responder a una necesidad real de protección, estar debidamente justificada y limitarse a lo estrictamente necesario y proporcional al riesgo que se pretende evitar (Artículos 46 y 78 CRBV; Artículos 8, 10, 13, 41 y 80 LOPNNA; Artículos 3, 5, 12, 16 y 24 CDN, Artículo 24 LEM, Observaciones generales Nº 12, 15 y 20 ComDN; Opinión 2.2.1 Código de Ética Médica AMA; Declaración Ottawa sobre la Salud del Niño AMA; Artículos 5, 7 y 8 DUBDH-UNESCO) (2, 13-18, 20-22).

4. Autorización y asentimiento: la "autorización por representación" no agota el deber de informar y escuchar. La autorización otorgada por los padres, representantes o responsables no agota los deberes del profesional respecto del NNA. Aun cuando la decisión corresponda jurídicamente a quienes ejercen su representación, el paciente pediátrico deberá recibir información veraz, suficiente y adaptada a su edad, madurez, capacidad de comprensión, estado emocional y circunstancias particulares, y tendrá derecho a expresar sus dudas, temores, preferencias y objeciones.

El asentimiento no deberá entenderse como una formalidad ni como la simple ausencia de oposición. Exige procurar una aceptación afirmativa, libre y suficientemente informada del NNA, después de comprobar que comprende, en la medida de sus capacidades, la naturaleza y finalidad de la intervención, sus beneficios esperados, riesgos relevantes, molestias previsibles y alternativas razonables. La información deberá ofrecerse de manera gradual y comprensible, en un entorno que favorezca la confianza y permita formular preguntas sin presiones indebidas.

El peso ético del asentimiento aumentará conforme a la edad, madurez, experiencia, capacidad de comprensión y evolución de las facultades del paciente. Cuando el ordenamiento jurídico le reconozca capacidad para consentir por sí mismo, su decisión deberá respetarse en los términos establecidos por la ley. En los demás casos, su asentimiento deberá integrarse en el proceso de decisión, aunque la autorización formal corresponda a sus representantes.

El disentimiento razonado, persistente y suficientemente comprendido no podrá ser ignorado de manera automática. Deberá motivar una evaluación ética y clínica reforzada, orientada a esclarecer sus causas, comprobar la comprensión del paciente, revisar la calidad de la información proporcionada, explorar alternativas menos gravosas y valorar la urgencia, necesidad, proporcionalidad y consecuencias de la intervención propuesta.

Cuando la negativa del NNA se refiera a una actuación no urgente, electiva o susceptible de aplazamiento, deberá considerarse seriamente la posibilidad de posponerla, modificarla o sustituirla. Si la intervención resulta indispensable para

evitar un daño grave, el disentimiento no será necesariamente decisivo, pero su superación deberá quedar suficientemente justificada, procurando reducir las cargas, preservar la confianza y mantener al paciente informado y acompañado durante todo el proceso (Artículo 46, 78 CRBV; Artículos 8, 10, 13, 41, 50, 80 y 86 LOPNNA; Artículos 3, 5, 12, 13 y 24 CDN, Artículos 24, 33 y 34 LEM, Observación 12, 15 y 20 ComDN; Opinión 2.2.1 AMA Code of Medical Ethics; Declaración Ottawa AMA; Artículos 5, 6, 7 y 8 DUBDH-UNESCO) (2, 13-18, 20-22).

5. Confidencialidad y secreto médico en la atención del NNA: el NNA, en su condición de paciente y sujeto pleno de derechos, es titular del derecho a la vida privada, a la intimidad y a la confidencialidad de la información relativa a su salud. La edad, la dependencia familiar o la intervención de sus padres o representantes no extinguen este derecho, aunque su ejercicio deba armonizarse con la evolución de sus facultades, su interés superior y sus necesidades concretas de protección.

El profesional médico estará obligado a guardar secreto sobre cuanto conozca con motivo o en razón de la atención sanitaria. Deberá informar directamente al NNA, de manera adecuada a su desarrollo y capacidad de comprensión, acerca del carácter confidencial de la relación clínica y de los límites legales y protectores que puedan justificar la comunicación de determinados datos.

La participación de los padres, representantes o responsables no supone un acceso automático e irrestricto a toda la información clínica del NNA. Cuando soliciten su revelación o el médico considere necesario comunicarla, deberá valorarse el alcance de la representación, la finalidad de la comunicación, la naturaleza de los datos, la opinión y capacidad evolutiva del paciente y las consecuencias previsibles de revelar o reservar la información. La comunicación deberá limitarse a los datos pertinentes para garantizar los cuidados, adoptar decisiones sanitarias, ejercer legítimamente la representación o proteger la vida, la salud y la seguridad del NNA. El médico podrá mantener la reserva cuando ello responda a su interés superior, dejando constancia de las razones clínicas, éticas y jurídicas de la decisión.

A medida que aumenten la madurez y la capacidad del NNA, deberá reconocérsele una participación progresivamente mayor en las decisiones relativas al tratamiento y comunicación de sus datos de salud. Su opinión acerca de qué información puede revelarse, a quién y con qué finalidad deberá ser escuchada y recibir el peso correspondiente a su edad, experiencia, capacidad de comprensión y evolución de sus facultades.

La confidencialidad no es absoluta. La información podrá revelarse sin autorización cuando exista una obligación legal expresa o cuando la comunicación resulte indispensable para prevenir un riesgo grave, real o suficientemente probable para la vida, la integridad o la seguridad del propio paciente o de otras personas.

La mera conveniencia de los adultos, el desacuerdo familiar o una preocupación indeterminada no constituyen, por sí solos, justificación suficiente para quebrantar el secreto profesional.

Antes de efectuar una revelación no autorizada, el médico deberá valorar la gravedad e inminencia del riesgo, la capacidad y vulnerabilidad del NNA, las alternativas disponibles, las posibles consecuencias de mantener o levantar la confidencialidad y la posibilidad de obtener su colaboración para comunicar la información. La revelación deberá perseguir una finalidad legítima, ser necesaria, idónea y proporcional, limitarse a los datos estrictamente indispensables y dirigirse únicamente a las personas o autoridades capaces de intervenir para evitar el daño.

Siempre que ello no aumente el riesgo ni frustre la finalidad protectora, el NNA deberá ser informado previamente de la necesidad de comunicar la información, de sus destinatarios y de las razones que justifican la decisión. La evaluación realizada, la base jurídica o protectora invocada, la información revelada, sus destinatarios y las medidas adoptadas deberán quedar debidamente documentadas en la historia clínica. (Artículos 60, 78 CRBV; Artículos 8, 10, 65, 80 LOPNNA; Artículos 3, 5, 12, 16 y 24 CDN; Artículos 46, 47, 48, 50 y 51 LEM; Observaciones generales Nº 4, 12, 15 y 20 ComDN; Opinión 2.2.2 AMA Code of Medical Ethics; Declaración Ottawa AMA; Artículos 3, 5, 7, 8 y 9 DUBDH-UNESCO) (2, 13, 14, 16-18, 20, 22-24).

6. Protección integral y continuidad del cuidado: el deber profesional de protección no se limita a diagnosticar o indicar un tratamiento, ni concluye cuando la curación deja de ser posible, surgen conflictos familiares o institucionales, o los recursos disponibles resultan insuficientes. Ante situaciones de violencia, abuso, negligencia, abandono, enfermedad avanzada, discapacidad, vulnerabilidad social o dificultades de acceso a la atención, el médico deberá adoptar las medidas razonables a su alcance para respetar su valor inherente como persona y proteger su vida, integridad, salud y derechos; evitando tanto la omisión injustificada como el abandono asistencial.

Cuando existan indicios de violencia, maltrato, explotación, negligencia o desprotección, el profesional deberá valorar la seguridad inmediata del paciente, atender sus necesidades clínicas, registrar de manera objetiva los hallazgos relevantes y activar oportunamente los mecanismos institucionales y legales de protección. La preservación de la confidencialidad no podrá invocarse para mantener en secreto una situación que exponga al NNA a un riesgo grave, sin perjuicio de que la comunicación se limite a las personas y autoridades competentes y a la información estrictamente necesaria.

En los casos de enfermedad avanzada, incurable o amenazante para la vida, la imposibilidad de ofrecer un tratamiento curativo no extingue los deberes profesionales. El médico deberá asegurar el alivio del dolor y de otros síntomas,

evitar intervenciones fútiles o desproporcionadas, atender las necesidades emocionales y comunicativas del paciente, apoyar a su familia y procurar cuidados paliativos adecuados. La limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, cuando esté clínicamente indicada, no deberá confundirse con abandono, siempre que se mantengan los cuidados proporcionados, el alivio del sufrimiento, el acompañamiento y la continuidad asistencial.

La insuficiencia de recursos tampoco exime del deber de cuidado. Obliga a utilizar criterios clínicos, transparentes, objetivos, equitativos y no discriminatorios para establecer prioridades, evitando que la edad, la discapacidad, la condición social, la procedencia o cualquier otra circunstancia ajena a la necesidad clínica produzcan exclusiones injustificadas. El profesional deberá informar de manera honesta sobre las limitaciones existentes, procurar alternativas razonables, gestionar las derivaciones necesarias y documentar las decisiones adoptadas.

Cuando el caso exceda la competencia individual, presente conflictos significativos de derechos o valores, o requiera recursos no disponibles en el lugar de atención, el médico deberá solicitar oportunamente la intervención de otros profesionales, servicios especializados, trabajo social, salud mental, comités de ética asistencial u órganos de protección. La consulta o derivación no supondrá desprenderse de la responsabilidad asumida, y mientras no se concrete una transferencia efectiva y segura del cuidado, deberá mantenerse la atención necesaria y evitarse toda interrupción que pueda ocasionar un daño prevenible.

La continuidad asistencial exige comunicar adecuadamente la información clínica pertinente, coordinar los distintos niveles y profesionales implicados, verificar la recepción del paciente cuando sea derivado y adoptar medidas razonables para evitar pérdidas de seguimiento. Ningún NNA deberá quedar sin atención por desacuerdos familiares, dificultades administrativas, imposibilidad de curación, complejidad del caso o carencia de recursos, sin que previamente se hayan explorado y gestionado las alternativas de protección y cuidado disponibles (Artículos 46, 78, 83 y 84 CRBV; Artículos 7, 8, 10, 32, 32-A, 41 LOPNNA; Artículos 3, 6, 19, 23, 24 y 39 CDN; Artículo 24 LEM; Observaciones generales Nº 13, 14 y 15 ComDN; Declaración Ottawa AMA; Artículos 3, 4, 8, 10, 11 y 14 DUBDH-UNESCO) (2, 9, 13-17, 19, 22).

Capítulo propuesto: Relación clínica con los NNA

Matriz sintética de concordancia (Tablas 1 y 2): relaciona cada artículo del capítulo propuesto con sus principales fundamentos constitucionales, legales, internacionales, bioéticos y deontológicos.

Sección primera: Disposiciones generales y principios rectores.

Artículo 1. Ámbito de aplicación.

Tabla 1.

Matriz sintética de concordancia (Sección primera, segunda y tercera)

ARTÍCULO Y MATERIA	CRBV	LOPNNA	CDN	OTRAS
A1. Ámbito de aplicación	A21, A46, A78, A83, A84	A3, A7, A8, A10, A41	A2, A3, A24	LEM (A24); DUBDH-UNESCO (A3, A10, A11, A14); Declaración de Ottawa
A2. NNA como sujeto de derechos	A46, A60, A78, A83	A7, A8, A10, A13, A41, A65, A80	A2, A3, A5, A6, A12, A16, A24	LEM (A24); OG Nº 15; Declaración de Ottawa
A3. Dignidad y buen trato	A19, A21, A46, A78	A3, A8, A32, A32-A	A2, A3, A19 A37	LEM (A24); OG Nº 13; DUBDH-UNESCO (A3, A8, A11)
A4. Igualdad y no discriminación	A19, A21, A78	A3, A7, A8, A10	A2	LEM (A24); DUBDH-UNESCO (A10, A11); Declaración de Ottawa
A5. Interés superior del niño	A78	A7, A8, A10, A13, A80	A3, A5, A6, A12 , A24	LEM (A24); OG Nº 12, 14 y 15; Declaración de Ottawa
A6. Autonomía progresiva	A46, A78	A8, A10, A13, A80	A5, A12	LEM (A24); OG Nº 12, 15 y 20; DUBDH-UNESCO (A5, A7, A8); AMA, Opinión 2.2.1
A7. Participación de la familia	A75, A76, A78	A5, A8, A13	A3, A5, A18	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 12 y 14; AMA, Opinión 2.2.1
A8. Relación clínica directa	A46, A78	A10, A13, A80	A5, A12	LEM (A24); OG Nº 12; Declaración de Ottawa
A9. Derecho a la información	A46, A58, A78	A13, A41, A80	A12, A13, A24	LEM (A24, A34, A51); OG Nº 12 y 15; DUBDH-UNESCO (A5, A6, A7)
A10. Aptitud para decidir	A46, A78	A8, A13, A80	A5, A12	LEM (A24, A34); OG Nº 12 y 20; AMA, Opinión 2.2.1
A11. Derecho a ser escuchado	A78	A8, A13, A80	A12	LEM (A24); OG Nº 12
A12. Deliberación compartida	A46, A78, A83	A8, A13, A41, A80	A3, A5, A12, A24	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 12 y 14; DUBDH-UNESCO (A18); AMA, Opinión 2.2.1
A13. Autorización y asentimiento	A46, A78	A10, A13, A41, A50, A80	A3, A5, A12, A24	LEM (A33, A34); OG Nº 12, 15 y 20; DUBDH-UNESCO (A6, A7); AMA, Opinión 2.2.1
A14. Disentimiento y rechazo	A46, A78	A8, A13, A80	A3, A5, A12	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 12 y 14; AMA, Opinión 2.2.1
A15. Atención de emergencia	A43, A46, A78, A83, A84	A7, A8, A41	A3, A6, A24	LEM (A24, A33, A34); DUBDH-UNESCO (A3, A4); Declaración de Ottawa
A16. Desacuerdos graves con la familia	A43, A46, A78, A83	A7, A8, A10, A32, A32-A, A41	A3, A6, A19, A24	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 13 y 14; AMA, Opinión 2.2.1
A17. Secreto profesional en la atención pediátrica	A43, A46, A78, A83	A7, A8, A10, A32, A32-A, A41	A3, A6, A19, A24	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 13 y 14; AMA, Opinión 2.2.1
A18. Entrevista privada	A60, A78	A8, A10, A13, A65, A80	A5, A12, A16	LEM (A46, A47, A48, A50, A51); OG Nº 4, 12, 15 y 20; DUBDH-UNESCO (A9); AMA, Opinión 2.2.2
A.19. Límites de la confidencialidad	A46, A60, A78	A13, A65, A80	A5, A12, A16	LEM (A46 a A48); OG Nº 4, 12 y 20; AMA, Opinión 2.2.2
A20. Atención confidencial en situaciones sensibles	A46, A60, A78	A8, A32, A32-A, A65	A3, A16, A19	LEM (A46 a A50); OG Nº 13; DUBDH-UNESCO (A8 y A9); AMA, Opinión 2.2.2
A21. Privacidad física, imágenes y entorno digital	A21, A60, A78, A83	A3, A13, A41, A50, A65, A80	A2, A5, A12, A16, A24	LEM (A46 a A48); OG Nº 4, 12, 15 y 20; AMA, Opinión 2.2.2

Sección primera: Disposiciones generales y principios rectores
Sección segunda: Información, participación y toma de decisiones
Sección tercera: Privacidad, intimidad y confidencialidad

Abreviaturas:
CRBV: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
LOPNNA: Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente
CDN: Convención de los Derechos del Niño
LEM: Ley del ejercicio de la Medicina
OG: Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño
DUBDH-UNESCO: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos - UNESCO
AMA, opinión: Código de Ética Médica Asociación Americana de Medicina, opinión

Las disposiciones de este capítulo regulan los deberes deontológicos del médico en toda actuación profesional relacionada con NNA, cualquiera sea la especialidad, modalidad asistencial, ámbito de ejercicio o condición personal, familiar, social o jurídica del paciente.

Tabla 2.

Matriz sintética de concordancia (Sección cuarta y quinta)

ARTÍCULO Y MATERIA	CRBV	LOPNNA	CDN	OTRAS
A22. Prevención y alivio del dolor, el miedo y la coerción	A46, A78	A32, A32-A, A41	A3, A19, A24, A37	LEM (A24); OG Nº 13; DUBDH-UNESCO (A4, A8); Declaración de Ottawa
A23. Acceso, calidad, seguridad y oportunidad	A21, A78, A83, A84	A7, A8, A41	A2, A3, A6, A24	LEM (A24); OG Nº 15; DUBDH-UNESCO (A10, A11, A14)
A24. Discapacidad, diversidad cultural y especial vulnerabilidad	A21, A78, A81, A83	A3, A8, A29, A41	A2, A3, A23, A24	LEM (A24); CDPD; DUBDH-UNESCO (A8, A10, A11)
A25. Hospitalización y acompañamiento	A75, A78, A83, A84	A7, A8, A41	A3, A5, A9, A18, A24	LEM (A24); OG Nº 15; Declaración de Ottawa
A26. Cuidados paliativos	A43, A46, A78, A83	A8, A32, A32-A, A41	A3, A6, A24	LEM (A24); OG Nº 15; DUBDH-UNESCO (A3, A4, A8); Declaración de Ottawa
A27. Recién nacidos gravemente enfermos y decisiones al final de la vida	A43, A46, A78, A83	A8, A13, A41, A80	A3, A5, A6, A12, A24	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 12, 14 y 15; DUBDH-UNESCO (A3, A4, A5, A7, A8)
A28. Pruebas genéticas y derecho a un futuro abierto	A46, A60, A78	A13, A65, A80	A3, A5, A12, A16, A24	LEM (A24, A46 a A50); DUBDH-UNESCO (A5, A7, A8, A9, A16)
A29. Investigación con niños, niñas y adolescentes	A46, A78	A8, A13, A32, A41, A80	A3, A5, A12, A24	LEM (A24, A34); DUBDH-UNESCO (A6, A7, A8, A15, A19); Normas nacionales de investigación y comités de ética
A30. Docencia y presencia de observadores	A46, A60, A78	A13, A65, A80	A5, A12, A16	LEM (A24, A46 a A50); DUBDH-UNESCO (A7, A8, A9)
A31. Violencia, abuso, explotación y negligencia	A46, A78	A7, A8, A32, A32-A	A3, A19, A34, A35, A36, A39	LEM (A24, A47); OG Nº 13
A32. Conflictos de interés y asignación de recursos	A21, A78, A83, A84	A3, A7, A8, A41	A2, A3, A6, A24	LEM (A24); DUBDH-UNESCO (A4, A10, A11, A14, A18)
A33. Continuidad, referencia y prohibición de abandono	A78, A83, A84	A7, A8, A41	A3, A6, A24	LEM (A24); OG Nº 15; Declaración de Ottawa
A34. Competencia profesional	A83, A84	A7, A8, A41	Arts. 3 y 24	LEM (A24); Declaración de Ottawa
A35. Trabajo interdisciplinario	A78, A83, A84	A7, A8, A41	Arts. 3 y 24	LEM (A24, A50); OG Nº 13 y 15; DUBDH-UNESCO (A18)
A36. Consulta ética, segunda opinión y revisión	A46, A78, A83	A8, A13, A41, A80	Arts. 3, 5, 12 y 24	LEM (A24, A33, A34); OG Nº 12 y 14; DUBDH-UNESCO (A18, A9)
A37. Objeción de conciencia	A21, A59, A78, A83, A84	A3, A7, A8, A41	Arts. 2, 3 y 24	LEM (A24); DUBDH-UNESCO (A10, A11, A14);
A38. Documentación clínica	A28, A46, A60, A78	A8, A13, A65, A80	Arts. 3, 12 y 16	LEM (A24, A46 a A51); OG Nº 12 y 14; DUBDH-UNESCO (A9, A18)
A39. Responsabilidad de quienes dirigen servicios e instituciones	A78, A83, A84	A7, A8, A41	A3, A19, A24	LEM (A24); OG Nº 5, 13 y 15; DUBDH-UNESCO (A14)
A40. Deber de protección y abogacía profesional	A78, A83, A84	Arts. 7, 8, 32, 32-A y 41	A3, A6, A19, A24, A39	LEM (A24); OG Nº 5, 13 y 15; Declaración de Ottawa
A41. Cláusula de cierre	A46, A78, A83, A84	Arts. 7, 8, 10, 13 y 41	A3, A5, A6, A12, A24	LEM (A24); DUBDH-UNESCO; Declaración de Ottawa

Sección cuarta: Calidad del cuidado y situaciones clínicas especiales

Sección quinta: Deberes profesionales e institucionales

Abreviaturas:
CRBV: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
LOPNNA: Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente
CDN: Convención de los Derechos del Niño
LEM: Ley del ejercicio de la Medicina
OG: Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño
DUBDH-UNESCO: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos - UNESCO
AMA, opinión: Código de Ética Médica Asociación Americana de Medicina, opinión

Artículo 2. NNA como sujeto de derechos.

El médico reconocerá al NNA como paciente y sujeto pleno de derechos, respetando su vida, integridad, salud, participación, información, privacidad, confidencialidad y protección contra toda forma de violencia, discriminación, explotación o abandono.

Artículo 3. Dignidad y buen trato.

El médico brindará una atención respetuosa, humanizada y libre de cualquier forma de violencia, humillación, intimidación, engaño o trato degradante, atendiendo las necesidades físicas, emocionales, familiares, sociales, culturales y espirituales del paciente.

Artículo 4. Igualdad y no discriminación.

El médico prestará atención sin discriminación de ninguna naturaleza. Solo podrán establecerse diferencias de trato cuando respondan a criterios clínicos objetivos y sean necesarias para proteger la salud o garantizar la equidad en la atención.

Artículo 5. Interés superior del niño.

En toda decisión clínica prevalecerá el interés superior del NNA, determinado mediante una valoración prudente de sus derechos, opinión, grado de madurez, evidencia científica, beneficios, riesgos y alternativas disponibles, debiendo justificarse cuando la decisión sea especialmente relevante o controvertida.

Artículo 6. Autonomía progresiva.

El médico respetará y promoverá el ejercicio progresivo de la autonomía del NNA conforme a su capacidad evolutiva, valorando su aptitud para comprender la información, deliberar y expresar decisiones respecto del acto clínico de que se trate.

Artículo 7. Participación de la familia.

El padre, la madre, representante o responsable participará en la atención sanitaria del NNA conforme a sus deberes de protección y representación, respetando los derechos, la autonomía progresiva y el interés superior del NNA. El médico no respaldará decisiones que impliquen abandono, discriminación, violencia o un perjuicio grave e injustificado para el paciente.

Sección segunda: Información, participación y toma de decisiones.

Artículo 8. Relación clínica directa.

El médico establecerá una relación clínica directa con el NNA, se dirigirá personalmente a él o ella y propiciará un entorno seguro y respetuoso que le permita expresar dudas, temores, necesidades y preferencias. La presencia de la madre, el padre, representante o responsable será favorecida durante la atención y los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, salvo que exista contraindicación clínica, necesidad de protección o una razón fundada vinculada con el interés superior, la seguridad o la voluntad del paciente, valorada conforme a su edad, madurez y capacidad evolutiva, dentro de los límites establecidos por la ley.

Artículo 9. Derecho a la información.

El médico proporcionará al NNA información veraz, suficiente, oportuna y adaptada a su edad, madurez, idioma, cultura, discapacidad y estado emocional, verificando su comprensión y permitiéndole formular preguntas. La información solo podrá limitarse de manera excepcional, temporal y debidamente justificada cuando exista riesgo grave e inmediato de daño.

Artículo 10. Aptitud para decidir.

El médico evaluará la aptitud del paciente para decidir de manera individualizada y respecto de cada decisión concreta. Antes de considerarla insuficiente, deberá facilitar la comprensión mediante el alivio de síntomas, el tiempo necesario, apoyos comunicacionales y la participación de personas de confianza. En caso de duda relevante, solicitará valoración especializada o consulta ética.

Artículo 11. Derecho a ser escuchado.

El médico garantizará al NNA la oportunidad de expresar libremente su opinión y la considerará conforme a su capacidad evolutiva y a la naturaleza de la decisión. Cuando no pueda ser atendida, explicará las razones de manera comprensible y dejará constancia de ello cuando sea clínicamente relevante.

Artículo 12. Deliberación compartida.

El médico promoverá decisiones compartidas entre el paciente, su familia o representante y el equipo de salud, considerando los hechos clínicos, los valores comprometidos, las alternativas disponibles y sus consecuencias. La deliberación será proporcional a la gravedad de la decisión y podrá incluir segunda opinión, mediación, interpretación o consulta ética.

Artículo 13. Autorización y asentimiento.

Cuando corresponda autorización por representación, el médico verificará que sea informada, libre, específica y otorgada por persona legitimada. Asimismo, procurará el asentimiento del NNA con capacidad suficiente para comprender la intervención. El silencio, la pasividad o la obediencia forzada no constituyen asentimiento.

Artículo 14. Disentimiento y rechazo.

Ante el disentimiento o rechazo del paciente, el médico explorará sus causas, aliviará el dolor o el temor, corregirá malentendidos y ofrecerá alternativas. El rechazo razonado del adolescente con aptitud suficiente tendrá especial consideración. Toda intervención impuesta deberá ser excepcional, legal, necesaria, proporcional, la menos restrictiva posible y quedar debidamente justificada y documentada.

Artículo 15. Atención de emergencia.

En situaciones de emergencia, el médico prestará de inmediato la atención necesaria para preservar la vida o evitar un daño grave, sin que la ausencia de representante, documentos, autorización, pago o trámite administrativo pueda justificar demoras. Superada la urgencia, informará al paciente y a su familia y regularizará las autorizaciones correspondientes.

Artículo 16. Desacuerdos graves con la familia.

Cuando una decisión familiar exponga al paciente a riesgo de muerte, daño grave o deterioro irreversible evitable, o solicite intervenciones inútiles o desproporcionadas, el médico no deberá aceptarla de manera acrítica ni abandonar el caso. Deberá promover la deliberación, solicitar apoyo interdisciplinario o ético y activar oportunamente los mecanismos de protección o judiciales previstos en la ley.

Sección tercera: Privacidad, intimidad y confidencialidad.

Artículo 17. Secreto profesional en la atención pediátrica.

El médico guardará secreto sobre la información conocida durante la atención del NNA. Los padres que ejerzan la patria potestad o sus representantes legales recibirán la información necesaria para cumplir sus deberes de cuidado, orientación, protección y representación, conforme al interés superior y a la capacidad evolutiva del paciente.

El médico explicará de manera comprensible, el alcance y los límites del secreto profesional. Toda revelación deberá tener fundamento legal o protector, limitarse a los datos pertinentes y quedar debidamente documentada.

Artículo 18. Entrevista privada.

Cuando la edad, el desarrollo, el motivo de consulta o la seguridad del paciente lo aconsejen, el médico ofrecerá una parte de la entrevista en privado. El NNA podrá solicitar la presencia de una persona de confianza, salvo que ello comprometa su seguridad, libertad de expresión o adecuada atención.

Artículo 19. Límites de la confidencialidad.

El médico solo revelará información confidencial sin autorización cuando exista obligación legal o sea necesario prevenir un daño grave al paciente o a terceros. La revelación se limitará a la información indispensable, se dirigirá a quien pueda adoptar medidas de protección y quedará documentada. Siempre que no aumente el riesgo, informará previamente al paciente.

Artículo 20. Atención confidencial en situaciones sensibles.

En asuntos de salud sexual y reproductiva, violencia, salud mental, consumo de sustancias, identidad o relaciones afectivas, el médico brindará atención científica,

respetuosa y libre de discriminación. Promoverá el apoyo de una persona adulta segura cuando sea beneficioso, sin condicionar indebidamente la atención que legalmente pueda prestarse de forma confidencial.

Artículo 21. Privacidad física, imágenes y entorno digital.

El médico protegerá el pudor, la exposición corporal y el espacio personal del paciente durante exámenes y procedimientos. La obtención, almacenamiento, transmisión o uso docente de imágenes, audios, videos o datos clínicos requerirá finalidad legítima, seguridad, autorización legal y, cuando proceda, asentimiento. La autorización asistencial no comprende su difusión pública, docente, publicitaria o en redes sociales.

Sección cuarta: Calidad del cuidado y situaciones clínicas especiales.

Artículo 22. Prevención y alivio del dolor, el miedo y la coerción.

El médico prevendrá, evaluará y tratará el dolor, la ansiedad y el sufrimiento con la misma diligencia que la enfermedad de base. Evitará procedimientos innecesarios y no empleará medidas de inmovilización por conveniencia, castigo o falta de personal. Cuando sean indispensables por riesgo inmediato, deberán ser proporcionales, breves, vigiladas y documentadas.

Artículo 23. Acceso, calidad, seguridad y oportunidad.

El médico procurará una atención segura, efectiva, oportuna, equitativa y basada en la mejor evidencia disponible. No contribuirá a barreras injustificadas de acceso. Si la institución carece de los recursos necesarios, estabilizará al paciente, informará con veracidad y gestionará oportunamente la referencia o el apoyo requerido.

Artículo 24. Discapacidad, diversidad cultural y especial vulnerabilidad.

El médico no discriminará ni limitará cuidados por discapacidad, enfermedad crónica, condición genética, pobreza, institucionalización, pertenencia indígena, movilidad humana o privación de libertad. Adoptará ajustes razonables y apoyos para la comunicación y la decisión, respetando la diversidad cultural siempre que no se exponga al paciente a un daño grave evitable.

Artículo 25. Hospitalización y acompañamiento.

Durante la hospitalización, el médico favorecerá el acompañamiento de la madre, el padre, representante o persona significativa, salvo contraindicación clínica, necesidad de protección o voluntad relevante del paciente. Toda separación del recién nacido de su madre deberá responder a razones de salud o seguridad debidamente documentadas.

Artículo 26. Cuidados paliativos.

El médico garantizará cuidados paliativos integrales al paciente con enfermedad grave, avanzada o amenazante para la vida, cuando estén indicados. Deberá controlar síntomas, aliviar el sufrimiento, apoyar a la familia y asegurar continuidad y no abandono. La sedación paliativa proporcionada, cuando proceda, tendrá finalidad exclusivamente terapéutica y deberá ser deliberada y documentada.

Artículo 27. Recién nacidos gravemente enfermos y decisiones al final de la vida.

Las decisiones sobre tratamientos de soporte vital se basarán en el interés superior, el pronóstico, la probabilidad de beneficio, las cargas de la intervención y los derechos del paciente. La discapacidad no constituirá por sí sola motivo para limitar cuidados. La no iniciación o retirada de tratamientos desproporcionados requerirá deliberación, información suficiente, consulta cuando proceda y un plan explícito de confort y acompañamiento.

Artículo 28. Pruebas genéticas y derecho a un futuro abierto.

El médico indicará pruebas genéticas en el NNA cuando exista finalidad clínica válida y beneficio razonable durante la infancia o adolescencia. En general, diferirá las pruebas predictivas de enfermedades de aparición adulta sin prevención o tratamiento útil, protegiendo la confidencialidad y el derecho futuro del paciente a decidir.

Artículo 29. Investigación con niños, niñas y adolescentes.

El médico solo incorporará NNA a investigaciones con aprobación de un comité de ética, validez científica, selección justa, riesgos minimizados, relación riesgo-beneficio aceptable, autorización del representante y asentimiento cuando proceda. Deberá diferenciar claramente investigación y tratamiento y respetar el derecho a retirarse sin pérdida de atención.

Artículo 30. Docencia y presencia de observadores.

El médico informará previamente la participación de estudiantes, residentes u observadores y solicitará las autorizaciones correspondientes y el asentimiento cuando proceda. El rechazo del paciente no disminuirá la calidad de la atención ni generará represalias.

Artículo 31. Violencia, abuso, explotación y negligencia.

Ante indicios de violencia, abuso, explotación, trata o negligencia, el médico priorizará la seguridad, atenderá las necesidades urgentes, escuchará sin culpabilizar y documentará objetivamente. Cumplirá las obligaciones legales de comunicación o denuncia, activará los órganos de protección y evitará la

revictimización.

Artículo 32. Conflictos de interés y asignación de recursos.

El médico basará sus recomendaciones en las necesidades del paciente y no en intereses económicos, comerciales, académicos, religiosos o institucionales. Declarará y gestionará los conflictos relevantes. Ante recursos escasos, aplicará criterios clínicos transparentes, consistentes, equitativos y no discriminatorios.

Artículo 33. Continuidad, referencia y prohibición de abandono.

El médico garantizará continuidad razonable, comunicación entre equipos y referencia oportuna cuando el caso exceda su competencia o los recursos disponibles. No interrumpirá la atención por desacuerdo, complejidad, discapacidad, pronóstico, dificultad social o imposibilidad de pago sin asegurar una transición segura. Mantendrá siempre la atención urgente y los cuidados indispensables.

Sección quinta: Deberes profesionales e institucionales.

Artículo 34. Competencia profesional.

El médico que atienda a NNA mantendrá actualizados sus conocimientos clínicos, comunicacionales, de seguridad y protección. Reconocerá sus límites y solicitará consulta o referencia sin demora. La buena intención no excusa la falta de competencia o diligencia.

Artículo 35. Trabajo interdisciplinario.

El médico coordinará la atención con los demás profesionales necesarios, procurando un plan coherente que evite duplicaciones, mensajes contradictorios y fragmentación del cuidado. La información se compartirá dentro del equipo conforme a la necesidad asistencial y al deber de confidencialidad.

Artículo 36. Consulta ética, segunda opinión y revisión.

El médico solicitará consulta ética, segunda opinión o intervención especializada cuando exista conflicto persistente, incertidumbre relevante, desacuerdo grave, posible tratamiento desproporcionado, riesgo de violencia o duda sobre la confidencialidad. La consulta no sustituye su responsabilidad ni debe retrasar la atención urgente.

Artículo 37. Objeción de conciencia.

La objeción de conciencia no podrá fundarse en prejuicios ni justificar desinformación, discriminación, abandono o demora de una urgencia. El médico objetor deberá informar con respeto, mantener los cuidados no objetados y facilitar una referencia efectiva y segura.

Artículo 38. Documentación clínica.

El médico registrará de manera fiel y respetuosa la información suministrada, la valoración de la capacidad, la opinión del paciente, el asentimiento o disentimiento, la autorización de los representantes, los riesgos discutidos, los acuerdos y las razones de la decisión. También documentará las revelaciones de información, medidas de protección, restricciones, desacuerdos y limitaciones de recursos.

Artículo 39. Responsabilidad de quienes dirigen servicios e instituciones.

Los médicos con funciones directivas, docentes o de gestión promoverán políticas que garanticen privacidad, información adaptada, apoyos, acompañamiento familiar, analgesia, protección frente a la violencia, acceso a consulta ética y formación continua. No impondrán metas administrativas o financieras que comprometan la seguridad o los derechos del paciente.

Artículo 40. Deber de protección y abogacía profesional.

Cuando identifique barreras, carencias o prácticas que vulneren los derechos de los NNA, el médico deberá dejar constancia, informar por los canales competentes, promover medidas correctivas y denunciar cuando corresponda. La lealtad institucional no prevalecerá sobre la seguridad y los derechos del paciente.

Artículo 41. Cláusula de cierre.

Toda duda deontológica se resolverá mediante deliberación prudente, procurando la protección al máximo de los valores y a reducir al mínimo cualquier afectación inevitable. La ausencia de una disposición específica no exime al médico de sus deberes de beneficencia, excelencia, diligencia, justicia, protección, continuidad del cuidado y no abandono.

CONCLUSIÓN

La revisión realizada evidencia la necesidad de incorporar al CDM venezolano un marco ético específico para la relación clínica con NNA. Aunque los deberes generales de la profesión conservan plena vigencia, su aplicación en pediatría exige reconocer la singularidad moral y jurídica del paciente pediátrico; una persona en proceso de desarrollo, titular pleno de derechos, merecedora de especial protección y, al mismo tiempo, dotada de capacidades progresivas para comprender, expresar preferencias y participar en las decisiones relativas a su salud. Esta doble condición impone al médico deberes reforzados de cuidado, escucha, información, acompañamiento y consideración de su individualidad.

La relación clínica pediátrica no puede concebirse únicamente como un vínculo entre el médico y los padres o representantes. El NNA es el paciente y destinatario principal de la atención, mientras que la familia cumple funciones

esenciales de protección, orientación, apoyo y representación, siempre en su beneficio y de conformidad con su interés superior y autonomía progresiva. De esta configuración deriva para el médico el deber de establecer una comunicación directa con el paciente, proporcionarle información adecuada a su capacidad de comprensión, escuchar su experiencia y reconocer a su opinión un peso creciente conforme a su madurez y aptitud para intervenir en cada decisión clínica.

El interés superior del NNA no puede operar como una fórmula retórica ni como una presunción favorable a la voluntad de las personas adultas. Su determinación exige una deliberación prudente, individualizada y debidamente fundamentada, en la que se integren la evidencia científica, la situación clínica, los derechos y bienes comprometidos, la opinión del paciente, las alternativas disponibles y las consecuencias previsibles de cada curso de acción. Asimismo, la autorización de los padres o representantes no releva al médico de sus deberes de informar, escuchar e incorporar al NNA en el proceso decisorio. El asentimiento debe procurarse de manera auténtica, y el disentimiento razonado constituye una manifestación relevante de su capacidad evolutiva, cuya superación solo puede justificarse mediante una evaluación clínica y ética reforzada.

La intimidad y el secreto profesional son garantías esenciales de la relación asistencial pediátrica y de la condición del NNA como sujeto de derechos. Su protección debe armonizarse con las responsabilidades derivadas de la patria potestad, las necesidades legítimas de cuidado y el deber médico de prevenir daños, sin convertir la representación familiar en un acceso irrestricto a la información ni la confidencialidad en un obstáculo para adoptar medidas de protección. Toda decisión sobre revelar o reservar información deberá atender al interés superior, a la capacidad evolutiva del paciente y al principio de mínima revelación, y quedar debidamente justificada y documentada.

La responsabilidad ética del médico tampoco se extingue cuando la curación deja de ser posible, el caso plantea conflictos complejos o los recursos resultan insuficientes. En situaciones de violencia, enfermedad avanzada, discapacidad, vulnerabilidad social o limitación institucional, subsisten los deberes de proteger, aliviar el sufrimiento, acompañar, coordinar la atención, solicitar apoyo especializado y preservar la continuidad del cuidado. En tales circunstancias, el no abandono constituye una exigencia deontológica fundamental y una expresión concreta de la lealtad, la diligencia y la responsabilidad profesional debidas al paciente pediátrico.

La incorporación de estas orientaciones no pretende establecer una ética distinta para la pediatría, sino precisar los deberes que adquieren especial relevancia en este ámbito; protección de la persona, búsqueda del mayor beneficio, excelencia profesional, diligencia, justicia, prudencia, reserva de la información, responsabilidad y compromiso con el cuidado. Un CDM actualizado deberá

ofrecer a los profesionales criterios claros para ejercer una pediatría científicamente competente, jurídicamente fundada y éticamente atenta a la voz, la vulnerabilidad, la singularidad y los derechos de cada NNA.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existen conflicto de intereses.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Durante la preparación del manuscrito se utilizó una herramienta de inteligencia artificial exclusivamente como apoyo lingüístico y de organización textual. El autor revisó, verificó y asumió íntegramente la responsabilidad por el análisis jurídico, la fundamentación bioética, las referencias y la versión final del trabajo.

REFERENCIAS

1. Casas A, Loredo A. ¿Por qué debemos conocer los derechos de niñas, niños y adolescentes? Acta Pediátr Mex [Internet]. 2014 [citado 2 jun 2026]; 35:437-439. Disponible en: https://n9.cl/30du2
2. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1989 [consultado 6 jun 2026]. Resolución 44/25 de la Asamblea General, de 20 de noviembre de 1989. Disponible en: https://n9.cl/pnq7
3. Freites LM. La convención internacional sobre los derechos del niño: apuntes básicos. Educere artículos arbitrados [Internet]. 2008 [citado 2 jun 2026]; 42:431-437. Disponible en: https://n9.cl/5jjksi
4. Morais de Guerrero MG. Introducción a la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2000. Disponible en: https://n9.cl/tbrlp
5. Tribunal Supremo de Justicia [Página web]. Coordinación Nacional de la Jurisdicción de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Comisión para el Fortalecimiento de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. Caracas: TSJ; 2003 [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://n9.cl/pvmcc
6. Venezuela. Asamblea Nacional. Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N.º 5.859 Extraordinario. 10 dic 2007. Disponible en: https://n9.cl/tyhnj

7. Guevara, M. Colapso institucional y abandono moral del sistema de protección de la niñez en Venezuela (2015-2025): una regresión estructural de derechos sociales. Lex Social, Revista De Derechos Sociales. 2025; 15 (2):1–79. https://doi.org/10.46661/lexsocial.12500m
8. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 5 (2003): Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Documento ONU CRC/GC/2003/5. Ginebra: Naciones Unidas; 2003 [consultado 7 jul 2026]. Disponible en: https://n9.cl/ok4ho5
9. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia [Internet]. Documento ONU CRC/C/GC/13. Ginebra: Naciones Unidas; 2011 [consultado 7 jul 2026]. Disponible en: https://n9.cl/1bhk2
10. Araujo-Cuauro J. El pediatra, los padres y el derecho a decidir en la atención médica de los pacientes niños o adolescentes según su autonomía progresiva. Acta Bioclínica [Internet]. 2020 [consultado 7 jul 2026]; 10(20):207-268. Disponible en: https://n9.cl/9ze98
11. Sileo E. Aportes de la bioética y de la ley orgánica para la protección de niños, niñas y adolescentes y la relación médico adolescente [Trabajo de Máster]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2012.
12. Gracia D. Bioética y Pediatría. En: De los Reyes López M, Sánchez Jacob M, editores. Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha; Ergon; 2010. p. 29-39.
13. Asamblea Nacional. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 1999 [consultado 5 jul 2026]. Gaceta Oficial Extraordinaria Nº 5.453, 24 de marzo de 2000. Disponible en: https://n9.cl/w0utm
14. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes [Internet]. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2015 [consultado 5 jul 2026]. Gaceta Oficial Extraordinaria Nº 6.185, 8 de junio de 2015. Disponible en: https://n9.cl/tyhnj
15. Congreso de la República de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina [Internet]. Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 3002 Extraordinario. 23 ago 1982 [consultado 5 jul 2026]. Disponible en: https://n9.cl/rmxq9
16. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 15 (2013): sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2013 [consultado 8 jul 2026]. Documento CRC/C/GC/15. Disponible en: https://n9.cl/n8fe48

17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ottawa sobre la salud del niño [Internet]. 2020 [citado 8 jul 2026]. Disponible en: https://n9.cl/sk1p5
18. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 12 (2009): sobre el derecho del niño a ser escuchado [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2009 [consultado 7 jul 2026]. Documento CRC/C/GC/12. Disponible en: https://n9.cl/h3lxl
19. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 14 (2013): sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2009 [consultado 7 jul 2026]. Documento CRC/C/GC/14. Disponible en: https://n9.cl/kyd6xl
20. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 20 (2016): sobre la aplicación de los derechos del niño durante la adolescencia [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2016 [consultado 8 jul 2026]. Documento CRC/C/GC/20. Disponible en: https://n9.cl/o75ec
21. American Medical Association. Pediatric decision making. In: AMA Code of Medical Ethics [Internet]. Chicago (IL): American Medical Association; 2016 [citado 2 jul 2026]. Opinión 2.2.1. Disponible en: https://n9.cl/41egj
22. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. París: UNESCO; 2005 [citado 2 jul 2026]. Disponible en: https://n9.cl/37ou
23. Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 4 (2003): sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2003 [consultado 8 jul 2026]. Documento CRC/GC/2003/4. Disponible en: https://n9.cl/fokene
24. American Medical Association. Confidential Health Care for Minors. En: AMA Code of Medical Ethics [Internet]. Chicago (IL): American Medical Association; 2016 [citado 2 jul 2026]. Opinión 2.2.2. Disponible en: https://n9.cl/fqfyov