



MESA DE CONSULTA NACIONAL

INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN SALUD



SAIA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE INTELIGENCIA
ARTIFICIAL

JULIO 2026



MESA DE CONSULTA NACIONAL INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN SALUD

Documento consolidado de conclusiones y lineamientos

1. Introducción y marco general

En el contexto de la acelerada incorporación de tecnologías de **Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito sanitario**, la **Asociación Médica Argentina (AMA)** y la **Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial (SAIA)** impulsaron la creación de un **Think Tank interdisciplinario**, con el objetivo de generar insumos estratégicos para analizar y orientar la gobernanza de la IA en salud en la Argentina.

La velocidad de adopción de **soluciones basadas en IA en salud** ha superado la capacidad de los marcos regulatorios para evaluarlas, monitorearlas y gobernarlas de manera efectiva. **Aunque estas tecnologías ofrecen oportunidades para mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia y la personalización de la atención, su implementación aún carece de estándares de evaluación y de esquemas de gobernanza consolidados y adaptados al contexto local.**

El **Think Tank de IA en Salud** es una coalición liderada por varias organizaciones que busca posicionarse como vehículo para **implementar recomendaciones y análisis continuo hacia la construcción de un ecosistema capaz de generar conocimiento rápido, robusto y generable sobre la aplicación de IA en salud.**

Integrantes del **Think Tank** y organizadores de la Consulta:

- **Judit Díaz Bazán:** Presidenta del Comité de Transformación Digital de la Asociación Médica Argentina (AMA).
- **Fabio Budris:** Miembro del Board de la Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial (SAIA).
- **Jenny González:** Secretaria del Comité de Transformación Digital de la Asociación Médica Argentina (AMA).
- **Adriana Baravalle:** Directora del Laboratorio de Tecnologías Exponenciales de la Universidad Austral.
- **María Isabel Iñigo Petralanda:** Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina.
- **Hernán Seoane:** Director del Departamento de Postgrado de la Universidad Fundación Barceló.
- **Juan Corvalán:** Director de IA Lab de la Universidad de Buenos Aires.



- **Carina Papini:** Subdirectora de IA Lab de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.
- **Laura Bonhote:** Miembro de IA Lab de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.
- **Florencia Braga Menéndez:** Asociación Argentina de Pacientes (ALAPA).
- **Martín Romero:** Líder de Innovación y Transformación Digital del Instituto Universitario Fundación Barceló.
- **Cristian Santander:** Director del Laboratorio IA de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN).

En este escenario el **Think Tank** se propone:

- Generar consensos iniciales sobre los principios rectores.
- Contribuir a la construcción de un ecosistema interoperable, ético y centrado en la persona.
- Proponer estándares mínimos para la adopción responsable de la IA en salud. Sistemas maduros de Salud Digital permiten la aplicación de modelos y sistemas de IA.
- Identificar vacíos regulatorios y operativos.
- Convocar a una consulta nacional

El presente documento reúne las conclusiones de la **Mesa de Consulta realizada el 20 de abril de 2026 en la sede de la Asociación Médica Argentina.**

El contenido se organiza a partir del trabajo colaborativo desarrollado sobre cuatro preguntas orientadoras y sintetiza los acuerdos alcanzados, que servirán de base para la elaboración de estándares mínimos, marcos regulatorios y futuras guías de implementación.

2. Metodología de trabajo

La consulta se desarrolló mediante una dinámica participativa, organizada de la siguiente manera:

- De los más de 77 participantes convocados a la consulta, 45 asistieron de manera presencial y fueron distribuidos en dos grupos de trabajo con representación interdisciplinaria y perspectivas diversas.
- Subdivisión de cada grupo en los subgrupos A y B para abordar las cuatro preguntas orientadoras.
- Asignación de roles de liderazgo, gestión del tiempo y registro.
- Discusión guiada con foco en la construcción de consenso.



- Integración de conclusiones de cada grupo y posterior puesta en común en la plenaria de cierre.

El proceso priorizó **la construcción de consensos operativos**, entendidos como **acuerdos aceptables para todas las partes**, y el **registro de disensos en un repositorio** como insumo para futuras instancias de profundización.

Los participantes presenciales fueron los siguientes:

- **Alahí Bianchini** — Doctora en Filosofía y Bioética. Becaria Postdoctoral CONICET. Profesora de Filosofía y Bioética en la UBA. IICSAL.
- **Alejandro Pablo Barceló** — Abogado bioeticista. Director del Comité de Ética. IUCS. Fundación Barceló.
- **Alexander Ditzend** — Profesor e ingeniero. Presidente de la Sociedad Argentina de Inteligencia Artificial (SAIA).
- **Alexis Descourvieres Montalva** — CRIO. Alianza Argentina de Pacientes (ALAPA).
- **Analía Barberio** — Analista de Sistemas. Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS). Alianza Argentina de Pacientes (ALAPA).
- **Ariel Leonardo Fernández** — Científico de Datos. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Instituto Universitario CEMIC.
- **Carlos Javier Regazzoni** — Doctor en Medicina.
- **Claudio Nicolás Cocconi** — Licenciado en Administración. Director de Incubando Salud. IUCS. Fundación Barceló.
- **Diana Gayol** — Asesora psicopedagógica en IAED. ArIAdna – Redes de Aprendizaje.
- **Diana Salmún** — Médica. Diplomada en Bioética. Integrante del Comité de Transformación Digital de la Asociación Médica Argentina (AMA).
- **Enrique Díaz Cantón** — Doctor en Medicina. Profesor Titular de IA en Medicina. Instituto Universitario CEMIC. Máster en IA (CEUPE).
- **Enrique Majul** — Doctor en Medicina. Director de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Profesor de la UCC. Majul.ai.
- **Federico Gastón Menéndez** — PhD. Máster en Derecho Administrativo y Máster en Bioética. Profesor de la Universidad Austral.
- **Federico Gorganchian** — Médico. Jefe de Cirugía. Director de IA-Da Vinci. Sanatorio Finochietto.
- **Fernanda Otero Barba** — Abogada. Magíster. Directora de la Diplomatura en Derecho Sanitario. Miembro del Observatorio de Contratación Pública de la Facultad de Derecho de la Universidad Austral.
- **Guillermo Schorlandman** — Abogado. Magíster. Consultor IT. Tria Salud.
- **Gustavo Faskowicz** — Analista de Sistemas. Director de BlockMed.



- **Ignacio Paz** — Licenciado en Psicología. Asesor del Comité de Bioética. IUCS. Fundación Barceló.
- **Jimena Fernández Bartolome** — Médica. SAIA. ITBA. Manager en NTT DATA.
- **Joaquín Ortiz Masllorend** — Economista. Experto en Ciencia de Datos. CEO de LUCAI BIO.
- **Laura Victoria Bonhote** — Magíster en Derecho. IALAB, UBA.
- **Marcelo Villar** — Doctor en Medicina. Investigador Superior del CONICET. Profesor de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral.
- **Mario Rossi** — Doctor en Medicina. Director del Departamento de Ingeniería Biomédica de la Universidad Austral.
- **Martín Romero** — Ingeniero en Sistemas. Líder de Innovación y Transformación Digital del Instituto Universitario Fundación Barceló.
- **Martín Sabán** — Médico. Investigador del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).
- **Matías Cortiñas** — Licenciado en Análisis de Sistemas. MBA. Magíster. Director de Sistemas y Tecnologías del Hospital Universitario Austral.
- **Maximiliano Farinelli** — Médico. Health Tech Builder.
- **Miguel Galmés** — Médico. Profesor. Presidente de la Asociación Médica Argentina (AMA).
- **Natacha Soledad Represa** — Investigadora del Laboratorio de Ciencia de Datos e Inteligencia Artificial de la Facultad de Ingeniería y Ciencias Agrarias de la Universidad Católica Argentina (UCA).
- **Norberto Julián Maggini** — Médico. Director de la UVT Ciencia e Innovación de la Universidad Austral.
- **Paula Bonomini** — Doctora. Directora del Departamento de Investigación y Doctorado del Instituto Tecnológico de Buenos Aires (ITBA).
- **Paula Zingoni** — Médica. Directora Nacional de Articulación Institucional de Ciencia y Tecnología. Secretaría de Ciencia y Tecnología. Jefatura de Gabinete de Ministros.
- **Santiago Pérez Lloret** — Médico. Director del Observatorio de Salud Pública y Calidad de Vida y Medio Ambiente. Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Católica Argentina (UCA).
- **Sylvia Edith Testa** — Magíster. Directora del Centro de Inteligencia Artificial y Tecnologías Emergentes de la Universidad CAECE.

3. Desarrollo de conclusiones por pregunta orientadora

Los ejes abordados -equidad, gobernanza, supervisión humana, interoperabilidad, infraestructura, ética, validación y participación interdisciplinaria-, se encuentran estrechamente interrelacionados.



Por ello **las preguntas orientadoras** fueron concebidas como **disparadores para la reflexión estratégica y no como interrogantes con una única respuesta**. Cada una fue diseñada para **ampliar progresivamente la discusión y profundizar distintas dimensiones de un mismo problema**.

Asimismo, durante las mesas de trabajo se destacó la necesidad de **evitar una visión reduccionista y/o confusiones en torno a la distinción del significado del concepto de Inteligencia Artificial en salud**. En cada segmento de análisis se enfatizó en **identificar las herramientas e intervenciones que implican sistemas de IA aplicados a la salud** incorporando una comprensión precisa de los alcances, limitaciones, riesgos y potencialidades de los mismos.

3.1. Pregunta 1

¿Cómo puede Argentina construir un ecosistema de IA en salud que garantice la equidad y el acceso a la salud y corrija activamente los sesgos incorporados en modelos entrenados en contextos ajenos a nuestra realidad regional, evitando que la tecnología profundice las inequidades sanitarias existentes?

Prioridades

Se identificaron como prioridades estratégicas el desarrollo de un ecosistema de madurez de la digitalización en el sistema sanitario que facilite y garantice la aplicación de sistemas de inteligencia artificial con el propósito de garantizar un acceso más equitativo a la salud, reducir los sesgos de los modelos y evitar que la tecnología amplíe las brechas sanitarias preexistentes.

Desde la perspectiva jurídica, se destacó que la equidad constituye un principio exigible y no meramente programático, reconocido en el artículo 16 de la Constitución Nacional y en los tratados internacionales con jerarquía constitucional (artículo 75, inciso 22). Asimismo, se señaló que la Organización Mundial de la Salud incorpora la inclusión y la equidad entre sus principios rectores.

Riesgos

Se identificaron los siguientes riesgos asociados a la implementación de sistemas de IA en contextos sanitarios caracterizados por desigualdades estructurales:

- Implementar modelos sobre estructuras desiguales, conlleva el riesgo de reproducir y amplificar sesgos existentes.
- Profundizar las inequidades territoriales.



- Reducir la autonomía de pacientes y profesionales de la salud.
- Incrementar la dependencia de modelos y tecnologías desarrollados en otros contextos, entrenados con datos poblacionales, étnicos y sanitarios ajenos a la realidad argentina y latinoamericana.
- Consolidar sesgos estructurales ya presentes en organizaciones y procesos analógicos.
- Perpetuar la exclusión de poblaciones vulnerables.
- Reforzar barreras derivadas de la fragmentación y segmentación del sistema de salud argentino y de la aplicación heterogénea de estándares.

Propuestas

Para mitigar riesgos se propuso:

- **Seleccionar procesos de validación, reentrenamiento y adaptación** a población latinoamericana y argentina desde el consumo de datos propios, representativos y contextualizados.
- **Construir bases de datos locales y regionales** con volumen representativo, diversidad étnica y genética, así como criterios de calidad, trazabilidad, representatividad, interoperabilidad, y gobernanza aplicada a salud.
- **Avanzar en una infraestructura digital básica** en todas las regiones del país, tomando como referencia el Modelo de Madurez de Salud Digital publicado por el Ministerio de Salud de la Nación (2025) involucrando a los líderes políticos y de gestión de la salud para ello.
- **Fortalecer la gobernanza de datos** para orientar el desarrollo de la IA en salud aprovechando la infraestructura pública existente.

En relación con la soberanía digital se propuso:

- **Avanzar hacia una estrategia nacional** que reduzca progresivamente la dependencia tecnológica externa y fortalezca las capacidades nacionales.
- **Analizar la dependencia de modelos desarrollados en otros países** como una posible vulnerabilidad estratégica y un riesgo para la autodeterminación informativa protegida por el artículo 43 de la Constitución Nacional.
- **Establecer como requisito la validación y el reentrenamiento con datos locales representativos** antes de su uso clínico de sistemas desarrollados o entrenados en otros contextos, frente a la adopción de sistemas entrenados en otros ámbitos regionales.



- **Comunicar y difundir de modo claro**, tendiendo a la transparencia y auditoría de los modelos el cumplimiento con los marcos normativos y regulatorios vigentes y propuestas a nivel nacional, regional y global.
- **Advertir** que **la fragmentación del sistema de salud y la ausencia de una gobernanza robusta** generan condiciones que pueden aumentar la dependencia de desarrolladores privados y startups.

3.2. Pregunta 2

¿Qué marcos de gobernanza médico-céntrica son necesarios para garantizar que las herramientas de IA en salud sean evaluadas, implementadas y monitoreadas con estándares sólidos, transparentes y uniformes en Argentina, considerando la ausencia actual de consenso regulatorio equivalente al existente para fármacos o dispositivos médicos con respeto por los derechos del paciente?

- a. *¿Qué condiciones éticas, jurídicas e informático sanitarias deben cumplirse para que el uso de datos en sistemas de inteligencia artificial en salud sea transparente, legítimo y comprensible para los pacientes, fortaleciendo la confianza pública en estas tecnologías?*
- b. *¿De qué manera puede garantizarse que los profesionales de la salud conserven un control humano efectivo sobre las recomendaciones generadas por sistemas de inteligencia artificial, manteniendo la capacidad de comprender, cuestionar y decidir de manera autónoma en cada acto clínico en la relación médico-paciente y con pacientes informados?*

En cuanto a la gobernanza, el rol del Estado y la articulación público-privada, el sistema de salud argentino presenta fragmentación federal y asimetrías en áreas, regiones y provincias, dificultando la integración de los sistemas.

Rol Rector del Estado

Se propone **fortalecer el rol rector del Estado para impulsar una gobernanza de IA en salud** que sea colaborativa y una estrategia nacional que ordene el desarrollo del ecosistema. Para lograr esto se requiere:

- **Identificar e involucrar a todos los actores del ecosistema**, incorporando especialmente la perspectiva, las necesidades y la seguridad de los pacientes.



- **Definir reglas claras** que permitan construir un modelo de gobernanza colaborativo.

Rol del estado para impulsar el desarrollo del ecosistema

- **Articular con el sector privado**, considerando que el Estado no financia de manera directa gran parte de la innovación tecnológica.
- **Orientar estratégicamente el mercado** desde su doble función de regulador y principal comprador del sistema de salud.
- **Promover marcos regulatorios y mecanismos de gobernanza** que ordenen el uso, intercambio, reutilización y resguardo de los datos, garantizando su calidad.

Dignidad humana, condiciones éticas y derechos del paciente

Se coincidió en que la gobernanza debe centrarse en las personas -pacientes y profesionales de la salud-, priorizando la dignidad humana y las necesidades reales de salud, ya que no toda innovación tecnológica responde necesariamente a una necesidad sanitaria.

En este sentido, se identificaron como principios orientadores:

- los valores éticos compartidos
- dimensión ética y humana de la atención
- la articulación entre las dimensiones ética, jurídica y organizacional
- el reconocimiento de que todos los actores son, en última instancia, pacientes.

En relación a las condiciones éticas y los derechos del paciente, se consideró prioritario:

- **Garantizar mecanismos de consentimiento informado**, que permitan conocer cuándo la IA interviene como apoyo a la decisión clínica y comprender los alcances, riesgos y limitaciones tanto del uso de los datos como de la propia tecnología.
- **Identificar el uso de tecnologías no probadas en contextos de necesidad clínica**, reconociendo la tensión entre la regulación vigente y el derecho del paciente a acceder a alternativas potencialmente beneficiosas para su salud -lo que plantea un dilema ético-.
- **Asegurar transparencia respecto de las limitaciones y el grado de evidencia disponible** de la intervención, cuando existan alternativas potencialmente



beneficiosas para la salud del paciente, posibilitando una decisión basada en el consentimiento autónomo, informado y consciente.

Rol de los profesionales de la salud en el control humano efectivo

En respuesta a la consigna de qué manera puede garantizarse que los profesionales de la salud conserven un control humano efectivo:

- **Reconocer que la capacidad de regulación tradicional se encuentra en tensión** frente a la adopción masiva de IA en múltiples dispositivos y procesos.
- **Co-diseñar modelos de control de efectos adversos y/o daños** en una vigilancia y auditoría para la aplicación de modelos de IA en salud en contexto clínico, más allá de la autorización pre lanzamiento al mercado.
- **Exigir nuevos modelos de gobernanza escalables** mientras se desarrollan marcos regulatorios más robustos.
- **Asegurar que los sistemas de gobernanza deberán ser flexibles y adaptativos** para, de esta manera, evitar cuellos de botella regulatorios. Se deberán considerar nuevas formas de auditoría, ya que ante la alta demanda de herramientas que utilicen IA se podría terminar incluso recurriendo a la IA para auditar esos sistemas.

Rol de marcos regulatorios para garantizar un control humano efectivo

Se destacó que **los modelos tradicionales de regulación enfrentan nuevos desafíos ante la incorporación masiva de la IA** en múltiples dispositivos y procesos asistenciales. En consecuencia, se consideró necesario:

- **Tomar como referencia modelos regulatorios internacionales** basados en clasificaciones de riesgo, que categorizan los sistemas de IA según su potencial impacto. El Reglamento (UE) 2024/1689 establece cuatro niveles: riesgo inaceptable, cuya utilización está prohibida; alto riesgo, sujeto a estrictos procesos de certificación y supervisión; riesgo limitado, que exige mecanismos de transparencia; y riesgo mínimo, con menores exigencias regulatorias.
- **Incorporar, en línea con lo establecido por el Reglamento (UE) 2024/1689, requisitos estrictos** en materia de gestión de riesgos, calidad de los datos,



transparencia, trazabilidad, supervisión humana, documentación técnica, ciberseguridad y evaluación del impacto sobre los derechos fundamentales.

- **Definir el modelo y las herramientas que permitan al profesional comprender los fundamentos** de las recomendaciones algorítmicas.
- **Requerir criterios de explicabilidad y transparencia** que permitan comprender cómo los sistemas de IA generan una recomendación o un diagnóstico.
- **Incorporar al profesional de la medicina con un rol activo** para comprender variables y fundamentos para la toma de decisiones informadas.
- **Impulsar un mayor control clínico y reducir la opacidad algorítmica** mediante el uso de sistemas auditables, trazables y comprensibles, evitando la dependencia de modelos opacos o de tipo "caja negra".
- **Incorporar herramientas regulatorias que promuevan la innovación** sin comprometer la seguridad, como los *sandboxes* regulatorios o espacios controlados de prueba. El Reglamento (UE) 2024/1689 contempla estos entornos para desarrollar, entrenar, probar y validar sistemas de IA antes de su comercialización.
- **Promover la participación de todos los actores del sistema** principalmente de los usuarios: pacientes en *sandboxes* regulatorios, bajo la orientación de las autoridades competentes y en un marco de buena fe. Durante estas instancias, los participantes conservan la responsabilidad civil por daños a terceros, aunque no se les aplican sanciones administrativas, favoreciendo así la innovación dentro de un entorno regulado.
- **Tomar como referencia los Diez Principios de Buenas Prácticas de Aprendizaje Automático** publicados por FDA, junto a Health Canadá y la agencia británica MHRA que incluyen el uso de conjuntos de datos representativos y el monitoreo del desempeño de los sistemas una vez implementados.
- **Reconocer el derecho del paciente a oponerse a decisiones automatizadas** como componente del consentimiento informado en salud, en línea con la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, y el principio de autonomía (Propuesta del Laboratorio de IA de la Facultad de Derecho de la UBA).

Se reafirma así el principio de **"human in the loop"**, especialmente en **decisiones críticas, irreversibles o de alto impacto clínico**. Como principio central, **la decisión clínica final debe ser humana, independientemente del uso de IA**.



El **médico debe mantener la responsabilidad legal total** y comprender, al menos a nivel funcional, cómo opera la herramienta, ya que es quien valida y firma la decisión final.

En Argentina el apoyo a la innovación es constante y en crecimiento desde la industria, educación y formación de recursos especializados, sin embargo, no fueron sostenidas las políticas normativas y regulatorias. Es por ello que se insta a avanzar desde la adopción y adaptación de modelos y marcos regulatorios ya aprobados, Europa, USA contextualizando capacidades, necesidades, identidad y particularidades del sistema de salud argentino.

3.3. Pregunta 3

¿De qué manera pueden los equipos de salud, los pacientes y los desarrolladores co-diseñar herramientas de IA que respeten la dimensión humanística de la medicina, la relación clínica, el contexto del paciente y la ética del acto médico, sin subordinar el juicio profesional a la automatización?

- a.** *¿Qué mecanismos institucionales de supervisión y auditoría deberían establecerse para garantizar que una herramienta de inteligencia artificial pueda ser revisada, corregida o suspendida cuando su desempeño genere riesgos clínicos o resultados inesperados?*

Co-diseño institucional y no subordinación

Actualmente existen brechas de conocimiento entre disciplinas y una comprensión limitada de los datos y modelos de IA en el sistema de salud. Por ello, se destacó la importancia de incorporar activamente a pacientes, desarrolladores, reguladores y equipos de salud en el diseño de estas herramientas, preservando los aspectos éticos, humanísticos y contextuales de la atención sanitaria.

El desarrollo de IA debe ser co-creado en igualdad de condiciones entre profesionales de la salud, comunidad, desarrolladores e investigadores mediante un proceso de co-diseño interdisciplinario.

Para lograrlo, se identificaron los siguientes requisitos:

- **Incorporar la perspectiva del paciente** desde el desarrollo y la validación,
- **Definir claramente la población objetivo, desarrollar conjunto de datos representativos e incorporar perspectivas no técnicas** (como las antropológicas y las sociales).



- **Evitar la subordinación del juicio profesional a la automatización.**
- **Institucionalizar el co-diseño**, evitando que dependa de la voluntad de cada desarrollador. La participación de pacientes, profesionales de la salud y desarrolladores debería constituir un requisito de gobernanza, en línea con la evaluación del impacto sobre los derechos fundamentales prevista por el Reglamento (UE) 2024/1689 para los sistemas de IA de alto riesgo y con el criterio de "desempeño del equipo humano-IA" como buena práctica.

En el escenario actual, hay más interrogantes que certezas respecto del futuro vínculo entre la automatización y la práctica médica. Hasta el día de hoy, ningún sistema de IA demostró la capacidad de reemplazar de manera superior al profesional médico en contextos clínicos reales y complejos. En este sentido, la IA es una fuente adicional de información, que no sustituye ni desplaza el juicio clínico ni la dimensión humana de la medicina.

Como principio rector se destaca la no subordinación del juicio profesional a la automatización. La IA constituye una herramienta de apoyo que no debe reemplazar ni suplantar el juicio clínico ni la responsabilidad humana que son indelegables. En todos los casos se debe garantizar un control humano efectivo ("human in the loop") y la identificación de un responsable individual (persona física).

Se reafirmó que existen aspectos centrales de la práctica médica, como la empatía, la intuición clínica, la percepción emocional y el vínculo humano como la relación con el territorio, que no pueden ser reemplazados por sistemas automatizados.

En este sentido y sobre la no subordinación del juicio profesional, reforzamos el principio con la experiencia del laboratorio, sosteniendo que la automatización no puede operar sin la supervisión de la inteligencia humana. Como principio rector **la IA es fuente adicional de información, pero no un sustituto del juicio clínico ni de la responsabilidad humana.**

Mecanismos de supervisión y auditoría

En materia de supervisión y auditoría, se propuso **la creación de una agencia o comité técnico especializado, multidisciplinario, con autonomía técnica y procesos participativos.** Se destacó que este organismo debería ser construido desde cero sino articularse con capacidades existentes, tomando como referencia entre otras, la experiencia de la ANMAT y su participación como observadora oficial del Foro Internacional de Reguladores de Dispositivos Médicos. El objetivo es **fortalecer la legitimidad institucional, incorporar una mirada interdisciplinaria y establecer mecanismos permanentes de supervisión, evaluación y actualización.**



En relación con la facultad de revisar, corregir o suspender herramientas que generen riesgos, se destacó que los estándares internacionales ya contemplan mecanismos de vigilancia post-comercialización, como monitoreo del desempeño, gestión de riesgo de reentrenamiento y correcciones a lo largo de todo el ciclo de vida del producto, en lugar de limitar su evaluación a una única instancia previa a su implementación.

Se propone entonces un modelo de agencia descentralizada con autonomía técnica que contemple procesos participativos (similar al rulemaking process) **que garanticen instancias de consulta y revisión pública con la participación de todos los actores interesados.**

Finalmente, sobre **el modelo de valores comunitarios** mencionado en la mesa, **es valorado como insumo complementario**, teniendo en cuenta que la **IA sea útil, honesta e inofensiva**, al tiempo que advierte que la autorregulación por principios de las empresas tampoco sustituye la supervisión institucional independiente ni la responsabilidad legal del profesional.

Recursos humanos capacitados

Se identificó como prioridad **fortalecer la formación y desarrollo profesional en IA vinculada a la salud**. En este sentido se destacó que el desafío no consiste solo en comprender el funcionamiento técnico de los algoritmos, sino también en desarrollar **criterios para su uso responsable, capacidad crítica y competencias para ejercer una supervisión clínica adecuada.**

Se reconoció como eje transversal la necesidad de **fortalecer la capacitación, alfabetización digital y concientización ética y legal** de los profesionales de la salud para un uso responsable de estas herramientas. La **IA** debe entenderse como un **sistema de apoyo que amplía las capacidades humanas**, y no como un sustituto del juicio clínico.

Su utilización debe **preservar la relación médico-paciente, considerar el contexto de cada persona, respetar la ética del acto médico y los principios bioéticos** de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En cuanto a los límites técnicos identificados, se señaló que el problema estructural radica en que los sistemas de tipo “caja negra” dificultan la comprensión de las decisiones que generan. Para eso se propone avanzar en la explicabilidad -reconociendo sus limitaciones prácticas- y fortalecer los requisitos mínimos como la documentación, la transparencia y la capacitación médica para interpretar resultados, detectar errores y mitigar daños.



Se infiere entonces la necesidad de **fortalecer el rol médico mediante el desarrollo de habilidades y destrezas para el uso y aplicación de sistemas basados en IA en salud**, con especial énfasis en la revisión crítica, la decisión y la validación.

El objetivo está puesto en **generar legitimidad institucional, incorporar distintas perspectivas y construir mecanismos de supervisión y de actualización permanente**. Esta agencia tendría funciones específicas como la evaluación de sesgos, explicabilidad y riesgos, la definición de estándares de uso, auditoría técnica continua y validación clínica. Se propuso un modelo de **agencia descentralizada con autonomía técnica que contemple procesos participativos** (del tipo rulemaking process) con instancias de **revisión pública de todos los actores interesados**.

También se evaluaron como alternativas los modelos condicionados por valores comunitarios que buscan que la IA sea útil, honesta e inofensiva, a fin de lograr una curaduría y evaluación continua de respuestas.

En definitiva, el **desarrollo de IA en salud** debe basarse en **el co-diseño real e interdisciplinario, con centralidad en el paciente y un control humano indelegable**, que mantenga la transparencia y la explicabilidad, bajo una supervisión institucional robusta que incorpore la capacitación de todo el ecosistema de salud.

3.4. Pregunta 4

¿Qué estándares de interoperabilidad, gobernanza de datos e infraestructura digital mínima necesita Argentina para que la IA en salud pueda integrarse con los sistemas de historias clínicas, dispositivos médicos y datos personales de manera segura, soberana, trazable y generadora de conocimiento generalizable para el sistema sanitario nacional?

- a.** *¿Cómo puede el sistema de salud definir y sostener procesos de validación local y evaluación continua del desempeño de los sistemas de inteligencia artificial, especialmente cuando estos han sido desarrollados o entrenados en contextos sanitarios diferentes al nuestro?*
- b.** *¿En qué condiciones puede utilizarse inteligencia artificial en salud sin comprometer la protección de datos personales sensibles, especialmente cuando intervienen modelos externos?*

Sobre interoperabilidad e infraestructura digital mínima



La **interoperabilidad y la infraestructura digital mínima** constituyen uno de los principales desafíos estructurales para el desarrollo de IA en salud en Argentina. Se coincidió en que el principal obstáculo no es técnico sino de coordinación, gobernanza y continuidad de políticas.

Si bien el país cuenta con marcos normativos y estándares para avanzar en este proceso en pleno acuerdo con recomendaciones regionales y globales, persisten dificultades para lograr una articulación sostenida entre los distintos actores del sistema.

La **falta de articulación profundiza la fragmentación jurisdiccional, institucional y tecnológica**, dificultando el desarrollo de modelos interoperables y de estrategias nacionales integradas que garanticen la circulación de la información y mejoren la eficacia, eficiencia y oportunidad de los servicios de salud.

Impulsar de manera sostenida la interoperabilidad mediante estándares comunes es uno de los principales objetivos de la historia clínica electrónica. En este sentido, se alcanzó consenso en que el objetivo no es necesariamente contar con una historia clínica única centralizada sino avanzar hacia esquemas interoperables con estándares comunes. El marco legal existe, la Ley 27.706 creó el Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas para instaurar de forma progresiva el sistema único de registro de historias clínicas electrónicas, en concordancia con la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y la Ley 25.326 de Protección de Datos.

En cuanto a **los estándares técnicos** se propuso que **su adopción deje de ser una recomendación y pase a constituir una obligación normativa**, con el objetivo de reducir la fragmentación existente entre subsistemas público, privado y provinciales.

Si bien el país ya dispone de capacidades tecnológicas, servidores, satélites, data centers y recursos científicos que podrían tener mejor provecho con una planificación estratégica y de continuidad institucional, Argentina aún presenta importantes déficits de conectividad, digitalización y capacidad operativa en distintos territorios y subsistemas.

En consecuencia, se remarcó que **el principal problema no es exclusivamente técnico, sino de coordinación, gobernanza y definición estratégica común**.

Sobre datos y la arquitectura del sistema

En cuanto a los datos y la arquitectura del sistema, se identificaron como **principales desafíos la fragmentación y duplicación de la información, la existencia de datos en**



silos distribuidos entre múltiples actores y la limitada capacidad de los pacientes para acceder y ejercer control sobre su información sanitaria.

En este contexto se planteó la necesidad de **avanzar hacia un modelo efectivo de historia clínica electrónica unificada a nivel nacional o un modelo de interoperabilidad efectiva, acompañado por procesos de normalización semántica y estructural de los datos sanitarios.** Entre las principales dificultades para su implementación se detectaron la coexistencia de múltiples historias clínicas por paciente, la ausencia de identificadores únicos interoperables y los problemas de calidad y fragmentación de los datos, factores que complejizan su integración y una unificación efectiva.

A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el consenso de sus Estados Miembros, incluida Argentina, aprobó en 2021 la Política sobre la Aplicación de la Ciencia de Datos en Salud Pública mediante la Inteligencia Artificial y otras Tecnologías Emergentes, sustentada en los Ocho Principios Rectores de la Transformación Digital del Sector Salud y en una Hoja de Ruta Regional.

Asimismo, en 2024 la OPS publicó el Kit de Herramientas para la Evaluación de la Preparación para la IA en Salud Pública y una Guía para el Diseño de Prompts en Salud Pública, orientados por los principios de transparencia, responsabilidad y supervisión humana. [PAHO + 2](#)

En relación con la **protección de datos frente al uso de modelos externos**, se propuso como estándar mínimo un esquema que combine el tratamiento seguro de los datos de salud con fuerte énfasis en la anonimización para el entrenamiento y circulación de modelos, tomando como referencia la experiencia desarrollada por el laboratorio en esa materia. A nivel global se promueve que **circulen los modelos y no los datos, favoreciendo el intercambio de información de forma anonimizada.**

En este marco, se propuso avanzar en una **capa de identidad digital unívoca, garantizar la trazabilidad de acciones y los accesos, establecer un modelo de gobernanza con participación del Estado, la ANMAT, el sector privado, la academia y las asociaciones de pacientes y fortalecer la protección de los datos personales y los derechos del paciente.**

Entendiendo que **la calidad de la IA depende de la calidad, el volumen y la representatividad de los datos se acordó** necesaria **la conformación de repositorios federales de datos y biobancos** con representación nacional y con el acompañamiento de una **infraestructura de almacenamiento (data centers) y de comunicación** que asegure la interoperabilidad entre los sistemas e impulse la confianza en la vinculación operativa de los sistemas de información en salud.



La existencia de barreras culturales en el intercambio de datos entre los sectores público y privado provocadas por la falta de confianza, así como por problemas de privacidad y de protección de datos personales, de propiedad intelectual y la fragmentación del sistema, limita la construcción de bases de datos unificadas y el desarrollo de IA en salud en Argentina.

Seguridad informática

La seguridad informática constituye un factor crítico para el desarrollo de la IA en salud debido al riesgo de ciberataques y vulneración de bases de datos con potencial impacto sobre los pacientes, la gestión operativa de las instituciones, la confiabilidad del almacenamiento y los costos asociados a la recuperación de los sistemas y al restablecimiento de la interoperabilidad plena.

La participación en ecosistemas colaborativos de investigación a nivel local, regional y global requiere el aporte de datos propios bajo el cumplimiento de estrictas normativas de seguridad ya establecidas. Entre los **principales obstáculos para el intercambio de información se identificaron las filtraciones de datos** por la ausencia de garantías absolutas de seguridad (tanto en el sector público como en el privado), y la **falta de estrategias integrales y planes de acción** frente al ciberdelito.

Se establecen entonces como ejes prioritarios el fortalecimiento de **la gobernanza y la protección de datos sensibles y la implementación de condiciones de confianza para el ecosistema**. Como bases necesarias se propusieron mecanismos de **encriptación robusta y la definición clara del uso de la información, el fortalecimiento del control de datos por parte de los pacientes y un consentimiento informado más claro y comprensible garantizando el ejercicio de sus derechos y el acceso a los beneficios de la IA**.

Validación, evidencia y evaluación de los modelos de IA en salud

En relación con la validación, la evidencia y la evaluación, se señaló que en muchos casos los modelos de IA son entrenados en contextos sanitarios diferentes al argentino, con resultados que no pueden considerarse directamente aplicables sin procesos previos de adaptación y validación local obligatoria. En este sentido, se destacó la necesidad de **implementar evaluaciones continuas del desempeño mediante protocolos de mantenimiento de modelo, monitoreo de desviaciones y esquemas experimentales de control**.



Asimismo, se mencionó **la importancia de utilizar metodologías ya consolidadas en salud**, como los ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego, junto con métricas tradicionales como sensibilidad, especificidad, valor predictivo, entre otras opciones, así como como comparadores de efectividad y confiabilidad.

La evaluación de la efectividad de los modelos de inteligencia artificial (IA) en salud requiere un enfoque multidimensional. No alcanza con demostrar precisión en entornos controlados (validación analítica); los sistemas también deben evidenciar un impacto positivo, seguro y equitativo en la práctica asistencial (validación clínica y operacional).

En este marco, se identificaron **cuatro dimensiones clave para evaluar el desempeño de los sistemas de IA en salud**:

- 1. Rendimiento técnico y analítico:** sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), área bajo la curva ROC (AUROC) y área bajo la curva precisión-recall (AUPRC).
- 2. Impacto clínico y seguridad del paciente:** reducción de complicaciones y eventos adversos, tasa de reingresos hospitalarios y exactitud diagnóstica comparada.
- 3. Eficiencia operativa y del sistema de salud:** tiempos de respuesta, reducción de la carga administrativa, duración de la internación y relación costo-efectividad.
- 4. Gobernanza, equidad y usabilidad:** métricas de sesgo y equidad, tasa de adopción y adherencia, y explicabilidad de los sistemas.

La efectividad de un modelo de IA no puede evaluarse únicamente por su desempeño en condiciones de laboratorio. Un sistema con un AUROC de 0,98 puede no generar beneficios en la práctica clínica si altera el flujo de trabajo o genera desconfianza entre los profesionales. En este sentido, las guías de la OMS y la OPS sostienen que la efectividad de la IA en salud debe medirse en el punto de atención (point of care), considerando la seguridad, la equidad y la gobernanza de los datos, además de su rendimiento técnico.

Las métricas estadísticas tradicionales utilizadas en entornos de laboratorio, como el AUROC o las pruebas de opción múltiple, ya no resultan suficientes para evaluar el desempeño de los sistemas de IA en salud. Según la Escuela de Medicina de Harvard, este escenario responde al denominado "efecto techo", dado que muchos modelos alcanzan niveles muy elevados de precisión técnica.



Frente a ello, se propone complementar estas métricas con criterios de evaluación centrados en el desempeño en contextos reales, basados en el empirismo médico, la alineación con los valores clínicos y la auditoría ética. Asimismo, se destacan los principios de Localidad, Tarea Específica, Agilidad, Reflexión y Comunidad (LTARC), junto con la incorporación de la ingeniería de factores humanos, la integración con los flujos de trabajo y una evaluación multidimensional en entornos simulados.

En este marco, se propone que **los sistemas de IA sean evaluados con estándares de rigurosidad comparables a los aplicados a los medicamentos y dispositivos médicos**. En línea con este enfoque, la evaluación debe realizarse en el punto de atención (point of care), ya que no basta con medir la precisión del modelo sobre bases de datos retrospectivas y estáticas. El criterio fundamental es demostrar su desempeño prospectivo en entornos clínicos reales y el beneficio neto para los pacientes. Para ello, **se promueve el desarrollo de metodologías de evaluación basadas en escenarios y casos clínicos reales, en lugar de limitarse a pruebas o evaluaciones teóricas**.

No obstante, se reconoció que hasta el momento **ningún sistema de IA aplicado a la salud demostró capacidad suficiente para sustituir integralmente el juicio clínico y la práctica médica**.

Dado que la **IA en salud continúa siendo un campo en evolución** con desafíos aún pendientes en materia de validación e implementación, se consideró prioritario desarrollar marcos de experimentación controlada. En este sentido, se propuso avanzar mediante estrategias progresivas, sustentadas en experiencias piloto desarrolladas en entornos de implementación controlados.

Los participantes coincidieron en que **Argentina ya cuenta con estándares técnicos** para avanzar en interoperabilidad. Sin embargo, el principal **desafío radica en alcanzar acuerdos institucionales y garantizar la continuidad en las políticas públicas**. Se señaló que muchos proyectos estratégicos se descontinuaron debido a los cambios de gestión y a la falta de sostenibilidad a largo plazo tanto a nivel nacional como jurisdiccional.

Asimismo, se remarcó que la **IA en salud** no debe pensarse únicamente desde la automatización clínica, sino también como una **herramienta para generar modelos preventivos y de salud poblacional, predictivos y de precisión, capaces de anticipar riesgos y mejorar la planificación sanitaria con impacto real en la salud de las personas y las comunidades**.

4. Consensos transversales clave y conclusiones generales



Desafío estructural, organizacional, ético y político para incorporar IA en salud

Como conclusión general, el proceso de trabajo permitió identificar que **el principal desafío para la incorporación de la inteligencia artificial en salud en Argentina no es exclusivamente tecnológico, sino estructural, organizacional, ético y político**. A lo largo de las discusiones se alcanzó un amplio consenso sobre la necesidad de construir una estrategia nacional progresiva, contextualizada y sostenible, basada en las particularidades del sistema sanitario argentino, y evitando la adopción de modelos desarrollados en otros contextos.

Uno de los ejes centrales acordados fue la necesidad de **fortalecer la infraestructura digital, la calidad y la gobernanza de los datos, la gobernanza de la IA en salud, así como la interoperabilidad entre sistemas**, entendiendo que sin condiciones mínimas de conectividad, estandarización y madurez digital no es posible avanzar hacia implementaciones seguras, equitativas y escalables. En este sentido, se destacó la importancia de realizar un **diagnóstico nacional integral que permita identificar capacidades existentes, brechas regionales y prioridades estratégicas**.

También se señaló que **el desafío no pasa necesariamente por alcanzar una historia clínica única universal, sino por avanzar en modelos interoperables, estándares comunes y estrategias pragmáticas** que permitan compartir información relevante de manera segura y útil para la práctica clínica y epidemiológica.

Asimismo hubo consenso en señalar que **la inteligencia artificial** debe ser entendida como **una herramienta de apoyo y de ampliación de capacidades humanas. De ninguna manera reemplaza el juicio clínico, la responsabilidad profesional y la dimensión humana del cuidado**. La supervisión humana permanente –también denominada “human in the loop”– es condición relevante y principio fundamental.

Regulación con marcos normativos flexibles, dinámicos y adaptativos para incorporar la IA en salud

En relación con la regulación, se insistió en **la necesidad de construir marcos normativos flexibles, dinámicos y adaptativos**, capaces de acompañar la velocidad de la evolución tecnológica sin interrumpir los procesos de innovación.

A fin de lograr los objetivos se acordó profundizar en el **análisis de modelos de experimentación regulada y en la validación continua**, similares a los utilizados en terapias o tecnologías experimentales, con la incorporación de programas piloto, así como en la necesidad de contar con **sistemas auditables y mecanismos claros de**



revisión, suspensión y control en caso de existir riesgos clínicos o resultados inesperados en todo el ciclo de vida del sistema.

Otro aspecto transversal relevante y a implementar es la **participación interdisciplinaria y multisectorial a partir de la construcción de políticas públicas, estándares y herramientas de IA en salud integrando** activamente a profesionales de la salud, desarrolladores, expertos en bioética, académicos, organismos públicos, pacientes y organizaciones de la sociedad civil.

En este punto, se propuso la creación de una **agencia técnica reguladora autónoma y multidisciplinaria** que tenga como propósito coordinar procesos de validación, supervisión, formación, auditoría y construcción de consensos, mediante la incorporación de distintas perspectivas que garanticen la legitimidad social.

Factor humano en el centro: fuerza laboral de salud y pacientes capacitados e informados

Se remarcó la necesidad de **fortalecer la capacitación y la alfabetización en IA** para los profesionales de la salud y demás actores del sistema sanitario y se consideró indispensable promover una **formación continua sobre sesgos, limitaciones, explicabilidad, ética y legal y uso crítico de estas herramientas de IA en salud**, con el fin de evitar la delegación automática e irresponsable del juicio clínico y favorecer una adopción segura y contextualizada de la tecnología.

Se planteó que el debate sobre la inteligencia artificial en salud no puede limitarse a aspectos técnicos o de automatización. Su incorporación interpela dimensiones estratégicas vinculadas con la equidad, la soberanía digital, la protección de datos personales y el modelo de medicina que se desea construir hacia el futuro. En ese sentido, se destacó la importancia de **sostener espacios de diálogo colaborativo y construcción colectiva** que permitan transformar los consensos alcanzados en lineamientos, políticas públicas y estrategias de implementación responsables para el sistema sanitario argentino.

Finalmente, como principio rector transversal, el documento reafirma el **compromiso con la protección de la dignidad humana, la autonomía de pacientes y profesionales, la supervisión humana significativa y el principio de no dañar**. Sobre esta base promueve **un modelo de innovación que fortalezca las capacidades del sistema de salud sin deshumanizar el acto médico ni profundizar las inequidades preexistentes**.



5. Repositorio de desafíos identificados y próximos pasos

El presente documento sistematiza los consensos iniciales, las opiniones divergentes y las principales líneas de acción surgidas durante la Consulta Nacional con el objetivo de contribuir a la construcción de una agenda estratégica para la gobernanza de la Inteligencia Artificial en salud en la Argentina.

En línea con la metodología de trabajo adoptada, este documento constituye un insumo preliminar y dinámico, sujeto a ampliación, revisión y profundización en futuras instancias de trabajo interdisciplinario.

Las mesas de consulta permitieron identificar un conjunto de temas y propuestas que requieren un mayor desarrollo conceptual, técnico y regulatorio. Estos aportes conforman un repositorio de líneas de trabajo para futuras etapas del proceso, entre las que se destacan:

- **El análisis sobre el carácter experimental de la IA en salud y los posibles modelos de evaluación, validación y despliegue progresivo:** se propuso desarrollar programas piloto experimentales de IA en salud en entornos controlados que reflejen las condiciones reales de hospitales y centros de salud bajo supervisión regulatoria, para evaluar riesgos, beneficios y condiciones de implementación. Asimismo se planteó la creación de un registro unificado de estas experiencias y de las unidades de investigación participantes.
- **La búsqueda de un punto medio que concilie las tensiones entre regulación e innovación:** se reconoció la necesidad de sostener un equilibrio dinámico entre innovación y regulación, evitando tanto la sobrerregulación que limite el desarrollo y la experimentación responsable, como la ausencia de estándares mínimos que incrementen riesgos clínicos, éticos, legales y sociales.
- **Examinar los alcances y las limitaciones de la historia clínica electrónica en términos de interoperabilidad e interconexión:** se destacó que el proceso de implementación y reglamentación de la historia clínica electrónica a nivel nacional enfrenta importantes desafíos operativos, técnicos y federales para lograr una adopción homogénea en todo el país. En este contexto, surgieron posiciones que consideran poco viable, en el corto plazo, un modelo único plenamente integrado. Por ello, se planteó que el desafío estratégico no radica necesariamente en una historia clínica única y centralizada, sino en avanzar hacia esquemas interoperables basados en estándares comunes, el intercambio seguro de información y una implementación progresiva, adaptada a los distintos niveles de madurez digital del sistema de salud.
- **La exploración y el análisis prospectivo de tecnologías emergentes y disruptivas, orientados a una medicina más personalizada y de precisión:** se destacó el



potencial de las nuevas herramientas basadas en representaciones sintéticas y dinámicas construidas a partir de datos reales de los pacientes, capaces de simular procesos de salud, evolución clínica y posibles respuestas de tratamiento. Estas tecnologías podrían representar un avance respecto del modelo tradicional de historia clínica al contribuir a una mayor precisión diagnóstica y terapéutica, optimizar las predicciones asistenciales y facilitar el desarrollo de estrategias de tratamiento personalizadas mediante simulaciones y análisis avanzados.

En la plenaria de cierre también se identificaron temas que requieren mayor profundización y sobre los cuales persisten posiciones diversas entre los participantes. Estas diferencias, reflejadas a lo largo del presente documento, constituyen insumos relevantes para las próximas instancias de trabajo.

El Think Tank reconoce que el impacto de la inteligencia artificial sobre el sistema sanitario es estructural e inevitable. En este contexto, el desafío no consiste únicamente en incorporar nuevas tecnologías, sino en acordar las condiciones para que su implementación se desarrolle de manera ética, segura, transparente, equitativa y sostenible, en función de las necesidades y particularidades del sistema sanitario argentino.

Finalmente, se destaca la importancia de **consolidar espacios permanentes de diálogo y cooperación entre los distintos actores del ecosistema de salud** -instituciones sanitarias, academia, sector tecnológico, bioética, organismos públicos y privados, sociedad civil y pacientes-, **entendiendo que la gobernanza de la inteligencia artificial requiere un proceso continuo, interdisciplinario y participativo.**

6. Nota metodológica final

El presente documento consolidado fue elaborado a partir de los aportes, posiciones, reflexiones y debates surgidos durante las mesas de trabajo del Think Tank, procurando reflejar de manera fiel la diversidad de perspectivas y consensos alcanzados, así como las posiciones divergentes surgidas a lo largo del proceso.

Su elaboración integró las contribuciones de los distintos ámbitos representados, entendiendo que el principal valor de este proceso reside en la construcción plural del conocimiento.

Asimismo, se procuró dotar al documento de un marco explicativo y contextual que evitara dar por supuestos determinados conceptos con el propósito de facilitar la comprensión integral del documento por parte de lectores externos al Think Tank y de



otros actores interesados en la temática, independientemente de su nivel de especialización técnica.

La sistematización, organización y redacción del consolidado estuvieron a cargo de las moderadoras de las mesas de trabajo. La estructura final y revisión técnica fueron realizadas por los integrantes del Think Tank de IA en Salud.



Fuentes citadas

1. OMS — *Ética y gobernanza de la IA en el ámbito de la salud* (2021, seis principios rectores; panel de 20 expertos) y *Guidance on large multi-modal models* (2024, +40 recomendaciones).
2. OPS/OMS — Política CD59.R2 (2021); ocho principios rectores de la transformación digital en salud y hoja de ruta regional; kit de evaluación de preparación para IA en salud pública (2024); guía de *prompts* para IA generativa (2025); evidencia regional sobre sesgos. Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Consideraciones normativas sobre inteligencia artificial para la salud*. <https://www.paho.org/es/documento>
3. Organización Mundial de la Salud. (2024, 18 de enero). *La OMS publica directrices sobre la gobernanza de los grandes modelos multimodales en el ámbito de la salud*. <https://www.who.int/es/news/item/18-01-2024-who-releases-guidance-on-ai-large-multimodal-models-in-health>
4. Reglamento (UE) 2024/1689.
5. FDA / Health Canada / MHRA — Buenas Prácticas de Aprendizaje Automático (GMLP), 10 principios (2021); Planes Predeterminados de Control de Cambios (PCCP) y guía de transparencia para dispositivos con IA (2024-2025).
6. Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales (datos de salud como sensibles, art. 8 secreto profesional, disociación) y art. 43 CN (hábeas data); decisión de adecuación de la UE (2024);
7. Ley 27.706 y Decreto 144/2023 — Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas; Ley 26.529 de Derechos del Paciente (consentimiento informado).
8. ANMAT — Disposición 2318/02 (software como producto médico).
9. Bielick, C. G., Awwad, A., Ellen, J., Jalilian, L., McCoy, L. G., Mishra, V., et al. (2026). *Moving beyond the benchmarks: Five foundational principles for meaningful AI evaluation in healthcare*. PLOS Digital Health, 5(5), e0001115. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0001115>
10. Kohane, I. S., & McDermott, M. (2026). *What Does the AI Doctor Value? Auditing Pluralism in the Clinical Ethics of Language Models*. Harvard Department of Biomedical Informatics / Kohane Lab (The Human Values Project). Disponible en: <https://zaklab.org/human-values.html>
11. Daglius Dias, R. (2025). *Advancing Health Care with Artificial Intelligence: A Strategic Approach for Leaders*. Harvard Medical School Insights. Postgraduate Medical Education.
12. Google DeepMind, Harvard Medical School & Stanford University Physicians. (2026). *Towards Conversational Medical AI with Eyes, Ears and a Voice*. arXiv, arXiv:2605.09272v1. (Evaluación del benchmark de 140 dimensiones para agentes clínicos cognitivos).



13. Kohane, I. S. (Editorial). *Applying Medical Empiricism to AI: Prospective Clinical Trials as the Gold Standard*. NEJM AI (New England Journal of Medicine AI). DBMI Harvard.



IA SALUD THINK TANK

EDICIÓN Y DISEÑO POR  **SI COMUNICACIÓN**

🖱 sicomunicacion.com.ar ✉ sicomunicacion@sicomunicacion.com