

NEXUS HUMANUM



ACTA NEXUS

INTELIGENCIA ARTIFICIAL,
SALUD Y GOBERNANZA CLÍNICA

Edición **N° 1** · Junio 2026



La interfaz humana entre la IA y la práctica clínica real.

I.

Editoriale

QUI SCRIBIT, MANET. VERBA VOLANT, SCRIPTA MANENT.

La gobernanza como infraestructura invisible

En los últimos meses, organismos como la Organización Panamericana de la Salud han publicado guías técnicas para orientar el uso de la inteligencia artificial generativa en salud pública. El gesto es significativo: reconoce que la pregunta relevante ya no es si la inteligencia artificial llegará a los sistemas sanitarios de América Latina, sino bajo qué reglas, con qué supervisión y con qué grado de transparencia lo hará.

Sin embargo, entre la publicación de una guía y su aplicación cotidiana en un hospital de tercer nivel —o en un centro de salud rural— existe una distancia considerable. La región combina, de manera simultánea, instituciones que ya incorporan asistentes de documentación clínica basados en inteligencia artificial generativa y territorios donde más de la mitad de la población rural carece de conectividad confiable. Esta heterogeneidad no es un detalle técnico ni un problema transitorio: es el terreno real, desigual y cambiante, sobre el que cualquier marco de gobernanza deberá operar si pretende ser algo más que una declaración de principios.

La gobernanza clínica de la inteligencia artificial no puede limitarse a comités centrales que aprueban o rechazan herramientas en abstracto. Requiere mecanismos que lleguen efectivamente al servicio, a la sala, al pase de guardia: ¿quién revisa lo que la inteligencia artificial documenta o sugiere?, ¿qué ocurre cuando una recomendación algorítmica contradice el criterio clínico del profesional?, ¿cómo se registra, se analiza y se aprende de esos desacuerdos? Sin respuestas operativas a estas preguntas, cualquier política de gobernanza corre el riesgo de convertirse en un documento que nadie consulta en el momento en que realmente importa.

Para los profesionales sanitarios, esto implica también un cambio de postura. No se trata de resistir la incorporación de estas herramientas ni de adoptarlas de manera acrítica, sino de participar activamente en la definición de sus límites de uso, en la formación continua de los equipos y en la construcción de espacios donde puedan plantearse dudas y desacuerdos sin temor a represalias. La gobernanza no es un obstáculo burocrático adicional: es la infraestructura invisible que permite que la inteligencia artificial cumpla su promesa —reducir carga administrativa, mejorar el acceso a información relevante— sin desplazar la responsabilidad clínica ni la relación entre el profesional y la persona que atiende.

En esta edición presentamos tres movimientos recientes que ilustran esta tensión entre regulación, implementación e infraestructura de datos, además de un análisis de una herramienta de uso frecuente y un caso de aplicación concreto, pensado para implementarse en instituciones de la región.

II.

Observatio



La OPS publica una guía técnica para el uso de IA generativa en salud pública

La Organización Panamericana de la Salud presentó una guía técnica orientada a estandarizar el diseño de instrucciones ("prompts") dirigidas a sistemas de inteligencia artificial generativa utilizados en contextos de salud pública. El documento busca que los contenidos producidos por estas herramientas —materiales de comunicación, campañas educativas, respuestas a consultas frecuentes de la población— sean confiables, culturalmente apropiados y coherentes con las políticas sanitarias de cada país de la región. La iniciativa se enmarca en un enfoque más amplio de la OPS sobre inteligencia artificial en salud, basado en principios éticos, evidencia científica y una transformación digital centrada en las personas, y se acompaña de otras líneas de acción, como el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica mediante IA, orientados a anticipar amenazas sanitarias a partir de fuentes de datos heterogéneas.

POR QUÉ IMPORTA

Para gestores e instituciones, esta guía ofrece un marco de referencia inicial —aunque todavía general— para evaluar y supervisar el uso de IA generativa en comunicación sanitaria, capacitación y atención al público. Contar con criterios comunes antes de que la adopción se generalice reduce el riesgo de que cada servicio defina sus propias reglas de manera aislada, sin posibilidad de comparación ni de aprendizaje compartido entre instituciones.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud — paho.org/es/inteligencia-artificial-para-salud



Estados de Estados Unidos avanzan en regulación de IA en salud: señales para la región

Durante 2026, distintos estados de Estados Unidos aprobaron legislación específica sobre el uso de inteligencia artificial en salud. Colorado lidera con su ley de IA, cuya aplicación entró en vigor el 30 de junio de 2026: exige divulgación cuando se usa IA en decisiones de alto riesgo, evaluaciones de impacto anuales, controles contra sesgos algorítmicos y conservación de registros durante al menos tres años. Otras normas se concentran en autorizaciones previas de seguros médicos, exigen supervisión humana sobre decisiones adversas, y restringen el uso de chatbots de IA en salud mental, evitando que sustituyan servicios que requieren licencia profesional o que carezcan de salvaguardas frente a situaciones de riesgo para los usuarios.

POR QUÉ IMPORTA

Aunque estas normas no aplican directamente en América Latina, anticipan estándares —transparencia, supervisión humana, trazabilidad, evaluación de sesgos— que probablemente influirán en futuras regulaciones regionales y en los requisitos contractuales de los proveedores tecnológicos internacionales que ya operan en hospitales e instituciones de la región.

Fuente: Holland & Knight — hkclaw.com/en/insights/publications/2026/05



Un hospital peruano adopta IA clínica generativa mientras Colombia avanza hacia la historia clínica interoperable

Clínica Internacional, en Perú, se convirtió en el primer hospital de América Latina en incorporar ClinicalKey AI, una plataforma de inteligencia artificial generativa de Elsevier orientada al apoyo a la decisión clínica basada en literatura médica revisada por pares. La herramienta permite a los profesionales consultar evidencia actualizada en el punto de atención, con referencias trazables a las fuentes originales. En paralelo, Colombia avanza hacia la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre instituciones a partir de abril de 2026, un requisito estructural para que cualquier herramienta de inteligencia artificial pueda operar sobre datos clínicos completos y confiables, y no sobre registros fragmentados entre distintos proveedores de salud.

POR QUÉ IMPORTA

Estos dos movimientos —adopción de IA clínica e interoperabilidad de datos— muestran que la región avanza en dos frentes que deben coordinarse: sin registros íntegros e interoperables, ninguna herramienta de apoyo a la decisión, por sofisticada que sea, puede ofrecer recomendaciones confiables ni ser auditada adecuadamente.

Fuentes: Elsevier Connect — elsevier.com/es-es/connect · Hospital Italiano de Buenos Aires — hospitalitaliano.org.ar

III.

Instrumentum



Qué es: NotebookLM (Google) es un asistente de IA que organiza y resume documentos que el usuario carga —artículos científicos, guías de práctica clínica, protocolos institucionales, actas de comité, apuntes de clase— y responde preguntas basándose únicamente en esas fuentes, citando el documento y el fragmento exacto de origen para cada afirmación.

QUÉ HACE BIEN

Su principal fortaleza es la trazabilidad: cada respuesta enlaza al pasaje original, lo que permite verificar rápidamente si la síntesis es fiel y reduce —sin eliminar— el riesgo de información inventada. Resulta útil para sintetizar guías extensas antes de una sesión clínica, preparar material docente a partir de bibliografía propia, o consolidar protocolos y actas institucionales dispersos en un solo espacio de consulta navegable.

QUÉ HACE MAL

No sustituye la lectura crítica de las fuentes ni garantiza que la síntesis capture matices clínicamente relevantes —dosis, poblaciones excluidas, niveles de evidencia, fecha de la guía—. Tampoco debe utilizarse con información de pacientes identificable, dado que implica cargar documentos a un servicio externo cuyas condiciones de tratamiento de datos deben revisarse caso por caso.

CUÁNDO USARLA

Para revisar literatura propia antes de una sesión docente, organizar protocolos institucionales dispersos en distintos formatos, o preparar resúmenes de guías para su discusión en comités de ética o farmacia.

CUÁNDO EVITARLA

Para decisiones clínicas directas sobre un paciente concreto, para el manejo de historias clínicas o datos sensibles, o como fuente única de información sin verificación posterior por un profesional con criterio clínico formado.

IV.

Praxis



PROBLEMA

En muchos servicios hospitalarios de la región, el pase de guardia se documenta de forma incompleta, tardía o exclusivamente verbal, lo que genera pérdida de información clínica relevante entre turnos, repetición de estudios y una sobrecarga administrativa considerable para el personal de enfermería y medicina.

SOLUCIÓN

Implementar un asistente de inteligencia artificial de transcripción y estructuración —similar a los asistentes médicos de IA ya disponibles en la región— que grabe el pase de guardia oral y genere automáticamente una nota estructurada con diagnósticos activos, pendientes e indicaciones, lista para revisión y validación por el profesional entrante y saliente antes de incorporarse a la historia clínica del paciente.

BENEFICIO ESPERADO

Menor tiempo dedicado a documentación administrativa, mayor continuidad de la información clínica entre turnos y un registro más completo y homogéneo para auditorías de calidad y seguridad del paciente. La condición indispensable para su implementación es que la nota generada sea siempre revisada y firmada por un profesional, y nunca incorporada de forma automática a la historia clínica.

QUAESTIO NEXUS



¿Estamos construyendo la gobernanza de la inteligencia artificial en salud desde los comités centrales hacia las salas, o seguimos esperando que la práctica cotidiana se adapte a reglas que nunca llegaron hasta ella?