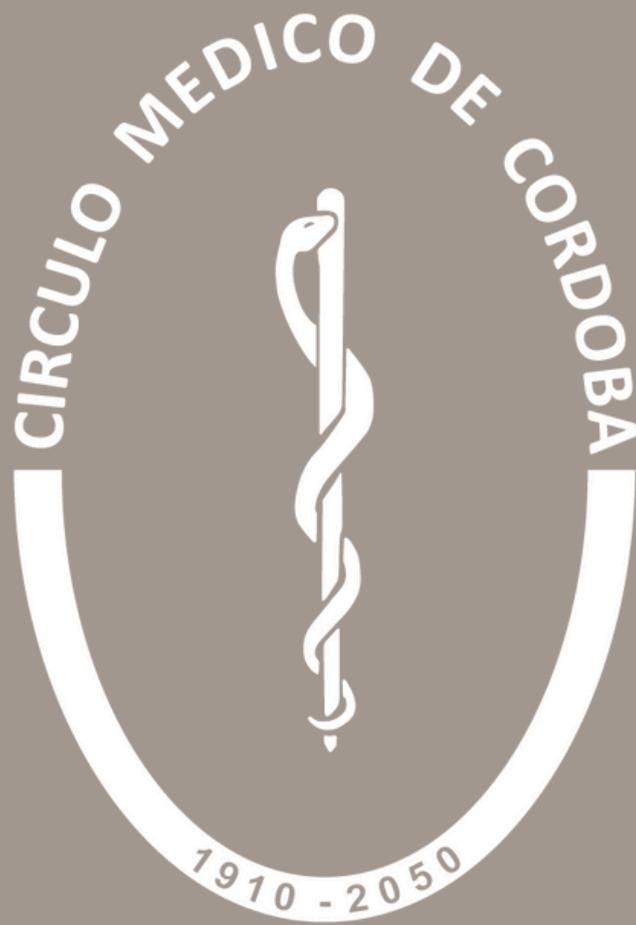


# BOLETIN CÍRCULO MÉDICO DE CÓRBOBA

AGOSTO /SEPTIEMBRE 2024



Ciencia, Educación y Cultura



# ÍNDICE

---



**03**

**EDITORIAL**

**04**

**SEMBLANZA**

**05**

**HISTORIA DEL TRASPLANTE  
CARDÍACO EN CÓRDOBA**

**09**

**SOBRE EL TRATAMIENTO EN  
LOS PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDEA, EL  
AVANCE DE LA  
FARMACOLOGÍA Y LA  
FRAZADA CORTA.**

**12**

**EL IMPACTO DE LA  
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN  
LA MEDICINA MODERNA.**



# 03 EDITORIAL

Con motivo de la presentación del Nuevo Boletín, Agosto/ Septiembre del corriente año, la Comisión Directiva del Círculo Médico de Córdoba tiene el gusto de compartiréste con Uds.

Lamentamos el deceso del ex Presidente del Círculo Médico y gran colaborador Profesor Emérito Dr. Julio Frontera Vaca. A modo de homenaje, el Dr. Pablo Reartesde la Comisión Directiva de la Sociedad de Cirugía Plástica, hace una Semblanza de quien fuera su Maestro.

Recientemente se realizó el festejo del 114 aniversario de nuestro Círculo, en el mismo se presentaron disertaciones sobre “Inteligencia Artificial y Nueva Medicina” a cargo de los Drs. José Funes SJ. Y Enrique Majul.

Próximamente, el día 20 de Agosto del 2024, se realizará la asamblea anual y presentación de balance.

Continuamos trabajando para el comienzo de la Obra edilicia denominada “Círculo Médico al 2050”. Esperamos las autorizaciones finales de la Municipalidad y del Gobierno de Córdoba para comenzar la primera etapa, a la brevedad.

En el este Boletín se presentan trabajos muy interesantes: “Historia del Trasplante Cardíaco en Córdoba” a cargo del Profesor Dr. Roque Córdoba, reconocido cardiocirujano de nuestro medio. “Sobre el Tratamiento en los Paciente con Artritis Reumatoidea, El Avance de la farmacología y la Frazada Corta” a cargo de la reconocida investigadora Profesora Dra. Ingrid Strusberg. Y el “Impacto de la Inteligencia Artificial en la medicina Moderna: Un Análisis Multifacético para Profesionales” a cargo del Profesor Dr. Enrique Majul, Decano de la Facultad de Medicina de La Universidad Católica de Córdoba. A todos ellos, muchas gracias por sus mportantes aportes.

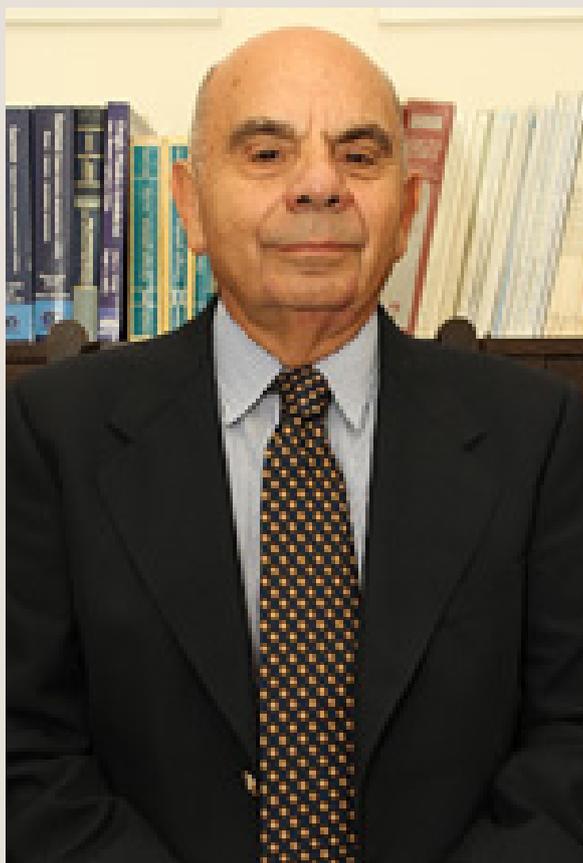
También agradecemos tanto a las Dras. Miriam Maldonado y Nora Glastein como a los Secretarios Diego Giupini y José María Arriagada por la realización del presente.

Dr. Luis Lezama  
Presidente  
Círculo Médico de Córdoba



# 04 SEMBLANZA

## PROF. EMÉRITO DR. JULIO FRONTERA VACA (In Memoriam)



Queremos rendirle un pequeño homenaje al Dr. Julio Luis Frontera Vaca. para quien no lo conocio el Dr. Julio Luis Frontera Vaca nacio en Córdoba en 1938, desde joven por una enfermedad de su padre, mi abuelo se hizo cargo de la familia, estudio Medicina en la UNC, realizó su especialidad en Nanter, París, Francia. Luego regreso a la Argentina en donde se dedico a la cirugia plástico infantil en el Hospital de Niños junto al Dr. Begue; para continuar posteriormente en el servicio de Cirugia Plástica del Hospital San Roque. Viajo durante muchos años al Sanatorio Puente de San Francisco del Chañar en donde trataba las secuelas y complicaciones de la Lepra.

Instalo el primer centro de quemados de Córdoba en la Clínica del Chateau de Córdoba junto al Dr. Cernuzco Carreras y posteriormente se dedicó a la práctica privada en el Centro de Cirugía Plástica Frontera Vaca.

Fue profesor de la Universidad Católica de Córdoba.

Fue Fundador junto al Dr. Pardina de la Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba, Presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba, Presidente del Círculo Médico de Córdoba, Presidente de la SACPER.

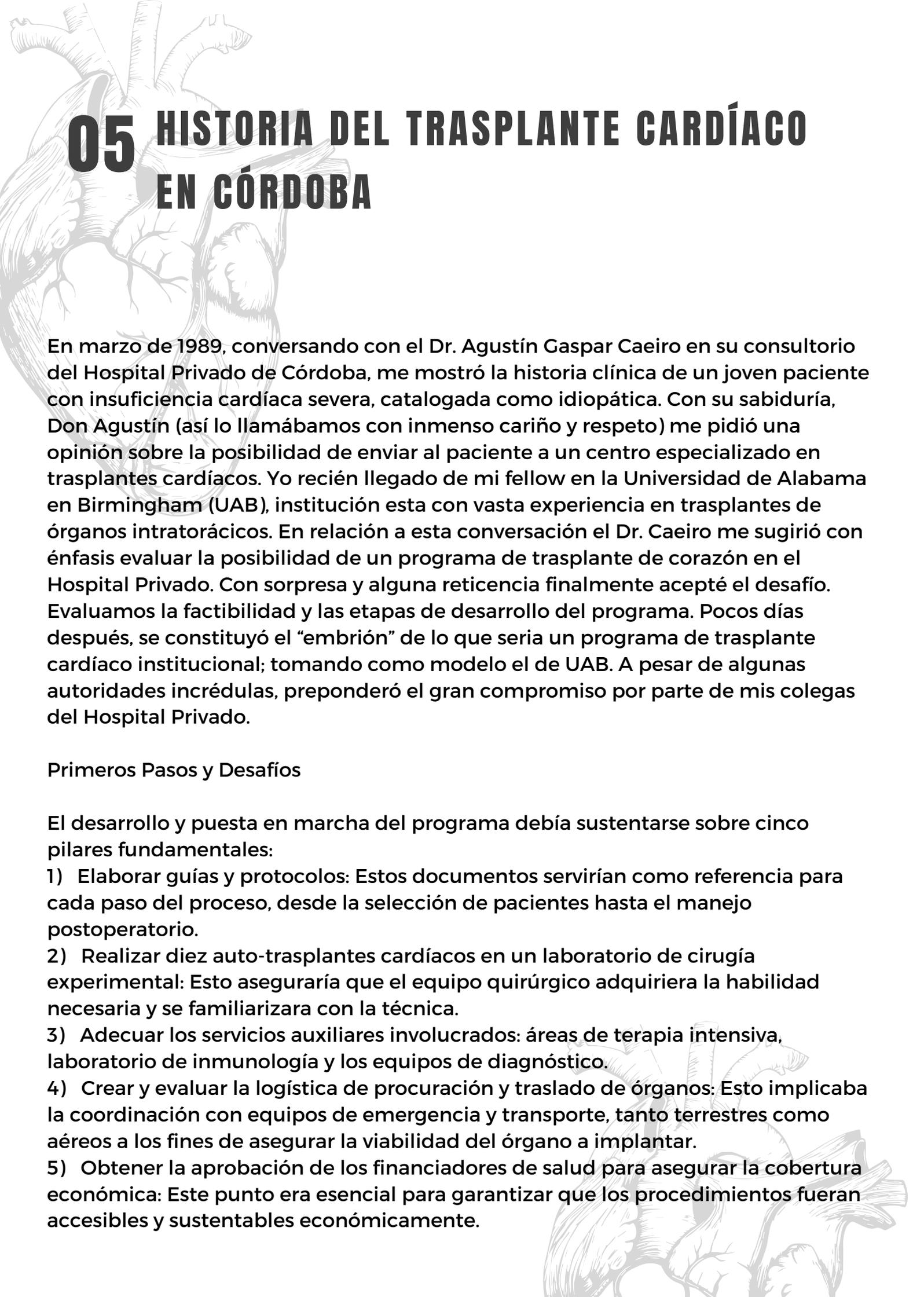
Conocido y querido por todos en nuestra especialidad.

Que más decir de él, fue un Maestro, mi tío, mi padrino y a veces hasta mi padre. Inquieto, generoso, muy generoso, estudioso, dedicado y amante ferviente de lo que hacía, la Cirugía Plástica.

Honesto, muy honesto y con convicciones fuertes, duro, rígido pero con un corazón enorme de grande, y sobre todo muy pero muy buena persona.

Desde ya lo extrañaremos en nuestros eventos sentado en primera fila...

Dr. Pablo Reartes



# 05 HISTORIA DEL TRASPLANTE CARDÍACO EN CÓRDOBA

En marzo de 1989, conversando con el Dr. Agustín Gaspar Caeiro en su consultorio del Hospital Privado de Córdoba, me mostró la historia clínica de un joven paciente con insuficiencia cardíaca severa, catalogada como idiopática. Con su sabiduría, Don Agustín (así lo llamábamos con inmenso cariño y respeto) me pidió una opinión sobre la posibilidad de enviar al paciente a un centro especializado en trasplantes cardíacos. Yo recién llegado de mi fellow en la Universidad de Alabama en Birmingham (UAB), institución esta con vasta experiencia en trasplantes de órganos intratorácicos. En relación a esta conversación el Dr. Caeiro me sugirió con énfasis evaluar la posibilidad de un programa de trasplante de corazón en el Hospital Privado. Con sorpresa y alguna reticencia finalmente acepté el desafío. Evaluamos la factibilidad y las etapas de desarrollo del programa. Pocos días después, se constituyó el “embrión” de lo que sería un programa de trasplante cardíaco institucional; tomando como modelo el de UAB. A pesar de algunas autoridades incrédulas, preponderó el gran compromiso por parte de mis colegas del Hospital Privado.

## Primeros Pasos y Desafíos

El desarrollo y puesta en marcha del programa debía sustentarse sobre cinco pilares fundamentales:

- 1) Elaborar guías y protocolos: Estos documentos servirían como referencia para cada paso del proceso, desde la selección de pacientes hasta el manejo postoperatorio.
- 2) Realizar diez auto-trasplantes cardíacos en un laboratorio de cirugía experimental: Esto aseguraría que el equipo quirúrgico adquiriera la habilidad necesaria y se familiarizara con la técnica.
- 3) Adecuar los servicios auxiliares involucrados: áreas de terapia intensiva, laboratorio de inmunología y los equipos de diagnóstico.
- 4) Crear y evaluar la logística de procuración y traslado de órganos: Esto implicaba la coordinación con equipos de emergencia y transporte, tanto terrestres como aéreos a los fines de asegurar la viabilidad del órgano a implantar.
- 5) Obtener la aprobación de los financiadores de salud para asegurar la cobertura económica: Este punto era esencial para garantizar que los procedimientos fueran accesibles y sustentables económicamente.

El equipo se dividió en dos grupos: a) Los profesionales de acción directa en el programa y b) los servicios médicos con relación indirecta. El primer grupo incluía a especialistas en Cirugía Torácica y Cardiovascular, Cardiología, Hemodinamia, Neumonología, Inmunología, Anestesia, Anatomía Patológica, y Administración. Las reuniones fueron semanales vertiendo en ellas un flujo constante de información y la resolución rápida de eventuales dificultades. De este trabajo surgieron los protocolos que guiaron, sistematizaron y sustentaron la actividad del programa a lo largo de treinta y tres años; obviamente con múltiples modificaciones y actualizaciones.

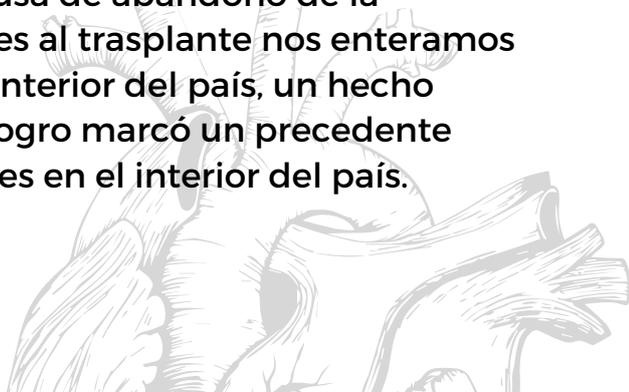
En octubre de 1989, viajé a Birmingham para hacer un análisis final de las guías y protocolos con el Dr. James Kirklin, director del programa de trasplantes torácicos de UAB. Este viaje fue crucial, ya que nos permitió ajustar los detalles específicos del programa basado en la experiencia de un centro de trasplantes líder. Poco después, recibimos la visita de inspección de los Drs. Félix Cantarovich y Edgard Lacombe, Presidentes del CUCAI y CADAIC respectivamente; el Programa de Trasplantes Cardiacos del Hospital Privado fue aprobado y autorizado sin objeciones. Esta aprobación fue un hito significativo, ya que ambos profesionales tenían gran prestigio en el ámbito de la procuración y trasplantes en Argentina.

## Primer Trasplante

A mediados de febrero de 1990, el programa estaba listo para iniciar actividades clínicas. Nuestro primer paciente, un hombre de 36 años con miocardiopatía dilatada idiopática, fue evaluado y puesto en lista de espera. En marzo, debido a su deterioro, fue internado en la Unidad de Terapia Intensiva y clasificado como urgencia. El paciente estaba en una condición crítica, y su inclusión en la lista de espera reflejaba la gravedad de su situación.

El 21 de abril de 1990 el CADAIC, ahora ECODAIC nos ofreció el corazón de un donante de 16 años de Laguna Larga (Córdoba), internado en el Hospital de Urgencias con diagnóstico muerte cerebral. Decidimos aceptar el órgano y proceder con el trasplante a pesar de las relaciones antropométricas no óptimas. La cirugía fue exitosa y, tras siete horas, el nuevo corazón comenzó a latir vigorosamente. Ese fue un momento de profunda emoción y un gran estímulo para todo el equipo.

El postoperatorio inmediato fue manejado con gran dedicación, tres semanas después el paciente fue dado de alta. Vivió ocho años con buena calidad de vida, falleciendo casi al noveno año de trasplantado a causa de abandono de la medicación inmunosupresora. Pocos días posteriores al trasplante nos enteramos que había sido el primer trasplante de corazón del interior del país, un hecho confirmado por las autoridades del INCUCAI. Este logro marcó un precedente importante y abrió el camino para futuros trasplantes en el interior del país.





## Transición al Sanatorio Allende y Expansión

En 2006, después de realizar ochenta trasplantes en quince años, un grupo de colegas dejamos el Hospital Privado y nos trasladamos al Sanatorio Allende, donde iniciamos rápidamente el programa de trasplante cardíaco institucional. El primer trasplante se realizó el 23 de octubre de 2006, con una evolución excelente del paciente. Este traslado fue una transición significativa, pero el equipo mantuvo su compromiso y dedicación, asegurando la continuidad y el éxito del programa.

A la fecha, hemos evaluado a 111 pacientes, con una lista de espera de 11 enfermos y 62 trasplantes realizados, con resultados comparables a los mejores centros del mundo. Estos resultados reflejan el esfuerzo y la excelencia del equipo médico y del personal de apoyo. En 2021, colocamos el primer dispositivo de asistencia ventricular izquierda como puente al trasplante, logrando un trasplante exitoso once días después de implantado el mencionado dispositivo. Este avance tecnológico ha permitido mejorar aún más las posibilidades de éxito para nuestros pacientes.

## Reconocimientos y Agradecimientos

El compromiso y entusiasmo de mis colegas y las autoridades del Sanatorio Allende han sido fundamentales para el éxito del programa. Especial mención merece el Profesor Bartolomé Allende, cuyo interés, apoyo y estímulo han sido constantes. Su liderazgo y talento visionario fueron cruciales para el desarrollo del programa.

Mirando hacia el futuro, nuestro objetivo es continuar innovando y mejorando las técnicas de trasplante cardíaco. La capacitación continua y la investigación son esenciales para mantenernos a la vanguardia en el campo de los trasplantes. También es fundamental seguir trabajando en la concientización respecto a la donación de órganos, ya que esto es la esencia para llevar a cabo cualquier trasplante de órganos.

El viaje desde el inicio del programa hasta la actualidad ha sido lleno de desafíos, aprendizajes y enriquecedora experiencia. Cada trasplante realizado es un testimonio del esfuerzo conjunto de un equipo cuya misión ineludible es mejorar la vida de los enfermos. Seguimos comprometidos con la excelencia y la compasión en cada paso del camino.

El 6 de Junio del 2012 con gran beneplácito recibimos la noticia que en el Hospital Córdoba se realizaba el primer trasplante cardíaco en un hospital público; el Dr. Adolfo Uribe Echeverría y su equipo fueron los hacedores de tal hito en la medicina pública de esta provincia.

## Conclusión

La historia del trasplante cardíaco en Córdoba es un testimonio del poder de la determinación, el conocimiento y el trabajo en equipo. Desde los primeros pasos inciertos hasta la realización de procedimientos avanzados y exitosos, hemos recorrido un largo camino. Este viaje no habría sido posible sin el esfuerzo ineludible de un equipo comprometido, el apoyo inquebrantable de las autoridades de salud y, sobre todo, la valentía de los pacientes y sus familias. Juntos, hemos demostrado que con compromiso y pasión, se pueden lograr cosas extraordinarias.

Ya muy próximo a mi retiro profesional tras haber transcurrido cincuenta años de cirujano y varios miles de cirugías de corazón en mis espaldas, tengo la plena convicción del deber y la misión cumplidos. Desde mi regreso de los Estados Unidos a la fecha he formado veintiún cirujanos cardiovasculares, casi todos trabajando en el país y cinco de ellos radicados en el extranjero: Chile, México, Australia, España y Francia. Los cirujanos cardiovasculares de dos de las instituciones privadas más importantes de esta ciudad, como así también, del Servicio de Cirugía Cardiorrespiratoria del Nuevo Hospital San Roque, fueron antiguos residentes entrenados en Servicios de Cirugía Cardiovascular que estuvieron bajo mi dirección, ya sea en el Hospital Privado, Sanatorio Allende o Nuevo Hospital San Roque.

En definitiva, estoy seguro que por todo lo anteriormente expuestos, y otros cuantos acontecimientos más, que los objetivos y la misión están cumplidos.



**Dr. Roque Augusto Córdoba**

- Médico Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. 1969-1974.
- Entrenamiento Supervisado en Cirugía General. Unidad Académica de Cirugía I. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba. 1974-1977.
- Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. 29 de Diciembre 1977.
- Especialista en Cirugía Cardiovascular. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. 23 Diciembre 1983.
- Asistente Extranjero. Universidad Nacional Strasbourg (Francia). Setiembre 1982.
- Fellow de Postgrado en Cirugía Cardiorrespiratoria. University of Alabama at Birmingham. Birmingham (USA).
- Profesor Asistente. Cirugía Cardiorrespiratoria. University of California. Los Angeles. (USA).
- Fellow Clínico. Cirugía Cardiovascular. Presbyterian University Hospital of Pittsburgh. PA.
- Human Participants Protection Education for Research Teams. (Online Course) National Cancer Institut. Enero 2005
- Programa de Entrenamiento Directivo para Jefes de Servicio. Universidad Austral. Facultad de Ciencias Biomédicas. Pilar. Buenos Aires. Mayo 2005.

# 09

## **SOBRE EL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA, EL AVANCE DE LA FARMACOLOGÍA Y LA FRAZADA CORTA.**

Las opciones terapéuticas para los pacientes con artritis reumatoidea (AR) hoy en día, eran impensables 25 años atrás. En el caso de esta enfermedad autoinmune parecía que nada podía frenar las clásicas deformidades en manos con desviación cubital, las artroplastias de cadera o rodilla debido a la destrucción articular por el pannus sinovial, los nódulos subcutáneos vasculíticos o su evolución a la discapacidad o la muerte por eventos cardiovasculares o neoplásicos. Y, sin embargo, el avance de la bioingeniería y la biología molecular permitieron descubrir blancos terapéuticos específicos y desentrañar parte de su fisiopatogenia. A su vez, los progresos en detección temprana con los anticuerpos anti-péptido citrulinado-que están disponibles en los laboratorios de análisis clínicos- y con la ecografía Power Doppler permitieron diagnosticar y tratar precozmente a miles de pacientes en todo el mundo. La capacitación de especialistas en reumatología y de tareas de mayor divulgación de esta enfermedad no solo en los ámbitos de internistas y generalistas, sino también en la comunidad, a través de las redes sociales, también ha ayudado a la derivación oportuna.

Los corticoides y los antiinflamatorios fueron parte esencial del manejo de los síntomas por décadas pero no son suficiente. Gracias a la participación de miles de pacientes en ensayos clínicos, se desarrollaron muchos fármacos que hoy permiten alcanzar la remisión parcial o total. Se denominan drogas modificadoras del curso de la AR (DMAR). En Argentina contamos con las DMAR sintéticas convencionales, sintéticas dirigidas, biológicas originales y biosimilares que se describen a continuación

Drogas modificadoras de la AR sintéticas		Drogas modificadoras de la AR biológicas	
Convencionales	Dirigidas	Originales	Biosimilares
Metotrexate Leflunomida Hidroxiclorogina Sulfazalazina (las más utilizadas)	Inhibidores JAK Tofacitinib Baricitinib Upadacitinib	Anti FNT $\alpha$ Infliximab, Etanercept Adalimumab, Certolizumab Golimumab	Anti FNT $\alpha$ Infliximab Etanercept Adalimumab
Azatioprina (menos utilizada)		Anti células B CD 20: Rituximab	Rituximab
Cloroquina D Penicilamina Ciclosporina (casi en desuso)		Modulación de la estimulación de Células T: Abatacept	
		Anti IL-6: Tocilizumab Sarilumab	

Cuando el tratamiento con DMAR sintéticas convencionales no alcanza el objetivo, se justifica elegir entre las otras. El/la especialista en reumatología evalúa el perfil de eficacia y seguridad, la vía de administración y frecuencia y se consensúa con la/el paciente cuál elegir. Luego se debe solicitar su cobertura por algún financiador. Todos ellos son, por ahora, medicamentos de alto precio que si no se entregan sin cargo, resultaría insostenible comprarlos a largo plazo. Debido a que la AR es una enfermedad crónica no se puede tener certeza sobre si alguna vez se podrá suspender el tratamiento. Es importante considerar que al indicarlo, el prescriptor está iniciando un “camino de ida”. No debe apurarse para iniciarlo pero tampoco retrasarse y permitir que el/la paciente tenga secuelas. ¿Cuándo es el momento óptimo?. Hay guías clínicas y tiempos pautados por la evidencia científica. Las obras sociales, empresas de medicina prepagas o el Estado tienen mecanismos especiales de cobertura y la aprobación pasa por varias auditorías.

Dentro del consultorio se suscitan situaciones incómodas. Por ejemplo, cuando un paciente ya no es necesario que siga pero no quiere interrumpirlo. O cuando es hora de espaciar la frecuencia y se niega. O cuando sin tener indicación, lo exige porque cree que su financiador “se lo tiene que cubrir”. A esta altura, resuena la frase de Michael Rawins, presidente del NICE que es un organismo independiente vinculado al Departamento de Salud y Atención Social del Reino Unido que se ocupa del análisis de la situación del sistema sanitario, de los campos médicos, biotecnológicos y de los cuidados o enfermería, con particular interés por la evaluación de los umbrales costo/efectividad. Dijo ya en 2010: “Ningún país del mundo tiene suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en el país de las maravillas”. El esfuerzo por reducir gastos en salud no puede hacerse sin informar a los pacientes, como si sólo fuera cuestión de responsabilidad de los médicos y no de toda la población. Creo que la metáfora de “La frazada corta” puede ser una buena opción al hablar de estos temas con los pacientes y colaborar, caso por caso, con la extensa tarea de educación sanitaria que requiere prescribir y recibir este tipo de medicamentos.

Imagina que estás en una noche fría y solo tienes una frazada que es demasiado corta para cubrir todo tu cuerpo. Si cubres tus pies, descubres tu torso, y si cubres tu torso, descubres tus pies. No importa cómo intentes ajustarla, siempre habrá una parte que quedará desprotegida.



Prof. Dra. Ingrid Strusberg  
Directora Instituto Médico Strusberg  
Médica. Reumatóloga. Doctora en Medicina y Cirugía  
Magister en Investigación Clínica Farmacológica. UAI  
Prof. Adjunta Cátedra de Semiología. FCM. UNC  
Miembro del CAE. Maestría Bioética. Fac Cs Médicas. UNC  
Ex presidente de la Soc. de Investigación Clínica de Córdoba

# 12

## EL IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA MEDICINA MODERNA: UN ANÁLISIS MULTIFACÉTICO PARA PROFESIONALES

La integración de la inteligencia artificial (IA) en la práctica médica está redefiniendo los paradigmas de diagnóstico, tratamiento y gestión sanitaria. Este artículo examina el estado actual de la IA en medicina, con énfasis en los algoritmos de aprendizaje profundo y sus aplicaciones multidisciplinarias.

**Avances en diagnóstico por imagen:**

En radiología, las redes neuronales convolucionales (CNN) han demostrado eficacia superior en la detección de anomalías. Un estudio multicéntrico publicado en 'The Lancet Digital Health' (2023) reportó una sensibilidad del 97% y especificidad del 95% en la detección de nódulos pulmonares malignos, superando el rendimiento promedio de radiólogos certificados (sensibilidad 91%, especificidad 93%). En Argentina, el Hospital Italiano de Buenos Aires ha implementado un sistema de IA para priorización de estudios radiológicos, reduciendo el tiempo de espera para casos críticos en un 35%.

**Cardiología e interpretación de ECG:**

Algoritmos de aprendizaje profundo basados en redes neuronales recurrentes (RNN) han revolucionado la interpretación de ECG. Un sistema desarrollado por investigadores de la Universidad de Buenos Aires, en colaboración con el CONICET, ha logrado una precisión del 98% en la detección de arritmias complejas, incluyendo fibrilación auricular paroxística. Este sistema está actualmente en fase de validación clínica en varios centros cardiológicos argentinos.

### Oncología y medicina de precisión:

La IA está facilitando la oncología de precisión mediante el análisis de big data genómico. Un algoritmo desarrollado por el Instituto Leloir en Buenos Aires puede analizar perfiles de expresión génica de tumores y predecir la respuesta a inmunoterapia con una precisión del 85%. Este avance promete optimizar la selección de tratamientos y reducir la toxicidad innecesaria.

### Neurología y diagnóstico precoz:

En el campo de las enfermedades neurodegenerativas, los modelos de aprendizaje profundo están demostrando capacidad para detectar cambios sutiles pre-sintomáticos. Un estudio colaborativo entre el FLENI y el MIT ha desarrollado un algoritmo que analiza patrones de conectividad funcional en resonancias magnéticas, logrando predecir la conversión de deterioro cognitivo leve a Alzheimer con una precisión del 91% y hasta 5 años antes del inicio de los síntomas clínicos.

### Gestión hospitalaria y optimización de recursos:

Más allá del diagnóstico, la IA está transformando la gestión hospitalaria. En el Hospital Garrahan de Buenos Aires, un sistema de IA basado en aprendizaje por refuerzo ha optimizado la programación de cirugías, reduciendo los tiempos de espera en un 28% y mejorando la utilización de quirófanos en un 15%.

### Desafíos técnicos y éticos:

La implementación de IA en medicina enfrenta desafíos significativos. La calidad y representatividad de los datos de entrenamiento es crucial. Un estudio realizado en el Hospital de Clínicas José de San Martín reveló sesgos en algoritmos de diagnóstico importados, con menor precisión en poblaciones indígenas y afroargentinas, subrepresentadas en los conjuntos de datos de entrenamiento originales.

### Consideraciones éticas y legales:

El uso de IA en medicina plantea dilemas éticos complejos. En Argentina, la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326) está siendo revisada para abordar específicamente el uso de datos médicos en IA. Se debate la necesidad de un consentimiento informado específico para el uso de algoritmos de IA en diagnóstico y tratamiento.

La responsabilidad legal en caso de errores de IA es otro tema candente. El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires ha propuesto un marco regulatorio que equilibra la innovación con la protección del paciente, sugiriendo un modelo de "responsabilidad compartida" entre médicos y desarrolladores de IA.

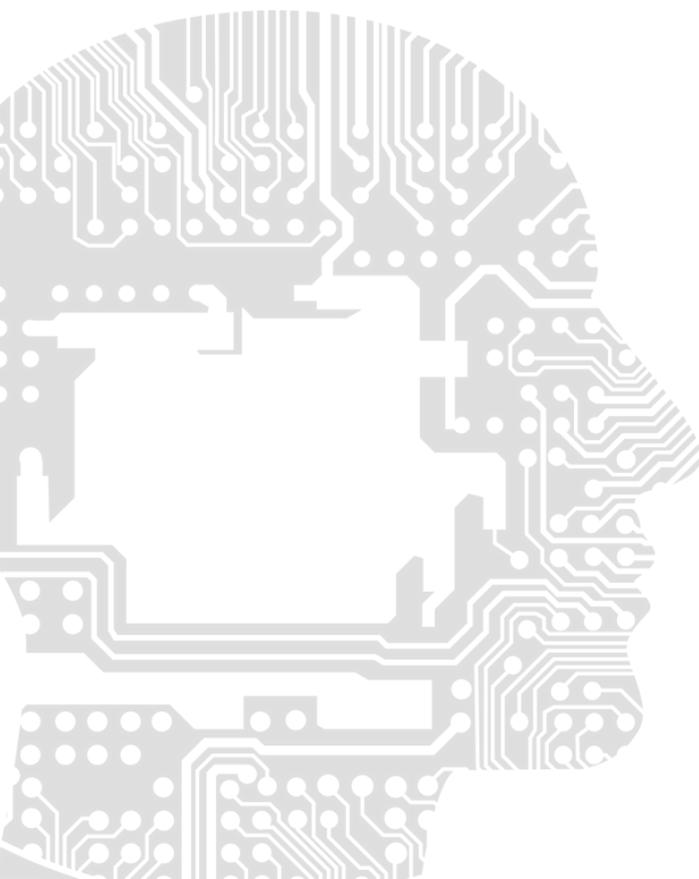
Perspectivas futuras:

El futuro de la IA en medicina en Argentina y globalmente apunta hacia sistemas más integrados y holísticos. Se prevé la convergencia de múltiples fuentes de datos (genómicos, clínicos, de imagen, wearables) en modelos de IA que ofrezcan un enfoque verdaderamente personalizado de la medicina.

La colaboración internacional será clave. Argentina, con su fuerte tradición en investigación biomédica y creciente sector de tecnología, está bien posicionada para contribuir significativamente al desarrollo global de IA en medicina.

Conclusión:

La IA está transformando radicalmente la práctica médica, desde el diagnóstico hasta la gestión sanitaria. Los profesionales médicos deben mantenerse actualizados sobre estos avances, participando activamente en su desarrollo e implementación ética. La integración exitosa de la IA en la medicina requiere un equilibrio cuidadoso entre innovación tecnológica, juicio clínico y consideraciones éticas, con el objetivo final de mejorar los resultados de salud para todos los pacientes.



Dr. Enrique Alberto Majul  
Doctor en Medicina (MD-Ph.D)  
Decano Facultad Cs. de la Salud UCC  
Director Académico Clínica Universitaria Reina Fabiola  
Director Maestría Nutrición y Diabetes UCC

El pasado 5 de agosto del corriente año, se llevo a cabo la celebración del 114º Aniversario del Círculo Médico de Córdoba, contamos con las disertaciones del Dr. Enrique Majul Inteligencia artificial y salud ¿Cambios de paradigmas? y la del Dr. José G. Funes, S.J., Discernir en tiempos de chat GPT. Agradecemos a todos los que nos acompañaron en esta hermosa jornada.

