



Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 1 | Marzo 2026

ISSN 1852 - 656X
Córdoba, Argentina



Archivos de Medicina Familiar y General

FAMFyG - Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Volumen 23 | Número 1 | Marzo 2026

ISSN 1852 - 656X

Córdoba, Argentina

archivosmfyg.org@gmail.com

Federación de Medicina Familiar y General

Presidenta

Cecilia Astegiano

Vicepresidenta

Mariana Castaños

Presidente honorario

Mario Acuña



Archivos De Medicina Familiar y General

Volumen 23, Número 1. Año 2026 ISSN 1852-656X

La Revista Archivos de Medicina Familiar y General es una contribución de la FAMFyG que tiene como objetivo el promover la publicación de la producción en Atención Primaria a nivel regional.

Editora Responsable

Ana Carolina Godoy. Universidad Nacional de Córdoba.

Editores Asociados

María Florencia Grande Ratti. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

Lisandro Utz. Cátedra de Medicina Preventiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Mariana Castaños. Ministerio de Salud y Deportes, Mendoza, Argentina.

Editores Ejecutivos

Angie Echavarría. Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

Sofía Cabral. Asamefa, Salta, Argentina.

Patricio Jorge Cacace. Fundación AEQUUS, Buenos Aires, Argentina.

Matías Cabeza. Obra Social del Personal de la Construcción (OsPeCon), Argentina.

Comité Editorial

Humberto Jure. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Ana Carolina Aymat. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Federación Argentina de Medicina Familiar y General; Argentina.

Pedro Silberman. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Abraham Tamez Rodríguez. Universidad de Monterrey, México.

Cecilia Astegiano. Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina.

Julio David Matz. Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

María Verónica Grunfeld. Departamento de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca, Argentina.

Pablo Julián Badr. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Silvina López. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Agustina Piñero. Hospital Privado de Córdoba, Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba.

Félix Fernando Aragón. Asociación de Medicina Familiar de Tucumán, Argentina.

Franco José Aráoz. Residencia De Medicina General De CAPS Villa Verde Pilar, Buenos Aires, Argentina.

Cecilia Auat Chein. Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina.

Guillermo Gorgo. Coordinador e Instructor en Residencia de Medicina General y Familiar de OsPeCon-Construir Salud.

Andrea Pérez. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Diego Palomo. Centro de Estudios en Salud Colectiva del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

María Valeria Santillán. OsPeCon, Tucumán, Argentina.

ÍNDICE



Editorial

El retorno a lo esencial: la medicina familiar como antídoto en la era de la algoritmización

Autora: Mariana Castaños

Páginas: 6-7

Actualización Breve

Ácido hialurónico, ¿un beneficio oculto en pacientes con síntomas de climaterio?

Autores/as: Lucía Cuenca, Mariana Alonso, Matías A. Cabeza, Valentina Deheza, Daniela S. Vicente

Páginas: 8-12

Actualización Breve

Efectos de la suplementación con selenio en la tiroiditis de hashimoto: ¿reduce los anticuerpos?

Autores/as: Andrés F. Herrera G., Angie M. Echavarría C.

Páginas: 13-19

Reseña

La boca habla, aunque a veces no la escuchamos. Reseña de: Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

Comentadores: Agustín Ponce, Sergio H. Otero

Páginas: 20-22

Reflexión

Gestionar en APS: animarse al rol desde la clínica, el Territorio y la praxis política de la medicina familiar

Autoras: Godoy Ana Carolina, García Cynthia

Páginas: 23-27

Entrevista

Erica Delorenzi - Educación interprofesional en la formación universitaria

Entrevistadora: Ma. Florencia Grande Ratti

Páginas: 28-31

Entrevista

Diego Sánchez Thomas - Inteligencia artificial para investigadores/as: Una mirada práctica y cotidiana

Entrevistadora: Ma. Florencia Grande Ratti

Páginas: 32-38

Editorial

El retorno a lo esencial: la medicina familiar como antídoto en la era de la algoritmización

Nos encontramos en una encrucijada histórica. Es imposible no maravillarse ante los avances diagnósticos, las terapias génicas y la integración de la Inteligencia Artificial en la práctica clínica diaria. Sin embargo, como médicos de cabecera, sentimos una tensión creciente: cuanto más precisos son nuestros instrumentos, más borrosa parece volverse la figura del ser humano que tenemos enfrente. Esta editorial no es un manifiesto contra la tecnología —sería necio negar su valor—, sino un llamado a la resistencia ética y profesional. Es una invitación a reafirmar los principios de la Medicina Familiar (MF) como el contrapunto necesario ante la despersonalización y la fragmentación que amenazan con convertir el acto médico en un mero procesamiento de datos.

El Paciente no es un Algoritmo: La Continuidad como Resistencia

El primer pilar que debemos defender es la continuidad del cuidado. En el sistema actual, la medicina se ha vuelto episódica y fragmentada. El paciente navega por un archipiélago de especialistas, cada uno enfocado en un órgano o sistema, pero nadie parece habitar el territorio de su biografía.

La tecnología nos ofrece "fotos" de alta resolución (una resonancia, un perfil genético), pero la Medicina Familiar ofrece la "película". La continuidad no es solo ver al paciente muchas veces; es la construcción de una narrativa compartida. En un mundo donde el "big data" pretende predecir conductas, el médico de familia sabe que la adherencia de Don José a su tratamiento para la hipertensión no depende de una aplicación en su celular, sino del duelo que atraviesa por la pérdida de su esposa o de la precariedad de su vivienda.

La despersonalización comienza cuando el dato reemplaza al relato. Nuestra tarea es rescatar la subjetividad del paciente, recordando que la salud es, ante todo, una experiencia biográfica y no solo un evento biológico.

La Integralidad frente a la Superespecialización

Asistimos a una "hiper-especialización" que, si bien es técnicamente eficiente, es humanamente deficitaria. El modelo biomédico actual tiende a reducir al sujeto a sus componentes moleculares. Aquí es donde la MF despliega su mayor potencia: el enfoque biopsicosocioambiental.

Mientras la tecnología tiende a la verticalidad (profundizar en lo mínimo), la MF apuesta por la horizontalidad. Entendemos que el síntoma es solo la punta del iceberg de un entramado complejo que incluye la familia, el trabajo y el entorno social. En la era de la telemedicina, corremos el riesgo de perder el lenguaje no verbal, el "olor" del hogar en una visita domiciliaria, y el contexto que le da sentido al padecimiento.

La verdadera innovación hoy no es un nuevo dispositivo, sino la capacidad de integrar la evidencia científica con los valores y preferencias del paciente. Eso es medicina basada en la persona, no solo en la evidencia.

La Tecnología como Medio, la Compasión como Fin

La tecnologización ha traído consigo la tiranía de la pantalla. En los consultorios, el teclado se ha convertido en una barrera física entre el médico y el paciente. Pasamos más tiempo alimentando al sistema de historias clínicas electrónicas que sosteniendo la mirada de quien sufre.

Debemos exigir y diseñar tecnologías que sean "invisibles" o que, al menos, no compitan con la relación médico-paciente. La IA debería liberarnos de las tareas burocráticas para devolvernos el tiempo —ese insumo tan escaso y sagrado en nuestra profesión— para la escucha activa.

El acto de auscultar, de palpar, de mirar a los ojos, tiene un valor terapéutico per se. Es el efecto del vínculo humano, algo que ningún chatbot puede replicar. La despersonalización se

combate con presencia. Una presencia que valida el sufrimiento del otro y lo acompaña en la incertidumbre, allí donde los algoritmos suelen dar respuestas binarias pero vacías de consuelo.

Prevención Cuaternaria: El Deber de No Dañar en la Era del Exceso

Uno de los mayores desafíos actuales es la medicalización de la vida cotidiana. La tecnología facilita el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Como médicos de familia, somos los guardianes de la Prevención Cuaternaria: el conjunto de actividades que identifican a los pacientes en riesgo de sobremedicalización para protegerlos de intervenciones médicas innecesarias.

En una sociedad que demanda soluciones mágicas y rápidas en forma de píldoras o estudios complejos, el médico de familia debe tener la valentía de decir "no es necesario". Esto requiere una confianza sólida, que solo se construye en el tiempo. La tecnología a menudo alimenta la ansiedad de salud; nosotros debemos ser el ancla de racionalidad y prudencia.

El Desafío de la Equidad en el Territorio

No podemos hablar de principios de la MF sin mencionar la orientación comunitaria. En distritos como los que vemos en nuestra diaria labor —desde las zonas urbanas hasta las periferias—, la tecnología suele ser una brecha más que un puente.

La medicina familiar es política en el sentido más puro: es la lucha por el derecho a la salud en el territorio. Mientras la medicina de alta complejidad se concentra en grandes centros urbanos, nosotros estamos en la trinchera, conociendo las uniones vecinales, las escuelas y los centros de jubilados. Nuestra red no es digital, es humana y comunitaria.

Hacia un Humanismo Tecnológicamente Intervenido

El futuro de la Medicina Familiar y General no debe ser la resistencia ciega a la modernidad, sino la domesticación de la técnica al servicio del humanismo. No permitamos que el "cómo" (la tecnología) devore al "por qué" (el alivio del sufrimiento y el cuidado de la vida).

Nuestra especialidad es la más moderna de todas, porque trata sobre lo que nunca pasará de moda: la necesidad humana de ser visto, escuchado y comprendido por otro ser humano. Sigamos siendo ese contrapunto necesario. Sigamos siendo médicos que usan la ciencia para curar, pero que usan su humanidad para sanar.

Que estas páginas que siguen sean un testimonio de esa medicina que, a pesar de los cables y las pantallas, sigue latiendo con el ritmo del corazón de nuestras comunidades.

**En esta editorial se utilizó la IA Gemini para pulir la redacción y dar el tono adecuado al texto.*


Mariana Castaños^a 

^a Médica de Familia, Magíster en Educación para Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza

1. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Roa, R., Ruiz Morosini, M. L., & Siede, J. Medicina familiar: Hacia un nuevo modelo de atención de la salud - Tomo I: Principios y Herramientas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Akadia 1997
3. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
4. Zurro AM, de la Revilla Ahumada L, de la Revilla Negro E. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes, 2011, ISBN 978-84-8086-728-3, págs. 331-352
5. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. International Journal of Family Medicine. 2015;2015:1-9.
6. Verghese A. Culture Shock — The Patient as Icon, Medicine as Idolatry. New England Journal of Medicine. 2008;359(26):2748-2751.
7. Acuña MG. Prevención Cuaternaria en la práctica clínica cotidiana: un imperativo ético. Revista Argentina de Medicina, Buenos Aires, V2, N2, Mayo 2014, Pág. 19-22. ISSN 1853-1709
8. Peabody FW. The Care of the Patient. JAMA. 1927;88(12):877-882.

Ácido hialurónico, ¿un beneficio oculto en pacientes con síntomas de climaterio?

Hyaluronic acid: A hidden benefit for patients with menopausal symptoms?

Autores/as: Lucía Cuenca^a , Mariana Alonso^a, Matías A. Cabeza^a, Valentina Deheza^a, Daniela S. Vicente^a

^a *Residencia Medicina Familiar - OSPeCon Sede Tucumán - Asociación Tucumana de Medicina General, Familiar y Comunitaria.*

Resumen

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) comprende signos y síntomas derivados de la disminución de estrógenos, como sequedad vaginal, dispareunia, prurito, irritación, disuria y urgencia miccional. Si bien los estrógenos locales constituyen el tratamiento de elección, su uso puede estar contraindicado o ser rechazado por algunas pacientes. El ácido hialurónico (AH), componente frecuente en humectantes vaginales de venta libre, ha sido propuesto como alternativa terapéutica no hormonal. A partir del caso de una paciente climaterica con antecedentes familiares de cáncer de mama que rechaza el uso de estrógenos, se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia más reciente. Los estudios analizados respaldan el uso del AH como una opción válida para el tratamiento sintomático del SGM, con impacto positivo en la calidad de vida.

Palabras claves: Menopausia, Dispareunia, Ácido Hialurónico, Vaginitis Atrófica

Abstract

Genitourinary syndrome of menopause (GSM) comprises signs and symptoms resulting from decreased estrogen levels, such as vaginal dryness, dyspareunia, itching, irritation, dysuria, and urinary urgency. Although local estrogens are the treatment of choice, their use may be contraindicated or rejected by some patients. Hyaluronic acid (HA), a common component in over-the-counter vaginal moisturizers, has been proposed as a non-hormonal therapeutic alternative. Based on the case of a climacteric patient with a family history of breast cancer who refused the use of estrogens, a bibliographic search was conducted for the most recent evidence. The studies analyzed support the use of HA as a valid option for the symptomatic treatment of GSM, with a positive impact on quality of life.

Autora para correspondencia: Lucía Cuenca. Correo electrónico: lucia93cuenca@gmail.com

Recibido: 9 de Diciembre de 2024. Aceptado: 4 de Mayo de 2025.

Cómo citar: Cuenca, L., Alonso, M., Cabeza, M. A., Deheza, V., & Vicente, D. S. (2026). Ácido hialurónico, ¿un beneficio oculto en pacientes con síntomas de climaterio? Archivos de Medicina Familiar y General, 23(1), 8 – 12

Introducción

Una paciente de 52 años consulta por dispareunia y sequedad vaginal, refiere antecedente de cáncer de mama en familiar de primer grado, por lo que no desea realizar tratamiento estrogénico. Plantea un tratamiento alternativo ya que escucho en la televisión sobre el uso de ácido hialurónico para la sequedad vaginal.

El SGM es un conjunto de signos y síntomas asociados a la disminución de estrógenos⁽¹⁾: sequedad vaginal⁽²⁾, dispareunia, prurito, irritación⁽³⁾, sangrado postcoital, disuria y urgencia miccional⁽⁴⁾. Los preparados estrogénicos locales son eficaces, aunque si existen contraindicaciones, dificultades para su uso o rechazo deben buscarse otras opciones terapéuticas. Actualmente el ácido hialurónico se usa como ingrediente clave en los humectantes vaginales, siendo un producto de venta libre que se promociona como alternativa a los tratamientos hormonales.

Pregunta Clínica

En personas en etapa climatórica, ¿el tratamiento con ácido hialurónico disminuye los síntomas del SGM?

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda en Cochrane, Pubmed y Biblioteca Virtual de Salud. Se agregaron filtros para incluir solamente revisiones sistemáticas (RSs) con/sin metaanálisis (MA) y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), de los últimos 5 años, sin restricción de idiomas.

Se hizo un análisis por título y resumen se seleccionaron los 2 estudios que mejor responden a la pregunta clínica. Se descartaron 3 estudios que comparaban otras vías de administración de ácido hialurónico y asociado a otros compuestos siendo muy heterogéneos y no respondiendo adecuadamente a la pregunta clínica. Finalmente se eligieron dos estudios que se ajustaron mejor a la pregunta clínica.

Los estudios excluidos presentaban alta heterogeneidad: ya que no solo comparaban tratamientos con ácido hialurónico, sino también con otros compuestos o diferentes vías de administración, como inyecciones de

ácido hialurónico, que no se ajustaban a nuestro objetivo de búsqueda. Además, muchos de esos otros estudios presentaban conflictos de interés, lo cual fue otro motivo para descartarlos.

Resumen de la evidencia

Título: Ácido hialurónico en la atrofia vaginal posmenopáusica: una revisión sistemática⁽⁵⁾

Autores: Carlos Campagnaro M. et al.

Año de publicación: 2020

Tipo de estudio: Revisión sistemática

Objetivo: Evaluar los efectos del Ácido Hialurónico para la mejora de la atrofia vaginal en comparación con el uso de estrógeno vaginal o placebo.

Métodos: Se incluyeron 5 ECAs publicados entre 2011 y 2017 involucrando un total de 335 mujeres en período menopáusico con edades comprendidas entre 45 y 70 años. Cuatro estudios compararon diferentes presentaciones de HA (óvulos-gel-crema) contra estrógeno en las mismas presentaciones. El único estudio que comparó HA con placebo lo hizo en presentación de gel. La posología utilizada fue entre todos los días y 3 veces a la semana, con una duración de tratamiento entre 1 a 2 meses.

La atrofia vaginal se abordó en todos los estudios incluidos, su evaluación se realizó mediante la escala visual analógica, donde se midió la gravedad de los síntomas antes y después del tratamiento. La mejoría de la dispareunia se evaluó mediante los cuestionarios de calidad de vida respondidos por las mujeres que participaron en el estudio. De acuerdo con el enfoque GRADE la calidad de los mismos fue muy baja por la falta de información suficiente en los estudios primarios. Los estudios no presentaron información sobre el cegamiento de participantes, profesionales, evaluadores y en el ocultamiento de la asignación, lo que resulta en sesgo de selección y detección.

Resultados: No fue posible realizar un metaanálisis debido a la heterogeneidad presente en los estudios incluidos en esta revisión. Los primeros 4 estudios que compararon el tratamiento con HA vs estrógenos no muestran una diferencia entre ambos grupos de tratamientos. En el último

estudio que compara HA vs placebo tampoco se observó diferencia. Por tanto, los tratamientos parecen tener una eficacia similar. No se observaron eventos adversos relacionados con el tratamiento y el curso del tratamiento fue muy aceptable para los participantes.

Conflicto de interés: Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Título: Una comparación del tratamiento con ácido hialurónico y estradiol en la atrofia vulvovaginal⁽⁶⁾

Autores: A. Jafarzade et al.

Año de publicación: 2024

Tipo de estudio: Ensayos clínicos controlado aleatorizado.

Objetivo: Comparar los efectos del estrógeno vaginal y el ácido hialurónico sobre la atrofia vulvovaginal.

Métodos: Se trata de un ECA realizado en el Hospital Koru Ankara Turquía desde abril hasta septiembre de 2023. Se incluyeron un total de 300 pacientes y se los aleatorizó en dos grupos, asignando 150 a cada grupo.

El grupo I recibió 10 µg de estradiol vaginal, un comprimido diario durante dos semanas y dos comprimidos por semana durante las siguientes 2 semanas. El grupo II recibió 5 mg de ácido hialurónico gel vaginal al día durante 14 días, seguido de dos días a la semana durante las dos semanas siguientes. El período de tratamiento duró 1 mes en ambos grupos. Las pacientes fueron examinadas por un ginecólogo y se determinó su puntuación en el Índice de Salud Vaginal (VHI) antes y después del tratamiento siendo la puntuación <15 indicativo de atrofia. No hubo cegamiento de participantes, profesionales, evaluadores ni ocultamiento de la asignación, lo que resultó en sesgo de selección y detección.

Resultados: En ambos grupos se observó una mejoría estadísticamente significativa en las puntuaciones del VHI tras el tratamiento ($p < 0,001$). En el grupo H el puntaje pasó de 7,97 a 20,24, mientras que en el grupo E pasó de 7,84 a 20,35. No se encontraron diferencias significativas en la eficacia global entre los grupos ($p = 0,712$). En cuanto a los síntomas individuales, ambos grupos presentaron

mejorías significativas intragrupo ($p < 0,001$). No se observaron diferencias intergrupales en dispareunia ($p = 0,632$), disuria ($p = 0,106$) ni ardor ($p = 0,128$). En cambio, el grupo tratado con ácido hialurónico mostró una mejoría significativamente mayor en el prurito ($p = 0,012$), mientras que el grupo tratado con estrógenos presentó una reducción superior en la sequedad vaginal ($p = 0,002$).

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Conclusión final e implicaciones para la práctica médica.

Tanto la Sociedad Internacional de Menopausia como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomiendan el uso de estrógenos locales como primera línea de tratamiento para la atrofia vulvovaginal, dada su eficacia demostrada en estudios clínicos^(7,8). Sin embargo, cuando los estrógenos no son una opción —por contraindicaciones o preferencia de la paciente— los hidratantes y lubricantes, como el ácido hialurónico, representan una alternativa válida, especialmente para mujeres con síntomas leves a moderados.

No obstante, es importante considerar algunas limitaciones en la evidencia disponible. Los estudios analizados evaluaron los efectos del tratamiento únicamente a corto plazo (1 a 2 meses), por lo que no se cuenta con información robusta sobre su efectividad o seguridad a largo plazo. Además, existe riesgo de sesgo en los estudios incluidos, especialmente debido a la falta de enmascaramiento en la selección de participantes y en la evaluación de los resultados, lo que podría haber influido en los hallazgos. En uno de los estudios también se observaron diferencias en las variables medidas y una falta de estandarización en las formulaciones de ácido hialurónico, lo que contribuyó a la heterogeneidad y dificultó la posibilidad de realizar un metaanálisis.

El segundo estudio no aporta información sobre la relevancia clínica de estos cambios ni sobre su impacto en la calidad de vida de las pacientes, lo que constituye una limitación importante a considerar.

Sería deseable que los estudios reporten la

presencia o ausencia de eventos adversos para evaluar adecuadamente la seguridad del ácido hialurónico en este contexto

El ácido hialurónico podría ser una alternativa terapéutica, especialmente cuando se toman decisiones compartidas entre el médico y la paciente, para asegurar que se elija el tratamiento más adecuado según las necesidades individuales.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Año País Autor	Tipo de intervención	Síntomas derivados de la atrofia vaginal	Dispareunia
Ekin et al, 2010 (Turquía)	HA	Antes: Media \pm DE: 9,24 \pm 1,92 Después: Media \pm DE: 3,86 \pm 1,39 (P <0,001)	
	Placebo	Antes: Media \pm DE: 3,71 \pm 1,93 Después: Media \pm DE: 2,67 \pm 1,53 (P <0,001)	
Chen et al, 2013 (China)	HA		Antes: Media \pm DE: 24,33 \pm 31,78 Después: Media \pm DE: 56,96 \pm 41,47 (P = 0,2551)
	Placebo		Antes: Media \pm DE: 26,64 \pm 35,62 Después: Media \pm DE: 62,33 \pm 43,80 (P = 0,2551)
Jokar et al, 2016 (Irán)	HA	Antes: Media \pm DE: 5,92 \pm 2,15 Después: Media \pm DE: 2,60 \pm 1,39 (P <0,001)	
	Placebo	Antes: Media \pm DE: 5,80 \pm 2,28 Después: Media \pm DE: 4,10 \pm 1,66 (P <0,001)	
Duque- Estrada et al, 2017 (Brasil)	HA	Mucha sequedad: 54,3 % Suma de disminución leve, moderada y grave: 97 \pm 1 (P = 0,786) Sequedad moderada: 42,9 % Sequedad leve: 2,9 % Sin sequedad: 0 %	
	Placebo	Mucha sequedad: 57,6 % Suma de disminución leve, moderada y grave: 100 (P = 0,786) Sequedad moderada: 42,4 % Poca sequedad: 0 % Sin sequedad: 0 %	
Grimaldi et al, 2012 (Italia)	HA	Antes: Media \pm DE: 7,46 \pm 0,23 Después: Media \pm DE: 3,73 \pm 0,57 (P <0,001)	
	Placebo	Antes: Media \pm DE: 4,88 \pm 0,36 Después: Media \pm DE: 7,14 \pm 0,29 (P <0,001)	

Tabla 1: Descripción de los resultados analizados de los estudios incluidos

Referencias

1. Palacios S, Cancelo Hidalgo MJ , González SP, Manubens M , Sánchez-Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-148.
2. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, et al. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric* 2018;21:167-73.
3. Palacios S, Nappi RE, Bruyniks N, Particco M, Panay N; EVES Study Investigators. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): Prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric* 2018;21:286-95.
4. Portman DJ, Gass MLS, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause* 2014;21:1063-8.
5. C. Campagnaro M Dos Santos, M. Uggioni, T. Colonetti, L. Colonetti, A. Grande, M. Da Rosa. *The Journal of Sexual Medicine* , volumen 18, número 1, enero de 2021, páginas 156-166, PMID: 33293236
6. A. Jafarzade, T. Mungan, S. Aghayeva, B. Yıldırım Baydemir, OU Ekiz, A. Biri. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, Año: 2024, Vol. 28 - N. 2, Páginas: 571-576.
7. D. W. Sturdee y N. Panay. Recomendaciones para el manejo de la atrofia vaginal postmenopáusicas. International Menopause Society. 2010. Disponible en: <https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2020/08/ims-recommendations-2010-10-spanish.pdf>
8. S. Palacios, M. Cancelo Hidalgo, S. González, M. Manubens, Sánchez- Borrego. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-14

Efectos de la suplementación con selenio en la tiroiditis de hashimoto: ¿reduce los anticuerpos?

Effects of Selenium Supplementation in Hashimoto's Thyroiditis: Does it Reduce Antibodies?

Autores/as: Andrés F. Herrera G.^a , Angie M. Echavarría C.^b

^a Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC - Grupo de Investigación en Epidemiología Clínica de Colombia GRECO UPTC.

^b Médica, Servicio de Medicina Familiar, Sanatorio Güemes.

Resumen

El selenio es un oligoelemento esencial para la homeostasis tiroidea, cuyo papel ha ganado interés en el manejo de la tiroiditis de Hashimoto. En el contexto de la consulta con su médico de familia, una paciente de 34 años con hormona estimulante de la tiroides (TSH) normal y anticuerpos antiperoxidasa positivos (TPOAb), se plantea la pregunta clínica: ¿la suplementación de selenio reduce los niveles de anticuerpos en pacientes eutiroideos con anticuerpos positivos? Se realizó una revisión de actualización breve sobre los efectos de la suplementación con selenio en la tiroiditis de Hashimoto y en los anticuerpos. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed y Cochrane el día 23/12/2024 y se identificaron un total de 22 artículos relevantes: 18 revisiones sistemáticas (RS) y 2 metaanálisis (MA), tras la revisión de título y subtítulos se eligieron 3 artículos, los 17 restantes se descartaron por no ajustarse a la pregunta PICO. La revisión sistemática 2023 de Wang YS, y cols, que mostró una reducción significativa de los niveles de TPOAb a los 3, 6 y 12 meses en pacientes en tratamiento con T4L y sin tratamiento, mientras que no hubo reducción significativa en los niveles de TGAb a los 3 meses, pero sí a los 6 meses en pacientes en tratamiento con T4L y en los pacientes no tratados con T4L, la reducción fue significativa a los 3 y 6 meses, pero no a los 12 meses. La RS 2024 de Huwiler VV y cols evidenció una reducción significativa en los niveles de TPOAb, pero no de TGAb. Zuo y cols, demostraron en su metaanálisis 2024 que los niveles de TPOAb disminuyeron significativamente, mientras que los niveles de anticuerpos antitiroglobulina (TGAb) no mostraron diferencias. Las dosis de selenio reportadas varían entre el rango de 80 a 200 µg/día con un límite superior de 400 µg/día vía oral. En conclusión, aunque el uso del selenio es seguro y prometedor para disminuir los niveles de anticuerpos en tiroiditis de Hashimoto, se requieren estudios de mayor calidad para recomendar su uso de forma rutinaria.

Palabras claves: Tiroiditis de Hashimoto, Selenio, Suplementos Dietéticos, anticuerpos

Autor para correspondencia: Andrés Herrera. Correo electrónico: andres.herrera07@uptc.edu.col

Recibido: 05 de mayo de 2025. Aceptado: 03 de diciembre de 2025.

Cómo citar: Herrera-García, A. F., & Echavarría-Cadena, A. M. (2026). Efectos de la suplementación con selenio en la tiroiditis de Hashimoto: ¿reduce los anticuerpos? Archivos de Medicina Familiar y General, 23(1), 13 -19.

Abstract

Selenium is an essential trace element for thyroid homeostasis, whose role has gained interest in the management of Hashimoto's thyroiditis. In the context of a family medicine consultation, a 34-year-old woman presents with elevated thyroid-stimulating hormone (TSH) levels and positive anti-thyroid peroxidase antibodies (TPO-Ab), raising the clinical question: does selenium supplementation reduce antibody levels in patients with autoimmune thyroiditis with positive antibodies? A brief updated review was conducted to evaluate the effects of selenium supplementation on Hashimoto's thyroiditis and antibody levels. The search was carried out in the PubMed and Cochrane databases on December 23, 2024, identifying a total of 22 relevant articles: 18 systematic reviews (SRs) and 2 meta-analyses (MAs). After screening titles and abstracts, 3 articles were selected, while the remaining 17 were excluded for not meeting the PICO criteria. The 2023 systematic review by Wang YS et al. showed a significant reduction in TPOAb levels at 3, 6, and 12 months in patients treated with levothyroxine (T4L) and in those without treatment. Conversely, there was no significant reduction in TGAb levels at 3 months, but a reduction was observed at 6 months in patients receiving T4L. In untreated patients, the reduction was significant at 3 and 6 months, but not at 12 months. The 2024 systematic review by Huwiler VV et al. also reported a significant decrease in TPOAb levels, but not in TGAb levels. Similarly, Zuo et al. (2024) demonstrated in their meta-analysis that TPOAb levels significantly decreased, whereas anti-thyroglobulin antibody (TGAb) levels showed no significant differences. Reported selenium doses ranged from 0 to 200 µg/day, with an upper safe limit of 400 µg/day administered orally. In conclusion, although selenium supplementation appears to be safe and promising for reducing antibody levels in Hashimoto's thyroiditis, further high-quality studies are required to support its routine clinical use.

Keywords: Hashimoto's thyroiditis, Selenium, Dietary Supplements, Antibodies

Introducción:

La tiroiditis autoinmune (TA) representa una de las principales causas de disfunción tiroidea en los adultos, se caracteriza por una respuesta inmune anómala, producción de anticuerpos contra la tiroglobulina (Tg) y la peroxidasa tiroidea (TPO) que generan estrés oxidativo y daño tisular que evoluciona recurrentemente a hipotiroidismo⁽¹⁾. La patología más común de este grupo es la tiroiditis de Hashimoto (TH).

El selenio es un oligoelemento esencial para la salud humana que desempeña un papel fundamental en la homeostasis tiroidea. Su acción principal se ejerce a través de la incorporación en selenoproteínas como la glutatión peroxidasa y la yodotironina desyodinasas, las cuales intervienen en el metabolismo de las hormonas tiroideas y en la protección frente al estrés oxidativo⁽²⁾.

En este contexto y considerando que la glándula tiroides contiene la concentración de selenio más elevada por gramo tisular⁽²⁾, se ha propuesto que la suplementación con selenio podría tener un impacto beneficioso en los trastornos tiroideos atenuando la autoinmunidad tiroidea, reduciendo los anticuerpos y preservando la función glandular⁽³⁾.

Contexto clínico:

El uso del selenio como suplemento nutricional en el manejo de la TH se ha popularizado en las redes sociales y cada vez son más los pacientes que solicitan su prescripción. A propósito del caso de una paciente de 34 años de edad con hormona estimulante de la tiroides (TSH) normal y anticuerpos antiperoxidasa (TPOAb) positivos que consultó a su médico de familia sobre el uso de selenio para disminuir los TPOAb, se planteó la pregunta clínica: ¿En pacientes adultos con niveles normales de TSH, la suplementación con selenio oral reduce los niveles de anticuerpos? Este artículo de actualización pretende examinar, con enfoque en la medicina basada en la evidencia, RS y MA más recientes (últimos 5 años) que abordan este interrogante.

Pregunta pico:

- Población: Pacientes adultos con niveles normales de TSH y anticuerpos positivos (TPOAb, TGAb).
- Intervención: Suplementación con selenio vía oral.
- Comparador: Sin suplementación/placebo.
- Outcomes (Resultados): Reducción de anticuerpos.

Estrategia de búsqueda:

Se realizó una búsqueda en bases de datos de PubMed y Cochrane el 23 de diciembre de 2024. En PubMed/MEDLINE, la ecuación de búsqueda combinó descriptores MeSH y términos libres mediante operadores booleanos:

((Selenium (Mesh) OR Selenium (Title/Abstract) OR "Se"; (Title/Abstract)) AND (Thyroid* (Title/Abstract) OR TSH (Title/Abstract) OR "Thyrotropin"; (Mesh) OR "Thyroid Diseases"; (Mesh)) AND (Autoimmun* (Title/Abstract) OR Autoantibod* (Title/Abstract) OR "Autoantibodies"; (Mesh))) AND "Meta-Analysis"; (Publication Type) OR "Meta-Analysis as Topic"; (Mesh) OR "Systematic Review"; (Publication Type) OR meta-analys* (Title/Abstract) OR systematic review* (Title/Abstract), e incorporando filtros para metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas en los últimos cinco años.

En Cochrane, se utilizó la cadena "Selenium" AND "hypothyroidism" AND "antibodies" bajo criterios equivalentes de temporalidad y tipo de estudio. En total, se identificaron 20 artículos en PubMed, de los cuales se incluyeron 3 (1 MA y 2 RS) tras la revisión de títulos y resúmenes. En Cochrane se localizaron 2 RS adicionales, que fueron excluidas por superar el límite temporal establecido (últimos 5 años). La muestra bibliográfica final comprendió tres estudios recientes (periodo 2021-2024).

Análisis crítico de la evidencia:

1. Wang YS, y cols. The Effects of Selenium Supplementation in the Treatment of Autoimmune Thyroiditis: An Overview of Systematic Reviews. Nutrients. 2023⁽⁴⁾.

Objetivo: resumir la evidencia de la suplementación de selenio en el tratamiento de la TH. **Metodología:** se realizó una búsqueda en PubMed, Web of Science, Embase y Cochrane. **Población:** adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de TH. **Intervención:** suplementación con selenio (selenometionina, selenito de sodio, levadura de selenio, etc.) combinado o no con levotiroxina (T4L) (terapia estándar). La dosis utilizada en la mayoría de los ECA fue de 200 $\mu\text{g}/\text{día}$ con un límite superior de 400 $\mu\text{g}/\text{día}$ vía oral.

Comparación: placebo, sin intervención o terapia estándar, sin suplementación con selenio.

Resultados: se identificaron 104 registros. Se excluyeron estudios duplicados, con datos insuficientes, embarazo, oftalmopatía asociada, estudios en idioma diferente al inglés o chino. Se incluyeron 6 revisiones sistemáticas que contenían un total de 75 ECA con 2292 pacientes. La calidad metodológica de las revisiones fue evaluada con AMSTAR-2. Un estudio fue de alta calidad, uno de baja calidad y cuatro de calidad críticamente baja. La mayoría de ECA tenían riesgo de sesgo incierto o alto. Los hallazgos se presentan en la Tabla 1.

Conclusión: la suplementación con selenio podría ser beneficiosa en tiroiditis autoinmune, aunque se requieren más estudios para confirmarlo.

DESENLACE	HALLAZGOS	LIMITACIONES
Niveles de TPOAb en población tratada con T4L.	Disminuyeron significativamente en el grupo de selenio a los 3 meses (SMD -0.53 (IC95% -0.89, -0.17), I ² =84.4%, P=0.000). Disminuyeron significativamente a los 6 meses (SMD -1.95 (IC95% -3.17, -0.74), I ² =96.5%, P=0.000).	Heterogeneidad significativa entre estudios
Niveles de TPOAb en población no tratada con T4L.	Disminuyeron significativamente en el grupo de selenio a los 3 meses (SMD -1.40, (IC95% -2.27, -0.54), I ² = 96.2%, P=0.000), a los 6 meses (SMD -1.93 (IC95% -3.09, -0.77), I ² = 97,6%, P=0.000) y a los 12 meses: (SMD -3.14 (IC95% -6.49, -0.21), I ² =98.7%, P=0.000).	Heterogeneidad significativa entre estudios
Niveles de TGAAb en población tratada con T4L.	No disminuyeron significativamente en el grupo de selenio a los 3 meses (SMD -0.23, (IC95% -0.40, 0.02), I ² =48.1%, P=0.072). Disminuyeron significativamente los 6 meses (SMD -0.50, (IC95%-1.15, 0.15), I ² =87.8%, P=0.000).	Heterogeneidad significativa entre estudios
Niveles de TGAAb en población no tratada con T4L.	Disminuyeron significativamente en el grupo de selenio a los 3 meses (SMD -0.67, (IC95% -0.99 a -0.34), I ² =0.0%, p = 0.986) y a los 6 meses (SMD -2.13 (IC95% -3.59, -0,67), I ² =97.1%, p=0.000). No disminuyó significativamente a los 12 meses (SMD -2.32, (IC 95% -7.04 a 2.41), I ² =99.3%, p = 0.000).	Heterogeneidad significativa entre estudios
Efectos adversos	No hubo diferencias significativas en los efectos adversos entre los grupos de selenio y control (RR = 2.39, IC95% 0.93-6.11, I ² =0.0%, p=0.956). Los efectos adversos más comunes fueron malestar gástrico y pérdida de cabello.	Reporte limitado de efectos adversos en algunos estudios.

Tabla 1. Hallazgos de la RS de Wang YS y cols. Fuente: elaboración propia. IC: Intervalo de confianza. SMD: Diferencia de medias estandarizada. I²: Heterogeneidad. TSH: Hormona estimulante de la tiroides. T4L: Tiroxina libre. T3L: Triyodotironina libre. TPOAb: anticuerpos antiperoxidasa tiroidea. TGAAb: anticuerpos contra tiroglobulina.

2. Huwiler VV y cols. Selenium Supplementation in Patients with Hashimoto Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Thyroid. 2024⁽⁵⁾.

Objetivo: investigar el efecto de la suplementación con selenio en la TH con especial atención a la función tiroidea, anticuerpos tiroideos, hallazgos ecográficos, marcadores inmunológicos, resultados informados por el paciente y seguridad.

Metodología: realizaron una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en bases de datos MEDLINE, Embase, CINHALL, Web of Science, Google Scholar y Cochrane, de artículos publicados hasta 2023, sin restricción de fecha, edad de participantes, lenguaje,

duración, tipo de selenio o régimen, resultados, falta o deficiencia de selenio. Se identificaron 1025 ECAs, de los cuales seleccionaron 35 para la síntesis cualitativa y 32 para el MA. La dosis utilizada fue variable, con un rango entre 80 a 400 µg/día vía oral, con formas químicas del selenio que incluyen selenometionina y selenito de sodio. Resultados: ECAs publicados entre 2002 y 2021 llevados a cabo en Europa (n=19), Medio Oriente (n=9), Asia (n=11) y América del sur (n=1), que incluyeron de 31 a 365 participantes, con población variable: niños y adolescentes (n=2), embarazadas (n=3) y adultos. En 32 estudios (91%) la mayoría fue de sexo femenino y la duración de los ECA fue variable entre los 2 y 12 meses, con una duración media de 5.8 meses. Los hallazgos y

grado de certeza GRADE se sintetizan en la Tabla 2.

Limitaciones: a pesar del uso de diferencias de medias estandarizadas para medir el tamaño del efecto, no se puede interpretar el efecto clínico. Las concentraciones de selenio pueden variar de acuerdo con la técnica analítica. El selenio sérico solo refleja la ingesta total en los últimos días. Además, hubo falta de información sobre los hábitos alimentarios de los participantes, datos sobre cumplimiento/adherencia y no se consideraron las terapias de reemplazo de hormona tiroidea

(THRT). Los autores concluyen que la suplementación con selenio se mostró prometedora en reducir los niveles de TSH, especialmente en individuos eutiroideos e hipotiroideos subclínicos sin THRT. Se requieren estudios de alta calidad con tamaños de muestra más grandes para extraer conclusiones sobre los niveles de TPOAb.

EVALUACIÓN DE CERTEZA					Efecto	Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño del estudio	Riesgo de sesgo	Selenio	Sin tratamiento	Relativo		
TSH (n=26)	ECA	Serio	1092	971	SMD -0.21 (-0.43 a 0.01)	Moderada	Crítica
T4L (n=21)	ECA	Serio	864	800	SMD 0.05 (-0.15 a 0.25)	Moderada	No importante
T3L (n=11)	ECA	Serio	330	328	SMD 0.51 (-0.11 a 1.13)	Muy baja	No importante
TPOAb (n=29)	ECA	Serio	1233	1125	SMD -0.96 (-1.36 a -0.56)	Baja	Importante
TGAb (n=17)	ECA	Serio	686	597	SMD -0.27 (-0.59 a 0.06)	Baja	
EVENTOS ADVERSOS (n=16)	ECA	Serio	698	641	OR 0.89 (0.46 a 1.74)	Moderada	

Tabla 2. Grados de recomendación GRADE del uso del selenio de TH, modificado de (5). Siglas: TSH: Hormona estimulante de la tiroides. T4L: Tiroxina libre. T3L: Triyodotironina libre TPOAb: anticuerpos antiperoxidasa tiroidea. TGAb: anticuerpos contra tiroglobulina. SMD: Diferencia de Medias Estandarizada.

3. Zuo Y y cols. The correlation between selenium levels and autoimmune thyroid disease: a systematic review. *Annals of Palliative Medicine*. 2021⁽⁶⁾.

Objetivo: evaluar los efectos de la suplementación con selenio en pacientes con enfermedad tiroidea autoinmune.

Metodología: los ECA que incluyeron pacientes con suplementación con selenio. De 965 referencias encontradas en la búsqueda en 6

bases académicas, se seleccionaron finalmente 17. La dosis utilizada fue de 80 a 400 µg/día de selenio vía oral. Resultados: La suplementación con selenio en pacientes con TA podría reducir los niveles séricos de TPOAb, T3L y T4L, aunque no se observaron efectos en los niveles de TSH y TGAb (ver tabla 3). Los autores encontraron como limitaciones la inclusión de muchos tipos de TA sin distinción de subgrupos.

DESENLACE	HALLAZGOS	LIMITACIONES
Niveles séricos de TSH	No fueron significativas entre el grupo experimental en tratamiento combinado de selenio y fármaco antitiroideo (437 sujetos) y el grupo de control (414 sujetos): DM 0.06; IC95%: -0.53-0.66; p=0.83.	Alta heterogeneidad (I ² =94%)
Niveles séricos de T3L	Los niveles de T3L en el grupo experimental en tratamiento con selenio y fármacos antitiroideos (338) fueron significativamente más bajos en comparación con el grupo de control (321): DM -0.40; IC95%: -0.70 a -0.10; p=0.009.	Alta heterogeneidad (I ² =92%)
Niveles séricos de T4L	Los niveles de T4L en el grupo experimental en tratamiento con selenio y fármacos antitiroideos (427) fueron significativamente más bajos en comparación con el grupo de control (418): DM -0.76; IC95% -1.58 a -0.07; p=0.07.	Alta heterogeneidad entre estudios (I ² =89%; p<0.00001).
Niveles séricos de TPOAb	Los niveles de TPOAb en el grupo experimental en tratamiento con selenio y fármacos antitiroideos (454) fueron significativamente más bajos en comparación con el grupo de control (442): DM -150.25; IC95% -204.06 a -96.43; p<0.00001.	Alta heterogeneidad entre estudios (I ² = 99% p<0.00001).
Niveles séricos de TGAb	Los niveles de TGAb en el grupo experimental en tratamiento con selenio y fármacos antitiroideos (220) no mostraron diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo de control (209): DM -17.19; IC95% -254.86-289.25; p=0.90.	Alta heterogeneidad entre estudios (I ² = 99%, p<0.00001).
DM: Diferencia de Medias		

Tabla 3. Resultados de la RS de Zuo y cols. (6). Fuente: elaboración propia. TSH: Hormona estimulante de la tiroides. T4L: Tiroxina libre. T3L: Triyodotironina libre TPOAb: anticuerpos antiperoxidasa tiroidea. TGAb: anticuerpos contra tiroglobulina.

Conclusión e implicaciones para la práctica

La suplementación con selenio podría reducir los niveles de anticuerpos en patologías tiroideas autoinmunes como la TH, mostrando un perfil de seguridad favorable según la evidencia disponible. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los niveles de TSH, T4L y T3L. La evidencia actual es insuficiente para recomendar su uso rutinario.

En el caso de la paciente que consultó a su médico de familia, la toma de decisiones compartidas fue fundamental. Si bien el selenio podría reducir los anticuerpos, sus implicaciones clínicas y la duración de sus efectos no son claros.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Wang W, Jiang QL, Xu Q, Zeng Y, Jiang R, Jiang J. Selenium regulates T cell differentiation in experimental autoimmune thyroiditis in mice. *International Immunopharmacology*. 2023 Nov 1;124:110993. doi: 10.1016/j.intimp.2023.110993.
2. Wang F, Li C, Li S, Cui L, Zhao J, Liao L. Selenium and thyroid diseases. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Mar 24;14:1133000. doi: 10.3389/fendo.2023.1133000.
3. Hu Y, Feng W, Chen H, et al. Effect of selenium on thyroid autoimmunity and regulatory T cells in patients with Hashimoto's thyroiditis: a prospective randomized-controlled trial. *Clin Transl Sci*. 2021;14(4):1390-1402. DOI:10.1111/cts.12993. PMID: 33650299.
4. Wang YS, Liang SS, Ren JJ, Wang ZY, Deng XX, Liu WD, et al. The Effects of Selenium Supplementation in the Treatment of Autoimmune Thyroiditis: An Overview of Systematic Reviews. *Nutrients*. 2023 Jul 19;15(14). doi: 10.3390/nu15143194.
5. Huwiler VV, Maissen-Abgottspon S, Stanga Z, Mühlebach S, Trepp R, Bally L, et al. Selenium Supplementation in Patients with Hashimoto Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Thyroid*. 2024 Mar;34(3):295–313. doi: 10.1089/thy.2023.0556.
6. Zuo Y, Li Y, Gu X, Lei Z. The correlation between selenium levels and autoimmune thyroid disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021 Apr;10(4):4398–4408. doi: 10.21037/apm-21-449.

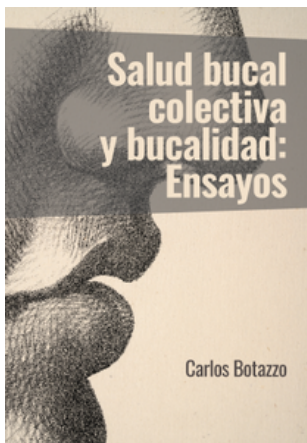
La boca habla, aunque a veces no la escuchamos. Reseña de: Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

The mouth speaks, even when we don't listen. A review of Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

Comentadores: Agustín Ponce^a , Sergio Hernán Otero^b

^a Odontólogo, Centro de Investigación y Estudios en Cultura y Sociedad (CIECS), Unidad dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, ciudad de Córdoba, Argentina- Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

^b Odontólogo, docente de Salud Pública en la Universidad Nacional Arturo Jauretche y docente de Odontología de Familia y Comunitaria en la Universidad Nacional de La Matanza, Provincia de Buenos Aires.



Título: Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

Autores, editores o compiladores: Carlos Botazzo

Año de publicación: 2025

Editorial: EDUNLa, Cuadernos del ISCo

Lugar de edición: Lanús, Buenos Aires

ISBN: 978-631-6723-07-9

DOI: 10.18294/CI.9786316723079

Resumen

El libro *Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos* de Carlos Botazzo (EDUNLa, 2025) propone una revisión crítica de la odontología tradicional y del modo en que la boca ha sido concebida en las políticas y prácticas sanitarias. A partir de textos escritos durante más de tres décadas, el autor impulsa un desplazamiento conceptual: de lo dental a lo bucal, de la técnica al territorio y de la enfermedad al cuidado. La categoría de bucalidad constituye el núcleo de su propuesta, al entender la boca como territorio simbólico, cultural y político donde se inscriben la palabra, el deseo y las desigualdades sociales. Desde esta perspectiva, Botazzo denuncia el carácter colonial y patriarcal de la odontología moderna e invita a construir prácticas de salud integrales, sensibles y situadas. La obra interpela especialmente a la atención primaria, donde pensar la boca como parte del cuerpo social significa transformar las formas de cuidado y de relación con las comunidades.

Autor para correspondencia: Agustín Ponce. Correo electrónico: agustinfponce@unc.edu.ar

Recibido: 10 de Noviembre de 2025. Aceptado: 20 de Diciembre de 2025.

Cómo citar: Ponce, A., & Otero, S. H. (2026). La boca habla, aunque a veces no la escuchamos. Reseña de: *Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos*. Archivos de Medicina Familiar y General, 23(1), 20 –22.

¿Qué lugar ocupa la boca (ese territorio sensible, político y profundamente humano) en la atención primaria de la salud? ¿Cómo se ha tejido su presencia (o ausencia) en las políticas sanitarias, las prácticas clínicas y los saberes profesionales?

Aunque la boca habita cada historia de salud, en la arquitectura institucional de la salud suele ser tratada apenas como un conjunto de elementos dentarios y patologías, en la práctica cotidiana de la atención primaria, su dimensión social, cultural y subjetiva queda muchas veces fuera de la escucha clínica y de las narrativas comunitarias. Volver a situarla en el centro implica reconocerla como parte viva de la salud de las personas y de sus territorios.

En este escenario, la propuesta de Carlos Botazzo irrumpe con fuerza. Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos⁽¹⁾ no es un texto más sobre odontología; es una intervención epistémica que cuestiona los cimientos de las prácticas sanitarias hegemónicas y propone un desplazamiento radical: de lo dental a lo bucal, de la técnica al territorio, de la enfermedad al cuidado, de la salud pública a la salud colectiva.

La publicación reúne una selección de textos escritos a lo largo de más de tres décadas, muchos de ellos inéditos en español. Su edición por el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad de Lanús (Argentina), representa un hito para el campo de la salud bucal en América Latina, no solo por la accesibilidad lingüística al público hispanohablante, sino (sobre todo) porque pone en circulación una mirada crítica, política y profundamente situada.

La antología recorre distintas etapas del pensamiento del autor: desde sus primeras reflexiones sobre salud bucal colectiva en los años ochenta, hasta escritos más recientes sobre subjetividad, clínica ampliada e integralidad. A través de este itinerario, se propone una distinción radical entre odontología y salud bucal colectiva, desmontando la idea de que esta última sea simplemente una extensión técnica de la primera.

En el centro de este proyecto conceptual se encuentra la bucalidad, una categoría que desplaza la mirada desde lo estrictamente clínico hacia un horizonte simbólico, cultural y político. La boca deja de ser un conjunto de órganos para convertirse en un territorio donde se inscriben la palabra, el deseo, el alimento y las huellas del poder. La boca es social y humana. Esta noción desarma la frontera entre lo biológico y lo social, y propone recuperar la boca como parte constitutiva de la experiencia humana de salud y enfermedad.

Botazzo demuestra que esta fragmentación histórica (que separó a la odontología del cuerpo social y de los procesos de cuidado) no es casual. Surgió de un modelo disciplinar que aisló la práctica odontológica, reforzando jerarquías profesionales y subordinando el sentido del cuidado a la lógica técnica. La odontología moderna, advierte el autor, se configuró como una práctica colonial y patriarcal, centrada en la enfermedad y no en las personas. Al reducir la boca a un objeto de intervención y rentabilidad, se consolidó un lenguaje cerrado que marginó los saberes populares, las experiencias comunitarias y los modos no biomédicos de cuidar.

Desde esta crítica, la bucalidad emerge como una respuesta política y epistemológica: una apuesta por liberar la boca de los cercos disciplinares y coloniales. Al reconocerla como territorio simbólico y de disputa, se abren paso bucalidades múltiples -negras, indígenas, trans, villeras- que revelan cómo las desigualdades de clase, género y raza atraviesan el cuerpo y sus modos de expresión. Asumir esa diversidad implica pensar la salud bucal como un campo vivo de relaciones de poder, donde el cuidado se redefine como práctica situada y socialmente implicada.

En la atención primaria, esta perspectiva adquiere una resonancia inmediata. Quienes trabajan en el primer nivel enfrentan diariamente las formas concretas de las desigualdades que Botazzo describe. Incorporar la bucalidad significa dejar de considerar la boca como un territorio ajeno o derivado y reconocerla como una dimensión viva del trabajo clínico y comunitario. No se trata solo de sumar prestaciones odontológicas, sino de transformar miradas, prácticas y lenguajes del cuidado. Abandonar la lógica de la derivación automática y construir estrategias integrales entre profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social y odontología, entre otras, es parte del desafío que el libro invita a asumir.

En definitiva, Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos no es solo una reflexión sobre odontología: es un llamado a mirar la boca como espacio de humanidad, desigualdad y cuidado. La bucalidad se presenta como una clave para desnaturalizar la fragmentación, integrar saberes y construir prácticas más justas, sensibles y políticas. Poner la boca en el centro del cuerpo (y de la atención primaria) es apostar por un cuidado que reconozca, escuche y dignifique todas las formas de vida.

Referencias

1. Botazzo C. Salud bucal colectiva y bucalidad: ensayos. 1ª ed. Remedios de Escalada (Buenos Aires): De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús; 2025. (Cuadernos del ISCo; 63). ISBN: 978-631-6723-07-9. doi: 10.18294/CI.9786316723079.

Gestionar en APS: animarse al rol desde la clínica, el Territorio y la praxis política de la medicina familiar

Managing in primary health care: embracing the role from Clinical practice, territory, and the political praxis of Family medicine

Autoras: Ana C. Godoy^a, Cynthia García^b

Colaboradores: María B. Aguerre, Gabriel Cejas^c, Patricia Chuquisengo, Gabriela Di Croce^d, José I. Gimutky, María J. Igoldi, Viviana Ramírez, Julieta Rodríguez C.^e, Tomás I. Sibaja

^a Esp. en Medicina Familiar. Mg en Salud Colectiva. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Universidad de Córdoba.

^b Esp. en Medicina Familiar. Médica responsable de la Empresa Nacional Argenti Group y como auditora en la Caja Popular de Ahorros de Tucumán.

^c Médico de familia.

^d Médica de familia.

^e Médica de familia.

Resumen

Introducción:

La Atención Primaria de la Salud (APS) se desarrolla en contextos de creciente complejidad social, institucional y política, donde la gestión suele percibirse como un ámbito ajeno a la práctica clínica. Sin embargo, en la Medicina Familiar y General la gestión forma parte de la práctica cotidiana, ya que los profesionales organizan tiempos, recursos, prioridades y vínculos en su trabajo diario. El pasaje hacia roles formales de gestión no implica abandonar la clínica, sino ampliar su escala y su impacto. Este artículo surge a partir de una experiencia desarrollada en un Congreso de Medicina Familiar que reconoció explícitamente la dimensión política de la especialidad. El objetivo es compartir una experiencia de reflexión sobre la gestión en APS y poner en valor el acto de asumir roles de gestión como parte del ejercicio profesional de especialidad.

Desarrollo:

La gestión en APS implica tomar decisiones que inciden directamente en el acceso, la continuidad, la integralidad y la calidad de la atención. Por ello, no constituye una tarea meramente técnica sino una práctica política situada, atravesada por valores y disputas sobre prioridades sanitarias. Desde la perspectiva de la Medicina Familiar, gestionar supone ampliar la escala del cuidado sin perder la mirada clínica ni el anclaje territorial. El artículo recupera un taller participativo realizado en un congreso de la especialidad, concebido como un espacio político-pedagógico para reflexionar sobre

Autora para correspondencia: Ana Carolina Godoy. Correo electrónico: anacgodoy@yahoo.com.ar

Recibido: 20 de enero de 2026. Aceptado: 10 de marzo de 2026.

Cómo citar: Godoy, A. C., & García, C. (2026). Gestionar en APS: animarse al rol desde la clínica, el territorio y la praxis política de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General, 23(1), 23 -27.

la gestión. A partir de una situación ficticia vinculada a la conducción de una unidad de atención primaria, los participantes identificaron competencias clínicas transferibles al campo de la gestión, como la escucha activa, el pensamiento sistémico y la toma de decisiones compartidas.

Conclusiones:

La gestión forma parte de la identidad de la Medicina Familiar. Animarse a asumir estos roles constituye un proceso colectivo orientado a fortalecer sistemas de salud más humanos, integrales y territorialmente comprometidos.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria, Administración de los Servicios de Salud

Abstract

Introduction:

Primary Health Care (PHC) is currently practiced in contexts of increasing social, institutional, and political complexity, where management is often perceived as a domain separate from clinical practice. However, within Family and Community Medicine, management is part of everyday professional practice, as physicians continuously organize time, resources, priorities, and relationships in their daily work. Transitioning to formal management roles does not imply abandoning clinical care, but rather expanding its scale and potential impact. This article arises from an experience developed during a Family Medicine Congress that explicitly recognized the political dimension of the specialty. The aim of this paper is to share a reflective experience on management in PHC and to highlight the importance of assuming management roles as an integral part of professional practice in Family Medicine.

Development:

Management in PHC involves decision-making processes that directly affect access, continuity, comprehensiveness, and quality of care. For this reason, it should not be understood merely as a technical task, but as a situated political practice shaped by values and disputes over health priorities. From the perspective of Family Medicine, managing means expanding the scale of care while maintaining a clinical perspective and a strong territorial focus. This article reflects on a participatory workshop held during a professional congress, conceived as a political-pedagogical space for collective reflection on management. Through a fictional yet plausible scenario involving the leadership of a primary care unit, participants identified clinical competencies transferable to management roles, including active listening, systems thinking, and shared decision-making.

Conclusions:

Management constitutes an essential component of the professional identity of Family Medicine. Embracing these roles represents a collective process aimed at strengthening more humane, comprehensive, and territorially responsive health systems.

Key words: Primary Health Care, Family Practice, Health Services Administration

Introducción

La Atención Primaria de la Salud se desarrolla en contextos de creciente complejidad social, institucional y política. En este escenario, la gestión suele percibirse como un territorio ajeno a la práctica clínica, asociado a lógicas administrativas o técnicas que parecen distanciarse del cuidado directo de las personas. Sin dudas, al decir de otros autores, es un territorio plagado de mitos⁽¹⁾. Sin embargo, en la Medicina Familiar y General, la gestión forma parte constitutiva de la práctica

cotidiana, aun cuando no siempre sea nombrada como tal.

Los médicos y médicas de familia gestionan tiempos, prioridades, recursos, vínculos y decisiones todos los días en el consultorio y en el territorio. El pasaje hacia roles formales de gestión no implica un abandono de la clínica, sino una ampliación de su escala y de su impacto. En este sentido, la gestión puede entenderse como una forma extendida de cuidado.

La experiencia que da origen a este artículo se desarrolló en el marco de un Congreso de Medicina Familiar y General que reconoció explícitamente el ejercicio político como una praxis natural de la especialidad. En un contexto sanitario atravesado por tensiones estructurales, restricciones presupuestarias y disputas de sentido sobre el rol del Estado y de los equipos de salud, este posicionamiento no resulta menor. Por el contrario, habilita a pensar la gestión no como una tarea neutral, sino como un espacio legítimo de intervención profesional y colectiva.

El objetivo de este trabajo es compartir una experiencia de reflexión colectiva sobre la gestión en APS, recuperando los ejes conceptuales trabajados en un taller participativo y poniendo en valor el acto de animarse a asumir roles de gestión como un gesto político-profesional propio de la Medicina Familiar.

Gestionar en APS: una práctica política situada

Gestionar implica llevar adelante acciones orientadas a producir resultados, organizar procesos y tomar decisiones en contextos concretos. En el campo de la salud, y particularmente en la Atención Primaria, la gestión se encuentra atravesada por valores, relaciones de poder y disputas sobre prioridades sanitarias. Comprometerse con la gestión en APS es, sin duda, involucrarse con la historia de nuestra salud pública⁽²⁾.

La APS, desde su formulación en la Declaración de Alma Ata, plantea la necesidad de sistemas de salud centrados en las personas, integrales y territorialmente anclados, donde la organización de los servicios y la toma de decisiones respondan a las necesidades de las comunidades⁽³⁾.

Toda decisión de gestión en APS tiene consecuencias sobre el acceso, la continuidad, la integralidad y la calidad de la atención. Decidir qué se mide, qué se prioriza, cómo se distribuyen los recursos o de qué modo se organizan los equipos no es un acto meramente técnico, sino profundamente político. Priorizar a las personas y no priorizar a los servicios es una pulseada en la que medicina familiar ya tiene una posición tomada. En este sentido, la

gestión en APS puede entenderse como una práctica política situada, anclada en territorios específicos y en poblaciones concretas.

La Medicina Familiar aporta a esta mirada una perspectiva integral, centrada en las personas, las familias y las comunidades. Desde esta lógica, la gestión no se limita a optimizar recursos, sino que se orienta a sostener sistemas de salud más humanos, equitativos y sensibles a las necesidades locales. La gestión en salud requiere reconocer las particularidades sociales, culturales y epidemiológicas de cada territorio, promoviendo la articulación entre los equipos de salud, las instituciones y la comunidad para garantizar respuestas integrales a las necesidades de la población⁽⁴⁾.

El congreso como espacio político-pedagógico

Los congresos de Medicina Familiar y General constituyen espacios privilegiados para el encuentro, el intercambio y la construcción colectiva de saberes. Más allá de la actualización científica, estos ámbitos permiten poner en diálogo experiencias, trayectorias y posicionamientos políticos en torno al sistema de salud. (En esta avanzada individualista de la que alertan algunos pensadores, estas cualidades podrían extenderse a cualquier espacio de encuentro entre trabajadoras y trabajadores de la salud). Pueden permitir, tomando la expresión de una autora, apostar a un proyecto histórico de los vínculos para reconstruir comunidad⁽⁵⁾.

El taller que dio origen a esta reflexión se desarrolló en un congreso que valoró explícitamente la participación, la organización colectiva y el compromiso político de los médicos y médicas de familia. Este marco resultó fundamental para habilitar una reflexión abierta sobre la gestión, sin despolitizarla ni reducirla a un conjunto de herramientas técnicas.

Entender el congreso como un espacio político-pedagógico permite reconocer que las prácticas formativas también producen subjetividad. En este caso, el contexto habilitó a pensar la gestión como una responsabilidad profesional legítima y como un campo de intervención coherente con los valores históricos de la Atención Primaria.

El taller como dispositivo: del consultorio a la gestión

El taller fue diseñado como una instancia participativa, orientada a sensibilizar a personas que se inician o se interesan en roles de gestión en APS. A partir de una situación ficticia pero verosímil (la asunción inesperada de la responsabilidad de una unidad de atención primaria) se invitó a los participantes a conectar con emociones, experiencias previas y saberes cotidianos.

Lejos de proponer recetas o modelos cerrados, el dispositivo buscó reconocer que los médicos y médicas de familia ya cuentan con competencias clave para la gestión, desarrolladas en la práctica clínica diaria. La escucha activa, el pensamiento sistémico, la priorización de problemas y la toma de decisiones compartidas fueron identificadas como habilidades transferibles al campo de la gestión.

El taller funcionó así como un espacio de desplazamiento simbólico: del consultorio individual a la responsabilidad organizacional, sin perder la mirada clínica ni el anclaje territorial.

Ejes para pensar la gestión en APS

A partir del intercambio con los y las participantes, se organizaron una serie de ejes que permiten pensar la gestión en APS desde una perspectiva humanizada y situada.

La clínica como base de la gestión. La gestión en APS se construye sobre la misma lógica que orienta la práctica clínica en Medicina Familiar. La diferencia no radica en los principios, sino en la escala. Escuchar, priorizar, acompañar procesos y tomar decisiones compartidas son prácticas cotidianas que, al ampliarse, se transforman en decisiones de gestión.

Gestión de equipos. No hay gestión posible sin equipos de salud. Lejos de una lógica de control, la gestión de equipos en APS requiere liderazgo horizontal, comunicación clara y cuidado de quienes cuidan. Reconocer el desgaste, los conflictos y las motivaciones del equipo es una condición necesaria para sostener procesos de cambio.

Gestión de procesos y resultados. Los indicadores son herramientas para la toma de decisiones y no fines en sí mismos. En APS, medir implica siempre asumir que detrás de cada número existe una trayectoria de vida. Elegir qué medir y cómo hacerlo constituye una decisión política que debe estar orientada a mejorar la atención y no solo a cumplir con requerimientos administrativos.

Gestión territorial. La gestión en APS trasciende los límites del centro de salud. Se construye en el territorio, en articulación con otros actores sociales, institucionales y comunitarios. Reconocer el territorio como espacio político permite ampliar las posibilidades de intervención y fortalecer redes intersectoriales.

Innovación y humanización. Innovar en APS no siempre implica incorporar tecnología. Muchas veces, la innovación más profunda consiste en recuperar el sentido del cuidado y humanizar los procesos de gestión. La ética del cuidado debe orientar las decisiones, incluso en contextos de escasez.

Animarse a gestionar: lo colectivo como punto de partida

El cierre del taller invitó a los participantes a escribir, de manera colectiva, consejos dirigidos a un colega que comenzaba a gestionar un lunes cualquiera.

Las recomendaciones recuperaron gestos simples pero significativos: escuchar al equipo antes de decidir, elegir un indicador sencillo para empezar, buscar aliados en el territorio, reservar tiempo para el autocuidado y la reflexión.

Estos aportes pusieron en evidencia que animarse a gestionar no es un acto individual ni heroico, sino un proceso colectivo. Participar, opinar, compartir experiencias y exponerse a la discusión forman parte de un movimiento necesario para producir cambios significativos en los sistemas de salud.

El listado de colaboradores de este texto refleja ese gesto colectivo. No se trata solo de un reconocimiento formal, sino de una coherencia entre el contenido del artículo y el modo en que fue construido.

Consideraciones finales

La gestión en APS forma parte de la identidad de la Medicina Familiar y General. No es una tarea neutral ni meramente técnica, sino una práctica política orientada al cuidado de las personas, los equipos y las comunidades.

En contextos sanitarios complejos, resulta necesario que más médicos y médicas de familia se animen a asumir roles de gestión, no desde la soledad ni desde la lógica del control, sino desde una perspectiva colectiva, situada y humanizada.

Promover la participación de médicos y médicas de familia en espacios de gestión constituye un desafío estratégico para fortalecer sistemas de salud más justos, integrales y territoriales.

La gestión en APS no empieza el lunes. Empieza cuando decidimos involucrarnos, organizarnos y cuidar también los sistemas que cuidan a las personas.

Bibliografía

1. Spinelli H. Gestión: prácticas, mitos e ideologías. *Salud Colect.* 14 de diciembre de 2017;13(4):577-97. doi:10.18294/sc.2017.1283
2. Bertolotto A, Fuks A, Rovere M. Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde Em Debate.* 2012;36:362-74.
3. Declaración de Alma-Ata - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (Internet). 1978 (citado 9 de marzo de 2026). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Entrevista

Erica Delorenzi ^{iD}



Educación interprofesional en la formación universitaria

Licenciada en Ciencias de la Educación, Especialista en Docencia y Gestión del Nivel superior y Profesora de Educación Especial. Secretaria Académica de la Especialización en Docencia Universitaria para profesionales de la salud. Coordinadora del área de Formación Docente de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contacto: erica.delorenzi@hospitalitaliano.org.ar

MFGR: Hoy contamos con la valiosa presencia de una integrante del Departamento de Educación de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, que formó parte del equipo organizador de las IV Jornadas Institucionales de Capacitación Docente, que se llevaron a cabo en Julio de 2025. Se trató de una capacitación intensiva de 2 días, realizada de manera exclusivamente presencial, y cuya temática abordó la Educación Interprofesional en la formación universitaria ⁽¹⁾.

Indudablemente, representa un eje especialmente crucial en el ámbito de la salud, donde el trabajo cotidiano asistencial —ya sea en hospitales, centros de atención primaria o dispositivos comunitarios— exige una articulación real entre profesiones, comunicación efectiva, y toma de decisiones conjunta⁽²⁾. La calidad de los cuidados centrados en la persona, la seguridad del paciente, y la eficiencia de los equipos dependen en gran medida de esta capacidad de trabajar integradamente, por lo que fortalecer la formación interprofesional no solo enriquece la docencia, sino que impactaría directamente en la atención y en la experiencia de quienes reciben cuidados. ¿Nos compartirías cómo fue vuestra elección de la temática en el marco de la formación docente?

ED: Por supuesto, es un placer acompañarlos/as y les agradezco la invitación. Las Jornadas Docentes representan un espacio de encuentro bienal que se proponen reunir a los/as referentes de todos los programas formativos para reflexionar, profundizar y producir alternativas en torno a una temática de particular interés, transversal para la Universidad. En el año 2019 se trabajó sobre la perspectiva de género, en el 2021 en relación a la extensión universitaria, y en el 2023 sobre las juventudes como destinatarias de nuestros programas. El evento de este año incluyó talleres para trabajar en pequeños grupos (en diferentes aulas, con trabajo en simultáneo), y una conferencia central (con una invitada especial externa: Larisa Carrera, de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe).

MFGR: Excelente, me parece una gran deuda pendiente, porque es muy natural dentro de los sistemas sanitarios, pero la mayoría de las profesiones “aprende haciendo” (ej. prácticas, residencias, fellows). Imagino que debe ser un trabajo organizativo monstruoso el “detrás de escena”, y también un enorme desafío el poder dar respuesta para todos los profesionales de la

institución, debido al volumen, pero con infraestructura limitada. ¿Cómo fue la planificación pedagógica de estas jornadas, cómo organizaron la convocatoria, y cómo hicieron la difusión?

ED: Se organizaron estratégicamente, la convocatoria fue selectiva para referentes clave (ej. directores de programas formativos, coordinadores de carreras, responsables de módulos), pensando en que luego las reflexiones e incluso los proyectos iniciados en este marco se expandieran en cascada hacia el interior de los diferentes equipos (ej. por efecto dominó, se puede contagiar a terceros).

Fueron diseñadas de manera presencial justamente para fomentar vínculos entre pares/colegas, para facilitar un intercambio real, y la colaboración entre diferentes integrantes que habitualmente no comparten tiempo de trabajo, algo que el equipo coordinador también destacó como una necesidad.

Y lo mismo en cuanto al cronograma de actividades, la extensión de 6 horas diarias apuntó concretamente a incluir una combinación de momentos formales (ej. talleres, conferencia), con descansos (ej. intercambios de café) y conversaciones más informales (ej. reflexiones finales de cierre), cuya estructura está pensada para generar redes y comunidades de práctica⁽³⁾.

Incluso, la construcción de los contenidos partió de las experiencias reales que los propios equipos ya venían desarrollando. Para eso, antes de las jornadas se contactó uno por uno a quienes enviaron proyectos y experiencias, para poder incorporarlos como insumo de discusión y garantizar diversidad de miradas y la discusión sobre prácticas reales.

MFGR: Claro, porque la interprofesionalidad forma parte de la mayoría de los proyectos de gestión e investigación sanitaria, donde priman el trabajo en equipo, la comunicación y la definición de roles como elementos esenciales para avanzar⁽⁴⁾. Aunque este enfoque suele enseñarse poco en la educación de grado, se aplica en la práctica diaria hospitalaria/asistencial y también en la docencia de posgrado (ej. maestrías y doctorados, donde conviven distintas profesiones con el rol de estudiante). ¿Cuáles fueron las barreras que surgieron que podrían obstaculizar su desarrollo?

ED: Exacto. Suele aprenderse en la experiencia. Se potencian las fortalezas referidas al “aprendizaje situado”⁽⁵⁾ a la vez que puede a la vez que se enfrenta el desafío de planificación y sistematización de estas actividades de aprendizajes y la dependencia de lo incidental de la práctica y del equipo. Otros desafíos identificados fueron los curriculares, institucionales, logísticos y actitudinales⁽⁶⁾. Durante las jornadas se analizaron se compartieron estrategias para integrar la educación interprofesional en las carreras, como diseñar planes con objetivos claros, incluir actividades prácticas, y fortalecer el liderazgo y la formación docente.

Por otro lado, se remarcaron la falta de recursos, de tiempo y de capacitación como uno de los principales obstáculos a superar. Por último, surgió una inevitable cuestión operativa, relacionada a la factibilidad, es decir a la disponibilidad del recurso humano (con esquemas que suelen tensionar la actividad asistencial con la docente). Esto conlleva a una dificultad horaria para encontrar un punto de encuentro. Por verlo en un ejemplo concreto, pensemos frente a la necesidad de aprender a diseñar “proyectos de intervención en la comunidad centrados en sus necesidades” los docentes de las distintas carreras involucradas (medicina, enfermería, kinesiología y aún más) dan clase en horarios diferentes o aún en momentos diferentes del año. Algo similar sucede con los horarios de cursada de estudiantes.

Y así es cómo se dificulta el trabajo colaborativo y práctico entre docentes y colegas. Un desafío per se es el simple hecho de gestionar horarios para reuniones con múltiples actores.

MFGR: Muy interesante, y nos pasa a todos. Ahora pasemos a la “mitad del vaso lleno”, con una mirada más positiva. ¿Cuáles fueron los facilitadores de la vida universitaria que pueden promover la formación interprofesional?

ED: La importancia de generar actividades que permitan la interacción entre disciplinas en sí misma⁽⁷⁾. Se enfatizó en que, si bien la interprofesionalidad suele surgir de manera natural en la práctica cotidiana, el hecho de sistematizarla permite fijar objetivos claros, planificar actividades, generar indicadores y evaluar avances. Nosotras mismas -como equipo organizador de las jornadas- trabajamos de manera interprofesional, con un grupo de estudio y diseño que se formó con profesionales del Hospital y la Universidad e incluso diseñando la conferencia junto a la disertante externa para que se adaptara a nuestro contexto, recolectando las experiencias previas, entre otras estrategias.

Los tres talleres realizados: uno dedicado a compartir experiencias y roles profesionales, otro centrado en los desafíos de incorporar la educación interprofesional en los programas de formación, y un tercero orientado a pensar intervenciones y propuestas para superar obstáculos, fueron pensados para darle un enfoque aplicado/práctico y situado/institucional.

Finalmente, creo que todos estos esfuerzos —el diseño pedagógico, la planificación conjunta, la continuidad de los procesos, y la participación de distintas áreas— buscan sostener y fortalecer un modo de trabajo interprofesional que no dependa solo de la espontaneidad, sino de decisiones más estratégicas que permitan que estas prácticas crezcan, se consoliden y lleguen a toda la comunidad académica.

MFGR: En ese sentido, me gustó la charla dictada por Larisa, porque partió de un caso clínico para ilustrar fallas frecuentes en el trabajo en equipo: problemas de comunicación, desconocimiento de roles y falta de planificación conjunta. A partir de eso, se discutió qué significa trabajar en equipo y qué es exactamente la educación interprofesional, entendida como aprender juntos para poder trabajar de manera colaborativa y centrada en el paciente.

Básicamente, hizo hincapié en por qué este enfoque es importante: mejora la atención, optimiza recursos, favorece ambientes de trabajo colaborativos, fortalece el pensamiento crítico y la comunicación, y cumple con estándares internacionales de acreditación.

También se mencionaron lineamientos de la Organización Mundial de la Salud⁽⁸⁾, y la Organización Panamericana de la Salud⁽⁹⁾, y se revisaron distintas competencias necesarias para el trabajo interprofesional según varias sociedades científicas, como el respeto mutuo, la comunicación efectiva, el rol profesional claro y la gestión de conflictos.

¿Qué lección aprendida, y qué mensajes hacia el futuro nos compartirías a modo de cierre?

ED: Se generaron 55 propuestas de educación interprofesional sobre las producciones del último taller, que representan resultados incipientes, pero es un primer paso institucional. Muchas de ellas son complejas y orientadas a problemas reales, como la atención de pacientes complejos, la investigación clínica interdisciplinaria, intervenciones comunitarias o la coordinación interinstitucional. Otras son más sencillas y apuntan a llevarnos ideas para los recursos con los que contamos, poniendo una cuota de creatividad, y reflexiones sencillas hacia potenciales mejoras/soluciones. Se llevaron material bibliográfico complementario y adicional para profundizar y seguir aprendiendo en sus respectivos equipos de trabajos. Y también se compartieron una agenda de contactos institucionales para facilitar la búsqueda de apoyo pedagógico cuando fuera necesario, abriendo a la posibilidad de seguir construyendo colaborativamente. El desafío ahora es darle continuidad al trabajo realizado para fomentar y fortalecer esos proyectos.

MFGR: Las felicito por la iniciativa, en lo personal creo que es una gran deuda pendiente y una ventana de oportunidad la que tiene una Universidad. Destaco la riqueza de trabajar con equipos docentes diversos y con destinatarios que parten de saberes, culturas y perspectivas epistemológicas distintas. Subrayo que esto permite construir miradas más amplias y profundas. El conocimiento es poder, y para que todo esto fluya, el cambio es cultural y organizacional, y se empieza por un simple granito de arena. ¡Gracias por tu tiempo!

REFERENCIAS

1. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, et al. Interprofessional Education: Definitions, Student Competencies, and Guidelines for Implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2009 Jul 10;73(4):59. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2720355/>
2. Parada-Baños AJ. Interprofessional education and collaborative practice: Strategies to transform a health system. *Revista de Salud Pública* 2024 May 1;26(3):114943. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11665029>
3. Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad*. Paidós.
4. Cajachagua Castro M, Mamani Limachi R, Miranda Limachi K, Davila Villavicencio R. Educación interprofesional y vivencias de los estudiantes en la ejecución de proyectos de desarrollo social. *Rev Cubana Enfermer* 2020;36(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192020000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
6. Zwaan E, Zipfel N, Kuijer-Siebelink W, Oomens S, van der Burg-Vermeulen SJ. Barriers and Facilitators for Interprofessional Education in Work-Focused Healthcare: An Integrative Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2025 Feb 23;1-20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-025-10278-3>
7. Oudbier J, Verheijck E, van Diermen D, Tams J, Bramer J, Spaai G. Enhancing the effectiveness of interprofessional education in health science education: a state-of-the-art review. *BMC Medical Education* 2024 Dec 19;23(1):1492. Available from: <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06466-z>
8. Organización Mundial de la Salud. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, WHA69.19: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Ginebra: OMS; 2016 (Internet; cited 2025 Nov 17). Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r19-sp.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 de diciembre de 2016, Bogotá, Colombia. Washington, D.C.: OPS; 2017. (Internet; cited 2025 Nov 17). Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34372>

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA). Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista, se dio en contexto del "Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna" (del 17-11-2025), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Entrevista

Diego Sánchez Thomas



Inteligencia artificial para investigadores/as: Una mirada práctica y cotidiana

Médico. Especialista en Infectología. Magíster en Investigación Clínica.
Ex fellow del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Asociado al Servicio de Cardiología.
Profesor Adjunto, Maestría de Informática en Salud, Departamento de Posgrado, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

MFGR: La irrupción de la Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito de la investigación científica no solo transforma las metodologías tradicionales, sino que plantea nuevas formas de pensar y hacer ciencia en lo cotidiano. Bajo esta temática, hoy hablaremos con nuestro invitado, buscando explorar su aplicación práctica, una perspectiva accesible para investigadores e investigadoras de diversas disciplinas, aunque principalmente en ciencias de la salud. Ante todo, gracias por tu valioso tiempo, y ¿te gustaría presentarte?

DST: En cuanto a mi formación, soy médico de base, me desempeñé como becario de investigación clínica e hice una maestría. Actualmente trabajo en el campo de la informática en salud. Reconozco que, como profesional de la medicina, tengo ciertas limitaciones técnicas, pero intento mantenerme activo tanto en el ejercicio clínico como en el aprendizaje continuo. Buena parte de los conocimientos que he adquirido en torno a IA ha sido de manera autodidacta, lo cual considero una modalidad cada vez más necesaria en un contexto donde la información evoluciona de forma acelerada.

Más allá de los cursos formales, hoy en día es fundamental complementar con la exploración, pasar de la teoría a la práctica. Se trata de un campo en constante cambio, cada semana aparece un nuevo modelo o aplicación (p. ej. ChatGPT, Gemini, Grok), y mantenerse actualizado es clave para no quedar atrapado en una visión obsoleta del uso de estas tecnologías. Debo declarar que me dedico principalmente al análisis de datos, a la producción de materiales para la academia y la docencia, y en todas estas áreas la IA se ha vuelto una aliada indispensable.

MFGR: En el contexto actual, existe una sobreabundancia de charlas, webinars, cursos y debates en torno a la IA, lo que puede generar una cierta saturación informativa. En este marco, considero valioso ofrecer una perspectiva centrada en la utilidad práctica de estas herramientas: qué aplicaciones concretas pueden adoptarse, cuáles son accesibles para comenzar a trabajar y en qué medida pueden integrarse en el flujo cotidiano de investigación. ¿Podrías compartirnos qué, cómo y para qué usa la IA en investigación?

Cómo citar: Grande Ratti, M. F. (Entrevistadora) & Sánchez Thomas, D. (Entrevistado). (2026). Inteligencia artificial para investigadores/as: una mirada práctica y cotidiana. Archivos de Medicina Familiar y General, 23(1), 32 -38.

DST: Claro. Mi intención es transmitirles cómo incorporo estas herramientas a mi cotidianidad. Si bien reconozco la importancia de las discusiones filosóficas y teóricas sobre la IA (relacionadas principalmente con la confidencialidad de los datos), muchas veces terminan opacando el costado práctico, especialmente relevante para quienes desean empezar a incorporar estas tecnologías en su trabajo. Les voy a compartir de manera abierta cómo es mi experiencia para tareas vinculadas a la investigación biomédica.

Para empezar, siempre procuro pensarlas como un asistente al que no podría permitirme contratar. Es decir, no delego en ellas aquellas tareas que requieren de mi propia creatividad o juicio profesional. En todo caso, puedo emplearlas como disparadoras de ideas, pero mantengo claro que su principal función debe ser ayudarme a optimizar tiempos, no reemplazar el trabajo que me corresponde realizar como investigador. Cuando, por ejemplo, debo redactar un trabajo académico sobre un tema específico, suelo evitar solicitarle al modelo que escriba el texto completo. En su lugar, le pido sugerencias, referencias o puntos clave para desarrollar mi propio abordaje.

MFGR: Expongamos un ejemplo.

DST: Si se me asignara como tarea el escribir un artículo, no le pediría al modelo que redacte directamente una introducción. Si lo hiciera, probablemente recibiría un texto estructurado, con un lenguaje genérico, fácilmente reconocible como generado por IA, y que posiblemente replique contenidos ya disponibles en internet. En ese caso, no solo perdería originalidad, sino también autenticidad, cayendo en uno de los principales errores criticados en el uso de estas tecnologías: la despersonalización del contenido y la pérdida de la voz propia del autor. Por eso, insisto en que estas herramientas deben ser un apoyo, no un reemplazo. Es fundamental que la impronta personal, el pensamiento crítico y la voz del investigador estén presentes en cada trabajo. Esa es, en definitiva, la forma en que yo concibo el uso responsable y efectivo de la IA en el ámbito académico.

MFGR: Hoy en día circula una enorme cantidad de información relacionada con los riesgos del uso indebido de la IA, especialmente en el ámbito académico: plagio, producción de papers fraudulentos, generación de contenido sin sustento, entre otros. ¿Qué opinión tenés para compartirnos al respecto?

DST: De nuevo, creo que es fundamental que quienes usamos estas herramientas estemos siempre presentes en lo que escribimos. La IA no puede ni debe reemplazar nuestra voz ni nuestra responsabilidad como autores. Tampoco puede reemplazar el estudio. Si intento escribir sobre un tema que no comprendo, el resultado será pobre: tendré respuestas genéricas, sin profundidad, y se notará que quien escribió no domina el tema. En cambio, cuando estudio, investigo, me informo y trabajo previamente, la calidad de las respuestas que obtengo mejora notablemente. La IA puede ser útil como apoyo, especialmente si le ofrezco buen material de base, pero nunca puede sustituir el proceso de aprendizaje. Por eso, sostengo que estas herramientas no reemplazan el estudio, la lectura crítica, la escritura reflexiva ni el tiempo dedicado a la búsqueda bibliográfica. Son, en todo caso, un complemento. Del mismo modo que una calculadora no enseña matemáticas, la IA no enseña a pensar ni a escribir: somos nosotros quienes debemos desarrollar esas capacidades y usar estas herramientas para potenciar nuestro trabajo.

Otro aspecto clave que he aprendido es la importancia del contexto. Cuando interactuamos con un modelo de lenguaje, debemos brindarle la mayor cantidad de información posible, tal como lo haríamos al hablar con otra persona. Cuanto más claro sea el marco contextual en el prompt (p. ej. público objetivo, revista científica puntual, estilo de redacción requerido -formal/académico-), mejor será la calidad de las respuestas que obtendrán⁽¹⁾.

Incluso, muchas veces es útil indicarle al modelo qué rol debe asumir: por ejemplo, pedirle que actúe como un investigador en salud respiratoria de un centro especializado; este tipo de

indicaciones pueden cambiar significativamente la calidad y profundidad de los textos generados. A veces, al incluir detalles sobre nuestro país o institución, los resultados pueden variar. Pero justamente de eso se trata: de probar, experimentar, ajustar y validar.

MFGR: Hay muchas aristas de la IA en la investigación. En particular, hace no tanto revisamos el tema haciendo hincapié en oportunidades y desafíos para la escritura científica⁽²⁾. Específicamente, mencionamos su capacidad para mejorar la claridad y fluidez de los textos, superar el bloqueo del escritor, disparar ideas (brainstorming) y proporcionar asistencia en las revisiones (p. ej. cómo responder a comentarios mayores/menores), básicamente aspectos relacionados con lo que nos estabas contando. Estamos acostumbrados a escribir de forma sencilla o con lenguaje más coloquial, mientras que la escritura académica requiere un entrenamiento que se adquiere con la práctica. ¿Qué sugerencia tenés al respecto?

DST: Un uso que me resulta particularmente efectivo es el de asignar un rol específico a la IA. Por ejemplo, si necesito redactar un resumen clínico, puedo pedirle que actúe como una médica auditora y que me marque los hitos más relevantes de una internación. O bien, si estoy escribiendo un artículo, puedo solicitar que asuma el rol de un editor de una revista científica en el área correspondiente y que critique el texto desde esa perspectiva. A veces, incluso imagino un 'panel de expertos' con distintos perfiles, como un médico especialista en enfermedades respiratorias o un epidemiólogo, para que la retroalimentación sea más rica. Este enfoque —el de trabajar con voces críticas simuladas o roles especializados— me resulta más práctico que pedir una evaluación genérica, porque me obliga a anticipar los criterios de calidad que se aplicarían en un entorno real de revisión académica. Así, además de mejorar el contenido, se entrena el juicio crítico, que es una de las habilidades más importantes en investigación. Podría indicarle al modelo que critique lo que acabo de escribir desde la mirada de un analista de datos, o bien desde la de un médico clínico general. Esto me permite obtener retroalimentaciones diversas y más ricas, que difícilmente surgirían si solo le pidiera a la IA que evalúe el texto desde 'mi' propia mirada o perfil profesional. Incluso es posible guardar estos paneles imaginarios y reutilizarlos en otros trabajos, lo que permite mantener una cierta coherencia en la retroalimentación a lo largo del tiempo. Se pueden crear perfiles especializados en temas técnicos, clínicos, metodológicos o incluso en áreas menos convencionales, como efectos visuales o comunicación pública. Lo interesante es que este ejercicio no disminuye la calidad del contenido; al contrario, la enriquece al incorporar miradas alternativas.

MFGR: ¿Lo usas para los manuscritos que te interesan publicar?

DST: Por supuesto. Esta idea de asignar roles al modelo tiene una aplicación muy concreta y cotidiana en investigación. Por ejemplo, antes de enviar un manuscrito a una revista, suelo generar un prompt del tipo: 'Imaginate que sos un revisor extremadamente riguroso de una revista científica de alto impacto, ¿qué observaciones harías sobre este manuscrito?'. A partir de allí, recibo comentarios que, en muchos casos, efectivamente tengo en cuenta y me ayudan a mejorar el trabajo. Si bien no todos son pertinentes, la mayoría ofrece un punto de vista diferente que vale la pena considerar.

Además, esta dinámica resulta especialmente útil cuando se trabaja con múltiples formatos de entrega: congresos nacionales, revistas científicas, informes institucionales, etc. Cada uno de estos entregables tiene requerimientos específicos —extensión, estilo, estructura—, y la IA puede ayudar a adaptar el contenido a cada contexto (p. ej. ajustar títulos, reducir caracteres o palabras). También la uso como disparador para secciones más complejas, como la discusión, o para identificar fortalezas y limitaciones de un estudio a partir de un resumen de resultados.

Incluso, en el proceso de respuesta a revisores, donde muchas veces los comentarios son breves o ambiguos, la IA puede ayudar a interpretar lo que se está señalando y a redactar posibles respuestas. En ese sentido, funciona como un asistente en la mediación de una comunicación

asincrónica, que muchas veces puede resultar difícil de descifrar.

MFGR: ¡Muy interesante! ¿Hay alguna herramienta en particular que recomiendes?

DST: Si bien uso frecuentemente ChatGPT, también he probado otros modelos, como el Notebook LM, que utilizamos en algunas instancias de la maestría. Me resultó bastante cómodo, aunque la elección del modelo depende mucho de las preferencias y necesidades de cada quien. Lo importante es encontrar la herramienta con la que uno se sienta más cómodo para trabajar, sabiendo que todas tienen sus fortalezas y limitaciones.

Una de las grandes ventajas de trabajar con un único modelo de lenguaje —particularmente si dispone de memoria— es que permite construir sobre interacciones previas. Por ejemplo, cuando armo un 'panel de expertos' ficticio para que revise mis textos desde distintas perspectivas, ese panel queda guardado dentro del entorno del modelo y puedo volver a usarlo más adelante. Eso facilita mucho el trabajo iterativo y sostenido. El problema, claro, es que estos paneles no siempre son fácilmente transferibles de un modelo a otro o entre plataformas, lo que puede limitar su portabilidad.

Algunos modelos, en sus versiones gratuitas, no permiten guardar memoria o incorporar archivos, pero en las versiones pagas esta posibilidad existe, y, en mi experiencia, cambia radicalmente la calidad del trabajo. No es que recomiende pagar por estas herramientas, pero si alguien realmente las usa con frecuencia, podría considerar esa opción.

MFGR: Buenísimo. Antes mencionaste que lo usas con frecuencia para análisis de datos, ¿podrías explicarnos algo sobre este punto?

DST: Claro. En cuanto a mi propio flujo de trabajo, uno de los usos más frecuentes que le doy a la IA es en el análisis de datos, especialmente para la corrección y la adaptación de códigos. Si ya he desarrollado un análisis para un trabajo anterior, puedo reutilizar ese código como base y solicitarle al modelo que lo adapte a una nueva investigación, indicándole las variables y objetivos actualizados. Este tipo de asistencia me ahorra mucho tiempo.

Como analista, cuando tengo que comenzar un nuevo proyecto, lo primero que hago es cargarle al modelo toda la información disponible: una tabla con la base de datos, un archivo de código en R, enlaces relevantes, etc. Si los datos no son demasiado pesados, pueden subirse directamente. Eso me permite referirme a esos elementos a lo largo del proceso y, a su vez, obtener respuestas mucho más ajustadas a mis necesidades.

Por ejemplo, si tengo un código que me está generando errores, no es lo mismo pedir ayuda sobre una línea suelta que compartir el código completo y explicar qué intento hacer. En ese caso, el modelo no solo me va a corregir el error, sino que lo hará comprendiendo el objetivo general del análisis, lo que mejora muchísimo la calidad de la respuesta.

Lo mismo aplica cuando se trabaja con visualizaciones. Si ya tengo un gráfico generado en una línea específica del script —por ejemplo, en la línea 25— puedo decirle: 'Al gráfico de la línea 25 aplícale una paleta de colores más clara, algo tropical, con azules y amarillos' y el modelo va a modificar esa parte puntual del código sin alterar lo demás.

En mi experiencia, el esfuerzo inicial que uno hace para entender la lógica del código, o para escribir de manera medianamente clara, se ve recompensado por la calidad de las devoluciones. Además, permite realizar tareas complejas —como análisis estadísticos o elaboración de visualizaciones publicables— en mucho menos tiempo del que antes demandaban, cuando uno debía buscar durante horas en foros o documentaciones técnicas. Hoy, si uno aprende lo básico y se apoya en estas herramientas de manera estratégica, puede obtener resultados de gran nivel técnico y con mayor eficiencia.

Otra utilidad está relacionada con la construcción de gráficos. Puedo solicitarle al modelo que aplique ciertos cambios en el gráfico, conforme a las nuevas indicaciones, sin necesidad de

reescribir o reconfigurar todo desde el principio. Esto no solo ahorra tiempo, sino que también optimiza mi productividad. En el pasado, realizar estas modificaciones solía demandar horas —o incluso días— de ajustes técnicos y estéticos, sobre todo cuando se trabajaba con herramientas como R, Python u otros entornos gráficos. Muchas veces eran cambios menores desde lo informativo, pero que requerían una considerable inversión de tiempo debido a cuestiones de formato o compatibilidad con las normativas de una revista científica. Hoy, ese proceso se ha vuelto mucho más ágil.

MFGR: Nos dejaste reflexionando cuando mencionaste que subiste una base de datos. Es un tema sobre el que vale la pena detenerse. En lo personal, creo que es un tópico lleno de inquietudes, sobre todo cuando hablamos de información vinculada a investigación clínica, donde claramente estamos trabajando con datos sensibles y, muchas veces, con información personal⁽³⁾. ¿Cuál es tu postura al respecto?

DST: Me parece muy pertinente la preocupación en relación al uso de IA y el manejo de datos personales. En mi caso, nunca subo datos identificables. Siempre procuro utilizar versiones narrativas, tablas desagregadas o fragmentos que ya están anonimizados. Si necesito hacer un cálculo puntual, no subo toda la base de datos, sino únicamente la columna específica que quiero procesar, y en un formato que no comprometa la privacidad de las personas. Considero que una de las mejores formas de proteger la confidencialidad es trabajar con datos “deidentificados”, sin ningún tipo de vínculo con identificatorios (p. ej. nombre, apellido, DNI, fecha de nacimiento, etc.)⁽⁴⁾.

MFGR: Entiendo que esta forma parte de una discusión más amplia, donde coexisten dos lógicas en tensión: por un lado, el acceso abierto, la educación abierta y el uso colaborativo de herramientas poderosas como la IA; y por otro, el temor legítimo respecto de la confidencialidad, el uso indebido de datos y los límites éticos del trabajo digital⁽⁵⁾. Estamos, de alguna manera, parados entre dos paradigmas que todavía no se reconcilian del todo.

DST: No estoy diciendo con esto que no haya riesgos o que debamos usarlas sin precaución. Al contrario, creo que debemos ser extremadamente cuidadosos. Pero también creo que no debemos paralizarnos por un temor desproporcionado. Si los datos están anonimizados, si no contienen información sensible, si ya están reportados públicamente y el contexto está limitado, no hay —en principio— una vulneración ética o legal al utilizar la IA como herramienta de apoyo.

Por supuesto, esta es una discusión que no se va a resolver hoy. Pero sí creo que estamos en una encrucijada profunda: tenemos por delante un cambio de paradigma respecto de cómo producimos, procesamos y compartimos la información. Y limitarse por completo al uso de estas herramientas es, en cierto modo, retroceder hacia un modelo de trabajo que ya no existe. El desafío es encontrar la forma ética y segura de integrarlas sin renunciar a los principios de confidencialidad ni a la calidad científica.

Y en lo personal, como alguien que creció con herramientas informáticas a disposición, estoy convencido de que esto va a transformar profundamente la manera en que hacemos ciencia, escribimos, pensamos y colaboramos. Por eso, mi enfoque es crítico pero optimista: no creo que debamos frenar esta transformación, sino más bien aprender a acompañarla con responsabilidad, formación y conciencia ética.

MFGR: Maravilloso. ¿Y desde la perspectiva de educación? ¿Cuál es tu experiencia como docente?

DST: Otro de los avances recientes más significativos es su capacidad para interpretar imágenes, no solo texto. Esto representa una herramienta sumamente poderosa. Por ejemplo, puedo subir una imagen a ChatGPT y solicitarle que me describa qué está viendo. El motor, en ese caso,

interpreta visualmente la imagen y la traduce en una descripción textual. Este recurso tiene múltiples aplicaciones prácticas. En contextos educativos, por ejemplo, si necesito utilizar una imagen en una clase y deseo modificar algún elemento (como cambiar el color de un objeto en la imagen), puedo utilizar esa descripción textual para volver a generar una nueva imagen con las modificaciones deseadas.

Finalmente, otra tarea para la cual recorro con frecuencia a la IA es la búsqueda bibliográfica, especialmente cuando necesito explorar rápidamente literatura vinculada a una pregunta de investigación o a un tema emergente, o incluso para la preparación de una clase. En la actualidad, considero que las búsquedas bibliográficas deben realizarse combinando métodos tradicionales con el uso de motores de IA. No se trata de reemplazar las estrategias clásicas, que siguen siendo fundamentales para comprender la estructura de la información y acceder a literatura científica de calidad, sino de complementarlas con herramientas que amplían significativamente el espectro de fuentes disponibles. Una de las innovaciones más transformadoras, desde mi punto de vista, es la posibilidad de acceder con mayor facilidad a lo que conocemos como literatura gris. Hoy en día puedo, por ejemplo, buscar tesis de maestría, informes técnicos, artículos de divulgación científica o notas periodísticas locales sobre temas específicos —como dengue o influenza—, emitidos por organismos oficiales o medios locales de distintos países de Latinoamérica. Esto antes era extremadamente difícil. Poder realizar este tipo de búsquedas, de forma eficiente y rápida, equivale a ahorrar muchas horas de trabajo manual.

En ese sentido, un motor que me ha dado muy buenos resultados es Perplexity. Su capacidad para recuperar información tanto de fuentes indexadas como de literatura gris lo convierte en una herramienta potente. Si bien algunas de sus funciones más avanzadas están disponibles en versiones pagas, creo que, cuando se cuenta con presupuesto, puede valer la pena invertir en ello, especialmente para investigaciones que requieren gran volumen y diversidad de fuentes.

Por otra parte, el uso de estos modelos también facilita tareas como la extracción de datos o el llamado data scraping. Por ejemplo, si tengo una tabla publicada en Wikipedia o en alguna página oficial, puedo solicitarle al modelo que me extraiga la información y me la convierta en una tabla editable, lo que antes requería habilidades de programación específicas con R o Python. Es una forma de automatizar procesos que antes eran muy laboriosos.

MFGR: Quiero agradecerle por compartir tu experiencia y aprendizaje aplicado en tu tarea cotidiana. En resumen, nos encontramos ante un verdadero cambio de paradigma. En investigación en salud, el uso combinado de IA en la búsqueda de información (p. ej. para explorar y profundizar conceptos complejos), la extracción de datos y la automatización de tareas técnicas representa una transformación profunda en nuestra forma de investigar, enseñar y producir conocimiento. Y si bien siempre será necesario validar las fuentes y cuidar aspectos éticos, el potencial de estas herramientas es, sin duda, revolucionario. No reemplaza los métodos tradicionales, pero sí los complementa con gran eficacia.

REFERENCIAS

1. Zagher J, Naguib M, Bjelogrić M, Névéol A, Tannier X, Lovis C. Prompt Engineering Paradigms for Medical Applications: Scoping Review. *J Med Internet Res* 2024 Sep 10;26:e60501. Available from: <http://dx.doi.org/10.2196/60501>
2. Sanchez Toyos I, Ortiz J, Grande Ratti MF, Carretero M. Inteligencia artificial en la escritura científica: oportunidades y desafíos en ciencias de la salud. *Evid actual pract ambul* 2024 Dec 10;27(4):e007138. Available from: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/7138>
3. CONICET. Qué son y qué no son los Datos de Investigación (Internet; cited 2025 Sep 3). Available from: https://datosdeinvestigacion.conicet.gov.ar/?post_type=page&p=1190

4. CONICET. Datos de Investigación: el proceso de anonimizar (Internet; cited 2025 Sep 3). Available from: https://datosdeinvestigacion.conicet.gov.ar/?post_type=post&p=1847
5. Grande Ratti MF. La ética en el ámbito de la Inteligencia Artificial en Atención Primaria de la Salud. Archivos de Medicina Familiar y General 2024 Jun 17;21(2). Available from: <https://www.revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/296>

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA). PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA). Project Management Professional (PMI®).



La presente entrevista, se dio en contexto del “Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna” (del 17-11-2025), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

