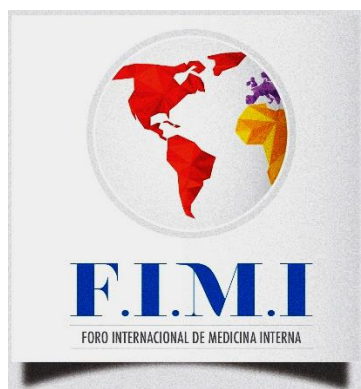




PLANIFICANDO EL FUTURO DE LA MEDICINA INTERNA TOMA DE POSICIÓN DEL FORO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA FIMI

PARTICIPANTES QUE AVALAN EL DOCUMENTO (161, de 43 países)	SOCIEDADES QUE AVALAN EL DOCUMENTO (52)
Argelia: Nadia Oumnia- Farouk Benmediouni Argentina: Pascual Valdez- Luis Cámara- Marcelo Zylberman- Hugo Milione- Diego Brosio- Javier Pollán- Matías Mirofsky- Natalia Nachón- Rodrigo Sabio- Manuel Klein- Elías Chamale- Carlos Pressman- Carla Ambrosi- Silvio Payaslián- Raul Ledesma- Roberto Parodi- Susana Salomón- Adolfo Savia- Ricardo Valentini Armenia: Lamara Manukyan Australia y Nueva Zelanda: Michelle Downie- Ar Kar Aung- Doug Johnson Bélgica: Patrick Lacor- Steven Callens Brasil: Gustavo Miranda Filho- Flavio Pacheco- Marcus Villander- Jorge Carvalho Bolivia: Estela Titto Omonte- Iván Marcelo Garzón Torrejón - Soraya Ximena Cardozo Gira- Lenny Salguero Arciénega- Álvaro Tejerina- Luis Sequeiros Peña- Coral Cristaldo- Juan Carlos Calvo Pinaya- Rosmary Gross- Roxana Hiza- Evelyn Murillo- Oscar Morales- Felipe Melgar Cuellar- Eliana Vega Barbato Chile: Luis Rojas Orellana- Annelise Goecke Colombia: Homero Luis Puello Galarcio- Yazmin Abuabara- Tatiana Espinoza- Sara Socarras Costa Rica: Moises Fallas Wahrmann Cuba: Emilio Buchaca Faxas- Isis Betancourt- Miguel Blanco Aspiazu- Lays Rodríguez Amador- Belkis Magdalena Martínez Martínez- Caridad Chao Pereira Ecuador: Ricardo Hidalgo Ottolenghi- Santiago Carrasco Dueñas Egipto: Mona Ahmed Amin El Salvador: Carlos Henriquez Carrillo- Jorge Contreras Monchez- Karen Cárcamo- Víctor Segura- Rubén Montufar	AMERICA (28) • Sociedad Argentina de Medicina • Sociedad de Medicina Interna de Córdoba • Foro de Medicina Clínica Argentina • Sociedad de Pernambuco de Clínica Médica Brasil • Sociedad Boliviana de Medicina Interna • Sociedad Cruceña de Medicina Interna Bolivia • Sociedad Boliviana de Medicina Interna Filial Tarija • Sociedad Pandina de Medicina Interna Bolivia • Sociedad Boliviana de Medicina Interna Filial Sucre • Asociación de Medicina Interna de Centroamérica y del Caribe • Sociedad Chilena de Medicina Interna • Asociación Colombiana de Medicina Interna • Asociación Costarricense de Medicina Interna • Sociedad Cubana de Medicina Interna • Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna • Asociación de Medicina Interna de El Salvador • Society of Hospital Medicine. Estados Unidos • Asociación de Medicina Interna de Guatemala • Sociedad Hondureña de Medicina Interna • Colegio de Medicina Interna de México • Asociación Nicaragüense de Medicina Interna • Sociedad Panameña de Medicina Interna • Sociedad Paraguaya de Medicina Interna • Sociedad Peruana de Medicina Interna • Asociación Dominicana de Médicos Internistas • Sociedad de Medicina Interna de la República Dominicana • Sociedad de Medicina Interna del Uruguay • Sociedad Venezolana de Medicina Interna

España: Monserrat Chimeno Viñas - Emilio Casariego Vales- Alberto Ruiz Cantero- José Manuel Porcel Pérez- Ricardo Gómez Huelgas Estados Unidos: Ruby Sahoo - Chad T. Whelan Francia: Luc Mouthon Grecia: Nikolaos Tentolouris- Michael Samarkos- George Dalekos Guatemala: Karina Linares Leal- Carlos Nitsch- Sergio Castañeda Cerezo- Ricardo Balleza Arenales Honduras: Fabio Fuentes Mendoza- Lorenzo Díaz Salazar Inglaterra: Nick Murch Irak: Abbas Fadhil Hlaihel- Mudher Zaki AlKherialla Islandia: Sigurdur Olafsson- Runólfur Pálsson- Signý Vala Sveinsdóttir Italia: Francesco Dentali – Andrea Montagnani - Dario Manfellotto- Nicola Montano Japón: Mizue Saita- Miyagami Taiju- Nishina Tsubara- Susumu Tazuma- Toshio Naito Letonia: Ieva Ruza Macedonia (Norte): Aleksandar Manolev- Bijana Ivanovska Bojadjiev México: Carlos Lenín Pliego Reyes- Alejandro Cárdenas Cejudo- Ramón Barrera Cruz- Alfredo Cabrera Rayo Nicaragua: Bismarck Pérez- Jafet Segundo Mendieta- Miguel Tellez Lopez- Tatiana Leiva Gonzalez Pakistán: Aftab Mohsin - Tariq Waseem Panamá: Omar Castillo Fernández - Katiana Castillo- Juan Barrios Paraguay: César Elizeche Gonzalez- Tatiana Elizabeth Roy Torales- María Cristina Jiménez- Gustavo Arbo- Hugo Celauro Perú: Alonso Soto Taragona - Luis García Carrion- Aland Bisso Andrade - Diana Rodríguez Hurtado- Sonia Indacochea- Manuel Calipuy Gálvez- Eduardo Penny Montenegro- Felipe Ignacio Cconchoy Polonia: Jan Duława Portugal: Luis Duarte Costa- Luis Campos República Dominicana: Robert Díaz Bautista- Antonio Lizardo - Jorge Luis Volquez Alcantara- Juan Antonio Bazil Cerda - Jorge Soto Castillo- Vahid Nouri Kandany- Claudia Arias- José Galarza- María Fortuna- Víctor Abreu- Emilio Arias- Claudia Rodríguez Rusia: Oxana M. Drapkina- Valentin A. Kokorin Serbia: Dragan Lovic Suecia: Christine Sävervall- Fredrik Von Wowern Turquía: Serhat Ünal- İhsan Ertenli United Kingdom: Nicholas Robert Murch- Vicky Price Uruguay: Laura Fraga- Andrea Vaucher- Diego Graña- Franco Peverelli- Gustavo Bruno Venezuela: Mariflor Vera- Jose Ayala- Fernando Carrera- Gener Marena- Virginia Salazar	EUROPA (17) • Belgian Society of Internal Medicine • Sociedad Española de Medicina Interna • Société Nationale Française de Médecine Interne • Hellenic Society of Internal Medicine, Greece • Icelandic Society of Internal Medicine • Internal Medicine Society FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, Italia) • Società Italiana di Medicina Interna • Latvian Society of Internal Medicine, Latvia • Macedonian Association of Internal Medicine (Macedonia Norte) • Polish Society of Internal Medicine • Sociedade Portuguesa de Medicina Interna • Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine • Serbian Association of Internal Medicine • Swedish Society of Internal Medicine • Turkish Society of Internal Medicine • Society for Acute Medicine, United Kingdom • EFIM Federación Europea de Medicina Interna ASIA (4) • Armenian Association of Internal Medicine • Thi-Qar Internists Association of Iraq • Japanese Society of Hospital General Medicine • Pakistan Society of Internal Medicine Society AFRICA (2) • Algerian Society of Internal Medicine • Egyptian Society of Internal Medicine OCEANÍA (1) • Internal Medicine Society of Australia and New Zealand
--	--

RESUMEN

El Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI) presenta un documento de posición orientado a analizar el presente y proyectar el futuro de la Medicina Interna en un contexto global marcado por el envejecimiento poblacional, el aumento de la multimorbilidad, la fragmentación de los sistemas de salud y la acelerada transformación tecnológica. El documento se construyó a partir de un proceso colaborativo que integró la participación de 52 sociedades científicas de Medicina Interna de 43 países, con representación activa de los cinco continentes, lo que otorga a sus conclusiones una perspectiva plural y global.

A partir de datos provenientes de investigaciones previas desarrolladas en Iberoamérica y de la integración del consenso de líderes societarios internacionales, se describe el estado actual de la especialidad y su rol central en la atención integral, longitudinal y centrada en la persona adulta, especialmente en pacientes complejos y pluripatológicos. Se identifican fortalezas clave del internista, como el razonamiento clínico integrador, la capacidad de coordinación interdisciplinaria y su contribución en docencia, investigación y gestión sanitaria. Al mismo tiempo, se reconocen debilidades persistentes, entre ellas la heterogeneidad en los sistemas de formación y certificación, las condiciones laborales desfavorables, la pérdida de reconocimiento social y la elevada prevalencia de burnout profesional.

El documento analiza además los desafíos y oportunidades que plantea la incorporación de nuevas tecnologías, como la telemedicina, la ecografía en el punto de atención y la inteligencia artificial, subrayando la necesidad de una integración ética y responsable que preserve el juicio clínico y la relación médico-paciente.

Finalmente, el FIMI propone un Plan de Mejora con lineamientos concretos y aplicables, estructurado en los ejes de asistencia, docencia, investigación, gestión y bienestar profesional, orientado a fortalecer el perfil del internista y consolidar a la Medicina Interna como piedra angular de sistemas de salud más integrados, sostenibles y centrados en las personas.

Palabras clave: Medicina Interna - Competencias profesionales - Atención centrada en el paciente – Multimorbilidad - Sociedades científicas - Cooperación internacional

INDICE

1. Un recuerdo histórico de la Medicina Interna
2. Introducción
3. Estado actual
4. Las sociedades de Medicina Interna y los líderes
5. Análisis FODA
6. ¿Qué especialista medicina interna/ clínica médica se necesita?
7. El futuro
8. Plan de mejora propuesto por el FIMI
 - Metodología
 - Resultados
 - Indicadores operativos medibles
9. Discusión
10. Puntos clave
11. Referencias bibliográficas

Un recuerdo histórico de la Medicina Interna

En esta breve sección se define por qué la Medicina Interna es una especialidad integral y no fragmentaria (1-5).

La Medicina Interna hunde sus raíces en una tradición médica que concibe al paciente como una unidad biográfica, clínica y pronóstica. Ya en el año 620, Isidoro de Sevilla señalaba que el médico debía cumplir tres misiones fundamentales: la anamnesis, entendida como el reconocimiento del pasado; el diagnóstico, como comprensión del presente; y el pronóstico, como anticipación del futuro. Esta tríada expresa tempranamente una visión integral de la práctica médica que trasciende el mero abordaje de la enfermedad aislada.

Durante la Edad Media se produjo una separación progresiva entre la medicina y la cirugía, estableciendo una distinción entre el abordaje clínico y el quirúrgico que marcaría el desarrollo posterior de la práctica médica. En 1761, Giovanni Battista Morgagni introdujo la patología orgánica al vincular las enfermedades con lesiones de órganos específicos, inaugurando una medicina centrada en los componentes “sólidos” del cuerpo. A lo largo del siglo XIX, este enfoque se consolidó en la Medicina Clínica, basada en signos y síntomas, con una progresiva identificación de funciones y enfermedades de órganos por separado, lo que impulsó el surgimiento de las especialidades médicas.

Sin embargo, la necesidad de preservar una mirada integradora dio lugar a la formalización de la Medicina Interna como campo propio. El 20 de abril de 1882, en Wiesbaden (Alemania), se celebró el Congreso de “Innere Medizin”, que buscó diferenciar un área de la asistencia médica tanto de la patología externa como del concepto clásico de Clínica Médica de la época, que se limitaba al estudio de la enfermedad y no al de la persona enferma. Este hito marcó el nacimiento formal de la Medicina Interna como especialidad orientada al cuidado global del paciente.

Posteriormente, en 1920 se creó la Sociedad Alemana de Medicina Interna, consolidando su desarrollo institucional en Europa. En los Estados Unidos, la fundación en 1915 del American College of Physicians (ACP), que en 1998 se fusionó con la American Society of Internal Medicine (ASIM), y la creación en 1936 del American Board of Internal Medicine (ABIM) con el objetivo de certificar formalmente a los especialistas, reflejaron la creciente profesionalización, estandarización y reconocimiento de la Medicina Interna como disciplina central en los sistemas de salud modernos.

Introducción

La medicina y los sistemas de salud atraviesan en la actualidad una transformación acelerada, impulsada por el envejecimiento poblacional, el aumento de la multimorbilidad y la polifarmacia, la digitalización de la información científica, la irrupción de la inteligencia artificial y la presión creciente sobre los recursos sanitarios (6,7). A estos cambios se suma la emergencia de un nuevo tipo de paciente, más informado, digital y participativo, que demanda un rol activo en la toma de decisiones sobre su salud. En este contexto, los médicos internistas deben manejar un volumen creciente de información científica y garantizar una atención integral, segura, costo-efectiva y centrada en la persona, incluso en escenarios de recursos limitados (6).

En la mayoría de los países de América Latina e Iberoamérica, los servicios de Medicina Interna presentan estructuras organizativas relativamente similares, aunque con variaciones determinadas por las políticas de salud, la disponibilidad de recursos y el contexto socioeconómico. A pesar de diferencias en la definición formal del perfil del especialista, existe un amplio consenso en que el internista es el clínico por excelencia, responsable de la atención de personas desde la pubertad hasta el final de la vida, tanto sanas como enfermas, con una mirada integral que abarca la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento longitudinal, promoviendo además el uso racional de los recursos disponibles y las intervenciones preventivas basadas en evidencia (6).

Sin embargo, una parte importante de la población —y aun de los propios sistemas de salud— no tiene una comprensión clara del perfil y las funciones de la Medicina Interna, lo que compromete el reconocimiento social de la especialidad y refuerza la necesidad de fortalecer su difusión y posicionamiento por parte de gobiernos, universidades, sociedades científicas e internistas (6).

El avance progresivo de la hiperespecialización ha contribuido a una fragmentación de la atención, con aumento de costos, duplicación de estudios, indicaciones divergentes y transiciones asistenciales inseguras. En pacientes con multimorbilidad, este modelo conduce a circuitos de atención desarticulados y a una distribución difusa de responsabilidades, con impacto negativo en la calidad asistencial y en la eficiencia de los sistemas. En este escenario, la Medicina Interna se consolida como referente en el abordaje diagnóstico y en la coordinación de cuidados de pacientes complejos, especialmente cuando la fragmentación compromete los resultados clínicos (8).

Los internistas están llamados a desempeñar un rol central en el manejo de personas con condiciones clínicas complejas o con diagnósticos no esclarecidos, así como en la cogestión de pacientes críticos o intervenidos quirúrgicamente mediante modelos de atención compartida y equipos interprofesionales. Asimismo, la continuidad del cuidado de las enfermedades crónicas requiere una articulación estrecha con la atención primaria y con los equipos de enfermería, incorporando propuestas innovadoras de seguimiento ambulatorio y el uso racional de herramientas tecnológicas (9,10).

La formación de las nuevas generaciones de internistas constituye un componente crítico de este proceso. La docencia de grado y la residencia deben promover una visión amplia, integradora y adaptada a los desafíos contemporáneos, incorporando tutores, sistemas adecuados de evaluación y procesos de certificación que garanticen la calidad y actualización profesional (6). En este marco, las sociedades científicas tienen un rol estratégico en la definición de estándares formativos y organizativos, respetando la heterogeneidad regional pero preservando los valores centrales de la especialidad (7,11). Mirando hacia el futuro, es posible anticipar una transformación profunda de la práctica médica en las próximas dos décadas (12,13). Entre 2025 y 2035 se espera una adopción generalizada de la telemedicina, las historias clínicas electrónicas y el uso creciente de la inteligencia artificial como apoyo al diagnóstico y a la documentación clínica. Se expandirán las pruebas genéticas y las terapias dirigidas, mientras que la salud mental y las

enfermedades crónicas ocuparán un lugar cada vez más central, junto con nuevos desafíos éticos y de ciberseguridad relacionados con los datos de salud (12,14).

Hacia el período 2035-2045 se anticipa una disrupción aún mayor, con sistemas de inteligencia artificial más autónomos, la consolidación de la medicina personalizada basada en genómica y epigenética, hospitales inteligentes, modalidades avanzadas de atención domiciliar y nuevas tecnologías como la cirugía remota y la nanomedicina. En este contexto, el médico —y en particular el internista— actuará fundamentalmente como coordinador del cuidado de pacientes complejos, con un papel reforzado en la comunicación, la ética y la toma de decisiones en contextos de incertidumbre (12,13).

En este escenario se inscribe el presente documento del Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI), una red internacional de sociedades científicas, servicios hospitalarios y unidades académicas que promueve la docencia, la investigación, el profesionalismo y el liderazgo clínico en Medicina Interna mediante la educación cooperativa y la mentoría (15). Esta iniciativa surge de la necesidad de definir y armonizar la actividad de la especialidad frente a la heterogeneidad observada entre países y entre centros de un mismo país, y de fortalecer el rol del internista en la atención de pacientes con multimorbilidad y en la coordinación de sistemas de salud complejos (8). Según la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud deben adaptarse al envejecimiento poblacional y a la creciente carga de enfermedades crónicas (16).

El objetivo de este documento es construir un marco de referencia común a partir del cual las distintas sociedades científicas puedan establecer, a nivel local, recomendaciones sobre la trayectoria formativa, el perfil profesional y el rol del internista, impulsando tanto el desempeño de sus miembros como la interlocución con los decisores en políticas de salud (8).

El texto se organiza en dos grandes partes. La primera presenta el estado actual de la Medicina Interna, un análisis FODA, el perfil del especialista requerido en Iberoamérica y una proyección hacia el futuro, a partir de investigaciones previas del FIMI y de la recopilación de percepciones de actores relevantes de las sociedades científicas (9). La segunda parte propone un Plan de Mejora elaborado mediante un proceso participativo que incluyó rondas de consulta por correo electrónico, un encuentro presencial y una ronda final de ajustes, con la participación de los presidentes y directivos de las sociedades de los cinco continentes y de profesionales independientes (9).

De este modo, el documento articula una visión integral sobre desafíos como la fragmentación de la atención, el aumento de la multimorbilidad, las transiciones demográficas, la creciente complejidad clínica y la presión sobre los recursos humanos, con una perspectiva relevante no solo para Iberoamérica sino para la Medicina Interna y los sistemas de salud de todo el mundo (9).

Estado actual

Tomando datos obtenidos en estudios previos de nuestro grupo de profesionales (17-20), se observa la siguiente situación en Latinoamérica (los valores corresponden a promedios regionales y pueden existir heterogeneidades entre países):

- La especialidad se obtiene por más de una vía: en más del 90% de los países a través de residencias médicas, mientras que en el 25% también se accede mediante cursos universitarios y en otro 25% mediante una prueba de evaluación.
- La especialidad es otorgada por distintas instituciones: universidades (85%), sociedades científicas (15%), ministerios de salud (21%) y colegios médicos (15%).
- La recertificación de la especialidad es obligatoria en el 21% de los países, opcional en el 42% e inexistente en el resto.
- Las sociedades de Medicina Interna han elaborado o participado, junto con el Ministerio de Salud u otras sociedades científicas, en la confección de guías de práctica clínica o recomendaciones en el 48% de los casos.
- El 80% de las sociedades científicas cuenta con filiales, distritos o representaciones regionales en el interior de sus países.
- El 58% de las sociedades dispone de una revista científica, de las cuales el 80% está indexada en bases de datos latinoamericanas.
- El 30% de los internistas trabaja exclusivamente en el ámbito hospitalario, el 22% en el sector privado (incluido el consultorio propio) y el 48% en ambos ámbitos.
- Los ingresos económicos provienen en un 40% del trabajo en internación, en un 55% del trabajo ambulatorio y en un 5% de actividades docentes (una pequeña fracción corresponde también a internación). En este ítem no se discrimina entre sector público y privado.
- El promedio de horas semanales de trabajo es de 60 horas durante los primeros 10 años de ejercicio profesional y de 54 horas luego de ese período.
- El 52% de los internistas ha realizado una segunda subespecialidad clínica.
- El nivel de satisfacción con la especialidad es del 54%.
- El 52% realiza docencia universitaria de grado, y considerando también el posgrado, el 61%.
- El 37% ha realizado presentaciones en congresos y/o publicaciones en los últimos tres años.
- La calidad formativa de las residencias en cada país recibe una calificación promedio de 7.
- La situación económica del internista que trabaja exclusivamente en el sector público es considerada razonable en el 37% y regular o mala en el 63%.
- Los internistas se consideran altamente competentes en: medicina hospitalaria (89%), medicina ambulatoria (68%), atención de la persona mayor (73%), atención del adolescente (68%), gestión hospitalaria (16%) y atención de enfermedades crónicas (84%).
- Los internistas también se desempeñan en otras áreas —ya sea en forma complementaria o exclusiva— tales como cuidados paliativos, dolor, investigación, docencia, medicina perioperatoria, enfermedades tropicales, emergencias intra o extrahospitalarias, tecnologías de la información y la comunicación, administración hospitalaria y otros centros prestadores de salud, dirección y marketing en laboratorios farmacéuticos, publicaciones y labor editorial, asesorías o consultorías en instituciones del ámbito sanitario, educativo o farmacéutico, desarrollo de herramientas digitales, auditoría médica, medicina laboral y peritaje legal.
- Los escenarios de atención del internista clínico incluyen: la comunidad, ambulancias (traslados o urgencias), domicilio, consultorios institucionales o privados, centros de atención comunitaria o de atención primaria, servicios de urgencias, salas de internación general y unidades de cuidados intermedios.

- El 42% considera que el futuro del internista es auspicioso y que la especialidad crecerá.
- El 94% opina que es necesario empoderar al internista y colocarlo en el centro de la atención del paciente.
- El pluriempleo alcanza una media de 4,3 escenarios laborales por profesional.
- Durante la formación profesional se ha detectado violencia física dentro del personal hospitalario en el 5–10% de los casos, y por parte de pacientes o familiares en el 33%. La violencia psíquica dentro de la institución alcanza el 22–56%, y por parte de pacientes o familiares el 63%. El maltrato laboral por parte de superiores es frecuente en el 20%.
- El promedio de problemas de salud físicos ocurridos después del inicio de la actividad laboral es de 4,8 por profesional.
- El 29% afirma que, si se graduara nuevamente, no volvería a elegir la especialidad de Clínica Médica o Medicina Interna.
- En las dimensiones del burnout, los internistas presentan altos niveles de despersonalización y cansancio emocional, y niveles medios de realización profesional. La cantidad de dimensiones con alto desgaste fue: ninguna (25,23%), una (36,57%), dos (24,59%) y tres (13,59%).
- Las estructuras y dispositivos disponibles incluyen: hospital de día médico (43%), cuidados paliativos (57%), medicina perioperatoria (67%), asistencia compartida con otros servicios médicos (90,5%), hospital o camas de corta estancia (48%), unidad de continuidad asistencial con atención primaria (33%) y hospitalización a domicilio (28,5%).
- Existe un número significativo de médicos generales o generalistas que desempeñan funciones propias del médico internista, incluso autodenominándose como tales.
- También hay médicos internistas que no completaron la residencia formal pero ejercen como tales, así como profesionales que, habiéndola finalizado, no obtuvieron el registro oficial de la especialidad y trabajan igualmente como internistas.

Las sociedades de Medicina Interna y los líderes

La mayoría de las sociedades de Medicina Interna cuenta, o ha contado, entre sus dirigentes y miembros activos con líderes que se desempeñan en múltiples ámbitos, entre ellos:

- Ministros de Salud
- Embajadores
- Directores de hospitales y de otras instituciones de salud privadas
- Jefes de servicio de Medicina Interna o Clínica Médica
- Autoridades universitarias
- Profesores universitarios
- Investigadores con grado de doctor (PhD)
- Profesionales con grado de magíster
- Directores de carreras universitarias de posgrado
- Directores o coordinadores de programas de residencia
- Investigadores
- Autores con presencia en PubMed
- Profesionales galardonados con premios científicos
- Directores e integrantes de comités editoriales de revistas científicas

Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

Si nos centramos en el análisis FODA de investigaciones previas realizadas en Iberoamérica, se puede resumir la siguiente situación (17-20) que se observa en las tablas 1-4:

Tabla 1- Fortalezas de la Medicina Interna (elaboración propia)

Fortalezas de la Medicina Interna
• Visión integral del paciente: los internistas están formados para manejar pacientes complejos y pluripatológicos, con una perspectiva humanista y costo-efectiva. • Alta competencia técnica, especialmente en medicina hospitalaria, atención ambulatoria, medicina de urgencias, atención de personas mayores y enfermedades crónicas. • Capacidad docente y académica: el 61% realiza tareas educativas de grado y posgrado, con participación activa en congresos. • Participación en salud pública: el 48% de las sociedades ha elaborado guías clínicas y el 47% ha intervenido en políticas sanitarias. • Presencia territorial: el 80% de las sociedades cuenta con filiales activas. • Compromiso ético y social, con un fuerte componente humanista orientado a la equidad y a la atención integral del adulto. • Formación estructurada en residencias y universidades. • Participación en investigaciones multicéntricas. • Mirada holística de la pluripatología, con flexibilidad para adaptarse a diferentes escenarios, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19. • Por su visión integral, el internista posee ventajas para comprender y utilizar herramientas de inteligencia artificial y otras tecnologías de vanguardia. • El internista cuenta con una formación que facilita el desarrollo de otras especialidades clínicas y no clínicas, como administración hospitalaria, educación, auditoría médica, epidemiología y salud pública, entre otras. • Capacidad para manejar pacientes en diferentes realidades sociosanitarias. • Capacidad operativa para investigaciones en terreno, registros y estudios epidemiológicos multicéntricos. • Capacidad de síntesis y razonamiento diagnóstico complejo, que permite identificar patologías poco frecuentes o de difícil diagnóstico. • Manejo de la complejidad y la multimorbilidad. • Adaptabilidad y versatilidad: en Latinoamérica el internista suele trabajar en múltiples niveles de atención, desde hospitales de alta complejidad hasta centros de atención intermedia. • Liderazgo en equipos de salud. • Capacidad de respuesta en contextos de recursos limitados, priorizando y racionalizando el uso de tecnología para garantizar atención de calidad en diferentes entornos.

Tabla 2- Oportunidades de la Medicina Interna (elaboración propia)

Oportunidades de la Medicina Interna
• Posicionarse como líder de un modelo integrador frente a la fragmentación asistencial, reduciendo internaciones, costos y errores, y aportando capacidad de organización y gestión multidisciplinaria. • Diseñar y participar en estrategias de seguimiento y cuidado fuera del hospital, asegurando la continuidad asistencial. • Incrementar el impacto de las sociedades científicas en salud pública. • Interpretar el envejecimiento poblacional y diseñar acciones en los niveles micro (asistencial), meso (gestión) y macro (política sanitaria). • Generar sistemas de evaluación y créditos para procesos de certificación. • Fortalecer los procesos de recertificación. • Participar activamente en consejos editoriales y producción científica. • Estimular la docencia y la investigación. • Liderar la enseñanza de grado y posgrado, formando profesionales con una visión integrada capaces de resolver problemas complejos. • Mejorar los programas de residencias y evaluar escenarios formativos “desprotegidos”. • Aprovechar las nuevas tecnologías (telemedicina, POCUS, inteligencia artificial).

- Incorporar la salud laboral y la detección de burnout en las currículas.
- Capacitarse en inteligencia artificial con un uso ético y responsable.
- Incidir en los sistemas para capacitar profesionales asistenciales que no tienen base en Medicina Interna.
- Entrenarse en Medicina de Alto Valor (MAV).
- Acceder a mayores oportunidades laborales en cargos administrativos, asesorías, consultorías, educación, investigación y marketing en entidades públicas y privadas.

Tabla 3- Debilidades de la Medicina Interna (elaboración propia)

Debilidades de la Medicina Interna
Formación y certificación • Alta heterogeneidad en los sistemas de formación y certificación entre países. • Solo el 21% tiene recertificación obligatoria; en más del 40% no existe. • Calidad formativa moderada de las residencias (promedio 7/10). • Escasa disponibilidad de tutores y evaluación estructurada. • Insuficiente formación en bioética, especialmente en el final de la vida. Estudiantes de medicina • Bajo conocimiento del perfil del internista. • Aumento de matrícula sin campos clínicos suficientes. • Deficiencias formativas al ingreso a la residencia. Condiciones laborales • Jornadas excesivas. • Bajos ingresos en el sector público. • Pluriempleo. • Reducción del recurso humano. • Alta carga asistencial y burnout. • Violencia y maltrato en la formación. • Débil articulación con el primer nivel y el seguimiento post alta. Desvalorización del rol • Escasa visibilidad pública. • Percepción de “médico derivador”. • Riesgo de desplazamiento por subespecialistas o tecnología. • Fragmentación del cuidado. • Menor valoración de la visión integral. Fuga hacia subespecialidades • Más del 50% realiza una segunda especialidad. • Motivación económica, académica o por insatisfacción. Pérdida de vocaciones • Disminución de ingresantes. • El 29% no volvería a elegir la especialidad. Pertenencia societaria • Escasa difusión del rol. • Bajo sentido de pertenencia. Investigación • Falta de entrenamiento y financiamiento. • Baja cultura de publicación. • Poco apoyo institucional. Tecnología • Acceso limitado. • Escasa innovación digital. Medicina perioperatoria • Rol no reconocido formalmente. • Resistencia de otras especialidades. Distribución territorial • Concentración urbana de internistas.

Tabla 4- Amenazas de la Medicina Interna (elaboración propia)

Amenazas de la Medicina Interna
• Baja satisfacción profesional. • Aumento de la subespecialización. • No adaptación a cambios sociales. • No adaptación tecnológica. • Falta de reconocimiento del rol gestor del internista.

En relación a las fortalezas, los internistas, por su perfil, formación y personalidad, pueden desempeñar funciones clínicas, académicas, de investigación y de gestión. La Dra. Flavia K. Borges (Universidad McMaster, Canadá) destaca que muchos internistas lideran decisiones clínicas, unidades docentes, consultas externas, unidades hospitalarias y proyectos de investigación, con capacidad de mejorar la eficiencia y la experiencia del paciente, facilitando el flujo asistencial y la conexión con recursos adecuados (21).

Asimismo, la formación de nuevos líderes requiere integrar la capacitación en liderazgo desde el pregrado y la residencia, con el objetivo de fortalecer habilidades para guiar equipos multidisciplinarios, mejorar la calidad de atención y proponer modelos económicamente sostenibles.

Una investigación mostró que muchos residentes de Medicina Interna en Estados Unidos practican componentes de la Medicina de Alto Valor, aunque rara vez incorporan los costos en la toma de decisiones clínicas; la exposición a docentes que discuten MAV durante la atención clínica fue el factor más asociado a estas prácticas, lo que representa una oportunidad de mejora formativa (22).

El desarrollo tecnológico ofrece oportunidades concretas. El uso de ecografía en el punto de atención (POCUS) se ha expandido entre internistas y residentes; Tierney y colaboradores demostraron que su utilización selectiva se asocia con una reducción significativa del costo total de hospitalización, del gasto en radiología y del número de radiografías de tórax (23).

En relación con la inteligencia artificial, Mansoor y cols. mostraron diferencias en la percepción de su impacto entre especialidades, subrayando la necesidad de herramientas transparentes, interpretables y adaptadas a cada disciplina para fomentar su adopción responsable (24).

En referencia a las amenazas, en muchos países, entre el 70% y el 80% de los residentes intenta migrar hacia subespecialidades, principalmente por insatisfacción, exceso de trabajo, escaso acceso a formación continua y percepciones de menor reconocimiento económico y profesional. Esto impacta negativamente en la calidad asistencial y en la relación médico-paciente. Se ha demostrado que una mayor satisfacción profesional se asocia con mayor satisfacción de los pacientes (25).

¿Qué especialista en medicina interna/ clínica médica se necesita?

El perfil del especialista presenta numerosas similitudes entre países (17-20). Si bien existen variaciones regionales según el contexto, el perfil basal de un internista en cualquier región del mundo puede definirse a partir de los siguientes ejes:

- ❖ Características generales del internista
- ❖ Asistencia sanitaria
- ❖ Enfermedades infecciosas emergentes
- ❖ Salud mental del paciente crónico
- ❖ Acción en salud pública y epidemiología
- ❖ Acción docente, investigación y gestión
- ❖ Valores éticos y relación médico–paciente
- ❖ Habilidades y competencias
- ❖ Otras consideraciones y desafíos

Características generales del internista

- El especialista en Medicina Interna, también denominado clínico o internista, es un profesional dedicado a la atención del adulto (desde la adolescencia hasta el final de la vida), sano o enfermo, hospitalizado o ambulatorio, en el ámbito de su familia y de su comunidad; asimismo, asume la atención colectiva de grupos de individuos en riesgo, sanos o enfermos, con una visión sociosanitaria de los problemas de salud.
- El término “clínico” resulta a menudo más abarcativo, ya que comprende tanto la medicina de internación (medicina interna, medicina hospitalista) como la medicina ambulatoria; no obstante, cada país posee su propia legislación en relación con la denominación del título de especialista.
- El campo de desempeño de la Medicina Interna es amplio, pues abarca, en mayor o menor medida, todos los niveles de atención de la salud del adulto, y es complejo porque no se define por la atención de un aparato o sistema específico, sino por el abordaje integral de todas las enfermedades del adulto en sus diversas circunstancias vitales.
- El clínico es el profesional capaz de brindar y coordinar cuidados médicos desde la adolescencia hasta la vejez, a lo largo de las distintas etapas del proceso salud–enfermedad–atención, promoviendo y protegiendo la salud, e implementando estrategias de abordaje eficientes, éticas y humanistas.
- Mantiene un equilibrio entre el conocimiento científico, los avances tecnológicos y el paciente considerado como un todo.
- Aplica un enfoque científico del proceso salud–enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial.
- Ejerce una medicina centrada en la persona y personalizada.
- Integra el método clínico, la visión integral del individuo y el seguimiento longitudinal, actuando como referente de su cuidado.
- Posee valores filosóficos, humanísticos y éticos, con sensibilidad, integridad, altruismo y responsabilidad social.

Asistencia sanitaria

- Es capaz de atender pacientes adultos hospitalizados y ambulatorios, así como en otros escenarios asistenciales.
- Brinda atención continua en los distintos niveles del sistema: atención primaria, urgencias, segundo y tercer nivel, y en diversas instituciones de salud.
- Puede desempeñarse tanto en el ámbito extrahospitalario (atención primaria, médico de referencia, emergencias prehospitalarias, consultorio) como intrahospitalario (salas de cuidados moderados, emergencias, policlínicas) y como consultor de otros servicios.

- Realiza seguimiento horizontal del paciente hospitalizado, del paciente quirúrgico con problemas clínicos, análisis de riesgo preoperatorio y manejo perioperatorio.
- Gestiona pacientes con una o múltiples enfermedades crónicas.
- Brinda cuidados de fin de vida y medicina paliativa en pacientes agudos y crónicos.
- Atiende pacientes complejos y pluripatológicos, evitando intervenciones innecesarias de múltiples especialidades, duplicación de estudios e interacciones farmacológicas.
- Atiende pacientes con enfermedades sistémicas y alto riesgo vascular, metabólico, renal, hepático o cardíaco, asegurando calidad asistencial.
- Atiende, al menos inicialmente, a personas con enfermedades raras, integrándose a redes, registros y circuitos coordinados de atención.

Enfermedades infecciosas emergentes y rol del internista

- Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes son un componente crítico de la práctica de la Medicina Interna, especialmente en Latinoamérica e Iberoamérica.
- El internista debe asumir un papel central en la detección, manejo clínico y coordinación frente a patologías como dengue, chikungunya, zika, leptospirosis, influenza, tuberculosis resistente y amenazas zoonóticas.
- La experiencia de la pandemia por COVID-19 evidenció la necesidad de fortalecer competencias en vigilancia epidemiológica, análisis de datos y toma de decisiones bajo incertidumbre.
- La Medicina Interna constituye un eje fundamental en la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.

Salud mental del paciente crónico y rol del internista

- La salud mental es un componente central del abordaje del adulto con enfermedades crónicas.
- La depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y otros trastornos son frecuentes en la multimorbilidad.
- El internista está en posición estratégica para identificar, intervenir y coordinar la atención en salud mental.
- Este enfoque integrado mejora la calidad de vida, reduce reingresos y fortalece la relación médico–paciente.

Acción en salud pública y epidemiología

- Participa en promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Aplica prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
- Puede formarse en subespecialidades clínicas y en salud pública.
- Lidera acciones de tamizaje y articulación comunitaria.

Acción docente, investigación y gestión

- Integra asistencia, docencia, investigación y gestión.
- Realiza docencia de grado y posgrado.
- Desarrolla educación médica continua.
- Lidera investigaciones en terreno, registros y ensayos clínicos.
- Se mantiene en aprendizaje permanente.
- Gestiona servicios clínicos.
- Ejerce liderazgo profesional.
- Coordina equipos interdisciplinarios.
- Articula especialistas.
- Participa en colegiados médicos.

Valores éticos y relación médico–paciente

- Respeto la autonomía, valores y creencias del paciente.
- Mantiene confidencialidad y honestidad.
- Aplica principios de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.
- Utiliza la inteligencia artificial de manera ética.

Habilidades y competencias

- Formación técnica, ética y profesional adecuada.
- Práctica basada en evidencia.
- Precisión diagnóstica y prudencia tecnológica.
- Evaluación costo–beneficio.
- Integración de competencias clínicas, comunicacionales, tecnológicas y humanísticas.
- Uso racional de TIC.
- Enseñanza y evaluación de habilidades blandas (tabla 5).
- Conocimiento, interpretación y ejecución de procedimientos clínicos según su nivel de dominio (tabla 6).

Otras consideraciones y desafíos

- Prevención y manejo del burnout.
- Reevaluación de honorarios profesionales.
- Consideración del envejecimiento, el cambio climático, las brechas de acceso y la tensión entre longevidad y calidad de vida.

En síntesis

El internista es el profesional que brinda atención integral y continua al adulto, ejerciendo liderazgo clínico, docente, investigativo y de gestión, con competencias transversales y específicas, basado en evidencia, valores éticos y responsabilidad social.

Tabla 5- Habilidades blandas (Adaptada de 26)

Habilidades blandas
✓ Comunicación asertiva (oral y escrita, a colegas y al público) incluyendo escucha activa, pasiva, lenguaje no verbal, elocuencia
✓ Informes en casos complejos, comunicación de malas noticias
✓ Control de las emociones negativas, gestión de las emociones
✓ Tolerancia a la frustración/ perseverancia/ autoestima
✓ Actitud positiva
✓ Inteligencia emocional
✓ Empatía y acompañamiento
✓ Conocimiento de fortalezas y debilidades de la personalidad
✓ Identificación y resolución de problemas de manera creativa
✓ Pensamiento crítico y razonamiento
✓ Iniciativa, creatividad, innovación
✓ Motivación
✓ Planificación
✓ Trabajo en equipo
✓ Dinámica de grupos
✓ Liderazgo positivo
✓ Liderazgo que genere adecuado clima laboral
✓ Debriefing clínico
✓ Gestión de la agenda y el tiempo
✓ Flexibilidad/ adaptabilidad
✓ Gestión del estrés/ tolerancia a las presiones
✓ Manejo de los conflictos (negociación)
✓ Prevención del burnout
✓ Resiliencia

- ✓ Ergonomía y salud
- ✓ Toma de decisiones y habilidades relacionadas a la convivencia armoniosa.
- ✓ Investigación y docencia
- ✓ Bioética

Tabla 6- Procedimientos según nivel de dominio (Elaboración propia)

Procedimientos según nivel de dominio
Conocer: técnicas especializadas que no ejecutará directamente, pero que debe comprender para indicarla adecuadamente e interpretar su utilidad clínica (p. ej., cateterismo cardíaco, PET-CT). Interpretar: estudios que debe saber leer, contextualizar y discutir con criterio clínico (p. ej., ecocardiografía, pruebas de función pulmonar, colonoscopia, gasometría). Ejecutar: maniobras que debe dominar y realizar con seguridad (p. ej., paracentesis, toracentesis, intubación, colocación de catéter venoso central, POCUS, RCP).

El futuro

¿Hacia dónde vamos?

Esta pregunta implica dos dimensiones: la capacidad de generar activamente nuestro propio destino profesional y la necesidad de comprender el lugar que los sistemas de salud nos asignan.

Las principales tendencias sobre el futuro de la Medicina Interna incluyen como escenarios (17-20):

- Incremento de la subespecialización, motivado por razones académicas, laborales y económicas (siendo estas últimas determinantes).
- Envejecimiento acelerado de la población y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles —como enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y obesidad—, que constituyen el núcleo de la práctica del internista.
- Disminución progresiva del número de internistas, con el riesgo de ser reemplazados por tecnologías sofisticadas.
- Tendencia a ocupar más cargos administrativos que asistenciales.
- Reducción de aspirantes a cargos docentes.
- Disminución del número de ingresantes a las residencias.

¿Qué debemos hacer o tratar de lograr?

Las metas estratégicas planteadas son (17-20):

- Mantenerse como eje integrador de la atención sanitaria.
- Lograr reconocimiento por parte del público, los decisores políticos, los ministerios de salud, los gobiernos y las instituciones privadas, con impacto real en la remuneración.
- Alcanzar mejoras salariales que permitan al internista trabajar exclusivamente en el sector público sin necesidad de migrar al sector privado o desempeñarse en ambos.
- Generar incentivos para la participación en congresos y actividades de capacitación.
- Regular las vacantes de subespecialidades.
- Asegurar financiamiento estatal para la capacitación.
- Promover el trabajo integrado y no competitivo entre internistas y subespecialistas.
- Empoderar el rol del internista, permitiéndole resolver casos tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario, incluyendo la posibilidad de solicitar estudios diagnósticos sin restricciones innecesarias.
- Liderar la atención de pacientes con multimorbilidad sistémica, integrando enfermedades autoinmunes, cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, renales e infecciosas.
- Coordinar la atención entre las distintas especialidades, garantizando un enfoque centrado en el paciente, basado en evidencia y con una visión holística.
- Implementar contratos de retribución por tiempo determinado para posresidentes en áreas de Medicina Interna.
- Modificar y racionalizar el sistema de guardias para reducir el estrés laboral.
- Participar activamente en la toma de decisiones sobre modelos de atención a nivel estatal.
- Regular parámetros asistenciales como número de pacientes por hora en consulta ambulatoria, número de camas por internista en hospitalización y guardias, y carga asistencial en atención domiciliaria.
- Transformar el enfoque predominante centrado en el paciente hospitalizado hacia un modelo que incorpore atención ambulatoria, competencias en TIC, medicina basada en la evidencia, economía clínica, cuidados poblacionales, gestión de servicios, trabajo en

equipo y aprendizaje permanente, utilizando métodos educativos centrados en el estudiante.

- Garantizar a la sociedad y al sistema de salud un especialista con alta capacidad resolutive, sólidos principios y una práctica costo-efectiva.
- Reafirmar que la Medicina Interna es la piedra angular de una atención sanitaria integrada frente a la fragmentación del sistema actual.

Los siguientes ejes deben estar siempre presentes en nuestras actividades:

- ✓ Integración de la medicina personalizada
- ✓ Enfoque en la medicina preventiva
- ✓ Telemedicina, tecnologías digitales e inteligencia artificial
- ✓ Enfermedades crónicas y envejecimiento poblacional
- ✓ Enfoque multidisciplinario y trabajo en equipo
- ✓ Avances diagnósticos
- ✓ Medicina basada en la evidencia y toma de decisiones
- ✓ Atención centrada en la persona

Asimismo, deben considerarse escenarios mínimos de formación:

- ✓ Atención ambulatoria en Medicina Interna
- ✓ Hospitalización general
- ✓ Servicios de urgencias
- ✓ Unidades de cuidados críticos
- ✓ Servicios por sistemas: cardiología, neumología, nefrología, gastro-hepatología, endocrinología, reumatología, hematología, oncología médica, infectología, geriatría, entre otros

En función de todo lo anterior, el médico internista posee una alta capacidad de gestión de la salud y la enfermedad, y se encuentra capacitado para dirigir instituciones sanitarias de distinta complejidad.

Plan de mejora propuesto por los integrantes del FIMI

Nuestra identidad distintiva se centra en la atención de personas mayores y de pacientes con multimorbilidad y alta complejidad clínica, sustentada en un conocimiento amplio y profundo de la fisiopatología, el razonamiento diagnóstico y el abordaje terapéutico, orientado a maximizar el beneficio clínico con un uso eficiente de los recursos. De cara al futuro, la Medicina Interna debe adaptarse a los nuevos escenarios sin perder sus fortalezas, valores y competencias esenciales.

Cabe señalar que lo expuesto hasta aquí se refiere principalmente a Iberoamérica, región en la que se desarrollaron las investigaciones que sustentan el marco teórico. Sin embargo, el Plan de Mejora que se presenta a continuación surge del aporte conjunto de internistas y de las comisiones directivas de sociedades de Medicina Interna de los cinco continentes, lo que le confiere una perspectiva verdaderamente global.

Metodología

En agosto de 2025, la directiva del FIMI constituyó un grupo de trabajo formado por 3 facultativos provenientes de las sociedades científicas de los países que conforman el FIMI. Las personas seleccionadas tenían experiencia previa en la gestión de sociedades científicas, y en el desarrollo y/o implantación de guías o consensos en diferentes ámbitos de sus respectivos países.

Este grupo, entre agosto y octubre de 2025, realizó una revisión no sistemática de la TRIPDatabase, PubMed, Embase y LILACS. Esta búsqueda se complementó con el rastreo de las referencias incluidas en los documentos obtenidos y con el contacto directo con expertos en este campo, incluyendo resultados de investigaciones previas realizadas por el FIMI. Con todo ello se crearon los esbozos preliminares de los ejes temáticos a desarrollar y de las propuestas de mejora. Estos documentos iniciales se discutieron y concretaron en sucesivas consultas con los 161 expertos seleccionados provenientes de 52 sociedades científicas de 43 países que representaban a los 5 continentes. Aquellos países con varias sociedades aportaron mayor número de expertos. En primer lugar por correo electrónico o en reuniones por videoconferencia (individuales o en pequeños grupos) con estas personas. En segundo lugar mediante videoconferencias con periodicidad semanal (octubre-noviembre de 2024), donde participaron presidentes de las sociedades de medicina interna de los 5 continentes. En tercer lugar algunas sociedades mantuvieron discusiones internas con sus directivos y asociados, y también profesionales independientes de dichos países, aportaron ideas y opiniones. Una vez consolidado el documento base, para su consenso final se ha utilizado una metodología DELPHI de 3 rondas donde participaron 25 expertos, seleccionados entre los 161, utilizando un cuestionario Likert de 5 opciones.

Se estableció que el consenso de las recomendaciones se alcanzaba cuando el porcentaje de respuestas «de acuerdo» o «muy de acuerdo» era $\geq 70\%$ y $\geq 85\%$ respectivamente.

Finalmente se realizó un encuentro presencial (Buenos Aires, noviembre de 2025) con presidentes de 18 Sociedades, lo que permitió realizar una última ronda de acuerdos previa a su envío a publicación. El texto terminó de escribirse en enero 2026.

Resultados

Los ejes del perfil del internista son 5, y se observan en la tabla 7.

Tabla 7- Recomendaciones FIMI acerca de salud laboral, trayectoria formativa, perfil profesional y rol del internista (Elaboración propia)

EJE ESTRATÉGICO	DOMINIOS	RECOMENDACIONES
Salud laboral, bienestar y satisfacción profesional	• Satisfacción y orgullo profesional • Mejora de condiciones laborales • Prevención del burnout	• Mejorar clima organizacional y relaciones jerárquicas respetuosas. • Garantizar espacios de formación continua con tiempo y financiamiento protegidos. • Regular carga asistencial, guardias y número de pacientes por internista. • Asegurar períodos adecuados de descanso y recuperación entre guardias, con reducción de jornadas de trabajo extensas. • Dimensionar planteles y garantizar tiempo protegido para docencia e investigación. • Mejorar salarios e incentivos para evitar pluriempleo y migración a subespecialidades. • Monitorear indicadores de carga asistencial y ajustar plazas periódicamente. • Implementar programas institucionales de bienestar con enfoque preventivo (en especial del estrés laboral y la salud ambiental) con creación de espacios protegidos para la salud emocional del profesional. • Realizar encuestas periódicas de bienestar con instrumentos validados. • Desarrollar redes de apoyo entre pares y espacios de cuidado emocional.
Docencia y formación (grado, posgrado y educación continua)	• Formación de grado • Formación y profesionalización • Educación médica continua y redes académicas	• Reconocer a la medicina interna como disciplina rectora en la formación médica. • Incorporar internistas en planteles docentes universitarios en la carrera de grado. • Establecer criterios de admisión y evaluación del residente. • Integrar en la currícula: razonamiento clínico, uso racional de recursos, pensamiento crítico y visión humanista. • Establecer estándares regionales de residencias (estándares mínimos regionales compartidos) con acreditación basada en competencias y APROC (actividades profesionales confiables) con autoevaluación periódica (idealmente anual) de los programas. • Incorporar tutorías, evaluación periódica, simulación y portafolio académico. • Incluir competencias en Medicina Basada en Evidencia, TIC, economía clínica, ética y comunicación, cuidados paliativos, medicina perioperatoria, humanidades médicas, farmacología clínica aplicada, IA y salud digital responsable junto con la revisión de la normativa local en Buenas Prácticas Clínicas y de Prescripción, aspectos de mala praxis y seguridad del acto médico, farmacovigilancia y reporte sistemático de eventos adversos. • Incorporar epidemiología clínica y bioestadística aplicada.

		• Impulsar educación médica continua y recertificación universal. • Desarrollar programas regionales para certificación/recertificación.
Asistencia y modelos de atención	• Asistencia clínica y rol del internista • Innovación organizacional y nuevos escenarios asistenciales • Medicina de Alto Valor • Tecnologías y salud digital	• Reafirmar al internista como referente del cuidado integral del paciente complejo y pluripatológico. • Desarrollar protocolos de atención integral y seguimiento longitudinal para pacientes complejos y pluripatológicos, con liderazgo del médico internista, promoviendo la conformación de áreas de especial interés dentro de la especialidad en las que algunos internistas desarrollen actividad asistencial y producción de investigación clínica, contribuyendo a elevar la calidad del cuidado y generar conocimiento aplicado. • Liderar medicina ambulatoria, perioperatoria, atención domiciliaria y transición de cuidados. • Implementar modelos de cuidados progresivos en hospitales. • Crear unidades clínicas lideradas por internistas (cardiometabólicas, pluripatológicos, etc.). • Articular equipos multidisciplinarios intra y extrahospitalarios. • Incorporar principios de Medicina de Alto Valor y uso eficiente de recursos. • Formar residentes en análisis costo-beneficio y toma de decisiones racional. • Integrar IA, telemedicina y POCUS con enfoque crítico, ético y no deshumanizante. • Prevenir dependencia excesiva de algoritmos, sesgos de IA, fragmentación del cuidado, riesgos de privacidad, brechas tecnológicas, deshumanización, fatiga digital e infraestructura insuficiente.
Investigación, conocimiento y desarrollo científico	• Investigación clínica y en servicios de salud • Guías de práctica clínica e implementación	• Fortalecer capacitación en investigación hospitalaria, registros y revisiones sistemáticas. • Promover grupos interdisciplinarios, multicéntricos y multinacionales. • Desarrollar registros de patologías prevalentes y estudios en terreno. • Generar consensos asistenciales con enfoque en variabilidad sociosanitaria. • Elaborar guías de práctica clínica contextualizadas a los sistemas de salud locales. • Evaluar implementación y medir impacto clínico y organizacional de las guías.
Gestión, liderazgo y posicionamiento profesional	• Gestión y liderazgo clínico • Empoderamiento institucional y representación • Integración de contextos regionales	• Fortalecer liderazgo del internista en gestión clínica y mejora continua basada en indicadores. • Incorporar métricas: carga asistencial, camas por internista, guardias, docencia, investigación y procedimientos. • Asegurar participación en políticas públicas, espacios académicos y cargos directivos. • Otorgar mayor autonomía clínica y capacidad resolutoria en decisiones diagnósticas y terapéuticas (p. ej. "solicitud de estudios e inicio de tratamientos sin doble firma, y participación en decisiones de compra de equipamiento relevante"). • Impulsar campañas institucionales para posicionar al internista como eje del sistema de salud. • Crear canales de articulación interregional y cooperación entre realidades diversas. • Reconocer desafíos en regiones remotas y sistemas con recursos limitados.

Indicadores operativos medibles

El Plan de Mejora puede fortalecerse mediante la incorporación de métricas operativas claras —como indicadores clave de desempeño (KPIs), hitos y niveles de priorización— que faciliten su implementación, monitoreo y evaluación por parte de las sociedades nacionales y de los sistemas de salud. A continuación, se proponen algunos ejemplos orientativos.

1. Indicadores de desempeño clínico y organizacional (KPIs)

- Tiempo promedio de resolución diagnóstica.
- Porcentaje de pacientes con multimorbilidad bajo seguimiento longitudinal en servicios de Medicina Interna.
- Tasa de ingresos hospitalarios evitables mediante intervención del internista.
- Proporción de servicios que implementan modelos de atención integrada (cogestión, interconsultas estructuradas, entre otros).

2. Hitos (milestones)

- Implementación formal de programas de recertificación en Medicina Interna.
- Adopción de currículos formativos actualizados, con énfasis en razonamiento clínico, multimorbilidad y medicina centrada en la persona.
- Incorporación progresiva de herramientas digitales y de programas de capacitación asociados.
- Desarrollo de estrategias institucionales para la prevención y el abordaje del burnout profesional.

3. Niveles de priorización

Las acciones del Plan de Mejora pueden clasificarse según su horizonte temporal:

- **Alta prioridad (1–2 años):** fortalecimiento del razonamiento clínico, mejora de la continuidad de los cuidados, prevención del burnout y estandarización de los programas formativos.
- **Prioridad intermedia (3–5 años):** expansión de modelos de atención integrada, digitalización responsable y desarrollo de estructuras de evaluación y recertificación.
- **Prioridad a largo plazo (5 o más años):** consolidación de redes colaborativas internacionales, impulso de la investigación multicéntrica y desarrollo de indicadores comparativos globales.

Discusión

Este documento recoge la posición del FIMI sobre las áreas más básicas de la organización y funciones de los Servicios de Medicina Interna en el ámbito hospitalario y es aplicable en los centros de los países que lo firman. El texto final ha sido aceptado unánimemente por todas las Sociedades firmantes y entendemos que puede ser útil para un desarrollo eficaz de estos Servicios. Esta iniciativa nació de la necesidad de definir y armonizar la actividad de esta especialidad, dada la disparidad detectada por el FIMI entre los diferentes países (con distintas culturas y legislaciones) e incluso entre los diferentes Centros de un mismo país. El objetivo final ha sido disponer de un acuerdo amplio y sólido que permita proporcionar a la población una organización adecuada y de calidad contrastada.

Ha habido algunos tópicos relativamente recientes que son comunes al trabajo del internista independiente del país y centro donde trabaje, como ser la complejidad, telemedicina, inteligencia artificial, POCUS y cuidados del ambiente (27-31).

Por ello este documento no es una guía rígida de uso, sino un conjunto de recomendaciones básicas, flexibles y adaptables en su aplicación. Los beneficios de adherirse a estas recomendaciones son evidentes en múltiples niveles. A nivel asistencial porque permite disponer de un marco de trabajo de calidad contrastada en múltiples áreas donde la Medicina Interna ya ha demostrado su valor. A nivel legal porque da soporte a actividades que en diferentes países tienen regulaciones normativas muy diversas. A nivel administrativo porque ofrece un esquema de trabajo básico sobre el que desarrollarse, acorde a las necesidades. Por último, también a nivel de formación e investigación clínica porque ofrece un marco de desarrollo sobre bases comunes.

Con esta iniciativa también se pretende alcanzar otros objetivos, no menos importantes, como fortalecer el posicionamiento institucional de la Medicina Interna frente a los decisores de políticas públicas y los gestores de los sistemas de salud, aportar un marco técnico consensuado que facilite el diálogo con las autoridades sanitarias, y promover que la organización de los servicios, la asignación de recursos y el diseño de normativas se basen en criterios clínicos, científicos y de calidad asistencial. En este sentido, el documento busca servir como referencia para la planificación sanitaria, la regulación profesional y la defensa de modelos de atención centrados en la integralidad, la continuidad y la equidad en el acceso a la atención.

A la hora de evaluar este documento es preciso tener en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, las actividades asistenciales y formas de realizarla se incrementan o modifican con rapidez. Por ello su tiempo de vigencia es limitado. Los autores consideran que será preciso una revisión en profundidad del documento en el plazo máximo de 3 años. En segundo lugar, el estudio se centra en el ámbito hospitalario de determinados países. Por ello entendemos que sus conclusiones podrían no ser válidas en otros escenarios. Por último, el soporte administrativo o legislativo para esta actividad médica puede ser diferente en algunos países. Por ello sugerimos que las diferentes sociedades científicas de los países que alcanzaron este consenso evalúen la situación nacional e inicien las gestiones precisas para adecuar los aspectos normativos locales a esta realidad. El objetivo es ofrecer la asistencia sanitaria de la mayor calidad posible con la seguridad de estar dentro de la normativa vigente en cada país.

Los beneficios de adherirse a estas recomendaciones son evidentes en múltiples niveles, especialmente en la mejora de la coordinación de atención para pacientes complejos (32,33). Además, un marco común facilita la colaboración interprofesional, la educación continua y la producción de conocimiento científico de calidad (34,35). No obstante, es preciso reconocer que la implementación de recomendaciones consensuadas enfrenta barreras contextuales que requieren adaptaciones locales y evaluación continua (36).

En conclusión, este documento representa un hito en la construcción de una visión compartida del futuro de la Medicina Interna a escala global, fruto del consenso de 52 sociedades científicas de 43 países que reflejan realidades sanitarias, culturales y regulatorias diversas. Sus recomendaciones constituyen una hoja de ruta para orientar la planificación de los sistemas de salud, la organización de los servicios hospitalarios, la formación de recursos humanos y la regulación profesional, colocando al médico internista como eje del cuidado integral, longitudinal y centrado en el paciente. Al ofrecer un marco técnico basado en evidencia, experiencia internacional y valores profesionales comunes, este acuerdo proporciona a las sociedades científicas una herramienta legítima para dialogar con los decisores políticos y promover políticas públicas que prioricen la calidad, la sostenibilidad y la equidad en la atención. Su implementación progresiva y su revisión periódica permitirán adaptar estas orientaciones a los cambios epidemiológicos, tecnológicos y sociales, contribuyendo a sistemas de salud más resilientes, integrados y orientados a las necesidades reales de la población.

Puntos clave

- La reafirmación de la Medicina Interna como piedra angular de una atención coordinada y centrada en el paciente.
- El énfasis en fortalecer el razonamiento clínico, el seguimiento longitudinal y la continuidad del cuidado.
- El reconocimiento de las necesidades de formación, la recertificación, la colaboración interdisciplinaria y la transformación digital.
- La atención dedicada al burnout, la sostenibilidad del personal y la identidad profesional.
- El Plan de Mejora, que ofrece lineamientos concretos y aplicables para fortalecer la Medicina Interna a nivel global.

Referencias bibliográficas

- 1-Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. ISBN-13: 978-0470457979.
- 2-Fox RC. Time to heal medical education? Acad Med. 1999 Oct;74(10):1072-5. doi: 10.1097/00001888-199910000-00007.
- 3-Morgagni GB. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Venice: Remondini; 1761. [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: <https://www.christies.com/en/lot/lot-4414386>
- 4-Nuland SB. Doctors: The biography of medicine. New York: Vintage Books; 1989. [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: https://books.google.com.ar/books/about/Doctors.html?id=hVePdRGsX2sC&redir_esc=y
- 5-Bean WB. Occasional notes. Origin of the term "internal medicine". N Engl J Med. 1982 Jan 21;306(3):182-3. doi: 10.1056/NEJM198201213060332.
- 6-Palencia VRJ. *Medicina interna y sus retos en el siglo XXI. Por una medicina ética, integral, profesional y humanista*. Med Int Mex 2009;25(3):229-32
- 7-Ramírez-Perea N, Orozco-Beltrán D. Present and future of internists in the Spanish public health system. Rev Clin Esp (Barc). 2025;225:250-1.
- 8-Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. 2012; 345:e5205. doi: 10.1136/bmj.e5205.
- 9-World Health Organization. *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat* (A69/39). WHO. 2016 [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
- 10- Ruiz-Cantero A, Baron-Franco B, Domingo Rico C, Sánchez Mollá M, Salazar de la Guerra RM, Gómez Narváez Y. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. ISBN 978-84-695-8874-1. Dpt. Legal M-29849-2013. Multimédica Proyectos, S.L. [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/proceso-asistencialenfermedades-cronicas-complejas.pdf
- 11-Wu J, Zhang H, Shao J, Chen D, Xue E, Huang S, et al. Healthcare for Older Adults with Multimorbidity: A Scoping Review of Reviews. Clin Interv Aging. 2023;18:1723-35.
- 12-Topol E. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.2019.
- 13-European Commission. *White Paper on Artificial Intelligence: A European approach to excellence and trust*. 2020. [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/publications/white-paper-artificial-intelligence-european-approach-excellence-and-trust_en
- 14-World Health Organization *Global strategy on digital health 2020-2025*. 2021. [consultado 1 noviembre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

- 15-Zapatero Gaviria A, Campos L, Gómez Huelgas R, Araújo Correia J, Díez-Manglano J., Barreto V. La Medicina Interna y su futuro en los sistemas de salud. Declaración de Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Portuguesa de Medicina Interna. *Revista Clínica Española*. 2019; 279: 79-80.
- 16-World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO; 2015. [consultado 30 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- 17-Varios. *Panorama actual de la Medicina Interna en Latinoamérica*” (en prensa en la Revista Argentina de Medicina, RAM).
- 18-Varios. *Investigación del FIMI sobre Burnout en internistas de ibero-américa antes de la pandemia* (en prensa en la Revista Argentina de Medicina, RAM).
- 19-Varios. *Estudio del FIMI sobre Burnout durante la pandemia en ibero-américa* (en prensa en la Revista Argentina de Medicina, RAM).
- 20-Varios. *Especialistas de Medicina Interna en LATAM y Europa Sur. Encuesta FIMI* (en prensa en la Revista Argentina de Medicina, RAM).
- 21- Borges F. Leadership in General Internal Medicine: Are We Leading or Managing? Liderança em Medicina Interna Geral: Estamos a Liderar ou a Gerir?. *Internal Medicine* 2024; 31(4), 166–7.
- 22- Ryskina KL, Smith CD, Weissman A, Post J, Dine CJ, Bollmann K, Korenstein D. U.S. Internal Medicine Residents' Knowledge and Practice of High-Value Care: A National Survey. *Acad Med*. 2015 Oct;90(10):1373-9
- 23- Tierney DM, Rosborough TK, Sipsey LM, Hanson K, Smith CS, Boland LL, Miner R. Association of Internal Medicine Point of Care Ultrasound (POCUS) with Length of Stay, Hospitalization Costs, and Formal Imaging: a Prospective Cohort Study. *POCUS J*. 2023 Nov 27;8(2):184-192.
- 24- Mansoor MA, Ibrahim AF, Kidd N. The Impact of Artificial Intelligence on Internal Medicine Physicians: A Survey of Procedural and Non-procedural Specialties. *Cureus*. 2024 Sep 10;16(9):e69121.
- 25- Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000 Feb;15(2):122-8
- 26-Milione F, Valdez P. Competencias blandas en la medicina interna. En Cabrera Rayo A, Valdez P, Palencia Vizcarra R. *Medicina Hospitalista. Disminuyendo la morbilidad y mortalidad en medicina interna*. Tomo 3. Ed DISTRIBUNA (Colombia). 2024. ISBN impreso 978-628-7673-35-9 ISBN digital 978-628-7673-34-2 pp: 291-296
- 27- Ruiz-Cantero A. Complexity based medicine. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2025; 225(4):181-3.
- 28- Casariego-Vales E, Palencia-Vizcarra R, Bolaño J, Cámara L, Valdez P; TELE-FIMI Working Group. Executive summary on the use of telemedicine in the hospital setting: Recommendations from the International Forum on Internal Medicine. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2023;223(1):50-5.
- 29- Kandany VN, Valdez P. Inteligencia artificial en medicina: retos éticos y recomendaciones desde Latinoamérica. *Rev Arg Med*. 2025;13:195-9
- 30- Tierney DM, Rosborough TK, Sipsey LM, Hanson K, Smith CS, Boland LL, et al. Association of Internal Medicine Point of Care Ultrasound (POCUS) with Length of Stay, Hospitalization Costs, and Formal Imaging: a Prospective Cohort Study. *POCUS J*. 2023;8:184-92.

- 31- Campos L, Chimeno-Viñas MM, Carretero-Gómez J, Santos L, Cabrera-Rayó A, Valdez PR, et al; en nombre de las sociedades, colegios, y asociaciones de Medicina Interna de los países de habla hispana y lusa. Recommendations of the Spanish-Portuguese Internal Medicine services in the fight against climate change and environmental degradation. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2024:S2254-8874(24)00023-7. doi: 10.1016/j.rceng.2024.02.005.
- 32-Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition-multimorbidity. *JAMA*. 2012;307(23):2493-4. Erratum in: *JAMA*. 2012;308:238.
- 33-Bayliss EA, Bonds DE, Boyd CM, Davis MM, Finke B, Fox MH, et al. Understanding the context of health for persons with multiple chronic conditions: moving from what is the matter to what matters. *Ann Fam Med*. 2014;12: 260-9.
- 34-Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof*. 2006; 26:46-54.
- 35-Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58.
- 36-Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, Boutron I, Clarke M, Julious S, et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *Lancet*. 2014;383:267-76.