

# Reforma de la educación médica en el Perú

## Medical education reform in Peru

Jorge E. Uceda del Campo <sup>1</sup>

### RESUMEN

*La reforma de la educación médica es un pilar fundamental para construir una verdadera reforma de la salud en el Perú. El autor hizo 8 años de post grado en los Estados Unidos y practicó su especialidad durante 22 años en ese país y 18 en el Perú. Este trabajo utiliza el valor de la historia en el progreso de la educación médica y la aplicación de la experiencia vivida, para ofrecer al país natal el por qué y el cómo llevar a cabo los cambios pertinentes y actualizados que beneficien a todos los Peruanos, sin distinción de raza, credo o posición socioeconómica.*

**PALABRAS CLAVES:** Educación Médica, Directorio Nacional de Acreditación. Examen de Licenciatura Médica.

### ABSTRACT

*Medical education reform is a basic step to achieve a lasting health reform in Peru. The author performed 8 years of postgraduate training in the United States and practiced his specialty there for 22 years as well as 18 years in Peru. The present work combines the value of history in the progress of medical education plus the years of experience in offering his own country the way to attain appropriate and updated changes for the benefit of all Peruvians, without race, religious believes or socioeconomic distinction.*

**KEYWORDS:** Medical Education, Accreditation National Board, Medical Licensure Examination.

### INTRODUCCIÓN

La educación médica en el país no ha logrado acortar su brecha científica con los países del primer mundo. En el campo de la salud, las brechas científicas entre el Perú y los países desarrollados presentan diferencias que no deberían ser tan abismales en el mundo globalizado en que vivimos. El 11 de noviembre de 2004 tuvo lugar en Lima, auspiciada por la Organización de Estados Americanos, la Primera Reunión Hemisférica de Altas Autoridades de Ciencia y Tecnología. El consenso de las intervenciones inaugurales

declaraba que el reto de nuestros países es incorporar al proceso productivo y social las herramientas que nos brindan la ciencia y la tecnología para lograr un desarrollo inclusivo y reducir la brecha científica y tecnológica.<sup>1</sup> Doce años después, el progreso esperado no ha sido evidente.

En materia de salud, también hemos avanzado lentamente, incluso en el contexto latinoamericano, con modestos indicadores publicados este año<sup>2</sup>. Según el Índice de Competitividad Global la salud en Perú ocupa el puesto 71 entre 138 países<sup>3</sup>. A pesar que hace décadas se habla de reforma de la salud en el Perú, nuestra situación actual justifica que se presenten a la población discusiones sobre por qué y cómo lograr una reforma de salud. El año pasado presentamos en esta revista la Reforma del Sistema de Salud en el Perú<sup>4</sup>.

Otro tema de capital importancia es asegurar una atención de calidad, la cual depende del desarrollo académico de nuestros recursos humanos en salud, que incluyen a todas las profesiones de la misma, es decir, Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Tecnología Radiológica y de Laboratorios y Farmacología. Los médicos debemos sentirnos responsables de liderar una Reforma de la Educación Médica que, estamos convencidos, debe ser el paso inicial de nuestra Reforma de Salud<sup>5</sup>.

1. American Board de Cirugía General y Cirugía Pediátrica Former Chief of Pediatric Surgery, Denver General Hospital, Denver, Colorado Ex Consultor en Cirugía Pediátrica, Hospital Militar Central, Lima.

La educación universitaria actual es un negociado sin control. Hemos tenido una irresponsable proliferación de escuelas médicas que ya suman 36. En el 2014 se graduaron 3,500 alumnos. La Universidad es juez y parte, enseña medicina y confiere el título “a nombre de la Nación”<sup>6</sup>. No hay examen de licenciatura. Muchos graduados no pueden encontrar trabajo y otros emigran. La acreditación de las escuelas médicas ha sido un fracaso, pues todas aprobaron. Los graduados carecen de indicadores confiables de sus competencias<sup>5</sup>.

Este problema ocurrió en los Estados Unidos hace más de un siglo, cuando sus numerosas escuelas médicas se habían convertido en un negociado que funcionaba a espaldas de la población. Por ello, es importante revisar cómo lograron los norteamericanos la reforma de su educación médica, la cual fue también el paso inicial de su reforma de salud.

## REFORMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA AMERICANA

Los avances médicos y científicos de Alemania durante la segunda mitad del siglo XIX originaron importantes reformas en la enseñanza de la medicina en muchos países que trataron de imitar su modelo. Uno de ellos fue Estados Unidos, cuya educación médica era deficiente. En 1876 se fundó la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, siguiendo el modelo alemán y pronto alcanzó un sólido prestigio.

En 1904 la Asociación Médica Americana (AMA), cuya equivalencia en el Perú es hoy el Colegio Médico Peruano (CMP), asumió la responsabilidad de reformar la educación médica. Así, en 1908, la AMA solicitó a la Fundación Carnegie la evaluación crítica de las 155 escuelas médicas que funcionaban en Norteamérica (131 en Estados Unidos y 24 en Canadá). La cooperación entre instituciones médicas canadienses y americanas siempre ha sido óptima.

Andrew Carnegie nació en Escocia y emigró a los Estados Unidos con sus padres a la edad de 12 años. Estudió y trabajó fuerte, haciendo fortuna en la industria del acero. Esta fortuna la dedicó a la filantropía y la educación, creando en 1902 su famosa Fundación Para el Desarrollo de la Educación. El Presidente de la Fundación,

Henry Pritchett, acababa de leer un libro titulado “The American College: A Criticism” y contrató a su autor, Abraham Flexner, para llevar a cabo el estudio requerido.

Flexner fue un educador entrenado en las Universidades de Johns Hopkins y Harvard (Estados Unidos), Oxford y Cambridge (Londres) y Heidelberg (Alemania). Su libro publicado en 1907 atacaba frontalmente el uso exclusivo de la conferencia y el aprendizaje de memoria de la enseñanza superior americana, conceptos que también criticaba el Presidente de la Carnegie.

Flexner pensó que Pritchett lo había confundido con su hermano Simon, un conocido virólogo que dirigía el Instituto Rockefeller para la Investigación Médica. Pritchett le replicó que conocía bien a su hermano, pero él no requería de los servicios de un profesional de la medicina, sino de un educador. *Así se desarrolló el estándar de practicar una evaluación educacional externa, a través de los ojos de un legítimo outsider (léase independiente, que observa un grupo desde fuera). Los procesos de acreditación de escuelas médicas mal pueden ser llevados a cabo solo por los mismos interesados.*

Flexner recogió información de primera mano de las 155 escuelas mencionadas. En general, era bien recibido en todas ellas, sobre todo por el prestigio y los beneficios que les podía otorgar la Fundación Carnegie. Flexner examinaba las condiciones de admisión, las instalaciones, los laboratorios, la competencia del profesorado, los programas, etc. La Escuela Médica de la Universidad Johns Hopkins, con su rigor académico, su hospital universitario y la calidad de sus profesores a tiempo completo, constituyó para Flexner el modelo ideal para juzgar a las escuelas visitadas.

La inmensa tarea puesta en marcha por la Fundación contó con el incondicional apoyo y sustento informativo de la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Escuelas de Medicina. En ninguna parte se describe la intervención del gobierno norteamericano. Más bien, se argumentaba con toda claridad la necesidad de hacer conocer al público los resultados de tan exhaustiva investigación, sin otro propósito que el progreso, en este caso, de la educación médica del país. Se invocaba el estudio de la enseñanza médica en Gran Bretaña, Alemania y Francia, a fin de que los encargados de la reconstrucción de la



educación médica en Norteamérica se beneficien con la experiencia y el adelanto de otros países.

Flexner llevó a cabo lo que hoy conocemos como la acreditación de las escuelas médicas mencionadas y su Reporte de 346 páginas fue publicado en Nueva York en 1910<sup>7</sup>. El siguiente párrafo escrito entonces parece describir lo que ocurre en el Perú del siglo XXI: “En los últimos 25 años, ha ocurrido una enorme sobre-producción de practicantes médicos mal educados y pobremente entrenados, sin tener en cuenta la salud o los intereses del público. Esta sobre-producción es principalmente debido a la existencia de un gran número de escuelas comerciales, sostenidas en muchos casos por métodos propagandísticos, en los que una masa de jóvenes son rescatados de ocupaciones industriales para estudiar medicina”.

Flexner recomendó reducir el número de escuelas y, en consecuencia, el número de estudiantes. Sugirió que las escuelas médicas se articularan con las universidades y que se integrara la enseñanza práctica en los hospitales. Exigía dos años de ciencias a los estudiantes que quisieran ingresar. Propiciaba la investigación científica en laboratorios específicos. Fomentaba la dedicación exclusiva de los docentes.

El Reporte revolucionó la educación médica en los Estados Unidos y sus postulados se mantienen a través de los años. Entre 1910 y 1935, más de la mitad de las escuelas médicas americanas cerraron o se anexaron a otras. El progreso se hizo evidente y la medicina alcanzó estándares de excelencia que beneficiaron a la población. El mismo Flexner reportó en 1943 que solo funcionaban 60 escuelas<sup>8</sup>. Ese mismo año se creó el Liaison Committee on Medical Education (LCME) o Comité Intersectorial para la Educación Médica, que es hasta hoy la autoridad nacional para acreditar escuelas de medicina y es patrocinada por la Asociación de Facultades de Medicina Americana y la Asociación Médica Americana. Los estándares de acreditación, revisados a Marzo 2014, conforman un texto de 36 páginas colgadas en la página web de la organización. Esta acreditación es imperativa para que los alumnos puedan tomar el **examen de licenciatura médica** en los Estados Unidos<sup>9</sup>. En el Perú no hay tal examen, solo basta colegiarse.

## EDUCACIÓN MÉDICA PERUANA EN EL SIGLO PASADO

La Facultad de Medicina de San Fernando, creada en 1856, tenía 165 alumnos en 1902<sup>10</sup>. Por esa época comenzaba a sentirse la influencia de la escuela francesa y hacia allá viajaban los médicos peruanos para entrenarse. Uno de los más prominentes fue Ernesto Odriozola, quién hizo estudios de post grado en la Universidad de la Sorbona de París entre 1884 y 1888, para regresar al Perú llegando incluso a convertirse en Decano. Entre sus 250 trabajos científicos figuraba “La Maladie de Carrión”<sup>11</sup>.

Las primeras décadas del siglo pasado fueron testigo de la salubridad incipiente en el país. La fiebre amarilla, la viruela y la peste dieron lugar a la organización de la salud pública, con el apoyo de la Fundación Rockefeller y sus médicos e ingenieros sanitarios, algunos de los cuales ocuparon cargos directivos en el Ministerio de Fomento. Aquí surgió la figura del Dr. Enrique Villalobos, seguida en 1927 de la creación del Instituto de Medicina Social por el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán<sup>12</sup>.

Los estudios de post grado continuaban y lo más destacado fue la experiencia del Dr. Alberto Hurtado que estudió Clínica Médica en la Universidad de Harvard entre 1920 y 1924; de regreso al Perú se desempeñó como Fellow de la Fundación Rockefeller para investigar la Medicina de Altura. Posteriormente, el Dr. Hurtado fue contratado como Instructor de Medicina en la Universidad de Rochester, Nueva York, período 1931-1934. A su regreso ocupó el Decanato de San Fernando hasta 1961, en que pasó a dirigir la segunda escuela médica de Lima, la Universidad Cayetano Heredia<sup>13</sup>. El aumento poblacional originó la apertura de nuevas escuelas médicas: Trujillo y Arequipa (1958), Ica (1961), Cajamarca (1963) y Federico Villarreal de Lima (1966). La escasez de becas en la década del 60 fue compensada con la creación en 1956 del ECFMG (Educational Council for Foreign Medical Graduates) que, previa aprobación de un examen escrito, permitió a muchos de nuestros graduados recibir entrenamiento especializado y de alta calidad en los Estados Unidos<sup>14</sup>.

La operación de siete escuelas de medicina a fines de 1980 disminuyó el nivel de exigencia académica y agravó un problema ya existente, la escasez de profesores idóneos para satisfacer

los requerimientos de una educación médica de calidad. De 3,500 alumnos en 1968 se totalizaron 10,228 en 1980<sup>15</sup>. Las instituciones responsables por la educación médica no se preocuparon en apreciar o difundir los eventos que explicaban el progreso científico y organizativo de la medicina en otras latitudes. Por ello es que los médicos se graduaban con la presentación de una tesis de grado, sin examen nacional.

## LA PROLIFERACIÓN DE ESCUELAS MÉDICAS

Dos intervenciones gubernamentales afectaron negativamente la educación médica en el Perú: A) En 1983, Fernando Belaunde promulgó la Ley 23733, otorgando a las universidades autonomía académica, económica y administrativa, por lo que podían crear facultades de acuerdo a sus características y necesidades. Ocho escuelas se crearon. B) En 1995, Alberto Fujimori promulgó la Ley 26439 que originó el CONAFU o Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades. Así aparecieron otras 13 facultades de medicina, la mayoría privadas<sup>16</sup>. Recientemente, con la promulgación de la Ley Universitaria 30220 del 9 de julio 2014, las leyes mencionadas han quedado derogadas.

A finales del siglo, ya existían 28 escuelas médicas en el Perú. En la actualidad existen 36. En el Perú, la situación es muy similar a la que existía en los Estados Unidos hace un siglo y que dio origen al Informe Flexner. De los 40,000 médicos colegiados en 2006, ahora están registrados 60,000. La escasez de puestos de trabajo fue graficado por el Instituto Nacional de Recursos Humanos que, en 2005, publicó su “Informe al País”, denunciando que la Dirección de Migraciones del Ministerio del Interior había registrado un *promedio anual de 1251 médicos peruanos emigrantes definitivos entre 1994 y 2004*<sup>17</sup>.

En cuanto a indicadores de calidad, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) viene administrando exámenes nacionales de graduación desde 2003. En 2008 publicaron un promedio nacional de 61.78 sobre 100<sup>18</sup>. Para aprobar el examen de licenciatura en los Estados Unidos el puntaje mínimo es 75<sup>19</sup>. En el Perú solo hay que colegiarse para practicar medicina.

En 1981 Perú tenía 7 escuelas médicas y 17.8 millones de población<sup>20</sup>, o 2.5 millones de habitantes por escuela médica; en 2016 hay 36 escuelas y 32 millones de población, es decir, 889,000 habitantes por escuela médica. Las cifras en México son similares: En 1960, tenían 21 escuelas y 34.9 millones de pobladores, una relación de 1 escuela por 1.6 millones de habitantes; en 2011, el número de escuelas médicas creció a 105 y la población a 112.3 millones, una relación de 1 escuela para cada 1 millón de habitantes<sup>21</sup>.

Un estudio de varios países avanzados que forman parte de la OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) encontró recientemente que la relación escuela médica/habitantes era 1 escuela por cada 2 millones de pobladores<sup>22</sup>, por lo que Perú solo necesitaría 16 escuelas médicas para una población actual de 32 millones. Una reciente publicación mexicana considera que solo deberían tener 55 escuelas médicas<sup>23</sup>.

En 1999, la ASPEFAM creó el CAFME (Comisión para la acreditación de escuelas médicas). El manual de procedimientos se aprobó en 2002. Finalmente, en 2007 se evaluaron 28 escuelas y, básicamente, 27 acreditaron<sup>24</sup>. A diferencia de Flexner, que era pedagogo, el estudio en nuestro país fue conducido solo por médicos. En 2006, el gobierno de Toledo reemplazó el CAFME por un nuevo sistema de acreditación, el SINEACE/ CONEAU. La subsecuente aparición de 6 nuevas escuelas, demuestra el fracaso de los intentos de acreditación en el país. La nueva Ley Universitaria de julio 2014 establece que el proceso de acreditación de la calidad educativa en el ámbito universitario es voluntario<sup>25</sup>.

Con el SINEDU actual, ya hemos tenido tres entidades acreditadoras en los últimos 9 años, lo cual palidece en comparación con el LCME de los americanos y su similar canadiense que tienen 73 años de existencia. También es bueno recordar que el mismo sistema de acreditación funciona tanto para la medicina privada americana como para la socializada canadiense.

Pero tampoco hay que olvidar que ASPEFAM organizó una Conferencia Nacional de Educación Médica en 1996, cuando el Doctor Jorge Casas Castañeda disertó sobre las “Tendencias Actuales de la Educación Médica en el Perú”, advirtiendo que el excesivo número de médicos que estaban



egresando en el país produciría problemas de desempleo y subempleo, especialmente en los siguientes 10 a 20 años. Destacó que la universidad no puede ser juez y parte y que es posible que la sociedad empiece a demandar un sistema de acreditación como existe en otros países, de tal modo que *una institución forma y otra evalúa si el graduado está apto profesionalmente*<sup>6</sup>.

## PROPUESTAS PARA REFORMAR NUESTRA EDUCACIÓN MÉDICA

### 1. Estudio de recursos humanos a nivel nacional

Reconociendo la complejidad de efectuar un mapeo de recursos humanos médicos y paramédicos a nivel nacional, es importante mencionar la publicación del Colegio Médico en 2007, bajo la dirección del Dr. Víctor Carrasco<sup>26</sup>. Sabemos que 60% de los médicos practican en Lima y Callao (22.5 médicos/10000 habitantes) y la distribución de galenos por el resto del país es completamente irregular (por ejemplo, 2 médicos/10000 habitantes en el Departamento de San Martín). En cuanto a los especialistas 68% practican en la capital.

El Instituto de Recursos Humanos es el llamado a mantener estadísticas lo más completas posibles, sobre todo para una adecuada planificación de la atención primaria de la salud, que es un clamor nacional. Mientras tanto, las universidades continúan incrementando la oferta ante la ausencia de estudios de fuerza laboral.

### 2. Cambios legislativos

La Ley N0 30220 fue gestada por una Comisión del Congreso de la República y promulgada por el Presidente Humala en julio 2014<sup>25</sup>. La ley crea la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), responsable de la creación y licenciamiento de las universidades y adscrita al Ministerio de Educación. El artículo 30 se titula Evaluación, Acreditación y Certificación y menciona que la acreditación es un proceso voluntario y que “los criterios y estándares que se determinen tienen como objetivo mejorar la calidad del servicio educativo”.

Es evidente que este reordenamiento legal debe ser estudiado por especialistas al más alto nivel, expertos en salud y en derecho constitucional.

Hay muchos cambios necesarios para destrabar un status quo mediocre e ineficiente.

### 3. Directorio nacional de acreditación de escuelas de medicina

Ya anotamos que la institución encargada de acreditar escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá es el LCME, creada en 1943 y que acaba de actualizar sus estándares de acreditación para 2015<sup>9</sup>. La Federación Mundial de Educación Médica (WFME) publicó sus estándares globales en 1997. La Organización Mundial de la Salud (WHO) formó una alianza estratégica con la WFME en vista de la “creciente globalización en medicina así como la proliferación de nuevas escuelas de dudosa calidad” y en 2005 publicaron sus *lineamientos de acreditación para la educación médica*<sup>27</sup>.

La importancia de la evaluación por un outsider (no médico) ya ha sido descrita, siguiendo la experiencia de Flexner. Esto se conoce como la *evaluación externa*. La WFME ha alertado que de un total de 2000 escuelas médicas, solo una minoría recibe evaluación externa, el sistema que ciertamente no fue empleado en nuestro país con las 28 escuelas. Recientemente, tanto la WHO como la WFME han reconocido que dos modelos a seguir son el Liaison Committee on Medical Education de los Estados Unidos y el Accreditation Council de Australia<sup>27</sup>. En abril 2014 la WFME envió una carta de reconocimiento al LCME por un período renovable de 10 años<sup>9</sup>.

Por lo expuesto, es fundamental la re-acreditación de las 36 escuelas médicas del país. Sin embargo, la autoridad de acreditación debe ser independiente del Estado, legalmente constituida como una corporación y dirigida por pedagogos con la participación, claro está, de médicos independientes de las escuelas a ser revisadas. La evaluación externa es imprescindible. Instituciones como el Colegio Médico, la Comisión de Salud del Congreso de la República y el Ministerio de Salud, entre otras, podrían solicitar el invaluable apoyo de la *Fundación Carnegie for the Advancement of Teaching*, que hoy opera desde Stanford, California, siendo Anthony S. Bryk su actual Presidente<sup>28</sup>. Así podríamos contratar “un Flexner peruano” que llevaría a cabo la monumental tarea de acreditar nuestras escuelas médicas. Buenos modelos peruanos no le faltarían.

#### 4. Licenciatura médica mediante examen nacional de graduación

Las autoridades médicas peruanas conocen el exitoso sistema puesto en práctica en los Estados Unidos desde 1915, cuando se creó el Directorio Nacional de Examinadores Médicos (National Board of Medical Examiners), organización independiente, sin fines de lucro y formada por eminentes profesionales de la salud. En 1992, formó el USMLE o United States Medical Licensure Examination. En 2008, los 80 miembros del NBME reiteraron que *“la licencia para practicar medicina en los Estados Unidos no se concede al momento de graduación, sino revisando los créditos de la escuela médica y habiendo completado satisfactoriamente los exámenes de licenciatura del USMLE”*<sup>29</sup>. Los médicos peruanos que aspiran seguir estudios de post grado en EEUU tienen que aprobar primero estos exámenes.

Se propone la creación en el Perú de un **Directorio Nacional de Examinadores Médicos**. Esta entidad debe ser corporativa e independiente de las universidades y tiene necesariamente que contar con el auspicio del Congreso, Ministerio de Salud, Colegio Médico y la Asociación de Facultades de Medicina. Los miembros del Directorio deben ser personalidades de reconocido prestigio y solvencia moral, libres de toda influencia política.

Hace dos décadas el Profesor Jorge Casas sentenció que la universidad no puede ser juez y parte. Es hora de darle la razón y separar funciones.

El examen de licenciatura se podría iniciar ofreciéndolo a las últimas diez promociones de graduados. Los demás lo tomarían en forma opcional. El público sabrá reconocer las competencias e indicadores de calidad de los nuevos licenciados<sup>30</sup>.

#### 5. Enseñanza De Medicina Familiar Y Medicina Comunitaria

La educación médica en el país orienta la formación de especialistas para trabajar en hospitales. Las especialidades de Medicina Familiar y Medicina Comunitaria se desenvuelven en las comunidades y centros médicos provinciales y distritales. Prácticamente no existen como asignaturas en la gran mayoría de las escuelas médicas. Si bien la Sociedad de Medicina Familiar existe, su actividad es limitada por falta de apoyo. La atención primaria

de salud viene por años asignada a un anacrónico e improvisado sistema asistencialista que no puede ser re-emplazado por especialidades que no forman parte del diseño curricular de la mayoría de nuestras escuelas médicas. Esto tiene que adaptarse a las necesidades de las mayorías nacionales<sup>30</sup>.

#### 6. Promoción de la investigación científica

Un aspecto muy dejado de lado por la mayoría de escuelas médicas es la investigación científica. Es necesario reafirmar el rol de la Investigación y Desarrollo e Innovación (I+D+i) en la creación de oportunidades en el país, en la formación de una clase media más ancha (trabajadores de alta calificación) que pueda mantener un país estable. En medicina, solo contamos con un puñado de investigadores que, al igual que los pioneros de la salud pública en el pasado, trabajan hoy aisladamente y con escasos recursos, tanto del Estado como de la comunidad internacional. Nuestras universidades más prestigiosas mantienen programas de investigación que requieren un decidido apoyo, especialmente para becar estudiantes en el extranjero, asegurando su retorno con incentivos y difundiendo su experiencia en forma irrestricta.

En consecuencia, podríamos promover en nuestro país los grados internacionales de Maestro en Ciencia (Master Science) y Doctor en Filosofía (PhD) para estimular la investigación científica en los diferentes campos de la salud. Nuestros grados de maestrías y doctorados, salvo escasas excepciones, no poseen la misma equivalencia.<sup>31</sup> Finalmente, para los alumnos de pregrado, debemos promover la publicación de estudios clínicos y de investigación, aspectos formativos aún muy descuidados.

## CONCLUSIÓN

La reforma de la educación médica debería ser el inicio lógico de una verdadera reforma de la salud en el Perú. Los pasos dados por los Estados Unidos hace un siglo pueden perfectamente ser seguidos y adaptados al país. Ello no implica proponer un sistema privado de salud ya que los estándares presentados son los mismos tanto para Estados Unidos (sistema mayormente privado) como para Canadá (que practica una medicina social). Lo común para ambos sistemas es la alta



calidad de la atención. La globalización facilita la modernización de las instituciones. Así como los Estados Unidos buscaron ejemplos en Alemania, Francia e Inglaterra, de la misma forma el Perú debería seguir la experiencia de países avanzados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [www.comunidadandina.org/prensa/notas/np:200411noviembre](http://www.comunidadandina.org/prensa/notas/np:200411noviembre).
2. [www.who.int:World Health Organization 2014 Report](http://www.who.int:WorldHealthOrganization2014Report).
3. [www.weforum.org/reports/global-competitiveness report: 2014-2015](http://www.weforum.org/reports/global-competitiveness-report:2014-2015)
4. Uceda JE. Reforma del Sistema de Salud en el Perú. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2015;28(2):34-38.
5. Uceda JE. Libro Digital. Reforma de la Salud en el Perú: Cómo hacerla para la próxima generación. 2014 diciembre; p139. Lima.
6. Casas J. Tendencias actuales de la educación médica en el Perú. Primera Conferencia Nacional de Educación Médica; 1996. Lima.
7. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. New York.
8. Flexner A & Pritchett HS. *A Biography*; 1943. Columbia University Press. New York.
9. [Icme.org](http://icme.org):Accreditations Standards released; 2015.
10. Bustíos C. Notas sobre la historia de la educación médica en el Perú. Primera parte: 1568-1933. *Acta Médica Peruana* 2003;20(2):104.
11. Ugarte L. Ernesto Odriozola Benavides (1862-1921). Semblanza. *Anales de la Facultad de Medicina* 1996;57(2):137-138.
12. Vallejo N. Homenaje a los pioneros de salud pública en el Perú en la persona del Dr. Alfredo Lynch Cordero. *Revista de la Academia Peruana de Salud* 2002-2003;9(1):11-15.
13. Guerra, R. Centenario del nacimiento del Dr. Alberto Hurtado Abadía. *Anales de la Facultad de Medicina, UNMSM* 2001;62(2):162-164.
14. [www.ecfmg.org](http://www.ecfmg.org)
15. Bustíos C. Notas sobre la historia de la educación médica en el Perú. Segunda Parte: 1933-1980. *Acta Médica Peruana* 2003;20(3):135.
16. Berríos J. La creación de facultades de medicina en el Perú. *Revista Médica Herediana* 1998;9(3):95-97.
17. Informe al País: Situación y desafíos de los recursos humanos en salud. *MINSA/IDREH*. 2005; p132. Lima.
18. [www.aspefam.org.pe](http://www.aspefam.org.pe) Resultados de examen nacional de medicina, 2008.
19. Uceda JE. Reforma de la Educación Médica en el Perú. [jorgeuceda.blogspot.com](http://jorgeuceda.blogspot.com), 2015.
20. [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe) Perú en cifras/población/evolución de población en el tiempo 1900-2002.
21. Pierdant-Pérez G, Grimaldo-Avilés JI. La discrepancia entre la apertura de nuevas escuelas de medicina en México y la planeación de recursos humanos de salud *Investigación en Educación Médica* 2013;2(6):82-86.
22. Schoenstein M. Marco conceptual y modelo de formación de recursos humanos para la salud: La experiencia de OECD. En: Seminario Internacional sobre políticas de formación de médicos especialistas. Academia Nacional de Medicina. 2014 21 abril. México.
23. Cervantes-Castro J. Urge un Abraham Flexner en México. *Cirugía y Cirujanos* 2014;82(5):473-475.
24. [www.cafme.gob.pe](http://www.cafme.gob.pe) 2007. Lima
25. [www.editoraperu.com.pe](http://www.editoraperu.com.pe). Ley 30220. Ley Universitaria. p527214.
26. Carrasco V, Lozano E, Velásquez E. Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú, 2005-2011. Colegio Médico del Perú. 2007. Lima.
27. Karle H. Global standards for accreditation in medical education: A view from the WFME. *Academic Medicine* 2006;81(S43-S48) december.
28. [www.carnegiefoundation.org](http://www.carnegiefoundation.org)
29. [www.nbme.org](http://www.nbme.org)
30. Uceda JE. Libro Digital. Reforma de la Salud en el Perú: Cómo hacerla para la próxima generación. 2014 diciembre; p120. Lima.
31. Guerra García R: 50 años de las Universidades Peruanas. *Anales de la Academia Nacional de Medicina: Sesión Solemne*. 2006 20 julio;108-116.

Correspondencia: Jorge Uceda del Campo  
Malecón Balta 1080, Dpto. 201, Miraflores  
Teléfonos: 242-8143, 998-544-689

Correo electrónico: [jorgeuceda@yahoo.com](mailto:jorgeuceda@yahoo.com)

Fecha de recepción del trabajo: 9 Julio 2016

Fecha de aceptación para publicación: 22 Noviembre 2016