

Cartas al Director

**Másteres en economía de la salud en España.
Una formación útil y bien valorada****Masters in health economics in Spain.
Highly valued and useful training**

Sr. Director:

La importancia que ha adquirido la sanidad en el gasto público de los países desarrollados ha provocado que, durante los últimos 50 años, la economía de la salud haya tenido un enorme crecimiento¹, contribuyendo con estrategias, reglas e instrumentos eficientes para mejorar la salud de las personas. Sin embargo, a pesar de su cada vez mayor protagonismo debido a fuertes presiones de control y reducción del gasto como consecuencia de las políticas de consolidación fiscal, algunos estudios² han identificado, por un lado, las carencias de conocimiento de esta disciplina entre los investigadores en salud pública, y por otro, su reconocida importancia entre los profesionales sanitarios en las intervenciones en salud³.

En España, la formación de posgrado en economía de la salud, y más concretamente en gestión sanitaria, comenzó a mediados de los años 1980 en la Escuela Andaluza de Salud Pública. En los últimos años, principalmente las universidades Pompeu Fabra, de Málaga, de Cantabria y de Castilla-La Mancha (junto al Instituto Max Weber) han ampliado la oferta de programas de másteres en economía de la salud, dotando a esta rama de la economía de una formación y un grado de especialización acordes con la importancia que cada vez más adquiere en la toma de decisiones en salud.

Sorprende la ausencia de estudios de egresados en nuestro país que permitan identificar los perfiles de las personas que realizan estos programas de máster, su satisfacción con los mismos y la relación previa y posterior a su finalización con el mercado laboral. Por ello, decidimos realizar un estudio de egresados de másteres en economía de la salud de los principales centros de formación de España, para el cual elaboramos un cuestionario *on-line* que debían completar los egresados de todas las promociones, compuesto por 30 ítems relativos a su situación socioeconómica y laboral, además de su opinión sobre la formación recibida. Nos fueron remitidos 438 cuestionarios que representaban aproximadamente un 33% del total de los egresados de todas las promociones de los principales másteres. En la [tabla 1](#) se muestra una selección de los principales ítems del cuestionario.

El perfil de las personas egresadas queda reflejado en la [tabla 1](#). Se aprecia que es fundamentalmente sanitario y con una edad de madurez profesional. Se elige esta formación tras una trayectoria de dedicación fundamentalmente clínica. Valoran muy positivamente la formación recibida y muestran un claro interés por la gestión sanitaria, área en la que el máster aporta una formación ausente en sus currículos. Podría pensarse que muchas de estas personas realizan el máster para optar a un cambio hacia un puesto de gestión dentro de sus estructuras laborales, o bien para ampliar sus opciones académicas. En cuanto a la aplicabilidad de estos programas formativos, cabe destacar no solo la alta valoración que obtienen, sino el hecho de que más de la mitad de la muestra encontró un empleo en economía de la salud tras el máster, pese a que

Tabla 1
Principales resultados descriptivos del estudio

| Características | Muestra general (N = 438) (frecuencia mayoritaria) | Submuestra de egresados (frecuencia mayoritaria) | |
|--|--|--|---|
| | | Ya trabajaban en el campo de la economía de la salud cuando realizaron el máster (n = 145) | Han encontrado empleo en el campo de la economía de la salud tras realizar el máster (n = 91) |
| Sexo | Mujer (55,5%) | Hombre (51,0%) | Mujer (57,1%) |
| Edad al cursar el máster, media (DT) | 37,8 (8,7) | 39,2 (8,5) | 34,3 (7,9) |
| Formación (licenciatura, grado o diplomatura) con la que accedió al máster | Medicina (37,0%) | Medicina (33,8%) | Medicina (35,2%) |
| ¿Había cursado alguna asignatura o curso sobre economía de la salud antes? | No (64,4%) | No (53,1%) | No (64,8%) |
| Principal motivación para formarse en economía de la salud | Adquirir nuevos conocimientos (44,1%) | Adquirir nuevos conocimientos (48,3%) | Adquirir nuevos conocimientos (38,5%) |
| Situación laboral inicial en el momento de matricularse en el máster | Empleado (87,0%) | Empleado (95,9%) | Empleado (75,8%) |
| ¿Considera que el máster le ayudará a mejorar su situación laboral? | Sí (85,4%) | Sí (82,1%) | Sí (93,4%) |
| ¿Ha tenido algún empleo relativo a la economía de la salud o salud pública tras el máster? | Sí (53,0%) | Sí (76,6%) | Sí (100%) |
| Valoración de la formación en conjunto (1 a 10) | 8 (29,7%) | 8 (31,0%) | 8 (28,6%) |
| ¿Qué tipo de área de conocimientos considera que le ha sido de más utilidad? | Gestión sanitaria (46,3%) | Gestión sanitaria (55,2%) | Gestión sanitaria (40,7%) |
| Dedicación profesional al iniciar el máster | Sanitaria pública (63,7%) | Sanitaria pública (76,6%) | Sanitaria pública (49,5%) |

DT: desviación típica.

algunos de los que ya trabajaban en este campo llamativamente parecen pasar a otras situaciones.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han concebido y redactado el artículo, han aprobado su versión final y son responsables del mismo.

Agradecimientos

A la dirección y personal responsable de los másteres en economía de la salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Universidad de Málaga, Universidad Pompeu Fabra, Universidad de Castilla-La Mancha (junto al Instituto Max Weber) y Universidad de Cantabria. Al grupo de investigación SEJ-393: Economía Pública y Globalización, y a la Cátedra de Economía de la salud y Uso Racional del Medicamento de la UMA.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Jakovljevic M, Ogura S. Health economics at the crossroads of centuries– from the past to the future. *Front Public Health*. 2016;4:115.

2. Ammerman AS, Farrelly MA, Cavallo DN, et al. Health economics in public health. *Am J Prev Med*. 2009;36:273–5.
3. De Vito C, Furnari G, Pavia M, et al. The role of education in improving physicians' professional use of economic evaluations of health interventions. 2009;32:249–63.

Manuel Correa^{a,b,*}, Manuel Ruiz-Adame Reina^{a,b,c}
y Nuria García-Agua Soler^{b,d,e}

^a Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada, España

^b Asociación de Antiguos Alumnos del Máster en Economía de la Salud de la Universidad de Málaga (AMES), Málaga, España

^c Cuidem, S.L., Sevilla, España

^d Departamento de Farmacología y Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España

^e Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelcorrea@ugr.es (M. Correa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.019>
0213-9111/

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The double burden of malnutrition: a threat for Peruvian childhood



La doble carga de la desnutrición: una amenaza para la niñez peruana

Mr. Editor:

The process of nutritional transition in Peru is somewhat paradoxical: an alarming number of chronic malnutrition cases coexist with a high prevalence of overweight and obesity, as reported in several studies in recent years.^{1–3} Huicho et al.⁴ recently published *Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study*, where they stated that the success of Peru in reducing mortality in infants and children under 5 years old was achieved thanks to the strategies implemented by the government through social and health programmes aimed to tackle malnutrition, mainly in vulnerable populations.

This “breakthrough” of Peru in terms of infant mortality and reducing malnutrition and its comorbidities is “counteracted” by the maintenance of the prevalence in childhood overweight and obesity. A study using as source of information the reports of the Peruvian Demographic and Family Health National Survey between 1996 and 2011, concluded that overweight in Peruvian children decreased both in urban and rural settings until 2005 before stabilizing in 2011.³ In recent years, there have been no epidemiological studies regarding the national prevalence of overweight, obesity, and chronic child malnutrition; therefore, we conducted an analysis of the Information System of Nutritional Status (SIEN) data between 2010 and 2015 of children under 5 years that attended healthcare facilities at a national level.⁵

The national prevalence of overweight has changed over the analysis period in a range of 6.22% to 6.84%. In 2010, the national

prevalence of overweight was 6.22%. This was followed by an annual growth and reaching its peak in 2014 with 6.84%, to decrease in 2015 to 6.24%. In the case of obesity, the prevalence oscillated between 1.52% to 2.72%, with the highest figure recorded in 2013 and the lowest in 2015. We must be watchful because a high adolescent prevalence of overweight (34%) and obesity (14%) in a Peruvian urban area had recently been reported⁶ and it is very likely that our children will continue that path. On the other hand, although the prevalence of chronic malnutrition shows a decreasing trend, this still remains at alarming percentages (range 19.44% - 23.94%) and, unquestionably, far exceeds the national rate of obesity and overweight (Fig. 1).

The overall results show the persistence of a large proportion of children with nutritional problems in Peru. This is dangerous for the benefits of reducing malnutrition because they could be lost if the prevalence of infantile overweight and obesity remains its

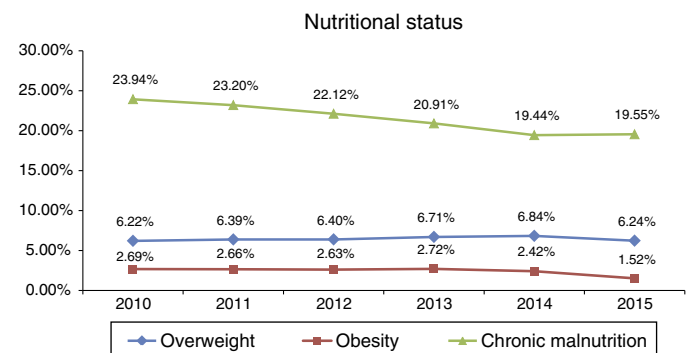


Figure 1. Prevalence of overweight, obesity and chronic malnutrition in children under 5 years, Peru 2010–2015.