

etapas de construcción de un instrumento, y se realiza para probar la pertinencia, eficacia, condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados ⁽⁴⁾. Sirve para detectar, evitar y corregir posibles errores así como llevar a cabo una primera comprobación del funcionamiento del instrumento en el contexto aplicado ⁽⁵⁾. No reporta directamente un índice de validez.

En toda investigación científica es imprescindible que los instrumentos reporten evidencias de validez y confiabilidad ^(4,5). El hecho de haber utilizado un instrumento sin evidencias sólidas de validez, afecta los resultados obtenidos. Algunos autores afirman que si un instrumento no cumple con los requerimientos metodológicos que la ciencia exige, las inferencias que se obtengan a partir de las puntuaciones y la toma de decisiones que de ellas se deriven podrían llegar a ser equivocadas e infundadas ⁽⁶⁾.

Si bien las debilidades metodológicas cometidas cuestionan la solidez de los datos obtenidos. Debe recalarse que el estudio es una aproximación valiosa, ya que analiza la realidad de la formación de los médicos residentes desde las propias percepciones de ellos, lo que aporta a la comunidad académica y científica, ya que sirve de base para justificar la implementación de nuevas estrategias metodológicas dirigidas a elevar la calidad de los programas de formación de médicos residentes en Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miní E, Medina J, Peralta V, Rojas L, Butron J, Gutiérrez EL. Programa de residentado médico: Percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(2):303-10. doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1625
2. Leyva YE. Una reseña sobre la validez de constructo de pruebas referidas a criterio. Perfiles educativos. 2011;33(131):131-54.
3. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. Acción Psicológica. 2013;10(2):3-20. doi: dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820
4. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México D.F: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A; 2014.
5. Muñoz J, Fonseca-Pedrero E. Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. Revista de Investigación en Educación. 2008;5:13-25.

Correspondencia: Cecilia Salgado Lévano

Dirección: Calle Moyobamba Nro. 331-333. Urb. Santo Domingo. Lima13, Perú.

Correo electrónico: csalgadolevano@gmail.com

EXPERIENCIA DE LA VIGILANCIA CENTINELA EN LA FRONTERA DE PERU, COLOMBIA Y BRASIL

EXPERIENCE OF THE SENTINEL SURVEILLANCE ON THE BORDER OF PERU, COLOMBIA AND BRAZIL

Erik J. Jhonston^{1,3,a}, Josué Bravo-Espinoza^{2,3,a}, Graciela Meza Sánchez^{1,b}

Sr. Editor. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) establece medidas de vigilancia y control de enfermedades o eventos con potencial impacto en la salud pública, una de estas medidas es la implementación de vigilancia en puntos de entrada a nivel nacional⁽¹⁾, lo que se contempla también en los acuerdos del ASIS Binacional entre Perú y Colombia, 2014⁽²⁾.

El Ministerio de Salud (MINSA) en base a la política interna y al RSI, ha determinado la creación de cuatro puntos de vigilancia centinela dentro del departamento de Loreto específicamente para los virus del dengue (DENV) y chikungunya (CHIKV), uno de ellos, es el Centro de Vigilancia Centinela del Puesto de Salud Santa Rosa, ubicado en la isla Santa Rosa, frente a las ciudades de Leticia (Colombia) y Tabatinga (Brasil) y que posteriormente fue reubicado al Centro de Salud Caballococha en la ciudad fronteriza del mismo nombre, ambas localidades pertenecen a la provincia de Ramón Castilla en el departamento de Loreto, que cuenta con 72 909 habitantes⁽³⁾.

La vigilancia centinela se inició oficialmente desde la semana epidemiológica 04 hasta la semana 17 en Santa Rosa, y de la semana 18 a la 25 se realizó en la ciudad de Caballococha. Como criterio de inclusión para esta vigilancia se consideró a todo paciente febril sin foco aparente, con menos de cinco días de enfermedad, con resultado negativo para malaria por gota gruesa, independientemente de su lugar de procedencia.

Las muestras obtenidas fueron enviadas para su análisis, por vía aérea a la ciudad de Iquitos a un laboratorio referencial. De las 52 muestras 18 resultaron positivas para DENV, en tres de las cuales se logró aislar el serotipo

¹ Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.

² Universidad de la Habana. Habana, Cuba.

³ Puesto de Salud Santa Rosa. Dirección Regional de Salud de Loreto. Iquitos, Perú.

^a Médico serumista; ^b médico epidemiólogo
Recibido: 15-10-15 Aprobado: 21-10-15

Citar como: Jhonston EJ, Bravo-Espinoza J, Meza Sanchez G. Experiencia de la vigilancia centinela en la frontera de Perú, Colombia y Brasil [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(4):821-2.

DENV-3, este hallazgo significó el reingreso a Loreto de este serotipo y la circulación del mismo en la trifrontera. Por ahora, ninguna muestra resultó positiva para CHIKV.

La isla Santa Rosa y la ciudad de Caballococha son lugares estratégicos, no solo para vigilancia epidemiológica, sino también para realizar vigilancia entomológica como la detección de *Aedes albopictus* en Leticia⁽⁴⁾. En la trifrontera existe una población de más de cien mil personas; mayoritariamente integrantes de la etnia tikuna y población itinerante (migrantes, comerciantes, etc.)⁽⁵⁾. Es una puerta de entrada de enfermedades al país, por la estrecha actividad económica que determina un alto movimiento de personas entre las ciudades fronterizas (Caballococha, Leticia y Tabatinga) que comparten características epidemiológicas importantes, sin mencionar la presencia de CHIKV y DENV en el departamento fronterizo de Amazonas en Colombia⁽⁶⁾.

Por lo tanto, es importante que el MINSA considere reforzar y reimplementar la vigilancia centinela en esta zona fronteriza, no solo para dengue y chikungunya, sino para otros arbovirus (mayaro, una, zika, encefalitis equina venezolana, oropuche, etc.) además de otros patógenos de importancia. Esto nos permitirá estar atentos y preparados ante la introducción o reintroducción de enfermedades que pueden generar daño a la salud pública.

Descargo de responsabilidad: las opiniones y afirmaciones contenidas aquí son propias de los autores y no deben interpretarse como posición oficial o que reflejen la opinión del Ministerio de Salud del Perú.

Fuentes de financiamiento: para la presente carta al editor no se contó con ninguna fuente de financiamiento.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de esta carta.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Reglamento Sanitario Internacional](#); 2ª ed. Ginebra: WHO; 2005.
2. Equipo Técnico Perú-Colombia. [Análisis de la Situación de Salud de Fronteras Putumayo/Amazonas/Loreto](#). Colombia-Perú. 2014.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima, Perú: INEI; c2015 [citado el 10 de setiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indicetematico/population-estimates-and-projections/>
4. Velez ID, Quiñones ML, Suárez M, Olano V, Murcia LM, Correa E, et al. [Presencia de *Aedes albopictus* en Leticia, Amazonas, Colombia](#). *Biomedica*. 1998;18(3):192-8.
5. Suárez-Mutis MC, Mora C, Perez L, Peiter PC. [Interacciones transfronterizas y salud en la frontera de Brasil-Colombia-](#)

[Perú](#). *Mundo Amazonico*. 2010;1:243-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.5113/ma.1.10268>

6. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades transmitidas por vectores [Internet]. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2015;(32):20-9 [citado el 10 de setiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015%20Boletn%20epidemiologico%20semana%2032.pdf>

Correspondencia: Erik Jair Jhonston Vela

Dirección: Calle Napo 1298. Iquitos, Perú.

Teléfono: (065) 972838825

Correo electrónico: erik_jhonston@hotmail.com

INCREMENTO EN EL GASTO POR INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD: ¿EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD EN EL GASTO?

INCREASED SPENDING FROM INVESTMENT IN THE HEALTH SECTOR: EFFICIENCY AND COST EFFECTIVENES IN SPENDING?

Carlos A. Huayanay-Espinoza¹, Andrés Huayanay^{2,3}, Luis Huicho^{1,4,5,6}

Sr. Editor. El Ministerio de Economía y Finanzas define a un proyecto de inversión pública (PIP) como toda intervención limitada en el tiempo, que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios, cuyos beneficios se generen durante la vida útil del proyecto y sean independientes de los de otros proyectos⁽¹⁾. La implementación de políticas tales como la descentralización⁽³⁾ y el uso de instrumentos como el presupuesto por resultados⁽⁴⁾ han ido de la mano con cambios notables en la estructura del gasto de gobierno a través del tiempo.

¹ Centro de Investigación para el Desarrollo Integral y Sostenible (CIDIS), Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Dirección General de Administración, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

³ Escuela de Formación Profesional de Ingeniería Comercial y Negocios Internacionales, Universidad de Ayacucho Federico Froebel.

⁴ Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia

⁵ Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

⁶ Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

Recibido: 25-07-15 Aprobado: 05-08-15

Citar como: Huayanay-Espinoza CA, Huayanay A, Huicho L. Incremento en el gasto por inversión en el sector salud: ¿eficiencia y efectividad en el gasto? [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(4):822-4.