



CIRCULAR N° 00000012 2025

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD —IPS— Y FONDO NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN, ORGANIZACIÓN Y RESPUESTA ANTE LA SITUACIÓN DE ALERTA Y EMERGENCIA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL POR FIEBRE AMARILLA Y SE ACTUALIZA LA CIRCULAR 018 DE 2017 CON RELACIÓN A LA EXIGENCIA DE CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL O CARNE NACIONAL DE VACUNACIÓN Y DEROGA LA CIRCULAR 018 DE 2024 Y 005 DE 2025.

FECHA: 03 ABR 2025

El Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, en ejercicio de sus funciones, como órgano rector del Sector Salud, encargado de la dirección, orientación y conducción del Sistema de Salud de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 4107 de 2011, considera necesario emitir la presente Circular externa e impartir las siguientes directrices de obligatorio cumplimiento por parte de los destinatarios, para la preparación, organización y respuesta ante la situación de alerta o emergencia en salud pública.

ASPECTOS PRELIMINARES

Considerando que la Fiebre Amarilla – FA, es una enfermedad viral, infecciosa, de inicio súbito y curso agudo, cuya gravedad puede variar entre una infección subclínica o de sintomatología leve hasta una enfermedad grave, icterico hemorrágica, que puede comprometer diferentes órganos y llevar al paciente a la muerte en periodos cortos de tiempo, observándose en el sistema de vigilancia epidemiológica su presencia ya en una vasta extensión del país, se evidencia su reemergencia como una situación de alerta de salud pública desde 2024.¹

El virus de la FA es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* relacionado con transmisión selvática y *Aedes* relacionado con transmisión urbana, de alto poder epidémico, con una letalidad de hasta 75% en brotes, considerándose entre las más altas de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Dado su poder epidémico y su alta letalidad, con medida preventiva con vacuna, se considera como evento de Interés en Salud Pública Internacional en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI de 2005.²

En 1995 se registró uno de los más grandes brotes en la región occidental del área andina en Perú, con aproximadamente 500 casos. En 1998, los países afectados fueron Perú, Bolivia y Brasil. En 2003, se observó un incremento de la incidencia de esta enfermedad debido a la aparición de brotes en Brasil (64 casos) y Perú (26 casos), y un extenso brote registrado en la frontera entre Colombia (112 casos) y Venezuela (34 casos), para un total de 236 casos para este año. Desde julio de 2017 hasta julio de 2018 se registraron en Brasil 1266 casos confirmados y 415 muertes causadas por la fiebre amarilla.³

La Organización Mundial de la Salud - OMS y la Organización Panamericana de la Salud - OPS, mediante el reporte de «*Actualización Epidemiológica FA en la Región de las Américas*» del 21 de marzo del 2024, hace referencia a la activación de la circulación del virus en las Américas, valorando

¹ OPS, OMS. Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas, experiencias y recomendaciones para los servicios de salud [ed.] Organización Panamericana de la Salud. 2023. págs. 1-36.

² <https://bit.ly/3H3BYwU>.

https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Informesdeevento/FIEBRE%20AMARILLA_2020.pdf.

³ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Fiebre Amarilla. Bogotá D.C.: s.n., 2024. Vol. versión 05. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6541045/pdf/CLD-13-S24.pdf

un alto riesgo de ocurrencia de brotes para la región, presentando 41 casos en 2023 en países como Bolivia, Brasil, Perú y Colombia; de este último, 2 casos procedentes del departamento de Amazonas. En enero de 2025 la OPS- OMS, declaró la alerta epidémica para fiebre amarilla en la región de las Américas.⁴

En Colombia, se presentaron en el siglo XX, epidemias cada 10 años, siendo la última en 1979 en la Sierra Nevada de Santa Marta. En el presente siglo, se han presentado brotes en los años 2003 y 2004 en la zona del Catatumbo y la Serranía del Perijá (Norte de Santander) y la Sierra Nevada de Santa Marta (Magdalena – La Guajira); en 2005 hubo casos en Putumayo (11 casos) y Caquetá (10 casos) y para el 2009, en el Meta; también se han presentado casos aislados en otros departamentos como Chocó, Santander, Casanare, Vaupés y Amazonas.

En el contexto de la Emergencia en Salud Pública por brote de fiebre amarilla, a nivel nacional 2024 y en lo corrido del 2025, se han confirmado 59 casos con 29 fallecimientos, con una letalidad acumulada del 49,1% (29/59). Para el año 2024 se presentaron 23 casos con 13 fallecimientos y desde enero de 2025 a la fecha, se han confirmado 36 casos de los cuales 16 fallecieron, con grupos de edad mínimo de 11 y máximo de 89 años, en el periodo acumulado entre el 03 de enero de 2024 al 28 de marzo de 2025.

De acuerdo con la procedencia de los casos acumulado 2024 al 28 de marzo de 2025, se observa que el departamento de Tolima concentra el 78% (n=46) de los casos confirmados, de los cuales el 30,4% (n=14) pertenecen al municipio de Cunday, seguido de Prado con el 22% (n=13), Villarrica con el 20,3% (n=12), Purificación 6,7% (n=4), Ataco 3,3% (n=2) y 1,69% Dolores (n=1). Así mismo, la distribución de los casos en otros departamentos se distribuye así: el 8,5% (n=5) de los casos corresponden a Putumayo en los municipios de Villagarzón (2), Valle del Guamuez (1), San Miguel (1) y Orito (1), en Caquetá con 5,1%, (n=2) de los municipios de El Doncello y Cartagena del Chairá. En Nariño el 3,4% (n=2) de los casos son de procedencia Ipiales del área rural, y en menor proporción de casos, en Huila (Campoalegre), Vaupés (Mitú), Cauca (Piamonte), y Caldas (Neira) con 1,7% (n=1) respectivamente.

Es importante señalar que a la alta infestación por *Aedes aegypti* en las áreas urbanas de los municipios ubicados por debajo de los 2.200 msnm, se suma la presencia de *Aedes Albopictus* y el escalonamiento de su distribución, además la presencia de vectores como *Haemagogus* y *Sabethes* en áreas rurales y selváticas, ubican en situación de riesgo al 73,2% del territorio nacional, incluidos 822 municipios distribuidos en todos los departamentos.

En la actualidad, en el país convergen escenarios hacia la transmisión selvática y el riesgo de una transmisión urbana de la FA, dado por:

- El diagnóstico de fiebre amarilla en zonas del país no endémicas, ni consideradas a riesgo para fiebre amarilla.
- La circulación del virus y la existencia de condiciones ecológicas para el mantenimiento de su transmisión, con la evidencia de presencia de vectores selváticos.
- La conformación ecológica de corredores endémicos en municipios que limitan con otros que hayan presentado casos de FA, en áreas endémicas.
- Desplazamiento de personas susceptibles (personas no vacunadas) por los municipios endémicos eco epidemiológicos y de estos a lugares sin riesgo.
- El efecto de no vacunación para FA en población susceptible, especialmente en áreas rural y rural dispersa.
- Alteraciones climáticas que afecten los ecosistemas. (Fenómenos ambientales – cambios climáticos).
- Acciones antropogénicas que causan la variabilidad en los microhábitats para las especies de reservorios no humanos como las especies vectores silvestres.

Aunado a lo anterior, la transmisión urbana de la FA, que comprende entre otros:

- Evidencia de la presencia del vector *Aedes aegypti* en todas las zonas de transmisibilidad del virus de la fiebre amarilla, sean tanto urbanas como rurales.

⁴ OPS, OMS. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 21 de marzo de 2024 y 29 de julio del 2024



- Alta infestación por *Aedes aegypti* en las áreas urbanas de los municipios ubicados por debajo de los 2.200 msnm, incluidas las instalaciones hospitalarias. A lo anterior se suma la presencia de *Aedes Albopictus* y el escalonamiento de su distribución en áreas urbanas.
- Población susceptible (personas no vacunadas), asociada entre otros, al intenso flujo migratorio de comunidades entre las zonas rurales y urbanas por factores derivados por el conflicto armado y actividades económico-productivas.
- Coberturas de vacunación por debajo del 80% para FA, especialmente en grupo de edad mayores a 15 años.⁶

Dado, que esta enfermedad genera una mortalidad que alcanza hasta el 75% de los infectados y que no existe cura ni tratamiento específico, las medidas de prevención primaria a la transmisión, tales como la vacunación y manejo integrado de vectores son fundamentales.

De acuerdo con lo anteriormente referenciado se hace necesario actualizar los municipios de alto riesgo de acuerdo con la presencia de casos y conminar a las autoridades especialmente Gobernadores, Alcaldes, Secretarios Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud —IPS— y al Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad así:

1 MUNICIPIOS DE ALTO RIESGO, EMERGENCIA O EN SITUACIÓN DE ALERTA EN SALUD PÚBLICA POR BROTE DE FIEBRE AMARILLA

De conformidad con lo establecido en la Ley 1523 de 2012 «Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres» establece en el Capítulo II las instancias del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres identificando a los gobernadores y los alcaldes como los conductores del sistema nacional de gestión de riesgos, en su nivel territorial y por tanto están **investidos** con las competencias necesarias para conservar la seguridad, la tranquilidad y la salubridad en el ámbito de su jurisdicción.

Así mismo, la aludida norma incorpora las siguientes definiciones: i) **Alerta**: Estado que se declara con anterioridad a la manifestación de un evento peligroso, con base en el monitoreo del comportamiento del respectivo fenómeno con el fin de que las entidades y la población involucrada, activen procedimientos de acción previamente establecidos y ii) **Emergencia**: Situación caracterizada por la alteración e interrupción intensa y grave de las condiciones de funcionamiento y operación de una comunidad, causada por un evento adverso o por la inminencia de este, que obliga a una reacción inmediata y que requiere la respuesta de las instituciones del Estado, los medios de comunicación y de la comunidad en general.⁵

Atendiendo los aspectos y condiciones técnicas previstas en el acápite anterior se hace necesario declarar en estado de **alto riesgo**, a los Departamentos y Municipios que a continuación se enuncian:

1. El 100% de los municipios de los **Departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Meta, Putumayo, Tolima, Vaupés y Vichada.**
2. **Antioquia**: Los municipios de Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Dabeiba, Murindó, Mutatá, Necoclí, Puerto Berrio, Puerto Nare, Puerto Triunfo, San Juan de Urabá, San Luis, Turbo, Vigía del Fuerte y Yondó.
3. **Bolívar**: Los municipios de Arenal, Barranco de Loba, Cantagallo, Morales, Pinillos, Regidor, Río Viejo, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití.
4. **Boyacá**: Los municipios de Cubará, Maripí, Muzo, Otanche, Páez, Pauna, Paya, Puerto Boyacá y San Pablo de Borbur.
5. **Caldas**: Los municipios de Aránzazu, Filadelfia, La Dorada, Manizales, Merced, Victoria, Neira, Norcasia, Salamina y Samaná.
6. **Cauca**: Los municipios de Piamonte y Santa Rosa.

⁵[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141#:~:text=LEY%201523%20DE%202012.%20\(Abril%2024\)%20Por%20la%20cual%20se](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141#:~:text=LEY%201523%20DE%202012.%20(Abril%2024)%20Por%20la%20cual%20se)



00000012

Salud

03 ABR 2025

7. **Cundinamarca:** Los municipios de Agua de Dios, Arbeláez, Beltrán, Cabrera, Caparrapí, Girardot, Guaduas, Guataquí, La Palma, Medina, Nariño, Nilo, Paima, Pandi, Paratebueno, Puerto Salgar, Ricaurte, San Juan de Rioseco, Tocaima, Venecia y Yacopí.
8. **Magdalena:** Los municipios de Aracataca, Ciénaga, Distrito de Santa Marta y Fundación.
9. **Nariño:** El municipio de Ipiales (corregimiento de Sucumbíos).
10. **Norte de Santander:** Los municipios de Abrego, Convención, Cáchira, Cúcuta, El Carmen, El Tarra, El Zulia, Hacarí, La Playa de Belén, Ocaña, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Teorama y Tibú.
11. **Risaralda:** Quinchía
12. **Santander:** Los municipios de Barrancabermeja, Bolívar, Bucaramanga, Charalá, Cimitarra, Coromoro, El Playón, Floridablanca, Florian, Girón, Jesús de María, Jordán, La Belleza, Landázuri, Piedecuesta, Puerto Parra, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres, Santa Helena, San Vicente de Chucurí, Socorro, Surata y Vélez.
13. **San Andrés y Providencia** (No hay antecedente de FA en las islas, se establece el riesgo por nexo ecológico y por ser frontera internacional).

NOTA: Para todos los efectos se entiende como municipio de *alto riesgo* aquel que haya presentado al menos un (1) caso confirmado de fiebre amarilla humana o epizootias. Así mismo, esta condición se extiende a aquellos municipios con presencia de *Haemagogus* o *Sabethes* no incluidos en la lista anterior.

De otro lado, se consideran en situación de **alerta** en salud pública por brote de FA:

1. Los Departamentos con caso humano o epizootia confirmado en los últimos 6 meses en uno de sus municipios.
2. Municipios con confirmación de epizootias en los últimos 6 meses.
3. Los Departamentos y Municipios vecinos en los cuales, en los últimos 12 meses se han confirmado casos humanos o epizootias, que posean condiciones eco-epidemiológicas para la transmisión; aspecto que se puede extender a otros municipios que hagan parte del corredor eco epidemiológico; la definición de estos municipios será establecida por el MSPS.
4. Ante confirmación de caso humano o epizootia en el área fronteriza, los municipios y departamentos limítrofes de país de origen de los casos.

En situación de **emergencia** en salud pública por brote de FA:

1. Los municipios que presenten casos humanos de FA.
2. Departamentos que presenten casos en más de un (1) municipio.
3. Departamento que se observe un patrón de desplazamiento de la transmisión del virus por epizootias.

Y en **Control**, cuando se cumplan todas las siguientes condiciones, debidamente verificadas por el equipo funcional del MSPS y del INS:

1. Municipio o departamento con ausencia de casos tanto en humanos como epizootias en los últimos 6 meses después del último caso confirmado
2. Vigilancia en salud pública y funcionando a nivel institucional (verificada por BAI y otros atributos del sistema de vigilancia en salud pública) y comunitario (vigilancia basada en comunidad según criterios nacionales).
3. Vigilancia de epizootias operando.
4. Coberturas de vacunación para FA $\geq 95\%$ mediante barrido documentado o soportes de abordaje al 100% de la población del municipio donde se confirmó la presencia del caso.
5. Establecimientos prestadores de servicios de salud habilitados con servicios de urgencias y/o hospitalización con riesgo entomológico cero evidenciado durante los últimos 6 meses luego de implementadas las acciones contempladas en el Manejo Integrado de Vectores (IMV) institucional.

2. PLAN DE CONTINGENCIA.

El Plan de contingencia se constituye en el instrumento que establece las directrices para la preparación y organización de la respuesta ante la situación de alerta y emergencia en todo el

territorio nacional por FA, en el cual, se describen acciones, actividades, indicadores, responsables y cronograma de acción y seguimiento al cumplimiento de este, conforme a la caracterización territorial y competencias por niveles.

Dicho plan, incorpora las siguientes cinco **líneas estratégicas** para ser adoptado e implementado por las gobernaciones, alcaldías, aseguradoras y prestadores de salud, de acuerdo con su competencia en el marco del Sistema de Salud y del Sistema de Seguridad Social en Salud, definidos en la Ley 1751 de 2015 y Ley 100 de 1993.

- Gestión integral de la contingencia.
- Intensificación de la vigilancia en salud pública.
- Promoción de la salud y prevención primaria de la transmisión.
- Manejo integral de casos.
- Comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud.

2.1. LÍNEA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CONTINGENCIA.

2.1.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud o entidad que haga sus veces (Departamentales, distritales y municipales).

2.1.1.1. Activar la Sala de Análisis de Riesgo - SAR en nivel competente, que permita analizar y evaluar el riesgo de la situación en salud pública de la entidad territorial - ET para establecer, según el nivel de riesgo, la estructura de comando y control, y la respuesta acorde al escenario del evento de FA, en coordinación con las autoridades del orden nacional.⁶

2.1.1.2. El grupo funcional de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV de cada secretaría de salud departamental, distrital y municipal de categoría especial, 1, 2 y 3, deberá sesionar al menos una vez al mes en situación de alerta y cada 15 días en situación de emergencia, contando con la participación de las áreas establecidas en el lineamiento para la operación de los programas ETV y el programa ampliado de inmunizaciones⁷

Además de las funciones ya definidas, el grupo funcional deberá:

- i. Brindar asistencia técnica y seguimiento a las entidades de su territorio, aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud, incluidos los equipos básicos de atención en salud, en cuanto a la implementación y cumplimiento de lineamientos y protocolos para FA.⁸
- ii. Elaborar el plan de contingencia, adoptando las instrucciones de la presente circular, emitiendo las recomendaciones técnicas para el cumplimiento de los objetivos del plan en la entidad territorial.
- iii. Realizar seguimiento permanente al cumplimiento del plan de contingencia y la situación epidemiológica, en articulación con las diferentes áreas de la entidad, tales como, Vigilancia en Salud Pública, Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, Prestación de Servicios de Salud, Aseguramiento, Salud Ambiental, Promoción y Prevención, Promoción Social y Sanidad Portuaria en los puntos de entrada.
- iv. Participar en las reuniones de actualización y seguimiento de la contingencia de acuerdo con la convocatoria que realice el MSPS.

2.1.1.3. La ET deberá convocar a los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión de Riesgo, a fin de:

- i. Socializar la situación en salud pública, el plan de contingencia y solicitar su aval y el concepto técnico para la categorización del riesgo de la entidad en el nivel de **alerta, emergencia o control**, según los criterios establecidos en la presente circular y la situación de FA en su territorio. La sesión no debe superar los 8 días calendario luego de realizada la SAR.
- ii. Solicitar el apoyo intersectorial que haya lugar, para la adopción e implementación en el nivel departamental, distrital y municipal del nivel de riesgo declarado.

⁶ <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2023.pdf>

⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-gestion-programa-etv-transferencias-2021.pdf?ID=24575#:~:text=Lineamiento%20para%20la%20gesti%C3%B3n%20y%20operaci%C3%B3n%20de%20los%20programas%20de>

⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>

- iii. Identificar las necesidades y eventuales aportes de cooperación y complementariedad que puedan realizar los actores del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - SNGRD.
- iv. Activar los planes de contingencia territorializados en los departamentos, distritos y municipios comprometidos con la situación de emergencia y seguimiento a la situación en salud pública.
- v. Asignar cofinanciación para la ejecución del plan de contingencia
- vi. Realizar seguimiento mensual a la ejecución de los planes de contingencia
- vii. Activación de Puestos de Mando Unificados

2.1.1.4. El gobernador o alcalde, deberá, mediante acto administrativo, realizar la declaratoria de la emergencia en salud pública de su territorio, definiendo el período (hasta que se logren criterios de control), el alcance, las responsabilidades de los actores intra e intersectoriales, la adopción del plan de contingencia, la financiación, la celeridad administrativa y los ajustes pertinentes en la planeación territorial; dicho acto administrativo debe ser remitido al MSPS o gobernación según pertinencia a más tardar cinco (5) días hábiles luego de la sesión del comité de gestión de riesgo respectiva.

Así mismo, en el caso de los departamentos, el respectivo acto administrativo incorporará, explícitamente, la indicación a los municipios en emergencia o alerta, que previo a la realización de festividades o eventos con aglomeración de público, deben realizar acciones de control físico y reordenamiento del entorno cuya financiación deberá ser asumida por la organización del evento.

2.1.1.5. Articular con los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, conforme a las funciones establecidas en el artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010 o norma que la sustituya.

2.1.1.6. Las ET deben fortalecer los procesos de articulación intersectorial en el marco del Consejo Territorial de Zoonosis y el Consejo Territorial de Salud Ambiental - COTSA, con el fin de analizar la situación de la dinámica epidemiológica, entomológica, de epizootias y enzootias de la FA, para formular, ejecutar y coordinar las estrategias y acciones de prevención, vigilancia y control de ellas.

2.1.1.7. La Secretaría de salud departamental, debe definir el referente o enlace a nivel territorial, quien será el interlocutor con la nación e informar sus datos de contacto al correo que se disponga a tal fin.

2.1.1.8. Elaborar e implementar el plan de acción territorializado por parte de la Entidad Territorial, departamental y municipal de salud en articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, en conjunto con las Entidades Administradora de Planes de Beneficios - EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y demás actores responsables de la atención a la población del territorio.

2.1.1.9. Enlazar a los aliados estratégicos en el marco del brote de FA para implementar la vacunación sin barreras a partir de los nueve (9) meses de edad, incluida la población de sesenta (60) años y más, en los municipios de emergencia, alerta y alto riesgo en salud pública por fiebre amarilla.

2.1.1.10. El plan de contingencia se debe armonizar al eje estratégico del Plan Decenal de Salud Pública denominado "Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias". Las acciones de las líneas operativas del plan contingencia deben articularse a las líneas operativas del Plan de Acción en Salud - PAS, establecidas en la Resolución 100 de 2024.

2.1.1.11. Los planes de contingencia elaborados por ET departamentales y distritales deberán ser remitidos a la Subdirección de enfermedades transmisibles al Grupo de Gestión de Enfermedades Endemo-epidémicas de la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS, para la revisión técnica y orientaciones a que haya lugar, por parte del equipo funcional nacional, según competencias. Cada plan debe ser remitido en los ocho (8) días hábiles después de ser identificada la alerta y emergencia en salud pública por FA y debe ser firmado por el representante legal de la Dirección Territorial de Salud - DTS departamental, distrital o municipal o quien haga sus veces.

Así mismo, los municipios en emergencia o alerta deberán remitir el plan de contingencia a la dirección territorial de salud departamental en un plazo no mayor de ocho (8) días hábiles, en el instrumento establecido por el MSPS.

2.1.1.12. Los departamentos brindarán apoyo, bajo el principio de concurrencia y subsidiaridad, a los municipios de su jurisdicción y financiar e implementar las acciones de control químico de vectores en los municipios de categoría 4, 5 y 6.

2.1.1.13. Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento para la atención integral de casos

en sus instituciones, derivado de las unidades de análisis de los casos de mortalidad por FA, las unidades de análisis de seguimiento al plan de contingencia o los seguimientos de adherencia al lineamiento de atención clínica.

2.1.1.14. Los departamentos brindarán apoyo bajo el principio de concurrencia y subsidiaridad a los municipios de su jurisdicción y financiar e implementar las estrategias que garanticen el talento humano y logística necesaria para intensificar acciones del PAI.

2.1.1.15. Las entidades territoriales dispondrán del talento humano necesario y cualificado para atender e implementar las líneas estratégicas del plan de contingencia, así como el equipo de respuesta inmediata - ERI; además, garantizarán sus desplazamientos y logística a las áreas de intervención de su jurisdicción.

2.1.1.16. Los municipios de categoría 4, 5 y 6, sin perjuicio de sus competencias en vigilancia en salud pública, garantizarán la implementación de acciones de promoción de la salud y de gestión del riesgo colectivo, entre ellos, las acciones de control por medio de métodos físicos, de reordenamiento del medio, de barrera y biológicos en el plan de manejo integral de vectores.

2.1.1.17. Los municipios categoría especial, 1, 2 y 3, garantizarán la implementación de acciones de control químico, en el marco del Plan Territorial de Manejo Integrado y Selectivo de Vectores – PMIV; dicha actividad se realizará solamente en el marco de la atención de la contingencia, en actividades de control en sitios previamente priorizados a partir de los análisis de los equipos funcionales y con énfasis en su uso racional.

2.1.1.18. Para la financiación del plan de contingencia, las entidades podrán usar las transferencias nacionales del programa de ETV, según lineamiento específico; otros que se asignen desde el Sistema de Gestión de Emergencias y Desastres, el Sistema General de Participaciones, recursos propios u otros. Así mismo, podrán establecer alianzas con las agremiaciones y el sector privado para la ejecución del plan de contingencia.

2.1.1.19. La adquisición de insumos críticos para la prevención y control de vectores debe realizarse acorde al lineamiento para la gestión y operación de los programas de ETV y zoonosis para la ejecución de transferencias nacionales de funcionamiento vigente y se puede realizar, a través del proceso de Gestión en Salud Pública denominado «*Gestión de insumos en salud pública*» o en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC en su intervención denominada «*Prevención y Control de las ETV*» según entornos.

2.1.1.20. Los departamentos y municipios priorizados en la presente circular deben incorporar la FA como evento de interés en salud pública en su planeación territorial.

2.1.1.21. En los municipios categorizados como de riesgo se debe incorporar en los planes de cuidado de los Equipos Básicos en Salud las atenciones establecidas en los protocolos y lineamientos para fiebre amarilla; los municipios en alerta o emergencia deberán ajustar la planeación de dichos equipos y se deberán organizar y complementar acorde a la concurrencia para la atención de la contingencia.

2.1.1.22. Garantizar el fortalecimiento individual al talento humano a través del proceso de gestión en salud pública, denominado «desarrollo de capacidades» y conforme a lo establecido en la Resolución 295 de 2023 del MSPS.

2.1.1.23. Los departamentos y municipios según competencia, deberán dar celeridad a la implementación de la misión médica en los municipios en emergencia o alerta. Así mismo, establecer la comunicación y contacto que, por orden público, se dificulta la acción de la misión médica, con los referentes del Comité Internacional de la Cruz Roja – CIRC.

2.1.1.24. Definir canales de comunicación con la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo a través de sus referentes regionales, para el acompañamiento en la operacionalización del plan de contingencia en los territorios.

2.1.1.25. Generar el espacio para el desarrollo del Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE de fronteras según corresponda y sea necesario, en el marco del Comité binacional fronterizo cuando sea el caso, para articular acciones de sanidad portuaria, vigilancia en salud pública, promoción y prevención, atención y vacunación.

2.1.1.26. Garantizar la recepción, custodia, almacenamiento, distribución, conservación y entrega de la vacuna contra la FA y demás insumos a nivel municipal, así como el cálculo de necesidades por municipio e IPS, realizar seguimiento a inventarios, fechas de vencimiento, cadena de frío, entre otros, asegurando la optimización del biológico ante la advertencia de un posible desabastecimiento internacional.

2.1.1.27. En el marco de sus competencias, las entidades territoriales deberán garantizar la concurrencia de todos los servicios de vacunación habilitados en su jurisdicción en las acciones de vacunación que establezca el MSPS; estos deberán estar ajustados a la



00000012

Salud

03 ABR 2025

configuración de la red de prestadores de las EAPB y a la microplanificación realizada en cada entidad territorial en emergencia.

2.1.1.28. Coordinar con las autoridades ambientales nacionales y territoriales la exigencia del antecedente de vacunación contra FA, para el ingreso a zonas de reserva natural tales como los Parques Nacionales Naturales, Santuarios de fauna y flora, reservas forestales, parques naturales regionales, distritos regionales de manejo integrado, entre otros, pertenecientes al Sistema Nacional de Áreas Protegidas - SINAP.

2.1.1.29. Coordinar con líderes comunitarios el ingreso de la autoridad sanitaria a las zonas de difícil acceso, incluyendo la participación de las poblaciones étnicas de la zona y los aliados intersectoriales para la realización de intervenciones en salud pública, como la vacunación, entre otras, teniendo en cuenta, las directrices relacionadas con la protección a la Misión Médica establecidas en la Resolución 4481 de 2012: *"Por la cual se adopta el Manual de Misión Médica y se establecen normas relacionadas con la señalización y divulgación de su emblema"*.

2.1.1.30. Los departamentos y distritos deben remitir al MSPS, Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Endemo-Epidémicas, en los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, informe que contenga el monitoreo de los indicadores establecidos en la presente circular y el desarrollo cuantificado de las actividades establecidas en los planes de contingencia.

2.1.1.31. Realizar el Comité Seccional de Sanidad Portuaria, para coordinar acciones en el marco de los planes de contingencia de los puntos de entrada y de las entidades territoriales de salud y las acciones de sanidad portuaria en los terminales terrestres, aéreos y marítimos del territorio nacional.

2.1.1.32. Vigilar que las EAPB e IPS garanticen la vacunación sin barreras de la población susceptible que resida o transite en área de emergencia, alerta y demás municipios en riesgo del departamento, así como la población viajera que ingresa a ellos, de acuerdo con las indicaciones dadas en la presente circular, dando cumplimiento a la Ley 2406 de 2024 *"Por medio de la cual se ordena la Modernización y Actualización permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI (...)"*.

2.1.1.33. Respetando la autonomía territorial, implementar las recomendaciones dadas en el lineamiento para la prevención de la transmisión de fiebre amarilla, dengue y otras arbovirosis ante actividades de ferias, fiestas u otras actividades con aglomeraciones de público.

2.1.1.34. Los municipios que no cumplan criterios de alerta o emergencia en salud pública, pero que posean en su red prestadora de salud instituciones de mediana y alta complejidad, deberán elaborar e implementar el correspondiente plan de contingencia. El plan de contingencia debe ser remitido a la entidad territorial departamental a más tardar ocho (8) días hábiles después de establecida la situación de alerta o emergencia en el departamento; dichos municipios y su red prestadora deben quedar incorporados en las alertas epidemiológica y hospitalaria que emitan la dirección territorial de salud departamental.

2.1.1.35. Se debe establecer una coordinación intersectorial con el sector agrícola, articulando acciones con el Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, con el fin de garantizar que los trabajadores que se movilizan hacia y desde zonas endémicas cumplan con los requisitos de vacunación y medidas de prevención al menos diez (10) días antes de su ingreso. Esta coordinación debe facilitar el acceso a la inmunización en fincas, cooperativas y asociaciones agrícolas, asegurando la protección de la salud de los trabajadores y la prevención de enfermedades en contextos rurales.

2.1.1.36. Se debe fortalecer la coordinación intersectorial con el sector transporte, promoviendo la instalación de puntos de vacunación en aeropuertos, terminales terrestres y fluviales estratégicos, con el fin de garantizar el acceso oportuno a la inmunización tanto para pasajeros como para trabajadores del sector. Asimismo, es fundamental que las empresas de transporte cuenten con un plan de acción para la identificación y manejo adecuado de pasajeros que presenten síntomas compatibles con la fiebre amarilla, asegurando su pronta remisión a los servicios de salud. Además, se debe asegurar que todos los conductores de transporte público y de carga que transiten por zonas de alto riesgo estén debidamente vacunados, considerando su nivel de exposición.

2.1.1.37. Se debe fortalecer la coordinación intersectorial con el sector turismo para garantizar que los trabajadores, incluyendo guías turísticos, personal de hoteles, restaurantes y operadores de transporte en zonas endémicas, cuenten con la vacuna contra la fiebre amarilla, especialmente aquellos que mantienen un contacto frecuente con visitantes. Asimismo, se sugiere facilitar la instalación de puntos de vacunación en áreas de alta afluencia

turística, de manera que los viajeros que aún no hayan recibido la vacuna puedan acceder a ella oportunamente, contribuyendo así a la prevención y control de la enfermedad.

2.1.2. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción.

2.1.2.1. Concurrir a todas las convocatorias realizadas por el MSPS o la secretaría de salud o entidad que haga sus veces del orden departamental, distrital o municipal, para el análisis de riesgo y seguimiento de los casos.

2.1.2.2. Construir su plan de contingencia con énfasis en la operación territorial, el cual deberá estar articulado con la ET del orden departamental, distrital y municipal y se le debe realizar seguimiento al cumplimiento. Se debe remitir a la dependencia de la dirección territorial en salud, responsable de la articulación con las EAPB, de dicho plan dentro de los ocho (8) días hábiles luego de establecida la situación de salud de alerta o emergencia.

2.1.2.3. Garantizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios de salud, su capacidad instalada y las tecnologías en salud para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y la atención de los casos de FA de acuerdo con la población sujeto, eliminando las barreras para el acceso a los servicios de salud, acorde a la contingencia.

2.1.2.4. Realizar, articuladamente con la Secretaría de Salud y su red prestadora de servicios de salud, la microplanificación del territorio, para establecer las estrategias y tácticas necesarias que aseguren coberturas de vacunación del 95% de la población objetivo de esta circular.

2.1.2.5. Evaluar la capacidad instalada y contratada con su red de prestadores de servicios de salud en el territorio y la logística para garantizar el desarrollo de las acciones de vacunación en el marco del plan contingencia.

2.1.2.6. Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento para la atención integral de casos en sus instituciones, derivado de las unidades de análisis de los casos de mortalidad por FA, las unidades de análisis de seguimiento al plan de contingencia o los seguimientos de adherencia al lineamiento de atención clínica, acorde al instructivo de unidad de análisis del INS.

2.1.2.7. Garantizar junto con la secretaría de salud, que la red prestadora de servicios de salud incluye aspectos mínimos de: organización y gestión de la red de prestadores de servicios de salud para la atención integral de la FA; la confirmación diagnóstica y el seguimiento, entregando al departamento o distrito la ruta de atención, discriminando por niveles de complejidad.

2.1.2.8. Hacer seguimiento y monitoreo a la oportunidad en la atención integral de la FA y Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación – EAPV, para lo cual, se deberá verificar tiempos y reducirlos en los términos de calidad de la atención y guías, a través de acuerdos con las IPS contratadas.

2.1.2.9. Implementar la ruta integral de atención en salud para arbovirosis, ajustando de manera expedita, los trámites administrativos para eliminar el proceso de autorizaciones de la población con sospecha o diagnóstico de FA, así como de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del sector Salud.

2.1.2.10. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB deben remitir los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes a la dependencia de la dirección territorial en salud, responsable de la articulación con ellas, un informe que contenga el monitoreo de los indicadores establecidos en la presente circular y las actividades cuantificadas según líneas estratégicas de la misma.

2.1.3. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.

2.1.3.1. Participar cuando sea convocada, en las reuniones organizadas por MSPS, las DTS departamental, distrital y/o municipal.

2.1.3.2. Garantizar la suficiencia de talento humano, así como la capacidad instalada y de medicamentos, para el diagnóstico oportuno y tratamiento pertinente, en el nivel de complejidad de la red.

- 2.1.3.3.** Gestionar junto con las EPS y la entidad territorial de manera efectiva, los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes de acuerdo con el artículo 12 de la Resolución 2335 del 2023.
- 2.1.3.4.** Realizar el diagnóstico, valoración de riesgo, actualizaciones y emitir el estado de alerta hospitalaria correspondiente.
- 2.1.3.5.** Frente a la respuesta hospitalaria, cada prestador de servicios de salud de la red pública y privada deberá indicar su estado de alistamiento o preparación ante la emergencia, indicando las acciones de respuesta, teniendo en cuenta lo establecido en la Guía Hospitalaria para la Gestión del Riesgo de Desastres.
- 2.1.3.6.** Los prestadores de servicios de salud deben remitir a las aseguradoras los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un informe que contenga el monitoreo de los indicadores establecidos en la presente circular y las actividades cuantificadas según líneas estratégicas de la misma.

2.1.4. Indicadores.

Tabla 1: Indicadores de seguimiento de la línea estratégica de gestión integral de la contingencia.

Indicador	Definición Operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Plan de contingencia territorial o institucional elaborado, aprobado y activado.	Plan de contingencia elaborado y adaptado al territorio según competencias y capacidades en las 5 líneas estratégicas indicadas por el MSPS y aprobado por el Consejo de Gestión de Riesgo, con acto administrativo emitido por el representante legal de la ET (gobernador, alcalde) o de la institución (aseguradoras y prestadores de servicios de salud). En el caso de las aseguradoras y las IPS enviarán dicho plan para su aprobación al nivel departamental, distrital o municipal.	Secretarías de salud de todos los niveles o quien haga sus veces, aseguradoras e IPS.	Mensual
Entidades Territoriales, departamentales, distritales o municipales que entran en control	N° de ET, departamentales, distritales o municipales que entren en control / Total de ET departamentales, distritales o municipales en emergencia y alerta.	Secretarías de salud de todos los niveles o quien haga sus veces.	Mensual

2.2. LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTENSIFICACIÓN DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.

- 2.2.1. A las Secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o la entidad que haga sus veces.**
- 2.2.1.1.** Elaborar el mapa de riesgo que incorpore los antecedentes epidemiológicos, entomológicos de vectores silvestres, ecológicos, de uso de suelo o actividad económica y sociales, identificando y estratificando las localidades y territorios y estableciendo los corredores geográficos enzooticos-endémicos o de riesgo.
- 2.2.1.2.** Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica de la red de prestación de servicios de salud, mediante asistencia técnica, difusión, socialización y seguimiento al cumplimiento del protocolo de vigilancia de FA, garantizando el funcionamiento del sistema de vigilancia y la calidad de la información según las responsabilidades establecidas.⁹
- 2.2.1.3.** Realizar la notificación inmediata de los casos probables y confirmados, incluyendo las muertes por FA al SIVIGILA y realizar, en las primeras setenta y dos (72) horas, la investigación epidemiológica de campo - IEC, contemplando la búsqueda comunitaria e institucional de casos, según lo estipulado en el protocolo de vigilancia en salud pública. Comunicar de manera inmediata al Centro Nacional de Enlace al correo cne@MinSalud.gov.co y al Equipo de Respuesta Inmediata – ERI del Instituto Nacional de Salud - INS al correo eri@ins.gov.co.
- 2.2.1.4.** Hacer seguimiento semanal de la situación epidemiológica de FA, mediante el análisis de comportamientos inusuales de acuerdo con el protocolo.¹⁰
- 2.2.1.5.** Fortalecer el análisis epidemiológico de FA, orientada a la focalización de acciones de promoción y prevención, vigilancia y control a nivel territorial mediante el uso de

⁹ <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-yProtocolos.aspx>.
¹⁰ <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx>

herramientas geográficas o espaciales, dispuestas por el INS y mediante la revisión de los tableros de control dispuestos por el grupo de factores de riesgo ambiental mediante el sistema VIGIFRA¹¹.

2.2.1.6. Realizar la SAR, involucrando la UPGD, la autoridad territorial, el INS, el MSPS, de acuerdo con la situación, y de acuerdo a la valoración de riesgo, activar la estructura de comando de incidente para la respuesta coordinada.

2.2.1.7. Realizar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la adecuada toma, embalaje, envío y seguimiento de las muestras biológicas destinadas a realizar las pruebas confirmatorias de laboratorio, garantizando que el envío de las muestras se realice antes de setenta y dos (72) horas al laboratorio destinatario que realizará las pruebas. Apoyar la conformación de la red territorial de vigilancia basada en la comunidad para identificar de manera oportuna los casos sospechosos o posibles focos de transmisión.

2.2.1.8. Apoyar la articulación con las autoridades ambientales territoriales y fuerza pública (Policía y Fuerzas Armadas), para las diferentes actividades en el marco de la VSP, incluida la vigilancia de epizootias.

2.2.1.9. Intensificar las acciones para la Búsqueda Activa Institucional - BAI, mediante la revisión de diagnósticos diferenciales para la FA de los códigos Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10 o clasificación implementada al momento, relacionados con FA y la verificación de historias clínicas, criterios de gravedad, área de residencia, ampliándose a dengue grave, leptospirosis y otros síndromes febriles ictericos.

2.2.1.10. Vigilar que se realice la notificación inmediata al SIVIGILA de cualquier caso grave probable o confirmado de FA incluyendo muertes, así como, los casos probables y de Eventos Adversos Posteriores a la vacunación contra la fiebre amarilla - EAPV, incluyendo caso sospechoso de muerte por EAPV, dando cumplimiento a todas las instrucciones dadas en los protocolos de Vigilancia para FA del INS y de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV del INVIMA.

2.2.1.11. Enviar informe semanal al MSPS, "SITREP semanal", al email cne@minsalud.gov.co, que incluya:

- Caracterización geográfica y temporal de la situación.
- Número de casos probables y confirmados.
- Caracterización de esos casos (población a riesgo, edades, muertes).
- Número de contactos identificados.
- Pruebas de laboratorio realizadas a los casos probables y contactos del caso confirmado.
- Estado clínico del caso y de los contactos con las fechas de inicio de síntomas, de exposición y de incubación de los casos probables y confirmados.
- Identificación de muertes y estimación de tasa de letalidad, si aplica.
- Curva epidémica de los casos, identificando casos probables y confirmados.
- Georreferenciación de los casos probables y confirmados.
- Levantamiento de mapeo en cada municipio.
- Resultados de la investigación de campo y entomológica.
- Investigación de epizootias si se realizó.
- Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación.

2.2.2. Vigilancia entomológica.

Los principales objetivos de la vigilancia entomológica para FA son:

(i) Determinar el riesgo de transmisión en localidades rurales y cercanas a zonas selváticas debido a la presencia de especies de mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*.

(ii) Evaluar la posibilidad de la reurbanización de la FA debido a la alta densidad de las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* con el fin de implementar medidas de intervención adecuadas y oportunas.

Para ello, las ET departamental en situación de alerta o emergencia deben realizar las siguientes acciones:

¹¹ <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=144>.

2.2.2.1. Recolectar la información previa relacionada con el evento: antecedentes de reportes de distribución y caracterización entomológica de las especies de los géneros *Haemagogus*, *Sabethes* y *Aedes* en la región y localidad. Se recomienda utilizar la información de levantamiento de índices de infestación con cinco años de anterioridad y el reporte de la presencia/ausencia de las especies para verificar su distribución en las zonas de interés.

2.2.2.2. Realizar estudio de campo de mosquitos *Haemagogus* y *Sabethes* en bosques aledaños al lugar de la infección, domicilio y áreas de trabajo de los pacientes, en zonas en donde se permita el acceso y el desarrollo de las actividades entomológicas.

2.2.2.3. Ante la presencia de epizootias se debe realizar la investigación de campo, con el objetivo de generar modelos predictivos de transmisión de la FA.

2.2.2.4. Realizar el análisis eco epidemiológico utilizando la información de las especies reportadas como resultado de la vigilancia entomológica.

2.2.2.5. Intensificar las acciones de vigilancia entomológica en establecimientos de prestación de servicios de salud con servicios de urgencias y hospitalización (en centros poblados aplica a los puestos de salud), plazas de mercado y terminales de transporte, debidamente armonizada al "Lineamiento para acciones de promoción, prevención y control de vectores en establecimientos especiales", (2014); y "Lineamiento para el manejo integrado de vectores en establecimientos de prestación de servicios de atención en salud en Colombia" (2025).

2.2.2.6. Actualizar mapas de riesgo entomológico para las especies de mosquitos vectores de FA, para la planeación de acciones focalizadas de prevención y control.

2.2.2.7. Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia – LNR, Grupo Entomología del INS, las unidades de entomología, presentar el análisis y el informe correspondiente en el marco de la SAR y encuentros de equipos funcionales en cada ET.

2.2.3. Vigilancia de epizootias relacionadas con FA.

2.2.3.1. Fortalecer los procesos de articulación intersectorial en el marco del Consejo Territorial de Zoonosis, con el fin de coordinar y organizar las actividades de vigilancia y control ante la presencia de epizootias con las Corporaciones Autónomas Regionales - CAR de su jurisdicción y el cuerpo especializado de la Policía Nacional encargado de apoyar a las autoridades ambientales, a los entes territoriales y a la comunidad en general en la defensa y protección del ambiente y los recursos naturales; quedando identificado el o los responsables de cada entidad para el monitoreo de la situación.

2.2.3.2. Sensibilizar a la población en general, fundamentalmente de ambientes rurales y silvestres, en cuanto a la observación de primates enfermos, rumores de muerte, observación de osamentas, el cuidado a la flora y fauna, además del manejo adecuado de especímenes para diagnósticos de epizootias. Es importante hacer énfasis en la importancia de evitar la caza y eliminación de primates por parte de las comunidades.

2.2.3.3. Establecer flujos de información para la notificación de rumores de muertes de primates, la toma de muestras, conservación y el envío inmediato al INS para su procesamiento (en el marco de las competencias de cada sector). Garantizar que todas las personas involucradas en la manipulación de los animales vivos o el de las muestras de estos, deberán utilizar el equipo de protección personal – EPP y estar vacunado para FA. En este sentido, se debe tener en cuenta que las acciones de vigilancia están con cargo a la subcuenta de Salud Pública – Proceso de Vigilancia.

2.2.4. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de salud, Entidades que Administran lo Regímenes Especial y de Excepción y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

2.2.4.1. Dar directrices, en el marco de sus competencias y conformación de su red de prestadores de servicios de salud, de la notificación de casos probables y confirmados de FA, acorde a la notificación al SIVIGILA.

2.2.4.2. Realizar análisis de la situación epidemiológica del evento en sus afiliados; de estos análisis se formularán los planes de acción para tomar medidas oportunas frente a la alerta o emergencia por casos de FA.

2.2.4.3. Levantar y analizar el comportamiento de los indicadores de vigilancia de FA, confirmación y hospitalización por este evento en su red prestadora de servicios de salud.

2.2.4.4. Garantizar la contratación y pago con la red prestadora de servicios de salud, para la realización de necropsia clínica ante muerte de un caso probable de FA.

2.2.5. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas.

- 2.2.5.1. Dar cumplimiento a lo dispuesto en el protocolo de vigilancia en salud pública¹².
- 2.2.5.2. Analizar de forma periódica los indicadores de vigilancia del FA, confirmación y hospitalización por este evento en los COVE institucionales.
- 2.2.5.3. Garantizar la toma y envío oportuno de tomas de muestra y tejidos para el envío al laboratorio Departamental.

2.2.6. A los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE

En caso de recibir información de cualquier fuente sobre casos sospechosos o confirmados de FA, incluida rumor de epizootias, deberá remitirla a la instancia de vigilancia en salud pública territorial a fin de que realice las acciones pertinentes.

2.2.7. Indicadores.

Tabla 2. Indicadores de seguimiento a las acciones de la línea intensificación de la vigilancia en salud pública.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Cumplimiento y envío oportuno de las unidades de análisis	Realizar y enviar oportunamente las unidades de análisis de los casos notificados bajo el código 310, según los tiempos establecidos en los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces.	5 (cinco) semanas a partir de la notificación del caso
Informe de situación Sit-Rep	Enviar el Sit-Rep al inicio de brote, se actualizará a medida que se tiene información y al finalizar las acciones de intervención de brote, donde se relacionará el consolidado de cada área que realizó intervención.	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces.	Al inicio de brote, se actualiza a medida que se tiene información y al finalizar las acciones de intervención.
Cumplimiento y envío oportuno de muestras para vigilancia virológica y análisis de muertes	Enviar las muestras de suero y cortes de tejidos de los casos fallecidos la LNR de virología y patología.	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, en Instituciones prestadoras de salud.	Una vez ocurrido el caso.
Vigilancia en salud pública sensible y funcionando a nivel institucional y comunitario.	Contar con un sistema de vigilancia en salud pública que dé respuesta a las acciones a nivel institucional y comunitaria.	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces.	Mensual
Vigilancia de epizootias operando.	Garantizar que el sistema de vigilancia de epizootias se encuentre activo.	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces - Consejo Territorial de Zoonosis.	Mensual
Porcentaje de Eventos Adversos Graves Posterior a la vacunación – EAPV contra la FA en población de 9 meses en adelante incluida la población de 60 y más años	N° de EAPV graves contra la FA en población de 9 meses en adelante incluida la población de 60 y más años / población de 9 meses en adelante incluida la población de 60 y más años *100	Secretaría de Salud	Mensual

¹² <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>.

2.3. LINEA ESTRATÉGICA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA TRANSMISIÓN.

Esta línea se desarrolla en dos componentes:

2.3.1. Vacunación para la prevención de la transmisión y reducción de morbilidad:

Ante la presencia de un caso confirmado en municipio en emergencia y alerta, se debe vacunar a toda la población a partir de los nueve (9) meses de edad, extendiendo estas acciones de vacunación a otros municipios que hagan parte del corredor enzootico-endemico, de acuerdo con la situación ecoepidemiológica.

Los departamentos y municipios considerados como de alto riesgo deben garantizar la vacunación de toda la población susceptible a partir de los nueve (9) meses de edad con dosis única de vacuna contra la Fiebre Amarilla (FA).

2.3.1.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud (departamentales, distritales y municipales).

2.3.1.1.1. Realizar con las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, la microplanificación del territorio para el fortalecimiento de las coberturas de vacunación contra la FA, dosis única de por vida, en la población susceptible, incluyendo la georreferenciación y programación en áreas priorizadas, estableciendo las estrategias y tácticas necesarias que garanticen la vacunación contra la fiebre amarilla de la población susceptible de nueve (9) meses de edad y más que resida, transite o que se vaya a desplazar en un municipio que presente riesgo, emergencia o alerta por fiebre amarilla de acuerdo a lo indicado en el numeral 2.3.1.

2.3.1.1.2. Coordinar las acciones de vacunación de la población a partir de nueve (9) meses de edad en el municipio en riesgo, emergencia o alerta, con la implementación de diferentes tácticas, garantizando el talento humano para lograr coberturas superiores al 95%, tanto en área urbana como rural del municipio, dando cumplimiento a los requisitos exigidos previos y posteriores a la vacunación contra la FA para la población de 60 años y más, iniciando en la vereda o barrio del municipio donde se confirma el caso de FA. Para monitorear el avance de la vacunación utilizar la metodología de barrido documentado.

2.3.1.1.3. Implementar puntos de vacunación y control para la verificación del carné de vacunación de FA y promocionar la vacunación en puntos de entrada municipales, puertos marítimos, fluviales, aéreos, pasos fronterizos, en donde se presenta afluencia y movilización de población.¹³

2.3.1.1.4. Hacer seguimiento de dosis aplicadas contra la FA a la población, en el área urbana, rural y rural dispersa, por parte de los prestadores de servicios de salud y realizar el reporte diario o semanal según la evolución del brote, realizando la notificación administrativa oportuna de dosis aplicadas contra la FA de 9 a 11 meses y 29 días, 1 a 59 años, de 60 a 69 años y de 70 y más años.

2.3.1.1.5. Realizar capacitación al grupo ERI frente al brote y el esquema de vacunación.

2.3.1.1.6. Realizar capacitación y/o reinducción al talento humano de las IPS y Equipos básicos de Salud y articular la vacunación en cada territorio, en los componentes del PAI, vacunación segura, vacuna contra la fiebre amarilla y eventos adversos posteriores a la vacunación, al talento humano en salud de las IPS y Equipos básicos de Salud, haciendo énfasis en la población objeto a vacunar establecido en la presente circular.

2.3.1.1.7. Elaborar e implementar el plan de acción territorializado, por parte de la Entidad Territorial ET departamental y municipales de salud en articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI y en conjunto con Entidades Administradora de Planes de Beneficios - EAPB, Instituciones de Prestadores de Servicios IPS y demás actores responsables y aliados estratégicos en el marco del brote de FA dando cumplimiento a las acciones de la presente circular. Se tendrán en cuenta para la territorialización: municipios en emergencia, alerta y riesgo, por debajo de 2200 msnm, enfoque diferencial, poblaciones especiales y población susceptible.

¹³ <https://www.minsalud.gov.co/sites/nd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-018-de-2017.pdf>

2.3.1.1.8. Realizar seguimiento al cumplimiento del registro obligatorio y oportuno de dosis aplicadas, así como el registro de observaciones pertinentes, por parte de los prestadores, en el sistema de información nominal de vacunación PAIWEB diariamente, y verificar la calidad del dato de las dosis registradas.

2.3.1.1.9. Coordinar que las EAPB de régimen de excepción (Fuerzas Militares – FFMM, Policía Nacional – PONAL y Personas Privadas de la Libertad, entre otros) realicen la búsqueda y vacunación de su población susceptible.

2.3.1.1.10. Garantizar que en las intervenciones de investigación epidemiológicas de campo se acompañe de un equipo vacunador, para intervenir de manera inmediata a las familias que se aborden en dichas actividades.

2.3.1.1.11. Verificar que las EAPB soportan, a través de su red de prestación de servicios, el talento humano profesional en medicina y enfermería capacitado para realizar la anamnesis y el diligenciamiento de los diferentes formatos previos a la vacunación de la población de 60 y más años que resida, transite o que se vaya a desplazar en los municipios en emergencia o alerta, con el fin de identificar antecedentes y condiciones de salud que pudiesen contraindicar la vacunación, propendiendo por el control de reacciones anafilácticas y eventuales eventos adversos posteriores a la vacunación.

2.3.1.1.12. Difundir los formatos anexos a la presente circular, cuyo diligenciamiento debe estar a cargo de los profesionales de la salud de las IPS (médico o enfermera), incluido los equipos básicos de salud (médico o enfermera), siendo un requisito previo a la vacunación, los cuales son: *"Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años"*, *"Encuesta previa a la vacunación en brote de fiebre amarilla para la población de 60 y más años"* y *"Formato de rechazo (disentimiento) a la vacunación contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años"*, *"Seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla"*.

2.3.1.1.13. Los anexos que hacen parte integral de esta Circular serán suministrados por parte de este Ministerio a las Entidades Territoriales departamentales y distritales, quienes serán responsables de su socialización y capacitación.

2.3.1.1.14. Verificar que las EAPB garanticen el talento humano en salud, sea de su red de atención contratada o propia, para el seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años entre 5 a 7 días, entre 15 a 18 días y a los 30 días posterior a la vacunación, para identificar signos y síntomas sospechosos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV y generen la atención domiciliaria u hospitalaria pertinente y oportuna, así como las respectivas notificaciones inmediatas a ET, SIVIGILA, VIGIFLOW, y CNE de MSPS.

2.3.1.1.15. Verificar e indicar la ruta para que las EAPB – IPS dejen constancia de cada seguimiento posvacunación; presencial, virtual, llamada telefónica, jornadas de salud, entre otras estrategias que se apliquen, incluso, seguimiento articulado con las juntas de acción comunal o demás asociaciones de aquellas zonas rurales de difícil acceso.

2.3.1.1.16. Constatar para la vacunación de la población de 9 a 11 meses y 29 días que resida, transite o que se vaya a desplazar a los municipios en emergencia o alerta, la realización del interrogatorio habitual que se practica por parte de los vacunadores para conocer el estado de salud y detectar antecedentes y condiciones de riesgo que pudiesen contraindicar la vacunación. Esta dosis corresponde a la dosis del esquema, única dosis.

2.3.1.1.17. Consolidar y enviar al MSPS 1) Reporte inmediato de EAPV graves. 2) Informe de EAPV leves y graves y reporte de indicadores con periodicidad mensual. 3) Informe mensual de seguimientos realizados a los adultos mayores de 60 años vacunados.

2.3.1.1.18. Conformar, bajo acto administrativo y/o activar el comité de expertos territoriales, para la evaluación de eventos adversos graves por vacunación contra la fiebre amarilla y la realización de unidades de análisis para la clasificación de los casos, y remitir dicho acto al MSPS a los ocho (8) días al correo cne@minsalud.gov.co y los canales del INVIMA.

2.3.1.1.19. Realizar las unidades de análisis y validación para la evaluación de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación de fiebre amarilla de los casos notificados al Sistema de VIGIFLOW por parte del Comité Territorial de EAPV del programa permanente de acuerdo con los lineamientos del INVIMA.

2.3.1.2. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción.

2.3.1.2.1. Garantizar estrategias (extramural e Intramural) y tácticas de impacto en las jornadas de intensificación de vacunación de acuerdo con la focalización del riesgo en los

municipios en alto riesgo, emergencia y alerta, programadas por las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales y/o DTS.

2.3.1.2.2. Realizar con la ET departamental y municipales y la red prestadora de servicios de salud, la microplanificación del territorio para garantizar a través de estrategias (extramural e intramural) y tácticas de impacto, incluyendo la táctica del barrido documentado y demás para asegurar coberturas de vacunación contra la FA del 95% (urbano y rural) en la población de 9 meses y más años de acuerdo con lo descrito en el numeral 2.3.1.

2.3.1.2.3. Hacer seguimiento y garantizar el reporte diario y semanal por parte de los prestadores de servicios de salud de dosis aplicadas contra la FA de la población vacunada de 9 a 11 meses y 29 días, 1 a 59 años, de 60 a 69 años y 70 y más en área urbana y rural.

2.3.1.2.4. Informar, difundir, motivar y orientar sobre el riesgo existente a la población y realizar demanda inducida para asegurar la vacunación en los tiempos definidos en caso de emergencia y alerta y garantizar pasar a control de la FA.

2.3.1.2.5. Realizar seguimiento al avance de la población vacunada contra la FA en el marco y en cumplimiento del Plan de Acción Territorizado y verificar el registro diario de dosis y observaciones pertinentes, en el sistema de información nominal de vacunación PAIWEB por parte de sus prestadores garantizando el registro del 100% de las dosis aplicadas.

2.3.1.2.6. Asegurar la atención en salud y seguimiento en caso de presentarse un Evento Adverso por Vacunación - EAPV. Asegurar la notificación en VIGIFLOW y seguimiento a Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV contra la FA por parte de sus prestadores.

2.3.1.2.7. Garantizar a través de su red de prestación de servicios, el talento humano profesional en medicina o enfermería capacitados para realizar la anamnesis y el diligenciamiento de los diferentes formatos previos a la vacunación de la población de 60 y más años que resida, transite o que se vaya a desplazar por los municipios en emergencia o alerta, con el fin de identificar antecedentes y condiciones de salud que pudiesen contraindicar la vacunación, propendiendo por el control de reacciones anafilácticas y eventuales eventos adversos posteriores a la vacunación.

2.3.1.2.8. Garantizar a través de las IPS la disposición de copias físicas para el diligenciamiento de los formatos anexos a la presente circular, por parte de los profesionales de la salud de las IPS (médico o enfermera), requisito obligatorio previo a la vacunación de la población de 60 y más años, los cuales son: *"Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años"*, *"Encuesta previa a la vacunación en brote de fiebre amarilla para la población de 60 y más años"* y *"Formato de rechazo (disentimiento) a la vacunación contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años"*, *"Seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla"*. Estos formatos, su socialización y capacitación estará a cargo de las ET.

2.3.1.2.9. Garantizar a través de su red de prestación de servicios el talento humano en salud que realice el seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años entre 5 a 7 días, entre 15 a 18 días y a los 30 días posteriores a la vacunación, para identificar signos y síntomas sospechosos de EAPV - Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación y generar la atención domiciliaria y/o hospitalaria pertinente y oportuna. Verificar que quede constancia de cada seguimiento posvacunación, según la estrategia utilizada (presencial, virtual, llamada telefónica, jornadas de salud, entre otras estrategias que apliquen).

2.3.1.2.10. Asegurar la disponibilidad de los puntos de contacto y la red de comunicación establecida de la autoridad sanitaria de la jurisdicción con el Centro Nacional de Enlace - CNE y el ERI INS, las 24 horas, 7 días a la semana y hacer la respectiva notificación inmediata de EAPV al VIGIFLOW.

2.3.1.2.11. Verificar y registrar los soportes de seguimiento de las personas vacunadas de 60 y más años para dar constancia de su estado de salud, de acuerdo con la periodicidad y ruta indicada por la entidad territorial departamental o distrital.

2.3.1.3. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS.

2.3.1.3.1. Realizar capacitación y/o reinducción en los componentes del PAI, vacunación segura, vacuna contra la fiebre amarilla y eventos adversos posteriores a la vacunación al talento humano en Salud de la IPS y de los Equipos Básicos de Salud, haciendo énfasis en la ampliación de la población objeto a vacunar.

2.3.1.3.2. Según perfil epidemiológico, incorporar la vacunación de FA en las atenciones a realizar por los equipos básicos de atención en salud del territorio y micro territorios.

2.3.1.3.3. Diseñar e implementar las estrategias de información y comunicación en salud a nivel regional para promocionar la vacunación de la dosis única de FA y fortalecer la búsqueda y la demanda de la población susceptible a los servicios de vacunación sin barreras.

2.3.1.3.4. Realizar las jornadas de intensificación de vacunación intramural y extramural de acuerdo con la focalización del riesgo dada por las secretarías de salud para la búsqueda de la población susceptible.

2.3.1.3.5. Realizar la microplanificación, estableciendo las estrategias y tácticas necesarias para la vacunación contra la FA (barrido documentado, concentración, casa a casa, ampliación de horarios, entre otras) de acuerdo con las características del territorio para la búsqueda y vacunación de la población susceptible de acuerdo con el numeral 2.3.1

2.3.1.3.6. Garantizar la suficiencia de talento humano y logística para la vacunación de acuerdo con el plan de contingencia en coordinación con la ET. Las IPS deben garantizar la logística y el talento humano profesional en medicina o enfermería incluido los equipos básicos de salud (médico o enfermera) para la anamnesis y el diligenciamiento de los diferentes formatos previos a la vacunación de la población de la población de 60 años y más

2.3.1.3.7. Garantizar la capacitación, inducción o reinducción del TH (médico o enfermera) que va a realizar la anamnesis y diligenciar los formatos para la vacunación de la población de 60 años y más, con el fin de identificar antecedentes y condiciones de salud que pudiesen contraindicar la vacunación, propendiendo por el control de reacciones anafilácticas y eventuales eventos adversos posteriores a la vacunación.

2.3.1.3.8. Realizar la respectiva notificación y atención de los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV por FA de acuerdo con los protocolos del INS y lineamientos del INVIMA garantizando el funcionamiento del sistema de vigilancia y la calidad de la información según las responsabilidades establecidas, así como, la notificación inmediata a su dirección local.

Protocolo de Vigilancia de FA del INS, disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/310_F_Amarilla_2024.pdf y https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Fiebre%20amarilla%202024.pdf,

Lineamiento de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV del INVIMA, disponible en:

<https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/Medicamentos%20de%20s%C3%ADntesis%20qu%C3%ADmica%20y%20biol%C3%B3gica/Vigilancia/Programa-Nacional-de-Farmacovigilancia/Formatos-tramites-y-guias/2024/Lineamientos%20vacunacio%C3%81n%20EAPV.pdf>

2.3.1.3.9. Garantizar la recepción, custodia, almacenamiento, conservación y distribución de la vacuna contra la FA y demás insumos del PAI bajo protocolos de bioseguridad.

2.3.1.3.10. Garantizar que el personal trabajador que realice actividades de campo se encuentre vacunado contra la FA.

2.3.1.3.11. Reportar diariamente a las ET correspondientes, las dosis aplicadas de vacuna contra la FA, en área urbana y rural de 9 a 11 meses y 29 días, de 1 a 59 años y de 60 a 69 años y 70 y más años.

2.3.1.3.12. Registrar de manera obligatoria y oportuna las dosis aplicadas contra la FA y las observaciones pertinentes en el sistema de información nominal nacional PAIWEB, dando cumplimiento y verificando la calidad del dato de estos registros.

2.3.1.3.13. Verificar antecedente de vacunación contra la FA a través del carné de vacunación en físico, registros del archivo institucional o a través de sistemas de información y actualizar por registro histórico en PAIWEB. Si no se evidencia el antecedente, se indica la aplicación del biológico de no haber contraindicación.

2.3.1.3.14. Realizar un adecuado interrogatorio previo a la vacunación para identificar contraindicaciones y evitar eventuales eventos adversos.

2.3.1.3.15. Diligenciar de manera obligatoria el formato de encuesta previa a la vacunación contra la FA en la población susceptible de 18 a 59 años.¹⁴

2.3.1.3.16. Sensibilizar a los usuarios sobre el riesgo de enfermar por FA si aún no se encuentran vacunados.

2.3.1.3.17. Diligenciar y hacer firmar el formato de rechazo a la vacunación contra la FA por las personas susceptibles de 18 a 59 años que no aceptan la vacuna.¹⁵

2.3.1.3.18. Las IPS deberán disponer copias físicas de los formatos anexos a la presente circular para garantizar el diligenciamiento previo a la vacunación por parte de los profesionales de la salud de las IPS (médico o enfermera), incluidos los equipos básicos de salud y demás personal disponible en cada territorio, siendo un requisito obligatorio previo a

¹⁴ <https://www.MinSalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/formato-encuesta-previa-vacunacion-mayores.pdf>.

¹⁵ <https://www.MinSalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/formato-rechazo.pdf>

la vacunación de la población de 60 y más años, los cuales son: “Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años”, “Encuesta previa a la vacunación en brote de fiebre amarilla para la población de 60 y más años” y “Formato de rechazo (disentimiento) a la vacunación contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años”, “Seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla”.

2.3.1.3.19 Por parte de los prestadores se realizará el seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años entre 5 a 7 días, entre 15 a 18 días y a los 30 días posteriores a la vacunación, para identificar signos y síntomas sospechosos de EAPV - Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación verificando que quede constancia de cada seguimiento posvacunación, en el formato “Seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla”, según la estrategia utilizada (presencial, virtual, llamada telefónica, jornadas de salud, entre otras estrategias que apliquen)

2.3.1.3.20. Generar la atención intramural y extramural pertinente y oportuna según corresponda en caso de EAPV, así como, la respectiva notificación inmediata en SIVIGILA del INS como un caso probable de fiebre amarilla; si corresponde a un evento grave, y simultáneamente en la plataforma VIGIFLOW del INVIMA, además de comunicar de manera inmediata a la Dirección Local de Salud.

2.3.1.3.21. Salvaguardar la información relacionada con: Personas vacunadas y soportes previos a la vacunación y los soportes de seguimiento al estado de salud posvacunación de la población de 60 y más años e información de EAPV leves y graves.

2.3.1.4. Certificado Internacional de Vacunación – CIV o profilaxis.

- 2.3.1.4.1.** Mediante la Circular 018 de 2024, se excluye el requisito del certificado internacional de vacunación contra la Fiebre Amarilla, para ingreso a Colombia de los viajeros nacionales y extranjeros procedentes de Brasil; lo cual se mantiene en la presente Circular.
- 2.3.1.4.2.** Se solicitará a los viajeros que procedan de los países de Angola, República Democrática del Congo y Uganda el Certificado Internacional de Fiebre Amarilla para el ingreso a Colombia.
- 2.3.1.4.3.** Los viajeros extranjeros o migrantes que visiten los municipios de alto riesgo o que presenten brote de fiebre amarilla deben estar previamente vacunados 10 días antes.
- 2.3.1.4.4.** Para viajeros internacionales que ingresan a zonas endémicas, les será válido presentar el certificado de vacunación contra la fiebre amarilla designado por el Reglamento Sanitario Internacional 2005 con las exenciones de los anexos 6 y 7 del mismo.
- 2.3.1.4.5.** El Certificado de vacunación internacional es válido como antecedente vacunal en el territorio nacional para connacionales y extranjeros.

2.3.1.4. Indicadores.

Tabla 3. Indicador de seguimiento de vacunación de la línea de promoción y prevención primaria de la transmisión.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Coberturas de vacunación para FA en población de 1 a 59 años	Nº dosis aplicadas de 1 a 59 años / población de 1 a 59 años *100	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual
Coberturas de vacunación contra la FA en población de 60 y más años.	Nº de dosis aplicadas de 60 y más años / población identificada de 60 y más años *100	Secretaría de salud del nivel departamental y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual
Coberturas de vacunación contra la FA en población 9 a 11 meses y 29 días.	Nº de dosis aplicadas en población de 9 a 11 meses y 29 días / población de 9 a 11 meses y 29 días *100	Secretaría de salud del nivel departamental y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual

Para garantizar indicadores adecuados, es obligatorio:

- Realizar el registro en PAIWEB de todos los usuarios vacunados.
- Realizar el registro en PAIWEB por histórico de todos los usuarios que se les pueda verificar el antecedente de vacunación.

Tanto para los registros aplicados como los registros históricos, diligenciar en PAIWEB las variables de datos de residencia del usuario (departamento, municipio, comuna, área - urbana, rural, rural disperso) garantizando la calidad del dato.

2.3.2. Manejo Integrado de Vectores – MIV.

En el marco de la presente circular, en el componente de prevención de la enfermedad, se ha definido un riesgo de urbanización de la FA debido al acceso constante de la población humana a las zonas enzooticas y su frecuente migración a las áreas urbanas de los municipios con antecedentes de casos; en donde previamente se han reportado la presencia de las especies de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*, vectores del FA en el ciclo silvestre; y las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, potenciales transmisores del virus de la FA en el área urbano.

Para lo cual, las acciones relacionadas a la prevención de la transmisión urbana y reducción de morbilidad se articulan a las contempladas en la Circular Conjunta 013 del 2023¹⁶ expedida por este Ministerio o la que la modifique o sustituya, resaltando tres aspectos importantes:

- Intensificar las acciones de manejo integrado de vectores con énfasis en zonas urbanas, periurbanas o centros poblados del corredor geográfico enzootico-endémico.
- Mantener en cero el riesgo entomológico en los establecimientos especiales como las plazas de mercado, terminales terrestres o fluviales de transporte y las instituciones educativas e internados rurales, pertenecientes a los corredores geográficos enzooticos-endémicos, intensificando las acciones de prevención y control descritas en el "Lineamiento para acciones de promoción, prevención y control de vectores en establecimientos especiales" (2014).
- Mantener en cero el riesgo entomológico en las instituciones prestadoras de servicio de atención en salud, aplicando las directrices encontradas en el "Lineamiento para el manejo integrado de vectores en establecimientos de prestación de servicios de atención en salud en Colombia" (2025).

En el marco del programa de prevención y control de las ETV, específicamente se dan las siguientes instrucciones:

2.3.2.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud (departamentales, distritales y municipales).

2.3.2.1.1. Activar el Comité Territorial de Salud Ambiental (COTSA) con el propósito de fortalecer la intersectorialidad en el abordaje integral de la Fiebre Amarilla.

2.3.2.1.2. Los municipios deben incluir en su plan de manejo integrado de vectores (PMIV) los tipos de intervenciones y las acciones encaminadas a prevenir y controlar la FA.

2.3.2.1.3. Los municipios de categoría 1, 2 y 3, deben formular y ejecutar las acciones de prevención y control de FA según lo contemplado en los PMIV. El seguimiento y evaluación del plan se realiza desde nivel departamental, según los lineamientos del Programa de ETV y Zoonosis.

2.3.2.1.4. En compañía del departamento, los municipios de categoría 4, 5 y 6 deben formular y ejecutar las acciones de prevención y control de FA según lo contemplado en los PMIV.

2.3.2.1.5. Todos los municipios deben intensificar de la frecuencia de las acciones de intervención en las situaciones de emergencia y alerta por FA.

2.3.2.1.6. Para evitar la urbanización de la FA se debe aplicar las orientaciones y directrices establecidas en el "Lineamiento para el manejo integrado de vectores en establecimientos de prestación de servicios de atención en salud en Colombia" y el "Lineamiento para la prevención de la transmisión de fiebre amarilla, dengue y otras arbovirosis ante actividades de ferias, fiestas u otras actividades con aglomeraciones de público".

2.3.2.1.7. Todos los municipios durante el tiempo que dure la emergencia o alerta de forma mensual deben hacer jornadas de movilización social que incluya acciones para

¹⁶https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20No.13%20de%202023.pdf

disminuir el riesgo de transmisión vectorial de la FA; como por ejemplo la eliminación de sitios de cría de los mosquitos vectores del virus en el ciclo urbano.

2.3.2.1.8. Se deben realizar actividades de MIV en las manzanas alrededor de los establecimientos de prestación de servicios de atención en salud, las plazas de mercado y los terminales de transporte, complementándose con la vacunación para FA a las personas que habitan o laboran en los establecimientos mencionados y las manzanas alrededor.

2.3.2.1.9. Los municipios deberán aplicar los mismos criterios de intervención de un área urbana en los centros poblados de su jurisdicción, en lo concerniente a las acciones de MIV. Se incluye puestos de salud.

2.3.2.1.10. Ante un caso de FA se debe realizar la intervención química en los lugares donde el paciente pernoctó las últimas 24 horas, así como en un perímetro alrededor de 100 a 300 metros; esta acción debe incluir acciones de información en salud, mantenimiento y/o eliminación de criaderos; estas actividades deben realizarse en el plazo máximo de una semana desde que se reporte el caso.

2.3.2.1.11. Los municipios y distritos deben adquirir toldillos y repelentes para su entrega según pertinencia epidemiológica, a las personas que habitan en la vivienda donde resida el caso confirmado, así como las viviendas cercanas al mismo; los toldillos deben ser adquiridos según los lineamientos del Programa de ETV y Zoonosis.

2.3.2.1.12. Se recomienda que los toldillos impregnados con insecticidas sean instalados en las viviendas de área rural y que estos actúen de forma sinérgica contra otros insectos vectores de ETV como malaria, leishmaniasis y enfermedad de Chagas (según caracterización epidemiológica).

2.3.2.1.13. Ante la carencia de factibilidad, se podrán adquirir toldillos sin impregnar con insecticidas que cumplan criterios técnicos establecidos por MSPS.

2.3.2.1.14. Articular con las autoridades locales y de policía las acciones de inspección, vigilancia y control frente a los comportamientos descritos en el Código Nacional de Policía y Convivencia.¹⁷

2.3.2.1.15. Enviar al Grupo de Gestión Integral de Enfermedades Endemo-epidémicas de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, el informe trimestral de las acciones del PMIV realizadas, que contengan los tipos de entornos intervenidos, el tipo de intervención, la población beneficiada.

2.3.2.2. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción.

2.3.2.2.1. Verificar que las entidades prestadoras de servicios de atención en salud cuenten con una estrategia de Manejo Integrado de Vectores según las indicaciones que da el lineamiento para el Manejo Integrado de Vectores en Establecimientos de Prestación de Servicios de Atención en Salud en Colombia.

2.3.2.2.2. Implementar acciones de información, educación y comunicación en salud para sus afiliados relacionadas con las Arbovirosis, orientadas al uso de métodos de barrera (toldillos repelentes, ropa protectora), la eliminación de criaderos; articuladas las acciones de Información, Educación y Comunicación - IEC con el ente territorial y vacunación.

2.3.2.3. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS.

2.3.2.3.1. Implementar el plan de saneamiento ambiental y específicamente el plan de control de plagas y vectores, con el fin de que la institución esté libre de criaderos para mosquitos potenciales vectores de arbovirus.

2.3.2.3.2. Realizar la adquisición, mantenimiento y uso adecuado de los métodos de barrera y otros de manejo integrado de vectores al interior de sus instalaciones, así como la organización financiera para tal fin.

2.3.2.3.3. Mantener un stock de toldillos para las áreas de urgencias, hospitalización y extensiones.

2.3.2.3.4. Implementar acciones de información, educación y comunicación en salud relacionadas con Arbovirosis, tanto a las personas que asisten a su institución como a su talento humano.

2.3.2.3.5. Acompañar a la ET en la visita de inspección ambiental y realizar el plan de mejoramiento según hallazgos encontrados.

¹⁷Ley 1801 de 2016, numerales 8, 14 y 15 del artículo 111.

2.3.2.4. Indicadores.

Tabla 4. Indicadores de seguimiento del componente manejo integrado de vectores de la línea de Promoción y prevención primaria de la transmisión.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Planes de Manejo Integrado de Vectores implementados	N° de PMIV implementados/No. De Municipios a riesgo de FA	Alcaldías, secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Mensual
Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud libre de vectores	N° de instituciones prestadoras de servicios de salud intervenidas/ N° total de instituciones prestadoras de servicios de salud.	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Mensual

2.4. LÍNEA ESTRATÉGICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE CASOS.

Para fortalecer la gestión del riesgo individual, las indicaciones de la presente línea estratégica deben desarrollarse independientemente de la situación en salud pública por FA. Así mismo, se debe dar cumplimiento al lineamiento vigente del año 2024, emitido por el MSPS, para la atención integral del paciente con fiebre amarilla como evento de alta letalidad, asegurando la disponibilidad del servicio y tecnologías en salud con el nivel de complejidad requerido, garantizando oportunidad y calidad en el tratamiento médico.¹⁸

2.4.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud o entidad que haga sus veces (departamentales, distritales y municipales).

- 2.4.1.1. Las secretarías de salud departamentales, distritales y de municipios en alerta y emergencia categoría especial 1, 2 y 3, deben contar con el talento humano destinado a fortalecer las capacidades de atención clínica en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de su jurisdicción.
- 2.4.1.2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, o quien haga sus veces, y el CRUE, deberán indicar el nivel de alerta hospitalaria en su jurisdicción de acuerdo con el seguimiento correspondiente a los diagnósticos, valoraciones y ocupación de la red hospitalaria.
- 2.4.1.3. Designara un referente o enlace del plan de contingencia departamental, quien será responsable del seguimiento y monitoreo periódico, informando respecto a la situación epidemiológica, la disponibilidad de red de prestación de servicios de salud, el avance en la ejecución de los planes de contingencia institucionales, las identificación de las barreras en el acceso a los servicios, la suficiencia de la red de laboratorios, las coberturas de capacitación del talento humano en las instituciones prestadoras de servicios de salud y el proceso de la vigilancia en salud publica en la IPS.
- 2.4.1.4. Disponer de los medios y recursos para monitorear el diagnóstico, valoraciones y ocupación de la red hospitalaria como medio para emitir recomendaciones del nivel de alerta hospitalario de su jurisdicción.
- 2.4.1.5. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán apoyar la entrega oportuna, por parte de las IPS y aseguradoras, de la información solicitada por el orden nacional para el seguimiento de los casos probables y confirmados de fiebre amarilla.
- 2.4.1.6. Fortalecer el monitoreo de la red de referencia y contrarreferencia de pacientes por intermedio del CRUE departamental. El incumplimiento en el indicador de oportunidad se considera una razón para la elaboración de planes de mejora para subsanar.
- 2.4.1.7. Diseñar estrategias de capacitación en el manejo de casos de FA para las dependencias territoriales: CRUE, Vigilancia y Control, Aseguramiento, Servicio Social Obligatorio y a los profesionales de los EBS, de prestación de servicios o quien haga sus veces, que incluya los programas territoriales de ETV y Zoonosis.
- 2.4.1.8. Elaborar, realizar seguimiento y control a los planes de mejora por parte de la dependencia de prestación de servicios o quien haga sus veces, con el apoyo de los programas territoriales de ETV y zoonosis, que deriven de unidades de análisis de los casos de mortalidad por FA, los COVE, las unidades de análisis de seguimiento al plan de contingencia o los seguimientos de adherencia al lineamiento de atención clínica, mensualmente así como los planes de mejora que deben establecer las dependencia que ejerza vigilancia y control en la DTS.

¹⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>

2.4.1.9. Evaluar de manera periódica los resultados de la adherencia a los lineamientos para la atención clínica integral de la FA en Colombia y del monitoreo de la ejecución del plan de contingencia que los aseguradores realizan a la red de prestadores propia, así como de los planes de mejora derivados de dichas intervenciones. Esta actividad estará a cargo del área de aseguramiento o quien haga sus veces, con el apoyo de los programas territoriales de ETV y zoonosis.

2.4.1.10. Ejecutar un plan de monitoreo de las condiciones de viabilidad contractual para la toma de laboratorios y para la red de prestación de servicios que garantice una oferta de mediana y alta complejidad previendo la sobredemanda de servicios por situación de brote por FA. Esta actividad estará a cargo del área de aseguramiento o quien haga sus veces en la ET de orden departamental.

2.4.1.11. Capacitar al personal antiguo y nuevo de salud asistencial y de las EAPB en lineamiento de atención clínica para FA, incluyendo el personal de laboratorio, urgencias, epidemiología y coordinaciones médicas de las ESE.

2.4.1.12. Establecer los canales y rutas internas de comunicación del área de urgencias y epidemiología con el laboratorio para el cumplimiento del algoritmo centinela, así como, articulación con el dispensario del Batallón de infantería de cada territorio, con el fin de identificar el estado de presentación de casos sugestivos a FA e identificar el mecanismo de articulación con la ESE para la vigilancia centinela.

2.4.1.13. Convocar espacios de reunión con los gerentes de ESE y otros prestadores de servicios de salud para fijar compromisos en el marco del plan de contingencia para FA.

2.4.1.14. Los departamentos, distritos y municipios categorías especial, 1, 2 y 3 deben convocar espacios de reunión con auditores de las EAPB en el marco del plan de contingencia para FA. Así mismo, mensualmente se debe realizar reunión de seguimiento a las EAPB en el marco de la contingencia.

2.4.1.15. Establecer y activar los protocolos de protección por infracciones e incidentes a la misión médica y hacer el reporte respectivo de los eventos que pongan en riesgo o se constituyan en limitantes a la misión médica, según Resolución 4481 de 2012.¹⁹

2.4.2. A las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción.

2.4.2.1. Establecer los mecanismos contractuales que permitan garantizar la realización de los laboratorios iniciales en el primer nivel (incluyendo como mínimo; transaminasas, bilirrubinas, pruebas de coagulación, hemograma con recuento de plaquetas, BUN, creatinina, uroanálisis) según lineamiento de atención de casos de FA vigente.

2.4.2.2. Proyectar un plan de contingencia que permita la organización de su red de prestación de servicios considerando las especiales demandas y los escenarios de atención de los pacientes con FA que incluyan acceso a los servicios de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Gastroenterología y Hepatología, así como el uso de la telesalud y la telemedicina para apoyar los abordajes en el nivel de baja complejidad.

2.4.2.3. Monitorizar, evaluar y ajustar el sistema de referencia y contrarreferencia de su red de prestación de servicios según lo establecido en los lineamientos para la atención clínica integral de la FA en Colombia.²⁰

2.4.2.4. Requerir y monitorear el desarrollo de los planes de contingencia de su red de prestadores contratada.

2.4.2.5. Las IPS y las aseguradoras deberán entregar de manera oportuna la información solicitada por los entes estatales para el seguimiento de los casos probables y confirmados de fiebre amarilla.

2.4.2.6. Implementar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento para la atención integral de casos en sus instituciones, derivado de las unidades de análisis de los casos de mortalidad por FA, los COVE, las unidades de análisis de seguimiento al plan de contingencia o los seguimientos de adherencia al lineamiento de atención clínica.

2.4.2.7. Implementar ciclos de capacitación en el lineamiento de atención de casos de FA y su protocolo de vigilancia FA del recurso humano antiguo y nuevo de las dependencias o áreas relacionadas con la referencia de casos en la red, facturación, auditoría médica, auditoría de prestación de servicio, autorizaciones, farmacia, entre otros.

¹⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4481-de-2012.PDF>

²⁰ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>

2.4.2.8. Evaluar mensualmente la adherencia al lineamiento de atención clínica según se estipula para el evento. Los hallazgos de la evaluación serán motivo de planes de mejora.

- 100% de los casos confirmados de FA.
- 100% de los casos de muertes que entren en estudio para FA.
- 10% de los casos probables de FA*.
- 5 % de los casos de dengue con dolor abdominal como signo de alarma.

*Estos valores podrán ser modificados de acuerdo con lo estipulado en el lineamiento de atención clínica integral para pacientes con fiebre amarilla

2.4.2.9. Requerir la elaboración o actualización del procedimiento de toma de muestras en los casos de mortalidad por FA a los prestadores de su red de servicios de salud.

2.4.3. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas.

Posicionar el evento de la FA en el ciclo del sistema de garantía de la calidad en salud en los aspectos correspondientes a Habilitación, Procesos Prioritarios y Sistema de información de salud.

En ese sentido, se requiere revisar la suficiencia de la capacidad instalada, dispositivos médicos. Revisar la socialización de protocolos de vigilancia y evaluación de estos, socialización de protocolos de urgencias y hospitalización, monitorización de tiempos de atención de triage y asignación de citas, entre otros.

2.4.3.1. Iniciar de forma inmediata, ciclos de capacitación en el lineamiento de atención de casos de FA y el protocolo de vigilancia de la FA dirigidos al personal asistencial antiguo y nuevo de medicina general, especialistas y enfermería hasta garantizar una cobertura del 100% de los profesionales. Cada ciclo debe incluir la evaluación de los conocimientos adquiridos.

2.4.3.2. Los gerentes deben incorporar el lineamiento de atención clínica integral en sus protocolos institucionales.

2.4.3.3. Las IPS y las aseguradoras deberán entregar de manera oportuna la información solicitada por los entes estatales para el seguimiento de los casos probables y confirmados de fiebre amarilla.

2.4.3.4. Las aseguradoras deberán organizar su red prestadora con el fin de centralizar la atención de los casos sospechosos o confirmados de fiebre amarilla que requieran manejo de alta complejidad, garantizando su remisión a las instituciones designadas para tal fin por el departamento o la nación

2.4.3.5. Generar la estandarización de procesos y procedimientos que permitan la articulación con las actividades y acciones de los Equipos Básicos de Salud del territorio ante la presencia de casos sospechosos, confirmados y en seguimiento de FA.

2.4.3.6. Se debe reorganizar la planificación de los equipos básicos para responder a las necesidades que surjan durante los brotes de fiebre amarilla, conforme a las actividades estipuladas en el lineamiento de atención clínica integral.

2.4.3.7. Tener adherencia a protocolos, guías de atención clínica, lineamientos y otras normativas emitidas por las entidades del orden nacional.

2.4.3.8. Gestionar y coordinar la disponibilidad de los insumos de laboratorio para la realización de las pruebas diagnósticas esenciales como: hemograma, pruebas de función hepática (transaminasas), pruebas de función renal y uroanálisis que permitan avanzar en el enfoque inicial del paciente febril o sospechoso según lineamiento de atención.

2.4.3.9. Actualizar el plan de emergencia hospitalario multi-amenaza y desarrollar el plan de contingencia por FA haciendo énfasis especial en los ajustes del triage, la disponibilidad de insumos críticos, salas de expansión, capacidad instalada y los criterios de alerta hospitalaria. El monitoreo y evaluación del plan debe atender la dinámica de atención de casos de febriles, dengue, hepatitis aguda y los diferenciales incluidos en el lineamiento de manejo de casos.

2.4.3.10. Evaluar la adherencia a las guías de atención de pacientes con síndrome febril agudo de la institución, así como a los lineamientos de atención clínica de casos FA y al protocolo de vigilancia de FA, en el marco de los procesos prioritarios del sistema de habilitación. Se recomienda establecer una muestra significativa para cada grupo y realizar la medición periódicamente y dependiendo del estado de alerta municipal y departamental.

2.4.3.11. Priorizar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas y aplicar las disposiciones del artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del sector Salud, en lo relacionado con las barreras de acceso a la atención integral.

- 2.4.3.12. Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia.
- 2.4.3.13. Los prestadores de servicios de salud con habilitación de servicios de urgencias deberán reportar, con carácter obligatorio y a diario, las capacidades hospitalarias para emergencias en el siguiente enlace: <https://ee.humanitarianresponse.info/x/KMLBnHKT>; para todos los prestadores de servicios de salud reportar sus afectaciones en el siguiente enlace: <https://forms.office.com/r/RfUrhafdwb?origin=lprLink>
- 2.4.3.14. Establecer y activar los protocolos de protección por infracciones e incidentes a la misión médica y hacer el reporte respectivo de los eventos que pongan en riesgo o se constituyan en limitantes a la misión médica, según el Manual de Misión Médica de la Resolución 4481 de 2012.²¹ disponible en el siguiente link: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf>
- 2.4.3.15. Promover y facilitar el uso de la telemedicina en los casos que se requiera para ampliar el acceso y oportunidad de la prestación del servicio de salud.
- 2.4.4. Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE.
- 2.4.4.1. Apoyar la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia a cargo de la dirección territorial de salud correspondiente, así como el de las EPS, de las Entidades que administran los regímenes especiales, de excepción y el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad y el de otras entidades responsables del pago de servicios de su área de influencia, cuando se hayan suscrito para el efecto los respectivos contratos.
- 2.4.4.2. Recibir la información y definir el prestador a donde deben remitirse los pacientes, en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que impliquen la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago el prestador, en los términos referidos en la Resolución 2335 de 2017.

2.4.5. Indicadores.

Tabla 5. Indicadores de seguimiento de la línea de manejo integral de casos.

Indicador	Definición Operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Adherencia al lineamiento de atención clínica para FA	Porcentaje de adherencia al lineamiento de la historia clínica auditada de los casos confirmados.	Secretarías de salud departamentales y de municipios categorías especial, 1, 2 o 3 o quien haga sus veces, EAPB e IPS.	Mensual
Tasa de letalidad en FA	(Número de muertes confirmadas por FA /Total de casos confirmados de FA) * 100	Secretarías de salud de todos los niveles o quien haga sus veces, EAPB e IPS.	Mensual

2.5. LÍNEA ESTRATÉGICA DE COMUNICACIÓN DE RIESGO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA PARA LA SALUD.

Frente a los riesgos en salud las personas y comunidades tienen derecho a saber cómo protegerse a partir de la toma de decisiones basadas en información veraz y oportuna. En este contexto la comunicación del riesgo es un elemento esencial que debe incluir las recomendaciones de expertos basadas en la evidencia científica disponible, así como la percepciones, preocupaciones, creencias, conocimientos y prácticas en salud que tienen las comunidades.

El reconocimiento de las dinámicas sociales propios de cada territorio permitirá identificar y manejar desde su inicio la desinformación, los rumores y demás desafíos en comunicación y de esta forma promover las acciones de protección, prevención y manejo de los riesgos asociados al momento epidemiológico.

²¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4481-de-2012.PDF>

2.5.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud (departamentales, distritales y municipales) o entidades que hagan sus veces. Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud, Entidades que Administran los Regímenes Especial y de Excepción A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas

2.5.1.1. Elaborar, implementar y evaluar un plan de comunicación de riesgo y comunicación asertiva para la salud que incluya las siguientes líneas de trabajo:

- Zonas de focalización de riesgo epidemiológico.
- Signos y síntomas de alarma y criterios para consultar a servicios de salud.
- Acciones de prevención y control: vacunación, manejo integrado de vectores y control preventivo para el manejo integral de casos.

2.5.1.2. Segmentar la población objetivo, incluyendo mensajes dirigidos a comunidad general, grupos de riesgo territorializados (trabajadores rurales, viajeros e industria turística), talento humano en salud e influenciadores, aliados estratégicos como organizaciones o líderes comunitarios, instituciones educativas, ICBF, prosperidad social, y otros, que incluyan traducción en lenguas maternas.

2.5.1.3. Garantizar la articulación continua con los medios de comunicación, líderes religiosos, líderes comunitarios y aliados estratégicos, la cual debe ser periódica.

2.5.1.4. Difundir los mensajes claves en medios locales como, emisoras comunitarias, de fuerzas militares, redes sociales, perifoneo, anuncios en puntos de entrada (puertos marítimos, fluviales, aéreos y pasos fronterizos).

2.5.1.5. Crear un equipo interinstitucional que facilite la comunicación entre la organización y los demás actores y coordine la comunicación dirigida al público.

2.5.1.6. Determinar mecanismos para comunicarse con grupos de difícil acceso y en situación de vulnerabilidad, para garantizar el acceso a la información de prevención, puntos de atención y puntos de vacunación.

2.5.1.7. Construir un plan de comunicación en crisis que aborde las fases de preparación, implementación y evaluación que permita la toma de decisiones frente al riesgo en las comunicaciones durante una situación de crisis.

2.5.1.8. Diseñar piezas comunicativas con enfoque diferencial para las actividades de información, comunicación y educación en riesgo y confianza en la vacunación, acorde a las características socioculturales y optimizando los recursos comunitarios en cada territorio.

2.5.1.9. Mantener informados a los profesionales de los medios de comunicación sobre la evolución de la situación, para ello es necesario establecer comunicaciones sostenidas con voceros capacitados que brinden información unificada. Tener en cuenta los voceros que fueron definidos en las sesiones de los consejos de gestión del riesgo para la información hacia los departamentos y los municipios.

2.5.2. Mensajes claves.

2.5.2.1. Solo se requiere una dosis de la vacuna contra la FA para toda la vida. No se requieren dosis de refuerzo.

2.5.2.2. La vacuna es efectiva contra la enfermedad a partir del día 10 de su aplicación, alcanzando una inmunidad del 99% al cabo de 30 días.

2.5.2.3. Solicitar a personas que por motivos médicos no se les deba administrar la vacuna, la certificación por las autoridades competentes o médico tratante, de acuerdo con lo contemplado en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 y recomendar medidas de protección.

2.5.2.4. Se recomienda a todo viajero nacional o internacional que requiera movilizarse a estos departamentos o municipios de alto riesgo, la aplicación de la vacuna, mínimo 10 días antes de entrar a la zona.



00000012

Salud

03 ABR 2025

2.5.3. Indicadores.

Tabla 6. Indicadores de seguimiento de la línea de comunicación del riesgo.

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
Plan de medios con énfasis en fomento en estrategias de prevención.	Plan de medios adecuado a sus características territoriales, estructurado, implementado.	Gobernaciones, Alcaldías, secretarías de salud departamental, distrital y municipal aseguradores y prestadores de servicios de salud.	Mensual
Campañas de comunicación de promoción de la vacunación para FA	N° de campañas de comunicación proyectadas en el plan de comunicaciones/ N° de campañas de comunicación realizadas.	Gobernaciones, Alcaldías, secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Mensual

3. Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud – SUPERSALUD.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control frente al cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores involucrados en la presente circular y de la gestión integral de acuerdo con la normatividad vigente.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

APROBÓ

Jaime Hernán Urrego Rodríguez, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.
Cesar Leonardo Picón Arciniegas, Jefe Oficina Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
Sandra Consuelo Manrique, Directora de Promoción y Prevención (E.P.U.)
Clara Mercedes Suárez Rodríguez, Directora de Epidemiología y Demografía
David Scott, Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Diana Marcela Pava Garzón, Directora General INS

Vo. Bo.

Rodolfo Enrique Salas Figueroa, Dirección Jurídica
Cristhian Ricardo Abello Zapata, Subdirector de Asuntos Normativos

ANEXOS:

*Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años.
*Encuesta previa a la vacunación en brote de fiebre amarilla para la población de 60 y más años.
*Formato de rechazo (Disentimiento) a la vacunación contra la fiebre amarilla en población de 60 y más años.
*Formato seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla.

ANEXO 1



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Dirección de Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

DEPARTAMENTO: _____
MUNICIPIO: _____ VEREDA/CORREGIMIENTO _____
FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMATO Y APLICACIÓN DE LA VACUNA:
DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRES Y APELLIDOS: _____	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC _____ CE _____ OTRO _____ NÚMERO _____	
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ AÑOS	
EAPB: _____	
TELÉFONOS DE CONTACTO: _____	
DIRECCIÓN: _____	

INFORMACIÓN PREVIA. Por la situación de brote por fiebre amarilla se ofrece la vacuna para las personas de 60 y más años que no se hayan vacunado para lo cual se solicita la revisión de las condiciones de salud y los antecedentes médicos. A continuación, se presentan riesgos y beneficios de la vacuna, que es importante que usted conozca.

DATOS IMPORTANTES SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA FIEBRE AMARILLA Y LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

VACUNA Y DOSIS	Vacuna contra la fiebre amarilla (dosis única)
VIA DE APLICACION	Subcutánea en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
BENEFICIOS	• Previene la enfermedad de la Fiebre Amarilla causada por el virus de la fiebre amarilla • Reduce la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. • Es una enfermedad viral, infecciosa, de alta letalidad (50%) que no tiene una cura específica, cuya gravedad puede variar entre una infección leve con fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares hasta una enfermedad grave con hemorragias, ictericia (coloración amarilla de los ojos), entre otros, que puede comprometer diferentes órganos con falla hepática, renal, cardiovascular, compromiso neurológico y llevar al paciente a la muerte en periodos cortos de tiempo.¹ • Actualmente el departamento del Tolima se encuentra en situación de emergencia por brote de fiebre amarilla con 29 casos confirmados al 08 de febrero de 2025, de los cuales 12 han fallecido. • Al 8 de febrero del 2025 se han identificado 67 veredas con mayor nesgo de exposición rural al vector (mosquito) que transmite esta enfermedad, ubicadas en los municipios de Cunday, Dolores, Prado, Purificación y Villarica. La vacuna contra la fiebre amarilla, genera protección de por vida con una única dosis a partir del décimo día de su aplicación.

¹ OPS. OMS. Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla en la Región de las Américas. experiencias y recomendaciones para los servicios de salud [ed.] Organización Panamericana de la Salud. 2023. págs. 1-36.



RIESGOS	Al igual que el resto de vacunas y medicamentos, esta vacuna puede producir efectos secundarios, aunque no se presentan en todas las personas, los cuales se relacionan a continuación: LEVES: Se puede presentar posterior a la aplicación de la vacuna enrojecimiento, inflamación y dolor en el sitio de la aplicación. Fiebre y febrícula, así como, dolor de cabeza, cansancio o debilidad, dolor muscular, malestar general y escalofríos entre los 3 y 7 días posteriores a la vacunación y generalmente no duran más de 3 días. GRAVES: De muy baja frecuencia. Se pueden presentar en personas mayores de 60 años y pueden llegar a ser mortales. Reacciones alérgicas de cero a 1 hora post vacunación en menos de 1 caso por cada 8 millones de dosis aplicadas. Erupción cutánea, picor o urticaria, hinchazón de la cara, labios, lengua u otras partes del cuerpo. Dificultad al tragar o respirar. Pérdida de la consciencia. Otras reacciones entre 3-18 días y hasta 30 días después de la vacunación: Reacciones que afectan al cerebro y los nervios: Fiebre alta con dolor de cabeza y confusión, cansancio extremo, rigidez de cuello, inflamación del cerebro y tejido nervioso y crisis de movimientos incontrolados. Pérdida de movimiento o pérdida de sensaciones que afectan algunas partes del cuerpo o el cuerpo entero (Síndrome de Guillain-Barré o déficit neurológico focal). Estudios muestran que se han presentado aproximadamente en 6 personas por cada millón de vacunados. ² Reacciones que afectan los órganos vitales: Puede parecerse a una infección por el virus de la fiebre amarilla. Comienza generalmente con una sensación de cansancio, fiebre, dolores de cabeza, dolores musculares y algunas veces con presión baja. Se pueden presentar trastornos musculares y hepáticos graves, disminución en el número de algunos tipos de células sanguíneas que resultan en moretones o hemorragias y un riesgo aumentado de infecciones y deterioro de las funciones normales de los riñones o pulmones. Estudios muestran que se han presentado aproximadamente en 4 personas por cada millón de vacunados. En caso de presentar uno de estos síntomas acudir al médico inmediatamente.
	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la FIEBRE AMARILLA. Medidas adicionales de protección para evitar las picaduras de los mosquitos, tales como repelentes, uso de ropas manga larga y pantalón largo, toldillos, anjeos, entre otros.

La suscripción de este documento NO exime de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales, ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra la FIEBRE AMARILLA, de brindar la atención en salud que sea necesaria, ante la aparición de eventuales reacciones adversas.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición por parte del personal de salud, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece.

En consecuencia, decido ACEPTAR: ____ que se me aplique la vacuna. NO ACEPTAR: ____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona. _____ CC () CE ():

²Organización Mundial de la Salud. Global Manual on Surveillance of Adverse Events Following Immunization, update 2015 (10)

00000012



03 ABR 2025



En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____
identificado(a) con C.C. _____ C.E. _____ OTRO _____ Número _____ de
_____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma
identificado(a) con C.C. _____ C.E. _____
OTRO _____ número _____ de _____



Huella dactilar o plantar del rogante
(persona a vacunar)
C.C. _____

Firma del rogado (acudiente)
C.C. _____

Nombres y apellidos del vacunador _____

Firma _____

Tipo de Identificación: CC _ CE _ OTRO _ Número _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS) _____

DEPARTAMENTO/DISTRITO _____ MUNICIPIO: _____

VEREDA: _____

Tipos de documentos de identidad: CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dirección Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Salud

FORMATO DE RECHAZO (DISENTIMIENTO) A LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

He sido informado de lo que es la fiebre amarilla y el riesgo que implica esta enfermedad tanto para mí, como para las personas que estan a mi alrededor. Me informaron que es necesario vacunarme ya que es la única manera de prevenir el contagio, pero a pesar de conocer esta información ME NEGÓ A VACUNARME.

Entidad Territorial: Municipio Vereda:

	Nombre	Edad	Sexo	Estado Civil	Profesión	Religión	Residencia	Fecha de nacimiento	Fecha de vacunación	Nombre del vacunador	Observaciones
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											

ANEXO 3

Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Dirección de Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles - Programa Ampliado de Inmunizaciones

ENCUESTA PREVIA A LA VACUNACIÓN EN BROTE DE FIEBRE AMARILLA PARA POBLACION DE 60 Y MÁS AÑOS

Antes de realizar la vacunación contra la fiebre amarilla se realiza anamnesis (interrogatorio) al usuario para conocer sus antecedentes y estado actual de salud con base al siguiente cuestionario:

Fecha: _____

Entidad Territorial: _____

Municipio: _____

Vereda: _____

IPS vacunadora: _____

Vacunación Intra() Extramural()

Dirección de la persona a quién se le realiza la anamnesis : _____

Teléfono de contacto _____

Nombres y Apellidos completos del encuestado	Fecha de nacimiento DD/MM/AA	Edad	Tipo de identificación	N° de Documento de identidad	EAPB	¿Tiene alguna enfermedad inmunosupresora? (1)		¿Utiliza algún medicamento inmunosupresor? (2)		¿Tiene problemas de coagulación? (3)		¿Ha presentado enfermedad febril en el último mes? (4)		¿Ha presentado reacción alérgica grave después de consumir huevo de gallina? O es alérgico a antiveneno a la vacuna? (5)		¿Ha recibido alguna vacuna viva atenuada en los últimos 30 días? (6)		¿Ha recibido transfusión sanguínea (plasma) o inmunoglobulinas o transplante de órganos en los últimos 3 meses? (7)		Firma del encuestado	
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.

(1) Patologías inmunosupresoras, entre otras: Cáncer, diabetes no controlada, SIDA, artritis reumatoide, enfermedad del timo, (incluye timectomía), insuficiencia renal o crónica, podosis, enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, Miastenia gravis, tumor del timo o extirpación. La vacuna se pudiera administrar a pacientes infectados por VIH asintomáticos, previa autorización del médico tratante.

(2) Medicamentos inmunosupresores: corticoides (uso continuo por mas de 14 días), quimioterapia, radioterapia, antiretrovirales.

(3) Tiene problemas de coagulación: Púrpura trombocitopénica, lesiones hemorroidales en piel (petequias o equimosis), hemofilia, enfermedad de Gilbert

(4) Vacunas vivas atenuadas que deben verificarse: BCG, rubéola, sarampión y paperas, varicela. (se aplican simultáneamente o se debe esperar 4 semanas para su aplicación entre ellas), con vacuna contra el cólera y fiebre tifoidea, esperar 3 semanas

Conducta a seguir:

Si la encuesta es negativa a todas las preguntas y en la anamnesis no se identificó antecedente o condición de salud que genere alguna alerta: **VACUNAR**

Si respondió positivamente a una o más preguntas, o se identificó antecedente, condición de salud o enfermedad que pueda generar riesgo: **NO VACUNAR**

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del profesional de salud que realiza la anamnesis:

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador en Bogotá: (+57) 601 330 5043
Resto del país: (+57) 01 8000 960020

Página | 31

00000012



03 ABR 2025

ANEXO 4

Ministerio de Salud y Protección Social

Salud

Dirección de Promoción y Prevención - Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Immunoprevenibles - Programa Ampliado de Inmunizaciones

Seguimiento y registro de las condiciones de salud de la población vacunada de 60 y más años en el marco del brote de fiebre amarilla

Entidad Territorial: EAPB:

Fecha: Municipio: IPS vacunadora: Vacunación Intra() Extramural()

Nombre y Apellidos de la persona vacunada Fecha de nacimiento DD/MM/AA:

Edad: Tipo de Identificación: Número de identificación: EAPB:

Dirección de la persona a quien se le realiza el seguimiento: Vereda:

Teléfono de contacto: Fecha de aplicación de la vacuna DD/MM/AA:

Seguimiento	Fecha	Nombre y apellido de la persona que realiza el seguimiento	Cargo	Tipo de seguimiento			Signos y/o síntomas posteriores a la vacunación		En caso de que la respuesta anterior sea Si describa cuales	Acciones a seguir	Si se realizó presencial. Firma de la persona a la cual se le realizó el seguimiento
				Presencial	Virtual/ llamada telefónica	Otro	SI	NO			
Entre el día 5 y 7 posterior a la vacunación											
Entre el día 15 y 18 posterior a la vacunación											
Día 30 posterior a la vacunación											

Tipo de identificación: CC = Cédula ciudadanía, PA = Pasaporte, CE = Cédula de Extranjería, AS = Adulto sin identificación.