

CIRCULAR EXTERNA N° 00000018 2024
29 OCT 2024

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.

FECHA:

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.¹

El virus de la FA es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Aedes* relacionado con transmisiones urbanas y *Haemagogus* y *Sabethes* relacionado con transmisión selvática, de alto poder epidémico y letalidad mayor de 50%, considerándose entre las más altas de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Dado su poder epidémico y de letalidad con medida preventiva a través de la 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.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 un riesgo alto 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.

De la misma manera en el reporte del 29 de julio de 2024, a Semana Epidemiológica - SE 29 de 2024, donde se han notificado 33 casos confirmados de FA, incluyendo 17 defunciones, estos casos registrados en los mismos cuatro países de la región involucrados en el año 2023, sumando a Guyana con dos de estos casos.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, la Serranía del Perijá y la Sierra Nevada de Santa Marta, en el año 2005 en Putumayo (11 casos) y Caquetá (10 casos) y para el 2009 en el Meta; también se han presentado casos aislados en otros departamentos.

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. 1-38

² <https://bit.ly/3H3BYwU>

³ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/informeseevento/FIEBRE%20AMARILLA_2020_01

⁴ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Fiebre Amarilla. Bogotá D.C. s.n., 2024. Vol. versión 05

⁵ OPS. OMS. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. 21 de marzo de 2024 y 28 de julio del 2024

A corte de la SE 29 (14 al 20 de julio de 2024) se han reportado 8 casos confirmados procedentes de los departamentos de: Putumayo (4 casos, 4 fallecidos), Caquetá (1 caso), Huila (1 caso, 1 fallecido), Nariño (1 caso) y Vaupés (1 caso), acumulando una letalidad del 63%. El actual brote inició en la SE 11 del 2024, siete de estos casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, los cuales fueron confirmados a través de análisis de RT-PCR como casos de FA en tiempo real, lo que refiere una cocirculación (circulación simultánea de los virus del Dengue y FA), en el marco de la epidemia de dengue que inició desde el año 2023.⁵

En la actualidad convergen escenarios hacia la posibilidad de una reemergencia de la transmisión selvática

- El efecto de bajas coberturas de vacunación para FA, especialmente en áreas rural y rural dispersa, posterior a la pandemia por la COVID-19.
- La conformación de corredores endémicos en municipios que limitan con otros que hayan presentado casos de FA, en áreas endémicas.
- La circulación del virus y la existencia de condiciones ecológicas para el mantenimiento de la transmisión, con la evidencia de presencia de vectores selváticos.
- Desplazamiento de personas susceptibles (personas no vacunadas) por los corredores endémicos eco epidemiológicos, por razones laborales lícitas e ilícitas.
- Alteraciones climáticas que afecten los ecosistemas. (Fenómenos ambientales – cambios climáticos).

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

- 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 para esta enfermedad 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; por lo tanto, este Ministerio emitió la Circular externa 045 del 2013, definiendo la dosis única de vacuna contra esta enfermedad, instrucción que fue ratificada con la expedición de la Circular externa 035 de 2016, con el fin de mantener la seguridad sanitaria nacional y teniendo en cuenta la alta movilidad de la población en las zonas de frontera, con los países de Brasil, Perú, Ecuador, Venezuela y otros que tienen circulación de FA.

Así mismo, a través de las Circulares 035 de 2016, 014 y 018 de 2017 expedidas por este Ministerio, se emitieron las directrices para el control de la FA y la exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación pero, considerando la reducción sustancial y sostenida de casos de FA en Brasil se excluye de este requisito para el ingreso a Colombia, a los viajeros nacionales y extranjeros procedentes de esta nación, manteniendo la recomendación de vacunación, especialmente si se va a visitar municipios de alto riesgo, lo anterior con el propósito de maximizar los esfuerzos normativos para el control del brote de la FA.

Por lo anterior, 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 por brote de FA, con el propósito de mantener el control nacional de este evento de interés en Salud Pública, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

⁵ Informe de Reporte de Situación (SITREP) - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública – SITREP 2024 - N° 2-3 INS.

⁶ <https://ris.vho.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513861-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- i. Lineamientos técnicos y operativos para el desarrollo de la jornada nacional de búsqueda de población susceptible para FA 2020, emitido por MSPS, en cuyo anexo 1 se identifican las Entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal clasificados como de alto riesgo.⁷
- ii. Las «Directrices para el control de la FA y exigencia de certificación internacional o carné nacional de vacunación», de la Circular 014 y 018 de 2017 expedida por este Ministerio.⁸
- iii. El Plan Nacional para la Prevención y Control de la FA en Colombia 2017 – 2022, clasificó y categorizó los municipios con prioridad:
 - 1A aquellos municipios con evidencia de circulación viral (con casos o muertes de personas o animales), sitios de brote durante los últimos 20 años y los municipios,
 - 1B aquellos municipios vecinos de los municipios categoría 1A por debajo de los 2.200 msnm, con condiciones ecológicas favorables para la presencia del vector silvestre, o la condición de frontera internacional.⁹

De acuerdo con lo anteriormente referenciado se hace necesario actualizar los municipios de alto riesgo de acuerdo con la presencia de casos, así:

1. MUNICIPIOS DE ALTO RIESGO PARA FA.

- El 100% de los municipios de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cesar, Choco, Guainía, Guaviare, La Guajira, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada.
- Antioquia: Los Municipios de Dabeiba, Mutatá, Turbo y Yondó.
- Bolívar: Los Municipios de Cantagallo, Morales, Santa Rosa del Sur, San Pablo y Simití.
- Boyacá: Los Municipios de Cubará, Páez y Paya.
- Cauca: Los Municipios de Santa Rosa y Piemonte.
- Huila: Los Municipios de Acevedo, Algeciras, Garzón, Guadalupe, Suaza, Campoalegre, Neiva, Rivera, Baraya, Gigante, Tello, Pitalito y Colombia.
- Magdalena: Distrito de Santa Marta (El Parque Tairona de la Sierra Nevada), los municipios de Aracataca, Ciénaga y Fundación.
- Nariño: Ipiales (Corregimiento Sucumbios).
- Norte de Santander: Los Municipios de Abrego, Convención, Cúcuta, El Carmen, El Tarra, El Zulia, Hacarí, Ocaña, Puerto Santander, San Calixto, San Cayetano, Santiago, Sardinata, Teorama y Tibú.
- Santander: Los Municipios de Barrancabermeja, Charalá, Coromoro, El Playón, Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres, Socorro y Surata.
- San Andrés y Providencia (No hay antecedente de FA en las islas, se establece el riesgo por nexa ecológico y por ser frontera internacional).

Se incluirá como municipio de alto riesgo aquel con condiciones eco epidemiológicas para FA, que confirme caso humano o epizootia en su investigación epidemiológica y sus municipios vecinos que cumplan con dichas condiciones, incluidos los fronterizos con países vecinos.

Ahora bien, de acuerdo con la Ley 1523 de 2012 – «Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres», dispone que los gobernadores y alcaldes son conductores del sistema nacional en su nivel territorial y están investidos con las competencias necesarias para conservar la seguridad, la tranquilidad y la salubridad en el ámbito de su jurisdicción. Igualmente prevé instancias de orientación y coordinación, y establece las siguientes definiciones:

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.

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

⁷ https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lists/BibliotecaDigital/RS/DE/MS/PP/ET/lineamientos_jornada_fa_vacunacion_poblacion_susceptible_fa2020.pdf

⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lists/BibliotecaDigital/RS/DE/MS/PP/ET/circular-014-de-2017.pdf>

⁹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lists/BibliotecaDigital/RS/DE/MS/PP/ET/plan-nal-prevencion-control-fiebre-amalida-colomb-2017-2022.pdf>

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.¹⁰

En tal sentido, se consideran en situación de **alerta** en salud pública por brote de FA:

- i. Los departamentos o municipios vecinos de departamentos o municipios en los cuales, en los últimos 6 meses se han confirmado casos humanos o epizootias, que posean condiciones eco-epidemiológicas para la transmisión.
- ii. Los departamentos con caso humano o epizootia confirmado en los últimos 6 meses en uno de sus municipios.
- iii. Municipios con confirmación de epizootias en los últimos 6 meses y,
- iv. Ante confirmación de caso humano o epizootia en jurisdicción fronteriza con Colombia, los municipios y departamentos limítrofes se considerarán también en alerta.

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

- i. Los municipios que presenten casos humanos de FA en los últimos 6 meses.
- ii. Departamentos que presenten casos en más de un municipio en los últimos 6 meses.
- iii. Departamento que se observe un patrón de desplazamiento de la transmisión del virus.

Y en **Control**: cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- i. Municipio o departamento en los últimos 6 meses con ausencia de casos tanto en humanos como epizootias.
- ii. Vigilancia en salud pública sensible y funcionando a nivel institucional y comunitario.
- iii. Vigilancia de epizootias operando.
- iv. Coberturas de vacunación para FA $\geq 80\%$ en el corredor endémico mediante barrido documentado donde se confirmó la presencia del caso en población de 1 a 59 años.

2. PLAN DE CONTINGENCIA.

El Plan de contingencia se constituye en un 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, tareas, 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 5 líneas estratégicas, para ser adoptado e implementado por las gobernaciones, alcaldías, aseguradoras y prestadores de salud, de acuerdo con su competencia.

- 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. El grupo funcional de Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV de cada secretaría de salud departamental, distrital y municipal 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 brote, contando con la participación de las áreas establecidas en el lineamiento para la operación de los programas ETV. Es indispensable y obligatoria la asistencia del área del programa ampliado de inmunizaciones.¹¹

¹⁰ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141# - text=LEY%201523%20DE%202012 - 20/Abri/2024%20Por%20la%20Cual%20se>

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/FP/E/Lineamientos-geston-programa-cte-transferencias-2021.pdf?ID=4576# - text=Lineamiento%20para%20la%20operaci%20n%20de%20los%20programas%20de%20inmunizaci%20n%20de%20la%20Red%20Nacional%20de%20Atenci%20n%20en%20Salud>

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

- i. Brindar asistencia técnica y seguimiento a sus municipios, aseguradoras e instituciones prestadoras de salud, incluidos los equipos básicos de atención en salud, en cuanto a la implementación y cumplimiento de lineamientos y protocolos para FA.¹²¹³
- ii. Activar la Sala de Análisis de Riesgo - SAR que permita analizar y evaluar el riesgo de la situación en salud pública de la entidad territorial - ET para establecer una respuesta proporcionada.¹⁴
- iii. Elaborar el plan de contingencia una vez se declare la alerta, adoptando las instrucciones de la presente circular, emitiendo recomendaciones técnicas para el cumplimiento de los objetivos del plan en las entidades territoriales.
- iv. Realizar seguimiento permanente al cumplimiento, la situación epidemiológica, así como la ejecución de los recursos de transferencias, ajuste y fortalecimiento del Plan de Contingencia 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.
- v. Participar en las reuniones de actualización y seguimiento de la contingencia de acuerdo con la convocatoria que realice el MSPS.

2.1.1.2. La ET deberá convocar a los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión de Riesgo con el 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, de acuerdo con la situación de FA en su territorio.
- ii. Solicitar el apoyo intersectorial que haya lugar para su adopción e implementación en el nivel departamental, distrital y municipal.
- 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 brote y seguimiento a la situación en salud pública.

2.1.1.3. El gobernador o alcalde, deberá mediante acto administrativo realizar la declaratoria de la situación en salud pública de su territorio, definiendo el período, el alcance y las responsabilidades de los actores intra e intersectoriales. Así mismo, en el caso de los departamentos, el respectivo acto administrativo incorporará explícitamente la indicación a los municipios endémicos, que previo a la realización de festividades o eventos con aglomeración de personas, deben realizar acciones de control físico y reordenamiento del entorno cuya financiación deberá ser asumida por la organización del evento, previa autorización otorgada por la autoridad sanitaria.

2.1.1.4. Articular con los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, conforme a las funciones establecidas en el artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010

2.1.1.5. 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 de la FA, incluyendo el seguimiento a las epizootias y enzootias, para formular, ejecutar y coordinar las estrategias y acciones de prevención, vigilancia y control pertinentes.

2.1.1.6. 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 correo@minsalud.gov.co

2.1.1.7. Elaborar e implementar el plan de acción territorializado, por parte del equipo del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, en conjunto con los diferentes actores responsables y aliados estratégicos en el marco del brote de FA.

2.1.1.8. Las acciones de las líneas operativas del plan contingencia deben articularse a las líneas operativas del Plan de Acción en Salud - PAS, del Plan Territorial de Salud - PTS.

¹² <https://www.minsalud.gov.co/sites/nd/Link/BibliotecaDigital/RIDFNS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integrada-fiebre-amarilla-2024.pdf>

¹³ https://www.ins.gov.co/buscar/lineamientos/Pro_Fiebre%20Amarilla%202024.pdf

¹⁴ <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2023.pdf>

por municipio y/o IPS, seguimiento a los inventarios, fechas de vencimiento, cadena de frío, entre otros, logrando el buen uso del inmunobiológico y demás insumos.

2.1.1.24. Coordinar con autoridades locales ambientales sobre la exigencia del antecedente de vacunación contra FA, para el ingreso a los Parques Nacionales Naturales - PNN.

2.1.1.25. Coordinar el ingreso de la autoridad sanitaria a las zonas de difícil acceso con líderes comunitarios, incluyendo la participación de las poblaciones étnicas de la zona y aliados para la realización de intervenciones en salud pública como la vacunación entre otras.

2.1.1.26. Los departamentos y distritos deben remitir al MSPS, grupo de gestión integrada de enfermedades endemo-epidémicas, en los primeros 10 días hábiles de cada mes, informe que contenga la ejecución financiera de los recursos de transferencia, el monitoreo de los indicadores trazadores establecidos en la presente circular y según líneas estratégicas de la misma, las acciones cuantificadas de gestión en salud pública y las atenciones según curso de vida o entorno acumuladas y para el periodo. Información que se enviará al email correo@minsalud.gov.co.

2.1.1.27. Realizar el Comité Seccional de Sanidad Portuaria, para coordinar acciones en el marco del Plan de Contingencia y las acciones de sanidad portuaria en los puntos de entrada del territorio nacional.

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. Participar en las diferentes convocatorias, realizadas por el MSPS o la secretaria de salud o entidad que haga sus veces del orden departamental, distrital o municipal.

2.1.2.2. Evaluar la capacidad instalada o contratada en el territorio para garantizar el desarrollo de las acciones de vacunación y prestación de servicios en el marco del plan contingencia.

2.1.2.3. Realizar con la secretaria de salud y su red prestadora la micro planeación del territorio para establecer estrategias y tácticas necesarias, asegurando la vacunación para el control del brote.

2.1.2.4. Construir el 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 dicho Plan a la DTS a más tardar 8 días hábiles luego de establecida la situación de salud de alerta o emergencia.

2.1.2.5. Garantizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios de salud, capacidad instalada y tecnologías en salud para el diagnóstico y la atención de los casos de FA de acuerdo con la población sujeto, eliminando las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud.

2.1.2.6. Organizar y gestionar 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.

2.1.2.7. Hacer seguimiento y monitoreo a la oportunidad en la atención integral de la FA, para lo cual se deberá verificar tiempos y reducirlos cuando sea pertinente a través de acuerdos con las IPS contratadas.

2.1.2.8. Ajustar de manera expedita los trámites administrativos para eliminar el proceso de autorizaciones de la población con sospecha o diagnóstico de FA, de acuerdo con los establecido en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del sector Salud.

2.1.2.9. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB deben remitir a la DTS departamental o distrital y los municipios en alerta o emergencia los primeros 5 días hábiles de cada mes, informe que contenga el monitoreo de los indicadores trazadores establecidos en la presente circular y según líneas estratégicas de la misma, las acciones cuantificadas de gestión en salud pública y las atenciones según curso de vida o entorno acumuladas y para el periodo.

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

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

2.1.3.2. Realizar el diagnóstico, valoración de riesgo, actualizaciones y emitir el estado de alerta hospitalaria correspondiente.

2.1.3.3. 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 el brote, indicando las

acciones de respuesta, teniendo en cuenta lo establecido en la Guía Hospitalaria para la Gestión del Riesgo de Desastres.

2.1.3.4. Los prestadores de servicios de salud deben remitir a las aseguradoras los primeros 5 días hábiles de cada mes, informe que contenga el monitoreo de los indicadores trazadores establecidos en la presente circular y según líneas estratégicas de la misma, las acciones cuantificadas de gestión en salud pública y las atenciones según curso de vida o entorno acumuladas y para el periodo.

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 para su aprobación.	Secretarías de salud de todos los niveles o quien haga sus veces, aseguradoras e IPS.	Mensual
Entidades Territoriales, distritales o municipales que entran en control en el marco del Plan de eliminación de epidemias por FA OPS/OMS.	N° de ET, distritales o municipales que entren en control / Total de ET 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 eco epidemiológicos y sociales, identificando y estratificando las localidades y territorios y estableciendo los corredores geográficos 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.¹⁶

2.2.1.3. Asegurar la notificación inmediata de los casos probables y confirmados, incluyendo las muertes por FA, y realizar en las primeras 72 horas la investigación epidemiológica de campo, contemplando la búsqueda comunitaria e institucional, 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, 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.¹⁷

2.2.1.5. Fortalecer el análisis epidemiológico orientada a la focalización de acciones de promoción y prevención, vigilancia y control a nivel territorial mediante el uso de 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 VIGIFRA¹⁸.

2.2.1.6. Realizar la SAR, involucrando la UPGD, el MSPS, el INS de acuerdo con la situación.

¹⁶ <https://www.ins.gov.co/buscaador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

¹⁷ <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx>

¹⁸ <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=144>

2.2.1.7. Garantizar asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la toma, embalaje, envío y seguimiento de las muestras biológicas destinadas para realizar las pruebas de laboratorio pertinentes.

2.2.1.8. 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.

2.2.1.9. Apoyar la articulación con las autoridades ambientales territoriales y fuerza militares para la vigilancia de epizootias.

2.2.1.10. 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 relacionados y la verificación de historias clínicas, criterios de gravedad, área de residencia, ampliándose a dengue grave, leptospirosis y otros síndromes febriles ictericos.

2.2.1.11. Enviar informe mensualmente al MSPS, al email correo@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 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 en situación de alerta o emergencia deben realizar las siguientes acciones:

2.2.2.1. Recolectar la información previa relacionada con el evento: antecedentes de infestación por especies del género *Aedes* en la región y/o localidad; reporte de especies de *Haemagogus* y *Sabethes* en la región y/o localidad. Se recomienda utilizar la información de levantamiento de índices de infestación de dos a 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. Intensificar las acciones de búsqueda del vector y de criaderos potenciales en los centros hospitalarios o de atención a pacientes, las plazas de mercado y otros establecimientos especiales como instituciones educativas, internados rurales, terminales o puertos de transporte terrestre, aéreo o fluvial.

2.2.2.3. Actualizar mapas de riesgo entomológico para las especies de mosquitos vectores de FA, para la planeación de acciones focalizadas de prevención y control, con la información obtenida con cinco años de anterioridad, y estos mapas serán actualizados cada vez que se tengan nuevos reportes de especies o ampliación de la distribución de los vectores a zonas donde no se habían registrado con anterioridad.

2.2.2.4. 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.

2.2.2.5. 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. Sensibilización de la población en general, fundamentalmente de ambientes rurales y silvestres, en cuanto a la observación de primates enfermos, rumores de mortandad, observación de osamentas.

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. 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. 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 por casos de FA.

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

2.2.4.3. Garantizar la contratación 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 atención de caso y en los lineamientos en Salud Pública¹⁹.

2.2.5.2. Analizar de forma periódica los indicadores de vigilancia del FA, confirmación y hospitalización por este evento en los COVE institucionales.

2.2.6. 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	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

¹⁹ <https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
institucional y comunitario.			
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

2.3. LÍNEA 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.

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

2.3.1.1.1. Realizar la microplanificación en todos los municipios del departamento y distritos, que presente brote de FA para el fortalecimiento de las coberturas de vacunación, incluyendo la georreferenciación y programación de vacunación en áreas priorizadas, estableciendo las estrategias y tácticas necesarias para garantizar la vacunación.

2.3.1.1.2. Coordinar las acciones de Monitoreo Rápido de Vacunación - MRV y barrido documentado en áreas donde se sospecha el contagio de FA, propendiendo por coberturas de vacunación del $\geq 80\%$ de la población a riesgo de 1 a 59 años.²⁰

2.3.1.1.3. Implementar los puntos de vacunación y control para la verificación del carné de vacunación de FA y promocionar la vacunación en los puntos de entrada (puertos marítimos, fluviales, aéreos, pasos fronterizos) en donde se presenta afluencia y movilización de población flotante con mayor riesgo por exposición al vector selvático (rural).²¹

2.3.1.1.4. Hacer seguimiento de dosis aplicadas contra la FA a la población de 1 a 59 años, en el área urbana, rural y rural dispersa, por parte de los prestadores de servicios de salud y realizar el reporte semanal correspondiente al MSPS.

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 en los componentes del PAI al talento humano de las IPS y Equipos básicos de Salud.

2.3.1.1.7. Coordinar con EAPB las estrategias de prevención y control de su población afiliada para acceder a la vacunación a través de la red prestadora de salud, garantizando la suficiencia de talento humano y logística.

2.3.1.1.8. Cumplir con la notificación de las dosis aplicadas según el requerimiento del MSPS y realizar seguimiento a la calidad del dato de las dosis registradas en el sistema de información PAIWEB por parte de los prestadores.

2.3.1.1.9. Coordinar que las EAPB de régimen de excepción (Fuerzas Militares – FFMM, Policía Nacional – PONAL y PPL, entre otros) realicen la búsqueda y vacunación de su población susceptible de 1 a 59 años.

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 la aplicación sin barreras de la vacuna contra la FA de la población susceptible de 1 a 59 años, nacional o migrante (regular o irregular) que habite o se desplace a los municipios o departamentos priorizados de alto riesgo, con intensificación en las zonas rurales.

2.3.1.2.2. Garantizar estrategias (extramural e Intramural) y tácticas de impacto en las jornadas de intensificación de vacunación de acuerdo con la focalización del riesgo, programadas por las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales y/o DTS.

2.3.1.2.3. Hacer seguimiento semanal al reporte de dosis aplicadas contra la FA a la población de 1 a 59 años, en el área urbana, rural y rural dispersa, por parte de los prestadores de servicios de salud.

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 el menor tiempo posible y garantizar el control del brote.

²⁰ <https://ins.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/ed/Lists/BibliotecaDigital/VRIDE/DE/DI/circular-018-de-2017.pdf>

2.3.1.2.5. Realizar el seguimiento del avance de la población vacunada contra FA en el marco del plan de contingencia según el requerimiento del MSPS y asegurar el registro en el sistema de información nacional PAIWEB, de las dosis tanto aplicadas como verificadas por parte de sus prestadores.

2.3.1.2.6. Asegurar la atención en salud y seguimiento en caso de presentarse un Evento Adverso por Vacunación - EAPV.

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 al talento humano y Equipos Básicos de Salud.

2.3.1.3.2. Según perfil epidemiológico, incorporar la vacunación de FA en las atenciones a realizar 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 de 1 a 59 años.

2.3.1.3.5. Garantizar la suficiencia de talento humano y logística para la vacunación de acuerdo con el plan de contingencia en coordinación con la ET.

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

2.3.1.3.7. Realizar la respectiva notificación y atención de los EAPV por FA.

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

2.3.1.3.9. Reportar cada semana las dosis aplicadas contra la FA a la población de 1 a 59 años, en el área urbana, rural y rural dispersa, a las ET correspondientes.

2.3.1.3.10. Realizar el oportuno y óptimo registro de las dosis aplicadas en el sistema de información PAIWEB.

2.3.1.3.11. 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.

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

2.3.1.3.13. Diligenciar de manera obligatoria el formato de encuesta previa a la vacunación contra la FA en la población entre 18 y 59 años.²²

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

2.3.1.3.15. Diligenciar y hacer firmar el formato de rechazo del biológico contra la FA por las personas susceptibles que no aceptan la vacuna.²³

2.3.1.4. Certificado Internacional de Vacunación – CIV o profilaxis.

Es el documento válido a nivel internacional, donde se registra la FA como única enfermedad designada por el RSI 2005, el cual certifica la vacunación como condición de entrada a un país o estado y debe ser emitido por cada país de acuerdo con sus registros y sistemas de información.

2.3.1.4.1. El MSPS hace entrega de los insumos para la elaboración y expedición de los CIV a cada secretaría distrital o departamental, quienes a su vez distribuyen a sus municipios en los puntos establecidos bajo su jurisdicción para el respectivo diligenciamiento, dando cumplimiento a requisitos de completitud, seguridad y custodia de la información. Por esta razón, las secretarías de salud son las responsables del control de la expedición de los CIV contra la FA y de determinar cuáles IPS y/o autoridades de salud autorizan para su entrega.

2.3.1.4.2. El CIV (carné amarillo) únicamente se expide y se entrega sin costo alguno en los puntos autorizados por cada ET en los siguientes casos:

- Al momento en el que se vacuna la persona con la dosis única contra la FA y sea solicitado por parte del usuario.
- Cuando se hace la transcripción de la dosis única de la vacuna contra la FA aplicada con anterioridad por una entidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud del país y se puede verificar esta información con el antecedente vacunal de FA; por

²² <https://www.MinSalud.gov.co/sites/nd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/formato-encuesta-previa-vacunacion-mayores.pdf>

²³ <https://www.MinSalud.gov.co/sites/nd/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/formato-rechazo.pdf>

carné de vacunación en físico, en registros del archivo institucional o a través de sistemas de información.

2.3.1.4.3. Para emitir el CIV se deberá garantizar el registro de la dosis en PAIWEB por la opción registro de aplicación o registro histórico según sea el caso.

2.3.1.4.4. La transcripción o emisión del CIV se realizará en los puntos autorizados por la secretaría de salud departamental, distrital y municipal de cada ET de manera gratuita.

2.3.1.4.5. En los casos que se requiera exención de vacunación, revisar los Anexos 6 y 7 del Reglamento Sanitario Internacional (2005).²⁴

2.3.1.4.6. Las secretarías de salud departamental, distrital y municipal, desde el PAI, deberá dar cumplimiento a la emisión de certificación de Exención de manera oficial (Certificación de No Vacunar), cuando sea requerido por las autoridades pertinentes o por parte de los usuarios así:

- Para certificación de no vacunar (Exención), por razones de gestación y/o comorbilidad se expedirá con base a un certificado expedido por médico tratante.
- Para certificación de no vacunar (Exención), por razones de edad (personas menores de 1 año, de 60 y más), se expedirá por parte de la ET sin requerimiento de certificado médico.

2.3.1.4.6.7. Teniendo en cuenta la reducción sustancial y sostenida de casos de FA en Brasil se excluye de este requisito para el ingreso a Colombia, a los viajeros nacionales y extranjeros procedentes de esta nación.

2.3.1.5. 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 el corredor endémico mediante barrido documentado donde se confirmó la presencia del caso en población de 1 a 59 años	N° dosis aplicadas de 1 a 59 años / población identificada por barrido documentado 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
Porcentaje de intervención en vacunación (desde la notificación de caso)	N° de barrios y/o veredas intervenidas con vacunación / Total de barrios y/o veredas en riesgo por el corredor endémico*100	Secretarías de salud del nivel departamental, distrital y municipal o quien haga sus veces, Aseguradoras y prestadores de servicios de salud.	Mensual

Nota: Se tendrá en cuenta en la valoración conjunta de la cobertura del indicador el número de formatos de no aceptación del biológico realizado en la población a riesgo.

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.

El MIV, es definido como un proceso decisorio racional para la utilización óptima de los recursos para el control de vectores, procura mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas de control de vectores nacionales y subnacionales. La estrategia proporciona a los gestores de programas métodos de control sostenibles a largo plazo, ecológicamente adecuados, que permiten reducir la dependencia de los insecticidas y protegen a la población de las ETV

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 con transmisión 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 *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, potenciales transmisores del virus de la FA en el ciclo urbano.

²⁴ https://www.who.int/bulletin/handle/10665/248186/3768243560414_spa.pdf?sequence=1

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 2023²⁵ expedida por este Ministerio, resaltando tres aspectos importantes:

- Intensificar las acciones de control de vectores con énfasis en zonas periurbanas o centros poblados del corredor geográfico endémico
- Mantener en cero el riesgo entomológico en los establecimientos de las instituciones de salud, plazas de mercado y terminales terrestres o fluviales de transporte procedente de los corredores geográficos endémicos. También los establecimientos educativos e internados rurales.
- Continuar con la implementación de los planes MIV a nivel municipal.

Las zonas mencionadas son consideradas como prioritarias para protección, la estrategia MIV articula diferentes acciones con el objeto de reducir la dependencia a los insecticidas y las agrupa en diferentes tipos de intervenciones aplicadas por los DTS.

Los tipos de intervención que hacen parte de la estrategia MIV son:

- a) **Intervención con método de protección personal:** fomento de la utilización por parte de la población que se desplaza a la zona selvática a realizar actividades laborales y/o turísticas, ropa protectora: por ejemplo, camisas mangas larga, pantalón largo; que cubran la mayor parte del cuerpo, para evitar la exposición a los mosquitos hematófagos de la zona de riesgo.
- b) **Intervención biológica:** utilización de organismos patógenos, parásitos, parasitoides o depredadores, enemigos naturales de la especie biológica plaga o vectores de enfermedades, para mantener a sus poblaciones a niveles inferiores de lo que estarían en su ausencia. Entre los agentes de control biológico se encuentran las bacterias *Bacillus thuringiensis var. israelensis*, los peces larvivoros como *Gambusia affinis*, *Poecilia sp.*, y *Tilapia spp.*, entre otros²⁶.
- c) **Control social:** considerar a la población sujeto, y no solo objeto del proceso, y permitir a los miembros de la comunidad expresar necesidades, participar de decisiones y tomar acciones, a través de actividades de información, comunicación y promoción de la salud²⁷.
- d) **Intervención con método de barrera:** utilización de toldillos para la disminución de contacto humano-vector, se recomienda que, para aislamiento de pacientes hospitalizados, se utilicen toldillos sin impregnar con insecticidas.
- e) **Intervención química:** Procedimiento aplicado contra los vectores, en sus estadios larvarios o inmaduros y de imagos o adultos, utilizando sustancias tóxicas con efecto insecticida. Para efecto del Plan solo será utilizado en las zonas pobladas con casos; y en las manzanas o viviendas aledañas a los hospitales; y otras zonas donde haya pernoctado por más de un día, el paciente positivo de FA, en su periodo de viremia. No está autorizado su uso en las zonas internas de las instituciones hospitalarias, ni en zonas selváticas.

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 COTSA.

2.3.2.1.2. Organizar e implementar jornadas de movilización social con el objetivo de generar un cambio conductual, por medio de actividades lúdico, recreativas se refuerzan conceptos relacionados a las medidas de prevención y se genera espacios de participación comunitaria para la promoción de la salud.

2.3.2.1.3. 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.²⁸

2.3.2.1.4. Generar, implementar y realizar el seguimiento y evaluación de los planes de Manejo Integrado de Vectores, departamentales, distritales y municipales.

2.3.2.1.5. Ejercer las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de los factores de riesgo del ambiente de los establecimientos especiales que presentan aglomeraciones humanas para realizar la vigilancia y el control sanitario permanente (Instituciones prestadoras de servicios de salud, Instituciones educativas, plazas de mercado y terminales de transporte)

²⁵ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Conjunta%20Externa%20No.13%20de%202023.pdf

²⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rd/Lista/Biblioteca/Dig%20RIDE/DE%20gesti%20vigilancia%20entomologicadenave.pdf?text=Cu%20A%20de%20vigilancia%20entomol%20de%20la%20C%20de%20Salud>

²⁷ Eugenio et al.: 2014

²⁸ Ley 1801 de 2018, numerales 8, 14 y 15 del artículo 111

Realizar de las acciones de prevención y control del vector en un perímetro alrededor de 100 a 300 metros de los establecimientos priorizados en especial los centros de atención clínica que presentan servicios de urgencia y hospitalización, esto debe incluir acciones de información en salud, control, mantenimiento y/o eliminación de criaderos; los tipos de intervención deben estar incluidas en los planes MIV.

2.3.2.1.6. Enviar el informe de las acciones realizadas, conteniendo los tipos de entornos intervenidos, el tipo de intervención, la población beneficiada, sobre quien se realiza las acciones contempladas en el método seleccionado del MIV.

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. 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 Aedes spp.

2.3.2.3.2. Implementar métodos de barrera (toldillos sin insecticidas), en los pacientes con síndrome febril.

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 a las personas que asisten a su institución.

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

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
Porcentaje de establecimientos especiales intervenidos	N° de establecimientos especiales intervenidos/ N° total de establecimientos priorizados.	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 independiente de la situación en salud pública por FA. Así mismo, se establece como lineamiento de obligatorio cumplimiento para la atención clínica de casos el vigente emitido por MSPS año 2024.²⁹

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 endémicos categoría especial 1, 2 y 3 deben contar con el talento humano destinado a fortalecer las capacidades de atención clínica de los actores del Sistema General de Seguridad en Salud.

2.4.1.2. Las dependencias de prestación de servicios o quien haga sus veces y CRUE recomendarán 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. Organizar y presentar al referente o enlace del plan de contingencia departamental de forma periódica y dependiendo de la situación epidemiológica, la información disponible del monitoreo de la red de prestación de servicios, la ejecución de los planes de contingencia

²⁹ https://www.minsalud.gov.co/sistema/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/AS/PP/ET/lineamiento_atencion_clinica_integral_fiebre_amarilla_2024.pdf

institucionales, las barreras en el acceso, la suficiencia de red de laboratorios y las coberturas de capacitación del talento humano de las instituciones prestadoras.

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 y, en los casos en los que justifique, definir la ubicación de casos de FA complicada.

2.4.1.5. 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.

2.4.1.6. Diseñar estrategias de capacitación en el manejo de casos de FA para las dependencias (CRUE, Vigilancia y Control, Aseguramiento, Servicio Social Obligatorio y a los profesionales de los EBS) de prestación de servicios o quien haga sus veces, con el apoyo de los programas territoriales de ETV y Zoonosis.

2.4.1.7. 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.

2.4.1.8. Evaluar de manera periódica y de acuerdo con el escenario epidemiológico, 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

2.4.1.9. Promover, acompañar, asesorar y facilitar el uso de la telemedicina en la red de prestadores interesados en su implementación por parte del área de vigilancia y control o quien haga sus veces.

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 de salud asistencial y de las EAPB en lineamiento de atención clínica para FA.

2.4.1.12. Implementar la vigilancia centinela: capacitación sobre la captación de casos sospechosos de FA con el personal de laboratorio, urgencias, epidemiología y coordinaciones médicas de las ESE.

2.4.1.13. 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.

2.4.1.14. 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.

2.4.1.15. 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.

2.4.1.16. Establecer 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 2012.³⁰

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; Niveles de transaminasas y bilirrubinas, hemograma con recuento de plaquetas, BUN, creatinina, uroanálisis) según lineamiento de atención de casos de FA vigente.

³⁰ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4481-de-2012.PDF>

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. En los casos en los que aplique, es recomendable el uso de la telemedicina y la telemedicina.

2.4.2.3. Monitorizar, evaluar y ajustar el sistema de referencia y contrarreferencia de su red de prestación servicios según lo establecido en los lineamientos para la atención clínica integral de la FA en Colombia.³¹

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

2.4.2.5. 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.

2.4.2.6. Implementar ciclos de capacitación en el lineamiento de atención de casos de FA y su protocolo de vigilancia FA del recurso humano 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.

2.4.2.7. 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.
- 100 % de los casos de dengue grave desde el lineamiento de FA como diagnóstico diferencial.
- 5 % de los casos de dengue con dolor abdominal como signo de alarma.

2.4.2.8. 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 capacidad instalada, dispositivos médicos, 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 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. 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.

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

2.4.3.4. Gestionar y coordinar la disponibilidad de los insumos de laboratorio para la realización de las pruebas diagnósticas básicas 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.

2.4.3.5. 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.

2.4.3.6. 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.

2.4.3.7. 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

³¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-febre-amenaza-2024.pdf>

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.

2.4.3.8. Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia.

2.4.3.9. Los prestadores de servicios de salud deberán reportar, con carácter obligatorio y a diario, las capacidades hospitalarias para emergencias en el siguiente enlace: <https://ee.humanitarianresponse.info/x/KMLBnHKT> y sus afectaciones en el siguiente enlace: <https://forms.office.com/r/RfUrhaIdwb?origin=iprLink>, incorporando el total de pacientes con cuadro clínico compatible con FA de acuerdo al lineamiento clínico.

2.4.3.10. Establecer 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 2012.³² disponible en el siguiente link: <http://rimsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/GT/RES-4481-12%20Manual%20de%20Mision%20Medica.pdf> disponible en el link

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 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 al prestador.

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.

Considerando lo anterior, es importante, que las acciones conjuntas del plan de contingencia se orienten hacia los resultados, que define esta circular como control:

- Cero casos confirmados de FA tanto en humanos como epizootias en los departamentos, distritos, municipios en los últimos 6 meses.

³² <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/GT/Resolucion-4481-de-2012.PDF>

- Coberturas de vacunación para FA en el corredor endémico igual o superior al 80%.³³

2.5.1. A las gobernaciones, alcaldías, secretarías de salud (departamentales, distritales y municipales) o entidades que hagan sus veces.

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 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 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 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 para las actividades de información, comunicación y educación en riesgo, 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.

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	Mensual

³³ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513601_eng.pdf?sequence=1&usAccessioned=y

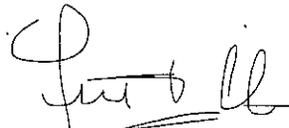
Indicador	Definición operacional	Entidad responsable	Periodicidad
		prestadores de servicios de salud.	
Campañas de comunicación de promoción de la vacunación para FA	Nº de campañas de comunicaciones de plan de medios realizadas / Nº. de campañas de vacunación realizadas.	Gobernaciones, Alcaldías, secretarías 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 29 OCT 2024



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

APROBÓ

Jaime Hernán Urrego Rodríguez, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios
Luis Alberto Martínez Saldarriaga, Viceministerio de Protección Social
Cesar Leonardo Picón Arciniegas, Jefe Oficina Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.
Sandra Consuelo Manrique, Directora de Promoción y Prevención (E)
Gisela Mercedes Suárez Rodríguez, Directora de Epidemiología y Demografía
César Augusto Quintero Casallas, Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria (E)
Margarita María Escudero Osorio, Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud - Riesgos Laborales y Pensiones

REVISÓ

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

Directora Jurídica