

Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026 (vigilancia basada en eventos predefinidos)



Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026 (vigilancia basada en eventos predefinidos)

Autores: Diana Marcela Pava Garzón, Lina Yessenia Lozano Lesmes, Hernán Quijada Bonilla, Claudia Yaneth Rincón Acevedo, Claudia Marcella Huguett Aragón, Hector Eduardo Pachón Melo, Sandra Lucero Bonilla Molano, Henry Sepúlveda Medina, Yenny Zulyma Vásquez Alejo, Luis Carlos Gómez Ortega, Eliana Mendoza Niño, Olga Marina Sanabria Cruz.

Bogotá, D. C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS.

180 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

DOI: <https://doi.org/10.33610/697558xvajki>

#OrgullosamenteINS



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá, Colombia • PBX: (601) 220 77 00 exts. 1101 - 1214

Lina Yessenia Lozano Lesmes
Directora (E) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo – Hasta 13 de noviembre de 2025

Equipos de trabajo:

Subdirección de Prevención vigilancia y control en salud pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora técnica

Grupo enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud

Sandra Lucero Bonilla Molano
Coordinadora

Equipo Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Sandra Milena Aparicio Fuentes
Yariela Jenessa Acevedo Durán
Ximena Castro Martínez
Julián Andrés Delgadillo Páez
Aydee Devia Gamboa
Yenny Marcela Elizalde Rodríguez
Diana Marcela Forero Ómbita
Adriana Marcela Monje Rodríguez
Lyda María Montaña Durán
Angélica María Rico Turca
Diana Lucero Rivera Gómez

Equipo Infecciones Relacionadas con la Atención en Salud

Luz Alejandra Romero González
Dora Mariela Callejas Ortega
Helen del Carmen Peña Fontalvo
Yenys Marcela Regino Ruenes
Sandra Milena Rivera Vargas

Grupo enfermedades transmisibles endoepidémicas y relacionadas con salud sexual

Henry Sepúlveda Medina
Coordinador

Equipo enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Nieves Johana Agudelo Chivatá
Anyelith Katherine Gómez Chimbí
José Leonardo Gómez Gómez
Daniela Alexandra Jiménez Bohórquez
Andrés Felipe Martínez Vega
Luis Enrique Mayorga Mogollón
Jessica María Pedraza Calderón
Irene Alejandra Pinilla Fariás
Andrea Jineth Rodríguez Reyes

Equipo Micobacterias e Infecciones de transmisión sexual

Lisette Andrea Bermúdez Pinzón
Claudia Lorena Pérez Clavijo

Grupo vigilancia de enfermedades no transmisibles
Yenny Zulyma Vásquez Alejo

Coordinadora (E)

Equipo crónicas

Nidia Esperanza González Toloza
Diana Marcela Russy Roa

Equipo maternidad segura

Liliana Judith Coronado Ortega
Ana María García Bedoya
Nubia Stella Narváez Díaz
Viviana Inés Pantoja Muñoz
Karen Eliana Vargas Ramírez

Equipo vigilancia nutricional

Jeimmy Lucia Benavidez Ortégón
Christian Camilo Cubillos Romero
María Camila Giraldo Vargas

Equipo de salud mental y lesiones de causa externa

Angely Boiles Caballis
Alejandra del Pilar Díaz Gómez
Nidza Fernanda González Sarmiento
Yalena Mosquera Bahamón

Grupo Unidad de análisis de casos especiales

Héctor Eduardo Pachón Melo
Coordinador

Adriana Díaz Bello
Gerhard Misael Acero de la Parra
Paola Andrea Pulido Domínguez
Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez
Carolina Castillo Lozano
Martha Cristina Santana León
Mónica Marcela Benavides Ruiz



Grupo Gestión de Vigilancia en Salud Pública

Claudia Marcella Huguet Aragón

Coordinadora

Wilson Eduardo Aguilar Landinez
Laura Cecilia Amórtegui Castaño
Alexander Buitrago Puentes
Víctor Eduardo Casallas Bedoya
Lady Patricia Flórez Tapiero
Gina Paola Flórez Piñeros
Camilo Fonseca Fino
Christian Johan Galvis Bernal
Martha Lucia Lancheros Ibáñez
Mayra Alejandra Latorre Verano
Juan Carlos León Vásquez
Francy Milena Martínez Basto
Jennifer Andrea Méndez Romero
Angélica Jhinneth Patiño Fernández
Yanuby Salgado Sánchez
Sergio Serna Urán
Verónica Tangarife Arredondo
Belibeth Valencia Flórez

Grupo de Formación del Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública

Olga Marina Sanabria Cruz

Coordinadora

Ivonne Adriana Alayón Calderón
Mauricio Hernán Bonilla Contreras
Diana Carolina Cuaspa Sanabria
Wilbert Saúl Daza Criollo
Diana Paola Gamba Díaz
Maritza Adegnis González Duarte
Johan Steven González Sánchez
Jaime Alberto Guerrero Montilla
Diana Carolina Madariaga Flórez
Claudia Marcela Muñoz Lozada
Helena Patricia Salas Suspes
Yury Johana Silva López

Equipo Vigilancia Basada en Comunidad

Sandra Castaño Mora
Diego Felipe López Ávila
Fabián Nicolás Moreno Anzola
Diana Moreno
Luz Dary Quintero Torres



Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora técnico

Grupo gestión del riesgo y respuesta inmediata

Eliana Mendoza Niño

Coordinadora

David Arias Vega
María Carolina Bonilla Pineda
Diana Bustos Álvarez
Juan Carlos Castellanos Pinzón
Lady Alexandra Castillo
Edwin Hernández Gavilán
Carlos Hernández Londoño
Javier Madero Reales
Claudia Montaña Fuertes
Viviana Carolina Moreno Vargas
Alejandra Margarita Muñoz Suarez
Sandra Silva Duarte
María Teresa Zabala Luna
Angie Paola Zabaleta Vanegas

Grupo de vigilancia y control de factores de riesgo ambiental

Luis Carlos Gómez Ortega

Coordinador

Jorge Luis Candamil Acevedo
Andrés Alfonso Campo Rivera
Mónica Carolina Carreño Niño
Juan Sebastián Charry Orjuela
Julián Felipe Chaves Guerrero
Jorge Alberto Gamarra Cuellar
Juanita Guerrero Salazar
Iván Romero Martínez
William León Quevedo
Gretel Marcela Perea Perea
Iván Romero Martínez
Luisa Fernanda Soto Alegria
Germán Ernesto Torres Rodríguez
Gustavo Vargas Pabón

Compilación y edición del documento

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Yury Johana Silva López
Diana Carolina Madariaga Flórez
30/11/2025

© Instituto Nacional de Salud
Bogotá, Colombia
Av. Calle 26 No. 51-20

www.i



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Contenido

1. Introducción	9
2. Objetivo	10
3. Alcance	10
4. Responsabilidades	10
5. Abreviaturas y definiciones	16
5.1 Abreviaturas.....	16
5.2 Definiciones	21
6. Condiciones generales	28
6.1 Talento humano.....	29
6.2 Equipos de Respuesta inmediata	30
6.3 Referentes de la vigilancia en salud pública.....	32
6.4 Educación continuada.....	33
6.5 Curso básico en epidemiología de campo -Frontline.....	34
6.6 Gestión documental	36
6.7 Acompañamiento territorial	45
7. Insumos requeridos para la operación de la vigilancia y ejecución de los lineamientos	46
7.1 Equipos	46
8. Descripción	48
9. Subsistemas de la vigilancia en salud pública.....	49
9.1 Subsistema de información	49
9.1.1 Caracterización de la red de operadores	50
9.1.2 Sistema de información Sivigila 4.0	58
9.1.2.1 Captura en línea	60
9.1.2.2 Aplicativo Sivigila escritorio	61
9.1.2.3 Captura offline	62
9.1.3 Notificación	62
9.1.4 Promoción de la calidad del registro de datos.....	64

9.1.5	Notificación negativa	65
9.1.6	Notificación inmediata y superinmediata	67
9.1.7	Silencio epidemiológico	68
9.1.8	Novedades de la notificación	70
9.1.9	Ajuste o clasificación final de casos.....	80
9.1.10	Módulo de expertos	88
9.1.11	Correspondencia con otras fuentes de información	88
9.1.12	Creación de eventos de notificación municipal – departamental	92
9.1.13	Otras consideraciones de la operación del sistema	92
9.1.13.1	Confidencialidad de la información	93
9.1.14	Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública	94
9.1.14.1	Búsqueda activa institucional - BAI	95
9.1.14.2	Búsqueda activa comunitaria - BAC.....	¡Error! Marcador no definido.
9.1.15	Módulo de Veterinarios.....	98
9.2	Subsistema de análisis y divulgación	98
9.2.1	Unidad de análisis.....	98
9.2.1.1	Unidad de análisis de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía.....	112
9.2.1.2	Divulgación de resultados	113
9.2.1.3	Análisis cualitativo	113
9.2.2	Sistema de alerta temprana - SAT	114
9.2.2.1	Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)	117
9.2.2.2	Eventos de interés con comportamientos inusuales	119
9.2.2.3	Monitoreo especial de EISP No transmisibles	120
9.2.2.4	Vigilancia especial en gestantes	123
9.2.2.5	Vigilancia en poblaciones de interés en salud pública	124
9.2.2.5.1	Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (NARP).....	124
9.2.2.5.2	Indígenas.....	125
9.2.2.5.3	Población procedente del exterior.....	126
9.2.2.5.4	Población Fuerzas Militares y Policía.....	127

9.2.2.5.5	Población Privada de la Libertad.....	128
9.2.3	Sala de análisis del riesgo – SAR.....	129
9.2.3.1	Valoración del riesgo (Matriz de valoración de riesgo para eventos de salud pública).....	131
9.2.4	Vigilancia de factores de riesgo ambiental.....	132
9.2.4.1	Sala de Análisis del Riesgo Ambiental – SARA.....	133
9.2.4.2	Alojamientos temporales de emergencia (ATE).....	134
9.2.5	Portal Sivigila 4.0	135
9.2.5.1	Geovisor Sivigila INS.....	137
9.2.6	Estrategias de divulgación	138
9.2.6.1	Boletines Epidemiológicos	139
9.2.6.2	Comité de vigilancia en salud pública – COVE.....	141
9.2.6.3	Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria COVECOM.....	142
9.2.6.4	Informes de evento.....	143
9.2.6.5	Vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA	145
9.2.6.6	Revista Reporte Epidemiológico Nacional (REN).....	146
9.3	Subsistema de intervención.....	147
9.3.1	Investigación de brotes	147
9.3.2	Sistema de manejo de incidentes	152
9.4	Subsistema de evaluación	152
9.4.1	Cumplimiento en la notificación.....	153
9.4.2	Desempeño de la vigilancia por eventos de interés	156
9.4.2.1.	Informe de retroalimentación.....	156
9.4.2.2.	Archivos planos de retroalimentación	158
9.4.3.	Calificación de desempeño de ET y EAPB	158
9.4.4.	Evaluación de capacidad de respuesta para la gestión del riesgo para brotes, epidemias o emergencias en salud pública	159
9.5.	Requerimientos y seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades	161
9.6.	Control de cambios del sistema	162

10. Asistencia técnica y seguimiento a los compromisos.....	162
11. Novedades en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública.	164
12. Recomendaciones para la intensificación de la vigilancia	172
13. Referencias.....	180

Listado de tablas

Tabla 1 Consideraciones en la notificación de eventos de interés en salud pública.....	70
Tabla 2 Eventos que se pueden ajustar en el nivel nacional.....	81
Tabla 3 Consideraciones para el ajuste de algunos EISP	81
Tabla 4 Fuentes de información para correspondencia de EISP.....	89
Tabla 5 Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados, Colombia, 2026	101
Tabla 6 Indicadores de unidades de análisis, Colombia, 2026	111
Tabla 7 Monitoreo especial de eventos de vigilancia en salud pública no transmisibles	121
Tabla 8 Indicadores de evaluación de la gestión de subsistema de información, Colombia, 2026.....	154
Tabla 9 Novedades en la vigilancia de los EISP transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud, Colombia, 2026	164
Tabla 10 Novedades en la vigilancia de los EISP transmisibles endoepidémicas y relacionadas con salud sexual, Colombia, 2026	167
Tabla 11 Novedades en la vigilancia de los EISP no transmisibles, Colombia, 2026.....	170
Tabla 12 Novedades en la vigilancia de los EISP emergentes y sin establecer, Colombia, 2026.....	172

Listado de figuras

Figura 1 Página web Instituto Nacional de Salud – Sección inicio	36
Figura 2 Página web Instituto Nacional de Salud.....	36
Figura 3 Página web Instituto Nacional de Salud - Sección ¿Qué hacemos?	37
Figura 4 Página web Instituto Nacional de Salud - Sección servicio y recursos	37
Figura 5 Componentes del sistema de vigilancia en salud pública de Colombia	49
Figura 6 Guía rápida para la caracterización de unidades notificadoras en Sivigila	54
Figura 7 Diagrama de la suite de software.....	59

Figura 8 Flujo de la notificación de eventos de interés en salud pública de entidades territoriales y EAPB mediante portal web, Colombia 2026	63
Figura 9 Módulo Sistema de Alerta Temprana (SAT)- Sivigila 4.0	115
Figura 10 Fases de la vigilancia basada en comunidad. VBC	118
Figura 11 Página web del Instituto Nacional de Salud - Sección Microdatos	137
Figura 12 Ubicación de las publicaciones de las entidades territoriales en el Portal de Sivigila 4.0.....	140
Figura 13 Página web del Instituto Nacional de Salud - sección informes de eventos.....	144
Figura 14 Distribución de los grupos de indicadores del ranking de evaluación del sistema de vigilancia, Colombia, 2026	158

Lista de anexos

Anexo 1 Equipos de respuesta inmediata de las entidades territoriales	182
Anexo 2 Matriz de evaluación del informe integrado de maternidad segura	183

Lineamientos para la vigilancia en salud pública 2026

Vigilancia basada en eventos predefinidos

1. Introducción

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es un proceso esencial para la seguridad sanitaria nacional que permite la identificación, detección y recolección de la información para el análisis y comprensión de los eventos en salud definidos como prioritarios, las cuales están soportadas en la normatividad vigente, que define las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema.

El Instituto Nacional de Salud (INS) tiene definidas sus competencias, responsabilidades y actividades para la operación del sistema de vigilancia en salud pública, así como aquellas de las partes involucradas, para mantener el proceso (1). Las actividades descritas en los Lineamientos 2026 y documentos complementarios, deben cumplirse según la jurisdicción correspondiente. Los lineamientos establecen estrategias basadas tanto en la vigilancia de eventos predefinidos como en la vigilancia basada en comunidad que son complementarias a los documentos técnicos disponibles. El incumplimiento de las disposiciones de estos lineamientos puede comprometer la seguridad sanitaria en los distintos niveles territoriales.

Los lineamientos para la vigilancia en salud pública agrupan las acciones necesarias para gestionar los eventos y situaciones de interés en salud pública, integrando los procesos y procedimientos que complementan los protocolos de vigilancia. Así mismo, contemplan la respuesta oportuna a brotes, epidemias y situaciones de emergencia en salud pública, además de las actividades asociadas a la vigilancia basada en comunidad, fortaleciendo el enfoque preventivo y la capacidad de respuesta del sistema de salud nacional.

2. Objetivo

Establecer las líneas de acción obligatorias y complementarias a la vigilancia basada en indicadores (casos predefinidos) para fortalecer la identificación, análisis, valoración y respuesta frente a los eventos de interés en salud pública (EISP) en Colombia durante 2026.

3. Alcance

Este documento define los lineamientos para la gestión de la vigilancia a través de la identificación, el análisis, la valoración y la modificación del riesgo de los EISP que deben desarrollarse en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, Prestadores de Servicios de Salud, las entidades que conforman las redes integrales de atención, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y las entidades adaptadas y exceptuadas.

Los lineamientos se encuentran focalizados en la estrategia de vigilancia basada en indicadores (casos predefinidos) mediante la notificación rutinaria de eventos de interés en salud pública.

4. Responsabilidades

Según lo definido en la normatividad (Decreto 3518 de 2006 y Decreto 780 de 2016), cada uno de los actores del sistema debe desarrollar acciones para garantizar la operación del sistema de vigilancia en salud pública, complementadas en el presente lineamiento. Para el cumplimiento de las directrices establecidas el presente lineamiento, se definen las siguientes responsabilidades (2,3):

Instituto Nacional de Salud

- Coordinar con el MSPS, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Implementar las recomendaciones del MSPS en las acciones de vigilar, mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública.
- Dirigir las acciones que garanticen la operación del Sistema de vigilancia en salud pública orientando desde el nivel nacional a las entidades territoriales.
- Apoyar al MSPS en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública.
- Divulgar a todos los interesados la información de la vigilancia para tomar decisiones en salud pública oportunamente.
- Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia.
- Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud pública, con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales y demás entidades del SGSSS.
- Apoyar la respuesta a emergencias y brotes en salud pública de acuerdo con el nivel de la valoración del riesgo.
- Elaborar los diagnósticos de eventuales riesgos en salud pública, que estén asociados a desastres de cualquier tipo u origen.
- Coordinar y articular, en el ámbito de sus competencias, las acciones de evaluación, superación y mitigación de los riesgos que afecten la salud pública, con las entidades nacionales y territoriales.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del INS

- Planificar, organizar y evaluar la gestión técnica administrativa de vigilancia en salud pública.
- Apoyar el desarrollo, coordinación y supervisión de los procesos sistémicos para la prevención, vigilancia y control en salud pública a niveles nacional y territorial.

- Coordinar la producción, análisis y generación de información estratégica para la toma de decisiones en salud pública.
- Dirigir, asesorar y coordinar acciones de preparación y respuesta para prevenir y controlar las amenazas y emergencias en salud pública.

Direcciones Departamentales y Distritales de Salud

- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico y sanitario.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública de su jurisdicción.
- Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el sistema de vigilancia en salud pública y el presente lineamiento.
- Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

Direcciones Municipales de Salud

- Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y el desarrollo de acciones que garanticen el flujo continuo de información de interés requerida por el sistema de vigilancia en salud pública en su jurisdicción.
- Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría.
- Realizar las acciones colectivas definidas en los protocolos de vigilancia y lineamientos ante la ocurrencia de un EISP, brotes, alertas y situaciones de emergencia.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

- Implementar las directrices y procedimientos determinados por MSPS en relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en sus redes de servicios, así como participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.
- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
- Estructurar, mantener actualizadas las bases de datos, analizar y utilizar la información sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública.

Unidades Primarias Generadoras del Datos y Unidades Informadoras.

(Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud)

- Realizar las acciones para detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos, asegurando las acciones e intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia.
- Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del sistema de vigilancia en salud pública.

El **Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)** tiene entre sus funciones dirigir el sistema de vigilancia en salud pública; reglamentar políticas, planes programas y proyectos; reglamentar todos los aspectos relacionados con la VSP del país; entre otras.

Corresponde a la **Superintendencia Nacional de Salud** ejercer la inspección, vigilancia y control sobre la administración de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos, así como la supervisión de las entidades territoriales, prestadores y EAPB, en lo relacionado con el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud de conformidad con sus competencias y en los términos señalados en la normativa vigente (4).

El **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)** como Agencia Regulatoria Nacional, debe ejercer vigilancia y control de carácter técnico científico, mediante la aplicación de las normas sanitarias asociadas al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria (5).

El INVIMA tiene a su cargo, el **Programa Nacional de Farmacovigilancia**, que tiene como objetivo vigilar la seguridad, efectividad y calidad de los medicamentos/vacunas durante la etapa de comercialización, es decir luego de obtener la autorización de comercialización por parte del INVIMA. De esta manera, el programa detecta eventos adversos, complicaciones no evidenciadas durante la etapa de investigación de los medicamentos/vacunas, usos inapropiados, entre otros eventos. Los hallazgos del programa mejoran el entendimiento del perfil de seguridad de los medicamentos/vacunas y permiten una mejor prevención e intervención del INVIMA en pro de la salud de los consumidores. El programa incluye la participación de todos los actores involucrados en el ciclo de vida del medicamento/vacunas, incluyendo pacientes y sus familiares, médicos tratantes, farmacéuticos, clínicas y hospitales, secretarías de salud y laboratorios farmacéuticos. (5).

La **Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres** tiene como responsabilidades, entre otras: dirigir y coordinar el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres; hacer seguimiento a su funcionamiento y efectuar propuestas para su mejora en los niveles nacional y territorial, así como la coordinación y fortalecimiento de capacidades para el conocimiento del riesgo, reducción del mismo y manejo de desastres; todo esto como parte en

la mitigación de los efectos que los eventos de interés en salud pública puedan tener en la población afectada por este tipo de situaciones (6,7).

La **Unidad de Servicios Penitenciaria y Carcelaria (USPEC)**: tiene como responsabilidades relacionadas con el sistema de vigilancia en salud pública, entre otras, Implementar, adaptar o adoptar, políticas públicas para la garantía del derecho a la vida y la salud y la reducción de inequidades, garantizando la infraestructura y dotación de servicios higiénico-sanitarios y alimentación, áreas adecuadas de cuarentena para interrumpir cadenas de transmisión en casos de brotes por enfermedades transmisibles en la población privada de la libertad (8).

El **Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario** tiene como responsabilidades relacionadas con el sistema de vigilancia en salud pública, entre otras, el desarrollo de acciones que garanticen el derecho a la vida y la salud; contar con programas de limpieza y desinfección de áreas, programa de gestión integral de residuos, control de vectores y plagas y planes de atención y respuesta ante emergencias; garantizar, en coordinación con la USPEC los recursos necesarios para la implementación de los diferentes procesos del Sistema nacional de vigilancia; facilitar la realización de los estudios e investigaciones que permitan conocer y analizar la situación de salud y aplicar las medidas de contención de brotes emitidas por la autoridad sanitaria en cada establecimiento penitenciario (8).

Las **Fuerzas Militares** y la **Policía Nacional**, adicional a las responsabilidades de vigilancia en salud pública, establecidas en el Decreto 780 de 2016 para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, deberán prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y del servicio policial como parte de su logística militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios (7).

El **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses** tiene como responsabilidad la realización de necropsias médico-legales como procedimiento para determinar la causa de muerte, de las defunciones debidas a causas externas o aquellas que sean solicitadas por

fiscales, jueces, policía judicial, Defensoría del Pueblo y demás autoridades competentes en el territorio nacional; la realización de dichos procedimientos y la obtención de muestras durante su práctica, son un insumo fundamental en la configuración de aquellas muertes atribuidas a eventos de interés en salud pública.

La **Superintendencia de Industria y Comercio (SIC)** entre sus funciones se encuentra asesorar al Gobierno Nacional y participar en la formulación de las políticas relacionadas con la protección al consumidor, la promoción y protección de la competencia, la propiedad industrial y la protección de datos personales, así como impartir instrucciones en estas materias. Así mismo, lidera la Red Nacional de Consumo Seguro y Salud (RNCS) y del programa Red Nacional de Protección al Consumidor (RNPC).

5. Abreviaturas y definiciones

5.1 Abreviaturas

APTR: Animal potencialmente transmisor de rabia

APS: Atención Primaria en Salud

ARC: Armada de la República de Colombia

ATE: Alojamientos Temporales de Emergencia

BAC: Búsqueda Activa Comunitaria

BAI: Búsqueda Activa Institucional

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados

BES: Boletín Epidemiológico Semanal

CAB: Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

CAC: Cuenta de Alto Costo

CNE: Centro Nacional de Enlace

COE-ESP: Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública.

COVE: comité de vigilancia en salud pública

COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

CRUE: Centro Regulator de Urgencias y Emergencias
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DENV: Virus del Dengue
DDD: Dosis Diaria Definida
DIGSA: Dirección General de Sanidad Militar
DISAN: Dirección de Sanidad de la Policía Nacional
DNT: Desnutrición
DVARSP: Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
EAPV: Evento Adverso Grave Posterior a la Vacunación
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
EEV: Encefalitis Equina Venezolana
EIOS: Inteligencia Epidémica a partir de Fuentes Abiertas (del inglés, *Epidemic Intelligence from Open Sources*)
EISP: Eventos de Interés en Salud Pública
EJC: Ejército de Colombia
EOC: Entidades Obligadas a Compensar
ELISA NS1: Ensayo Inmunoenzimático para detectar la proteína no estructural 1 (NS1) del virus del Dengue en sangre
EPP: Elementos de Protección Personal
ERI: Equipo de Respuesta Inmediata
ESP II: Emergencia en salud pública de importancia internacional
ESPIN: Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional
ET: Entidades territoriales
ETA: Enfermedad Transmitida por Alimentos
ETV: Enfermedad Transmitida por Vectores
EVIGILA: Programa de Fortalecimiento de la Fuerza Laboral para la Vigilancia y Respuesta en Salud Pública
EWARS: Sistema de Alerta y Respuesta Tempranas (del inglés, *Early Warning, Alert and Response System*)

FESP: Funciones esenciales de salud pública

FETP: Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (del inglés, *Field Epidemiology Training Program*)

FFMM: Fuerzas Militares

GGRRI: Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata

IAAS: Infecciones asociadas a la atención en salud

IAD: Infecciones Asociadas a Dispositivos

ICA: Instituto Colombiano Agropecuario

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IEC: Investigación epidemiológica de campo

IgG: Inmunoglobulina G

IgM: Inmunoglobulina M

IMRD: Introducción, método, resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones

INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

INS: Instituto Nacional de Salud

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

IAPMQ: Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

IREM: Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria

ISQ: Infección de Sitio Quirúrgico

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

JEFSA: Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana

LEC: Lesiones de Causa Externa

LDSP: Laboratorios Departamentales en Salud Pública

MADR: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural

MISC: Síndrome inflamatorio multisistémica en niños

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NARP: Población negra, afrocolombiana, raizal, palenquera

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONS: Observatorio Nacional de Salud
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PEP: Permiso Especial de Permanencia
PFA: Parálisis Flácida Aguda
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PNH: Primate No Humano
PNS: reporte Positivo Negativo y Silencio
PNSB: Plan Nacional de Salud Bucal
POA: Plan Operativo Anual
PPL: Población Privada de la Libertad
PTS: Plan Territorial de Salud
RELAB: Registro de Laboratorios
REN: Revista, Reporte Epidemiológico Nacional
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
REVCOM: Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
RSI: Reglamento Sanitario Internacional
RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa
RUAF- ND: Registro Único de Afiliados a la Protección Social
SAR: Sala de Análisis del Riesgo
SARA: Sala de Análisis del Riesgo Ambiental
SAT: Sistema de Alerta Temprana
SCTI: Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación

SEAN: Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina
SSSN: Sistemas Electrónicos Sin Suministro de Nicotina
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIANIESP: Sistema de información de apoyo a la notificación e investigación de eventos de interés en salud pública.
SIC: Superintendencia de industria y Comercio
SIHEVI: Sistema de información en hemovigilancia
SISPRO: Sistema Integrado de información de la Protección Social
SITREP: Informe de Reporte de Situación
SIVIGE: Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SRC: Síndrome de Rubéola Congénita
TMI: Transmisión Materno Infantil
TB: Tuberculosis
TBFR: Tuberculosis fármaco resistente
TIC: Tecnologías de Información y Comunicaciones
TT: Triquiasis tracomatosa
UACE: Unidad de Análisis de Casos Especiales
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UI: Unidad Informadora
UND: Unidad Notificadora Departamental o Distrital
UNGRD: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres
UNM: Unidad Notificadora Municipal
UPC: Unidad de pago por capitación
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos
USPEC: Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios
VBC: Vigilancia Basada en Comunidad
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory - prueba de detección de sífilis, busca anticuerpos que el cuerpo produce al infectarse con la bacteria causante (*Treponema pallidum*)

VIGIFRA: Portal de vigilancia de factores de riesgo del ambiente y eventos de interés en salud pública

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

VSP: Vigilancia en Salud Pública

5.2 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 previamente establecidos.

Alojamiento temporal de Emergencia (ATE): es un lugar designado para proporcionar refugio transitorio a personas afectadas directamente por una emergencia o calamidad, ya sea de origen natural o antropogénico no intencional, hasta que puedan retornar a sus hogares.

Atención Primaria en Salud: de acuerdo con la OMS, es "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país".

Búsqueda Activa Comunitaria (BAC): es la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables, de algún evento de interés en salud pública, que pueden estar ocurriendo o pudieron presentarse en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Búsqueda Activa Institucional (BAI): es la estrategia para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema de vigilancia. Es un instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina.

Brote: es el aumento inusual en el número de casos o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico.

Brote de IAAS: situación presentada en alguna de las tres siguientes circunstancias: a) aumento en la incidencia de casos de IAAS en cantidad superior a la esperada (aumento a partir de un caso); b) aparición de un caso nuevo por un microorganismo (parasito, virus, bacterias y hongos) o perfil de resistencia en el servicio o institución de salud; c) cambio del perfil de resistencia a los antimicrobianos, en un periodo, lugar y población específica.

Centro Nacional de Enlace (CNE): es una unidad de "inteligencia" epidemiológica y sanitaria, que cumple las funciones de monitoreo, evaluación y de notificación a la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que se registran en el país, apoyando de forma conjunta la coordinación de la respuesta nacional ante epidemias o emergencias sanitarias, con las diversas entidades del orden nacional. El CNE se creó a partir del Reglamento Sanitario Internacional (2005), siendo amparado a nivel nacional mediante el artículo 34 del Decreto 3518 de 2006, en el cual se instituye el Centro Nacional de Enlace en la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social (9).

Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos y Epidemias en Salud Pública (COE-ESP): es la combinación de instalaciones, equipamiento, protocolos, procedimientos y comunicaciones que opera en una estructura organizacional común, que tiene como responsabilidad la administración de recursos para el cumplimiento de objetivos y estrategias que permitan identificar, valorar y modificar una potencial situación de emergencia en salud pública.

Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE): espacio de análisis territorial que busca generar insumos para la toma de decisiones concretas, que lleven a acciones para controlar situaciones que ponen en riesgo la salud de la población en las diferentes escalas del territorio.

Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario (COVECOM): escenario donde los agentes comunitarios de la ReVCom y la comunidad analizan las diferentes situaciones de interés reportadas, el estado de su gestión y la movilización social que es requerida.

Desastre: es el resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción

Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII): es un evento extraordinario que, de conformidad con el RSI, se ha determinado que 1) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y 2) podría exigir una respuesta internacional coordinada. Sólo el director general de la OMS, sobre la base de la información existente y el consejo de un Comité de Emergencia, incluido el aporte proveniente del Estado Parte donde ocurrió el evento, puede declarar la ocurrencia de una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Emergencia en Salud Pública de importancia Nacional (ESPIN): hace referencia a un evento inusitado o imprevisto que constituye un riesgo para la salud pública nacional o con riesgo de propagación internacional a otros países y que requiere de una respuesta coordinada del país o con apoyo del nivel internacional (RSI- 2005).

Equipo de Respuesta Inmediata (ERI): es un grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública.

Evaluación del Riesgo Ambiental: proceso de análisis mediante el cual se determina si una amenaza o situación ambiental que compromete los componentes como agua, aire, suelo o clima, puede generar efectos potenciales en la salud de la población o modificar las condiciones eco-epidemiológicas para la presentación de eventos de interés en salud pública.

Evento: para los efectos del RSI (2005), es la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno.

Evento de interés en salud pública (EISP): aquella enfermedad o situación en salud considerada como importante o trascendente para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público que, además, requieren ser abordados con medidas de salud pública. Los eventos de interés en salud pública pueden ser vigilados con diferentes estrategias.

Evento trazador: evento definido por la organización o por las entidades gubernamentales que sirve como indicador para evaluar el cumplimiento de estándares de calidad, permitiendo identificar fallas o debilidades en los procesos asistenciales y de gestión.

Gestores comunitarios: personas de o que en la comunidad tienen o desarrollan trabajo comunitario en su territorio, y que como actividad complementaria o central desarrollan o podrían realizar la vigilancia basada en comunidad.

Investigación Epidemiológica de Campo (IEC): es la aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna en la población.

Nivel de Respuesta: capacidad del sistema de salud para actuar ante una emergencia sanitaria, desde la detección temprana (alerta) hasta la implementación de acciones concretas

para proteger a la población, organizando recursos y coordinando esfuerzos a nivel local, subnacional nacional e internacional.

Notificación inmediata: es el reporte que toda institución de salud debe realizar tan pronto identifica un caso sospechoso, probable o confirmado de acuerdo con los protocolos de un grupo de eventos priorizados. En algunos casos esta notificación es superinmediata para dar un valor superior de la alerta, por ejemplo, ante sarampión, fiebre amarilla, entre otros.

Población de interés especial en salud pública: población que, por sus características sociales y dinámicas demográficas, como hacinamiento o confinamiento tienen condiciones inherentes de riesgo para el desarrollo de eventos de interés en salud pública.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (REVCOM): se refiere a los nodos conformados por los actores pertenecientes a la comunidad (vigías y gestores), los cuales realizan el reporte de las señales de las situaciones de interés en salud pública identificadas.

Red Nacional de Protección al Consumidor: liderada por la SIC, cuya función principal es informar a los consumidores colombianos sobre sus deberes y derechos y enseñarles las normas que los protegen a través del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011) para que puedan realizar sus transacciones comerciales con mayor seguridad y obtener más beneficios, así mismo, promueve el diálogo entre los consumidores, los comerciantes (productores y proveedores) y las entidades públicas encargadas de velar por la protección del consumidor.

Reglamento Sanitario Internacional (RSI): es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS. Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo (10).

Riesgo Ambiental: está relacionado con los daños o afectación en salud que puedan producirse como consecuencia de la exposición humana a un posible factor ambiental peligroso de tipo físico, químico o biológico, ya sean propios de la naturaleza o provocados por el ser humano(6).

Riesgo de silencio: condición identificada cuando una institución o servicio de salud, que por su nivel de complejidad y características asistenciales tiene probabilidad esperada de presentar infecciones asociadas a la atención en salud, no reporta casos en un período establecido. Esta situación constituye una señal de alerta para realizar verificación mediante búsqueda activa institucional y análisis de registros clínicos y microbiológicos, con el fin de confirmar si la ausencia de casos corresponde a un comportamiento real o subregistro. Esta definición aplica solo para la vigilancia de Infecciones asociadas a la atención en salud.,

Sala de análisis de riesgos en salud pública (SAR): espacio físico o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones para la modificación del riesgo, en otros escenarios puede denominarse sala de crisis o sala situacional.

Señal: situación que puede indicar o predecir una alerta en salud pública.

Sistema de Alerta Temprana (SAT): conjunto de capacidades necesarias para generar y difundir información de alerta oportuna y significativa para que los individuos, las comunidades y organizaciones amenazadas por riesgo o peligro en el cual puedan prepararse y actuar adecuadamente y con tiempo suficiente para reducir la posibilidad de daño o pérdida (11).

Sistema de Alerta Temprana, Alerta y Respuesta (EWARS): herramienta de la OMS, diseñada para mejorar la detección de brotes de enfermedades en situaciones de emergencia, como en países en conflicto o después de un desastre natural. El INS ha adaptado su uso para la evaluación de necesidades en salud, la vigilancia basada en comunidad en alojamientos temporales y eventos masivos.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre EISP, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

Suite de software de Sivigila: Conjunto integrado de aplicaciones informáticas que permiten la gestión, notificación, análisis y seguimiento de los eventos de interés en salud pública en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Vigilancia basada en comunidad: es la detección sistemática y el reporte de situaciones de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma.

Vigilancia basada en indicadores: es la recopilación, seguimiento, análisis e interpretación sistemática de datos estructurados (indicadores) producidos fuentes conocidas, formales y predominantemente relacionadas con la atención en salud. Una de estas fuentes es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (en el caso de Colombia, Sivigila)

Vigilancia basada en otras fuentes o eventos: proceso que permite la recopilación, seguimiento, análisis y la interpretación de información de fuentes no estructuradas sobre eventos o riesgos relacionados con la salud, que pueden plantear un riesgo inmediato para la salud pública. La vigilancia basada en otras fuentes es un componente funcional del sistema de alerta temprana y respuesta. Se contempla seguimientos a medios de comunicación, páginas sociales, rumores, entre otros.

Vigías comunitarios: miembros de la comunidad que no tienen un antecedente reconocido de trabajo comunitario, y que son designados por la comunidad para representarlos en la estrategia de vigilancia basada en comunidad.

6. Condiciones generales

Para la operación de la vigilancia en salud pública en el país, es necesario que cada nivel cumpla con sus responsabilidades. Esto garantizará la recolección sistemática de información sobre los eventos que afectan la salud de la población. A partir del análisis de esta información, las autoridades correspondientes podrán definir las acciones para contener o mitigar los efectos en la salud de las comunidades.

Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud deben garantizar los recursos financieros y humanos en su Plan Operativo Anual (POA) así como los mecanismos que le permitan cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad vigente.

El sistema de vigilancia debe tener asegurado su funcionamiento los siete días a la semana, durante los 365 días del año, que le permita identificar señales y alertas generadas por el sistema de alerta temprana SAT y responder a emergencias, brotes y epidemias de manera inmediata.

Los recursos financieros provienen de diferentes fuentes y deben cubrir las necesidades de funcionamiento habitual del sistema de vigilancia, así como para la atención de brotes y emergencias en salud pública en las primeras 48 horas, incluyendo el transporte de muestras según los lineamientos nacionales. Se recomienda que los recursos se apropien y reserven para asegurar el funcionamiento de la vigilancia y respuesta durante fines de semana y horario nocturno.

6.1 Talento humano

Para la operación del sistema de vigilancia, los profesionales o técnicos a cargo deben estar certificados por lo menos en cursos presenciales o virtuales realizados por el INS para la vigilancia en salud pública, el sistema de información para la vigilancia en salud pública (Aplicativo Sivigila), la gestión del riesgo colectivo o epidemiología de campo (niveles primera línea, intermedio o avanzado) y el curso de caja de herramientas para la Gestión del Riesgo en Salud Pública.

Es fundamental que las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental de acuerdo con la Resolución 1597 de 2025 aseguren la contratación y continuidad del talento humano en salud para la operación de los procesos de vigilancia en salud pública durante todas las semanas epidemiológicas del año, los siete días de la semana, para lo cual debe asegurar la contratación del talento humano. Para temporadas críticas de final e inicio de cada año, se sugiere emplear el escenario administrativo de vigencias futuras.

Las ET deben garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de la vigilancia en salud pública, en su jurisdicción.

El incumplimiento de esta garantía afecta la seguridad sanitaria territorial y nacional.

Este talento humano tiene a cargo acciones como:

- Revisión de la cobertura de la red de notificación.

- Divulgación de los protocolos de EISP y documentos técnicos relacionados.
- Continuidad del control de calidad y el análisis de la información recolectada.
- Búsquedas activas.
- Unidades de análisis de casos especiales.
- Respuesta a las alertas superinmediatas generadas por el SAT ante ESPII o EISP en eliminación, erradicación y control nacional, brotes y epidemias.
- Monitoreo y gestión de situaciones de salud.
- Modificación del riesgo mediante la investigación epidemiológica de campo o investigación de brotes.
- Gestión e implementación de la estrategia de vigilancia basada en comunidad en el territorio.

6.2 Equipos de Respuesta inmediata

Las entidades territoriales departamentales y distritales deberán conformar, mantener en alistamiento y desplegar los equipos de respuesta inmediata ante la ocurrencia de alertas, brotes, epidemias o potenciales ESPII o ESPIN. Los equipos de respuesta inmediata deberán estar conformados preferiblemente mediante acto administrativo y en concordancia con los procesos de gestión documental y de calidad de la entidad. El primer respondiente ante una situación de este tipo es el nivel municipal en articulación y concurrencia con el nivel departamental, cuya disponibilidad debe ser 24 horas por 7 días.

En algunos casos, la entidad territorial departamental debe solicitar la conformación de los equipos de respuesta inmediata (ERI) en los municipios de categorías especial, I, II y III. En los municipios categorías IV, V y VI, según la capacidad de respuesta, el departamento debe concurrir u obrar como primer respondiente. El INS asistirá la respuesta territorial de acuerdo con la valoración del riesgo y del nivel de respuesta que se establezca en una Sala de Análisis del Riesgo (SAR).

Estos equipos deben ser interdisciplinarios y pueden involucrar profesionales de otras dependencias de la institución que tengan experiencia en trabajo de campo, por ejemplo, de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, promoción y prevención, salud pública, salud ambiental, laboratorio de salud pública, comunicación del riesgo, programas de control en salud pública, promoción o integración social y líneas de trabajo del Plan Decenal de Salud Pública, entre otras áreas.

Estos ERI deben estar incluidos en el alistamiento semanal o mensual, según defina la entidad territorial en el cronograma que debe ser diligenciado en el formato (Anexo 1), y en el caso de requerir su desplazamiento, los profesionales deben estar disponibles para desarrollar las actividades de investigación de brote en terreno. La secretaría de salud, o quien haga sus veces, debe garantizar los medios para su funcionamiento y despliegue, esto incluye: el transporte, las comunicaciones, la seguridad de los equipos, los requisitos administrativos, la tecnología y los insumos de laboratorio, transporte de muestras según los lineamientos nacionales e internacionales vigentes, elementos de protección personal para mantener la seguridad de los equipos, garantizando la ejecución adecuada de la actividad.

Remitir la estructura de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) departamentales o distritales, junto con los datos completos del profesional responsable del mecanismo de respuesta inmediata y el acto administrativo de conformación de los ERI, a las direcciones electrónicas eri@ins.gov.co y lineamientosins@ins.gov.co, antes del 23 de enero de 2026 y una segunda entrega a más tardar el 19 de junio de 2026.

Se debe diligenciar el Anexo 2 con los profesionales de planta y los que tengan vinculación por contrato de prestación de servicios vigente en la fecha referida y que cumplan con los requisitos administrativos y legales para desplegarse a realizar las actividades de vigilancia en salud pública en caso de requerirse como ERI. Si se realizaran cambios en el equipo o en el profesional responsable, debe actualizar el anexo e informar inmediatamente por los mismos medios.

Adicionalmente la ET debe realizar actividades de inducción, entrenamiento y reentrenamiento continuo al talento humano en alistamiento para el ERI, así como el desarrollo de simulaciones (ejercicios de escritorio) o simulacros, según cronograma para tal fin.

6.3 Referentes de la vigilancia en salud pública

Las entidades territoriales departamentales y distritales deben asegurar la continuidad de la prestación del servicio de vigilancia en salud pública de los siguientes grupos de eventos:

- Enfermedades transmitidas por vectores
- Enfermedades transmitidas por agua o alimentos
- Infecciones respiratorias
- Zoonosis
- Enfermedades causadas por micobacterias
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud:
 - o Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD),
 - o Infecciones Asociadas a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ),
 - o Consumo de Antibióticos (CAB) y
 - o Brotes de IAAS
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Maternidad segura:
 - o Mortalidad materna
 - o Morbilidad materna extrema
 - o Mortalidad perinatal y neonatal tardía
- Lesiones de causa externa y salud mental
- Vigilancia nutricional
- Gestión del riesgo y respuesta inmediata
- Unidades de análisis de casos especiales
- Sistema de información para la vigilancia (Sivigila)

- Vigilancia de factores de riesgo ambiental
- Vigilancia basada en comunidad

De acuerdo con el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1597 de 2025 y conforme las directrices de la circular externa 0019 de 2017 del INS*, las entidades territoriales deben garantizar la infraestructura y talento humano necesarios para la gestión del sistema de vigilancia y la respuesta inmediata ante situaciones de emergencia. **A más tardar el 30 de enero de 2026 las secretarías departamentales y distritales de salud deberán remitir al correo lineamientosins@ins.gov.co el listado de talento humano disponible para cada grupo de eventos de vigilancia en salud pública** (Anexo 1). Se precisa que esta información no es equivalente a los ERI.

*Circular externa 0019 de 2017:

<https://www.ins.gov.co/Normatividad/Circulares/CIRCULAR%20EXTERNA%200019%20DE%202017.pdf>

6.4 Educación continuada

Los niveles departamentales y distritales deben garantizar procesos de inducción y re inducción en los eventos de interés en salud pública a los nuevos contratistas o trabajadores de salud que tendrán responsabilidades en las actividades de la vigilancia en salud pública, incluyendo aquellos del servicio social obligatorio y de los equipos básicos de atención. Se recomienda invitar a los equipos de los servicios de salud de las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, para que sean incluidos en los procesos de formación para la vigilancia en salud pública e identificación de alertas.

El Instituto Nacional de Salud, a través del Programa e-Vigila, dispondrá de cursos presenciales, virtuales o mixtos para el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y respuesta en salud pública. Para esto se cuenta con:

- Aulas virtuales, con cursos de autoaprendizaje en temas como: vigilancia en salud pública, gestión de riesgo en salud pública, sistema de información para la vigilancia

(Sivigila), específicos de vigilancia de eventos (malaria, intoxicaciones agudas, maternidad segura, accidente ofídico, entre otros).

Aula virtual 4.0. <https://aulavirtual.ins.gov.co/Formularios/Inicio/frmListadoCursos.aspx>

e-Vigiaula: <https://evigiaula.ins.gov.co/>

- Canal de YouTube: con cursos, seminarios o seminarios informativos de temas de interés para la Vigilancia en salud pública, como son el de análisis de datos o específicos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública.

<https://www.youtube.com/@EvigiaulaINS>

6.5 Curso básico en epidemiología de campo -Frontline

El Programa de entrenamiento en epidemiología de campo (*Field Epidemiology Training Program* – FETP, por sus siglas en inglés) del INS fortalece el talento humano en la vigilancia en salud pública en el país, a través de tres niveles de formación para la generación de capacidades para el análisis epidemiológico, divulgación de información, comprensión de mecanismos de gestión del riesgo y respuesta a emergencias en salud pública de orden nacional e internacional.

El **curso básico** en epidemiología de campo –**Frontline**- tiene como objetivo promover capacidades de análisis epidemiológico a los profesionales y técnicos de la salud pública, epidemiología o auditoría del nivel local (municipal, de instituciones de salud y EAPB) para mejorar y fortalecer la respuesta a la vigilancia de EISP, mediante el desarrollo de competencias para el análisis y la comunicación adecuada de la información de vigilancia en salud pública, para los tomadores de decisiones.

El **curso básico** en epidemiología de campo –**Frontline**- tiene dos modalidades:

1. Virtual durante 11 semanas con clases asincrónicas de autoaprendizaje y sesiones sincrónicas con tutor virtual.
2. Curso presencial con duración de 12 semanas, tres de ellas presenciales (una por mes).

En las dos modalidades, la duración estará entre 6 y 8 semanas, en el cual, el profesional en entretenimiento desarrolla los productos en su sitio de trabajo (entrenamiento en servicio) con el acompañamiento permanente del tutor.

Es necesario que la entidad territorial tenga profesionales previamente entrenados como tutores del nivel Frontline, para esto, el INS dispone de cursos sincrónicos o el curso de autoaprendizaje en la plataforma del aula virtual. Los tutores seleccionados para el entrenamiento deben ser preferentemente profesionales con posgrado en epidemiología o salud pública o demostrar experiencia en vigilancia en salud pública.

Los departamentos o distritos que ya cuentan con una base de tutores pueden solicitar la autorización al INS (correo: fetpcolombia@ins.gov.co y frontline@ins.gov.co) para la realización de una cohorte de formación en dicha entidad territorial. El INS realizará la supervisión para garantizar el cumplimiento de los contenidos.

Si la entidad territorial requiere apoyo para desarrollar el curso de epidemiología de campo Frontline, se debe enviar la solicitud firmada por el secretario de salud o director de la entidad, a la dirección electrónica frontline@ins.gov.co antes del 30 de enero de 2026 donde se especifique:

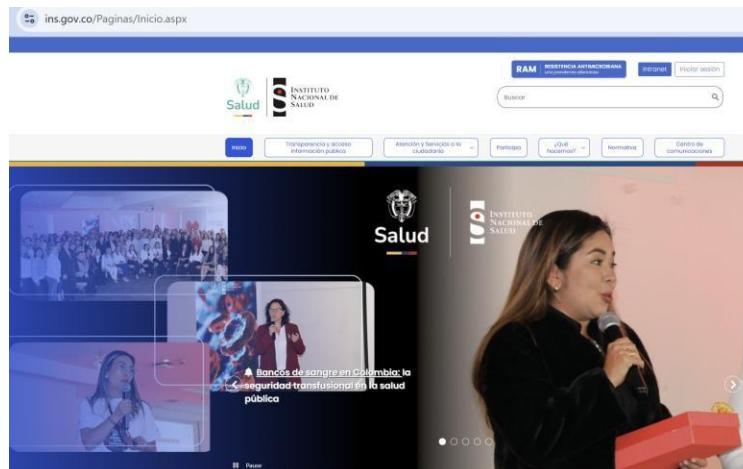
1. Modalidad del curso (presencial o virtual)
2. Número de tutores entrenados para Frontline en la entidad territorial
3. Garantía de la logística del curso (auditorio, alimentación, entre otros). En caso de que se requiera, la entidad territorial debe garantizar los gastos de desplazamiento de los tutores del INS.
4. Número de personas a entrenar
5. Permiso y compromiso de los estudiantes a terminar el curso.
6. Describir cómo la entidad territorial garantizará que el 100% de los estudiantes culminan el curso.

La solicitud será analizada para viabilidad y posible programación de acuerdo con el calendario de actividades del segundo a cuarto trimestre de 2026.

6.6 Gestión documental

A continuación, se relacionan documentos de consulta frecuente para la operación de la vigilancia en salud pública en el país, a ellos se puede acceder a desde la página web del Instituto Nacional de Salud.

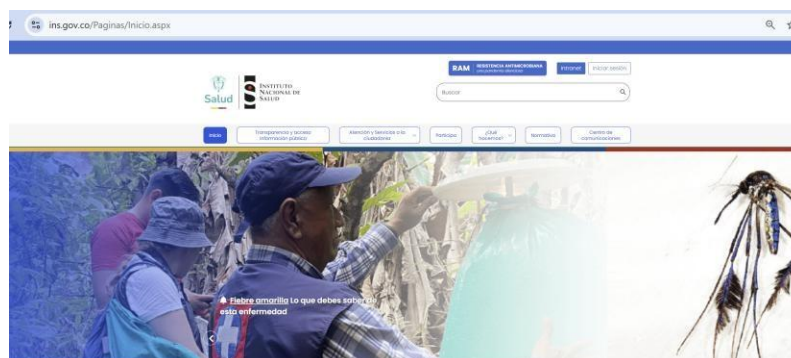
Figura 1 Página web Instituto Nacional de Salud – Sección inicio



(www.ins.gov.co).

Ingresa por la opción ¿Qué hacemos? y elegir “Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública”

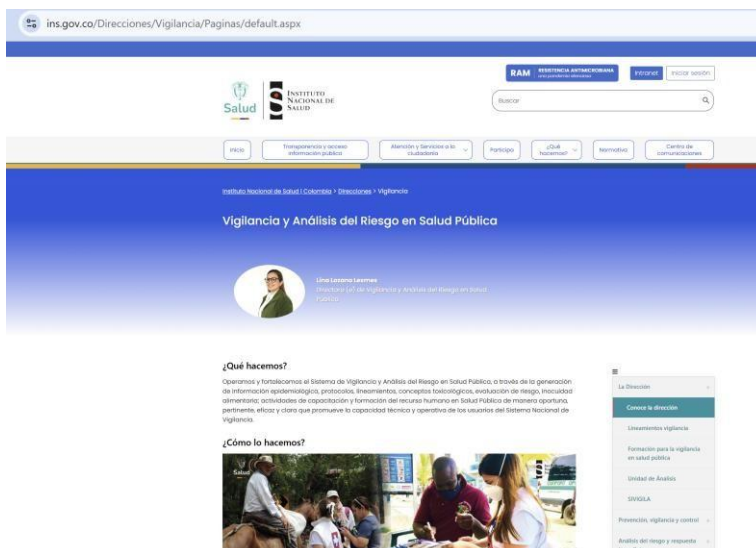
Figura 2 Página web Instituto Nacional de Salud



En el menú que aparece en la parte derecha, elegir la opción que requiera dependiendo el tipo de documentos a consultar (lineamientos vigilancia, formación de talento humano, unidad de

análisis o Sivigila). Al elegir cada una de las opciones aparecerá la descripción general y los documentos de apoyo respectivos.

Figura 3 Página web Instituto Nacional de Salud - Sección ¿Qué hacemos?

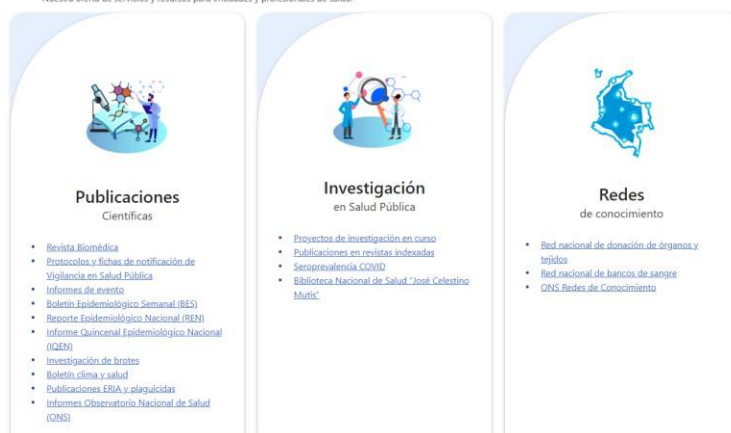


Para acceder a fichas de notificación, protocolos de los eventos de interés en salud pública, boletines epidemiológicos y otras publicaciones, se puede ingresar por la página web del INS (www.ins.gov.co) y en la parte inferior en la opción “servicios y recursos” de la página elegir la opción que requiera:

Figura 4 Página web Instituto Nacional de Salud - Sección servicio y recursos

Servicios y recursos

Nuestra oferta de servicios y recursos para entidades y profesionales de salud.



Se recomienda publicar, o enlazar estos documentos en la página web institucional de las entidades territoriales y asegurar que los actores del sistema de vigilancia los ubiquen, identifiquen, conozcan y usen. También se debe verificar que no se mantengan publicadas versiones anteriores a las actuales, que pueden confundir la operación del sistema.

Los documentos para la operación técnica de Sivigila los puede consultar en el siguiente enlace:

<https://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/OperacionEstadistica.aspx>

- Metodología de la operación de “estadísticas de vigilancia de eventos de salud pública”: es el documento con la metodología para recopilar, analizar, interpretar, actualizar, divulgar y evaluar sistemática y oportunamente la información sobre eventos en salud para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

<https://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/OperacionEstadistica.aspx>

- Codificación y reglas de validación de contenido para el ingreso de los eventos de interés en salud pública nacional en el aplicativo Sivigila: documento con la tabla de codificación y validación de contenido para los eventos de vigilancia en salud pública del nivel nacional, guía para la notificación e ingreso de los eventos al aplicativo.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/codificacion-de-evento-Sivigila-2025-v.pdf>

- Diccionario de datos Sivigila 2018 – 2020: es el documento con las indicaciones de la estructura para los registros para notificación de datos de eventos de interés en salud pública, desde el flujo y estructura de archivos planos, la estructura de datos básicos y complementarios para notificación individual.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/diccionario-datos-basicos-Sivigila.pdf>

- Manual del usuario del sistema - aplicativo Sivigila: es una guía práctica y sencilla para que los funcionarios responsables de los procedimientos del subsistema de información en salud pública estén en capacidad de operar el sistema aplicativo Sivigila escritorio o web, diseñado para facilitar el procesamiento, reporte y análisis de los datos generados por las fichas de notificación de los eventos objeto de vigilancia y control en salud pública.

- **Portal Sivigila 4.0:** <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-del-usuario-Sivigila-4-0.pdf>

- **Sivigila escritorio:** <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-Sivigila.pdf>

- Fichas de caracterización: son instrumentos que describen las características de las UPGD y UI, con los datos de capacidad instalada de las entidades que ingresan al sistema de vigilancia, acompañado de una ficha específica para aquellas entidades que notifican IAAS y resistencia antimicrobiana, que contienen variables específicas para la notificación de estos eventos.

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

- Protocolos de vigilancia: documento estándar para la vigilancia de cada uno de los eventos de interés en salud pública.

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

- Manuales, guías y procedimientos para obtención, toma, envío y procesamientos de muestras de laboratorio para eventos de interés en salud pública: son documentos técnicos elaborados por el INS, quien, como autoridad científico técnica nacional en salud, tiene la responsabilidad de actuar como laboratorio de referencia nacional y coordinar técnicamente la red nacional de laboratorios de salud pública. Estos estandarizan y garantizan la calidad, eficiencia y eficacia de los procedimientos diagnósticos de laboratorio que apoyan la vigilancia y control en salud pública.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Manual-toma-envio-muestras-ins.pdf>

- Fichas de notificación: son los registros físicos utilizados para recolectar de manera estandarizada la información mínima de los casos de eventos de interés en salud pública. Estas fichas contienen la información a ser ingresada en la herramienta del sistema de información (suite de Sivigila 4.0). Para la notificación individual existen dos clases, las fichas de datos básicos, que es común a todos los eventos, y la ficha de datos complementarios, que es específica para cada evento. Para la notificación colectiva existen fichas específicas para IRA, EDA, ETA, IAAS y consumo de antibióticos.

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

- Fichas especiales: en esta categoría se encuentran los registros para apoyar el proceso de vigilancia, aquí se encuentra las fichas de solicitud de laboratorios (también llamadas “cara C”), ficha de vigilancia de la rabia por laboratorio y ficha de rabia animal.

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

- Monitoreo especial de eventos de vigilancia en salud pública no transmisibles: tiene por objeto fortalecer las capacidades del sistema de vigilancia en salud pública para la identificación y valoración del riesgo individual de eventos de interés en salud pública no transmisibles, incluidos eventos en salud mental, lesiones de causa externa y maternidad segura, generando información que permita implementar una respuesta oportuna y adecuada ante el evento.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/No-Transmisibles.aspx>

- Detección de comportamientos inusuales de defectos congénitos: describe un modelo de monitoreo de comportamientos inusuales o conglomerados de defectos congénitos para identificar incrementos en la frecuencia del evento en comparación con el número de casos esperados para un territorio en un periodo determinado.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Documento%20Monitoreo%20de%20conglomerados%20de%20DC.pdf>

- Análisis de indicadores para la vigilancia de eventos de interés en salud pública: es el documento guía para los referentes técnicos tanto de los niveles territoriales como del nacional, para el monitoreo y evaluación de la gestión relacionada con el cumplimiento de los procesos definidos para la operación del sistema en el territorio nacional.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/analisis-de-indicadores-para-la-vigilancia.pdf>

- Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública. La Dirección de Vigilancia en Salud Pública y Análisis del Riesgo del INS recopiló su experiencia en la preparación y respuesta a distintos eventos de interés en salud pública; esta caja de herramientas será un insumo fundamental para que los territorios continúen con la implementación del modelo de gestión del riesgo en salud pública.

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/abc-gestion-del-riesgo-colectivo.aspx>

- Caja de herramientas de fiebre amarilla: recopila documentos e instrumentos de apoyo para el abordaje de los casos probables de fiebre amarilla.

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/fiebre-amarilla-datos-ciencia-prevencion.aspx>

- Manual de Búsqueda Activa Institucional: que implementa la metodología mediante la fuente de información RIPS de acuerdo con criterios establecidos. Incluye anexo con la matriz para sistematizar los resultados de la búsqueda.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>

- Metodología para el análisis de problemas: documento metodológico de apoyo para identificar las principales situaciones que están alrededor de la aparición y desenlace de un evento de interés en salud pública.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/metodologias-para-el-analisis-de-problemas.pdf>

- Manual para la vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas: describe las recomendaciones para la correcta notificación si se cumple con la definición de caso de acuerdo con el protocolo. También incluye la guía de clasificación por grupo y por código, el algoritmo de manejo de las alertas y las características principales de las sustancias más implicadas en intoxicaciones agudas.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>

- Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados: documento para orientar la realización de las unidades de análisis, para la clasificación final de los eventos y la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia.

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

- Manual de usuario módulo maternidad segura: documento que proporciona una guía completa sobre el funcionamiento del Módulo de Unidades de Análisis del sistema Sivigila
- 4.0, dirigido a todos los usuarios que realizan acciones en todo el ciclo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna a nivel nacional, departamental, distrital, municipal y unidades primarias generadoras de datos.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-usuario-bai-maternidad.pdf>

- Instrumento de autopsia verbal: La autopsia verbal se aplicará a todos los casos de muerte materna que ocurran extra institucionalmente y cuando no se conozca la causa de muerte. Se tiene en cuenta el relato del conviviente de la madre con respecto a sus condiciones

médicas, lo que permite identificar posibles signos y síntomas presentados por la gestante hasta su fallecimiento para establecer posibles causas de muerte.

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/550_MM_Autopsia_Verbal.pdf

- Instrumento de entrevista familiar: es una actividad extramural realizada por un profesional con experiencia en su manejo técnico y en el abordaje del duelo familiar en toda muerte materna.

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/550_MM_Entrevista_Familiar.pdf

- Vigilancia Basada en Comunidad- Generalidades.

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-alerta-temprana-comunidad.pdf>

<https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-2-alerta-temprana.pdf>

- “Manual del usuario del GeoVisor Sivigila y procedimiento de geocodificación de casos de eventos de interés en salud pública”.

<http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/SiteAssets/Paginas/Factores-de-Riesgo-Ambiental/Manual%20Geovisor%20-%20Procedimiento.pdf>

- Documento de Ajustes en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública: orienta a los usuarios del subsistema de información para la vigilancia en salud pública, sobre el correcto uso de los ajustes disponibles para modificar los registros notificados.

<https://portalSivigila.ins.gov.co/Documentos%20compartidos/Documento%20ajustes%20Sivigila.pdf>

- Micrositio de enfermedades emergentes: este es un espacio donde se divulgan documentos técnicos de apoyo a la gestión de la vigilancia, respuesta y actividades de laboratorio para eventos emergentes y reemergentes, o aquellos que han sido declarados Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional o Nacional, así como descripción general de estos eventos. Adicionalmente se pueden encontrar los comunicados técnicos generados para el abordaje en salud pública ante un evento específico.

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedades-emergentes.aspx>

- Caja de herramientas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. esta estrategia educativa permite fortalecer las capacidades del talento humano en vigilancia en salud pública a nivel local y regional para el manejo de las IAAS, contine diversas herramientas como fichas ilustrativas, estudios de caso, presentaciones interactivas y biblioteca digital.
<https://view.genially.com/66a81e81de20f24a4887af22/presentation-caja-de-herramientas-ins-v2>
- Instructivo de búsqueda activa institucional por laboratorio para IAD: documento que establece el procedimiento para la búsqueda activa institucional por laboratorio (BAI), como estrategia para la detección de infecciones asociadas a dispositivos (IAD) en las unidades de cuidado intensivo que se encuentran en riesgo de silencio epidemiológico en el sistema de vigilancia en salud pública Sivigila. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/INSTRUCTIVO%20BAI%20POR%20LABORATORIO%20IAD%2003082023.pdf>
- Instructivo de búsqueda activa institucional para IAPMQ: documento guía en el cual se establecen las actividades para realizar la búsqueda activa institucional a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), en aquellas UPGD en las que se evidencia un subregistro o riesgo de silencio epidemiológico sostenido para IAPMQ.
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo%208.%20Instructivo%20BAI%20local-IAPMQ.pdf>
- Formato de Búsqueda activa comunitaria y formato de curva epidémica para el evento de varicela.
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx#InplviewHash53b394d9-1b59-4486-827a-d52877de1891=Paged%3DTRUE-p GroupCol1%3DTuberculosis->

[FolderCTID%3D0x012001-PageFirstRow%3D61-WebPartID%3D%7B53B394D9--1B59--4486--827A--D52877DE1891%7D](#)

- Tableros de control de eventos de interés en salud pública: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

6.7 Acompañamiento territorial

Las entidades territoriales departamentales y distritales deben realizar asistencia técnica a los integrantes del SGSSS de su jurisdicción en asesoría o seguimiento al cumplimiento de los protocolos, lineamientos y manuales de vigilancia en salud pública, la calidad en el diligenciamiento de las fichas correspondientes, la recolección de muestras y la realización de las pruebas de laboratorios de su competencia, la investigación epidemiológica de campo, la búsqueda activa institucional, la notificación negativa, el uso correcto del sistema de información (suite Sivigila 4.0) y de los procesos de análisis, incluyendo el uso adecuado del aplicativo web UACE, la divulgación de la información y la gestión del riesgo en salud pública. Las entidades deben contar con un plan de actividades que se pueda verificar durante los procesos de asistencia técnica del nivel nacional.

Las entidades territoriales deben realizar seguimiento a las acciones de vigilancia desarrolladas en su jurisdicción, por medio de la medición de los indicadores descritos en los protocolos de vigilancia en salud pública u otras herramientas dispuestas para tal fin como el documento de medición de indicadores, con las cuales se evaluará el proceso en sus territorios y se determinarán acciones que minimicen el impacto del incumplimiento que se pueda presentar. Uno de los instrumentos para este proceso es el informe departamental de retroalimentación del sistema de vigilancia y su análisis en el nivel municipal. Dichas acciones serán realizadas por las entidades territoriales dando cumplimiento a sus obligaciones definidas en la normatividad vigente.

La entidad territorial departamental debe realizar seguimiento del cumplimiento de indicadores de los protocolos de vigilancia en los municipios, incluyendo las metas de notificación de determinados eventos como sarampión, parálisis flácida aguda o síndrome de rubéola congénita, así como la notificación negativa semanal, la notificación de EDA e IRA colectiva, el reporte mensual de IAAS y CAB, entre otros.

La entidad territorial departamental o distrital debe integrar al laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, en consonancia con los lineamientos definidos por la Red Nacional de Laboratorios y el MSPS.

7. Insumos requeridos para la operación de la vigilancia y ejecución de los lineamientos

7.1 Equipos

Para la operación de los subsistemas de información y análisis y divulgación se requiere de insumos mínimos para la implementación de los mecanismos dispuestos por el INS para recolección y consolidación de información, y para la comunicación de las situaciones de los eventos de interés en salud pública.

Para operar adecuadamente el sistema de información para la vigilancia Sivigila 4.0, se requieren los siguientes elementos mínimos:

- Ambiente Windows, Mac o Linux u otro sistema operativo preferiblemente con las últimas versiones disponibles.
- Explorador de internet: se recomienda Google Chrome, Mozilla Firefox o Microsoft Edge.

Si el usuario se conecta a través de computadores de mesa o escritorio, el equipo deberá contar con las siguientes características mínimas:

- CPU con procesador de 1.5GHZ o superior

- Memoria 4GB o superior
- 64 GB Libres de espacio en disco
- Video con resolución mínima de 1024*768.
- Acceso a internet con ancho de banda 5Mb o superior

Si el usuario se conecta a través de otro dispositivo que no sea un PC o portátil, en ese caso celular o tableta, este debe tener mínimo las siguientes características:

- Sistema operativo Android superior a la versión 7 o Sistema operativo IOS superior a la versión 12 (para el caso de los iPhone)
- Memoria RAM del dispositivo que soporte la versión del S.O. enunciada
- Espacio mínimo en el teléfono o Tablet 32GB
- Acceso a internet con ancho de banda 5Mb o superior

Recursos de procesamiento y análisis: el acceso a recursos de software para el proceso de depuración y análisis de la información generada mediante la vigilancia está asociado con la utilización de herramientas informáticas de acceso libre o licenciadas para optimizar al máximo la información generada y producir datos valiosos para la toma de decisiones.

Telecomunicaciones: es necesario que los departamentos y distritos con sus respectivas redes de VSP (municipios e IPS), cuenten con acceso a servicios de internet para facilitar la transferencia de información inmediata o rutinaria generada posterior a la identificación de casos de eventos de interés en salud pública, así como a equipos de comunicación permanente tales como móviles, radioteléfono o teléfono, especialmente en aquellos territorios donde la conectividad es débil por falta de la prestación del servicio.

El sistema de vigilancia en una UPGD o UNM debe tener mecanismos alternativos de reporte ante la dificultad de utilizar el aplicativo Sivigila directamente en sus tres versiones disponibles, como el caso del fax, teléfono, radioteléfono u otro medio que permita dar conocimiento de los eventos de interés en salud pública presentes en un territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto la red nacional de telecomunicaciones del CNE, que se constituye en una herramienta tecnológica para la comunicación de riesgos o eventos que puedan constituirse en emergencias de interés en salud pública de importancia internacional, en el marco del RSI (2005), la cual debe garantizar un servicio permanente las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Para unificar las directrices de uso de las tecnologías, a través de los "Lineamientos para el buen uso de las tecnologías de la información y la comunicación - TIC de la red nacional de telecomunicaciones del Centro Nacional de Enlace - CNE-, para la Vigilancia en Salud Pública, el Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, otros Programas de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud", se deben seguir las instrucciones definidas en la Circular 030 de 2018 del MSPS

Laboratorio: la operación de la vigilancia requiere que los laboratorios de salud pública departamentales cuenten con los elementos para la obtención, procesamiento, embalaje y envío de muestras de aquellas pruebas que no están incluidas en la atención integral del paciente por el asegurador o de aquellas que correspondan a eventos de interés en salud pública y que no tengan capacidad o según el protocolo sea necesario realizar ensayos especializados en el Laboratorio Nacional de Referencia u otros laboratorios de referencia disponibles. Hay que tener presente que, en los últimos años gracias al fortalecimiento de la red, se han transferido varias tecnologías a los LDSP y sobre todo con la pandemia se cuenta con fortalecimiento en biología molecular (RT-PCR) que puede ser ampliada para los otros diagnósticos virológicos en todo el país.

8. Descripción

El proceso de VSP articula la recolección de datos, el análisis, la interpretación y la divulgación de información, de acuerdo con las características propias de los eventos a vigilar, las condiciones epidemiológicas, las posibilidades del desarrollo de intervenciones de control, prevención y atención de cada sector y entidad territorial.

En la Figura 5 se describen los cinco subsistemas que integran la VSP del país con los respectivos lineamientos requeridos en cada uno de ellos. En el caso del subsistema de intervención, se delimita a las acciones realizadas en la fase inicial de la investigación de campo para el control de la situación y está ligado al sistema de gestión del riesgo de eventos, brotes, epidemias y emergencias en salud pública.

Figura 5 Componentes del sistema de vigilancia en salud pública de Colombia



9. Subsistemas de la vigilancia en salud pública

9.1 Subsistema de información

El subsistema de información Sivigila soporta la estrategia de notificación de casos, establecida en el Decreto 780 de 2016 (2) (Artículo 2.8.8.1.2.7 *Sistema de información* y Artículo 2.8.8.1.2.8 *Flujo de información*), en el cual se definen los diferentes niveles del flujo de información y las responsabilidades de los actores. Para garantizar el funcionamiento del subsistema se requiere de la definición de aspectos puntuales a organizar desde los actores hasta los mecanismos y flujos de transferencia.

9.1.1 Caracterización de la red de operadores

Los operadores del sistema son las UPGD y las Unidades Informadoras. La Unidad Primaria Generadora de Datos - UPGD es “la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila”. Estas unidades pueden ser las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, los laboratorios clínicos y de citohistopatología, los bancos de sangre, los bancos de órganos y componentes anatómicos, las unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector o de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos.

Las UPGD tienen como parte de sus responsabilidades “realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia”, así como “notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de VSP”.

En el mismo nivel primario del flujo de información están las Unidades Informadoras (UI). Esta clase de operador no fue establecida en el Decreto 3518 de 2006 ni en el Decreto 780 de 2016, sin embargo, ha sido adoptada por el INS para diferenciar los operadores que son objeto de seguimiento al cumplimiento en la notificación semanal (UPGD), de quienes solo reportan de forma esporádica teniendo en cuenta sus características. La ausencia de su reporte no constituye bajo nivel de gestión y no deben emitir notificación negativa de manera semanal. Entre las UI están los prestadores de servicios de salud con baja producción de servicios o con oferta de especialidades donde la probabilidad de captar uno de los eventos de interés es baja.

La caracterización de cada prestador de servicios de salud en el departamento o distrito define si corresponde o no a una de las dos categorías, de lo contrario puede mantenerse en observación para su posterior inclusión.

Los lineamientos 2026 sobre los operadores son:

Las UNM, UND, laboratorios de salud pública, EAPB nacionales y sus respectivas regionales, quienes deberán cumplir con la estructura en su caracterización y configuración definida en la Figura 6.

- Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que todos los nuevos prestadores que sean habilitados para prestar servicios de salud en su territorio sean visitados para su caracterización, establecer su clasificación en el sistema, capacitarlos en el subsistema de información de Sivigila e iniciar el proceso de notificación correspondiente.
- Las IPS especializadas no están excluidas del proceso de notificación dado que son potenciales captadores de eventos de interés en salud pública. Estas IPS deben ser caracterizadas e incluidas como UPGD o UI. En esta categoría se incluyen las IPS que ofrecen programas de atención a personas con VIH, con enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades huérfanas o enfermedades crónicas transmisibles (tuberculosis, hepatitis, etc.) y los centros de excelencia, entre otras.
- Los consultorios de médicos especialistas deben ser caracterizados e incluidos en la red de operadores de Sivigila para asegurar la detección oportuna de los eventos relacionados con su práctica. Con la aplicación Sivigila 4.0, estos consultorios podrán hacer notificación más oportuna de eventos como enfermedad de Chagas, enfermedades huérfanas, cáncer infantil, entre otras.
- Las IPS de servicios domiciliarios deben ser caracterizadas en la red como UPGD o UI, considerando que durante la prestación de servicios de salud extramurales se pueden identificar eventos de interés en salud pública los cuales deben ser notificados al sistema de vigilancia acorde con los procedimientos establecidos.
- Los servicios subcontratados con otro prestador al interior de una IPS, que detecten eventos de interés en salud pública, deben constituirse como UPGD o UI y caracterizarse con su respectivo código de habilitación cuando actúen de forma independiente del prestador donde están funcionando, como en el caso de las UCI neonatales, pediátricas o adultos, que son

una fuente importante para la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, así como las unidades de diálisis. En el caso que el servicio subcontratado esté integrado en el proceso de reporte, según lo evaluado en la caracterización, no se considerará necesario.

- En el caso de constituir modelos de redes integradas, cada unidad de atención será caracterizada como UPGD o UI, según sea el caso. El INS determinará el mecanismo mediante el cual se crearán sus codificaciones. Esto se utilizará también en el caso de las redes de USPEC, Fuerzas Militares y Policía Nacional.
- Los equipos básicos de atención en salud generalmente están adscritos o hacen parte de una IPS o alianza entre IPS. Estos equipos notifican utilizando como base la institución de la que hacen parte. Si no, deben ser caracterizados.
- En el caso de cambio de nombres o división de una IPS, debe actualizarse el registro de UPGD o UI, y realizar los ajustes para acceder al Sivigila.
- Sí bien, en el Sistema de Vigilancia SIVIGILA se encuentran caracterizadas las Unidades Especiales de ICBF para la notificación del evento desnutrición aguda en menores de 5 años, debido a cambios y estructuración del ICBF realizarán notificación bajo esta figura la modalidad de atención y prevención de la desnutrición compuestos por: Recuperación Nutricional en el Hogar (RNH), Centro de Recuperación Nutricional Comunitario (CRNC), Unidades de Recuperación nutricional Comunitarias (URNCI) y Servicio Integrado de Atención y prevención de la Desnutrición (SIAPDNT)

Los cambios y la operación de esta entidad en Sivigila para el año 2026 se detallan a continuación:

- a) Las denominadas "Unidades especiales ICBF" en Sivigila que incluye la notificación bajo esta figura la modalidad de atención y prevención de la desnutrición compuestos por: Recuperación Nutricional en el Hogar (RNH), Centro de Recuperación nutricional comunitario (CRNC), Unidades de Recuperación nutricional Comunitarias (URNCI) y Servicio Integrado de Atención y prevención de la Desnutrición (SIAPDNT), caracterizados en Sivigila de la siguiente manera: Cod Departamento + Cod Ciudad capital + 9 de Unidad informadora + Complemento + Subíndice Ejemplo: 15 + 001 + 9 + 9999 + 76.

- b) Los Centros de Recuperación Nutricional, que anteriormente notificaban con los parámetros establecidos en su momento ahora realizarán la notificación bajo el código establecido para las Unidades Especiales del ICBF, como se menciona en el ítem anterior.
- c) La notificación del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años por parte de la Dirección de Nutrición del ICBF se realizará bajo el código establecido para las Unidades Especiales del ICBF. El líder regional del ICBF será el responsable del usuario y clave para el ingreso al Sivigila 4.0.
- Para las denominadas “UPI ICBF CZ XX” de la Dirección de Primera Infancia del ICBF, el líder del Centro Zonal de cada entidad territorial será el responsable de la administración del usuario y la clave de acceso al sistema Sivigila 4.0.
- Las denominadas “ICBF Modelo Propio de Atención” el cual involucra diferentes direcciones del ICBF, realizan la notificación al Sivigila del evento de desnutrición aguda de menores de 5 años, captando actualmente eventos presentados en el Pueblo Wayuu de la Guajira. El líder de cada centro zonal será el responsable de la administración del usuario y la clave de acceso al sistema Sivigila 4.0.
- Respecto a las nuevas direcciones del ICBF (diferentes a la Dirección de nutrición o a la Dirección de primera infancia) que soliciten ser parte del sistema de vigilancia de salud pública SIVIGILA, se realizarán reuniones de articulación, mesas de trabajo y acciones respectivas desde nivel nacional, para posteriormente brindar las orientaciones a las entidades territoriales departamentales y distritales.

Figura 6 Guía rápida para la caracterización de unidades notificadoras en Sivigila

Guía rápida para la caracterización de Unidades Notificadoras en Sivigila

UND	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para ET departamentales
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
UNM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para ET municipales
						0	0	0	0	0	0	0	
ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS Y/O CARCELARIOS	1	2	3	4	5	ID. ERON o asignado por ET 00 en todos los casos							Subíndice exclusivo para establecimientos penitenciarios y/o carcelarios
						6	7	8	9	10	11	12	
						ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y/O CARCELARIO							
	Cod. Municipio DANE					Código de habitación en salud o asignado por ET					Subíndice		
UPGD o UI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice para identificar el número de sede de una UPGD o UI
	1	1	0	0	1	1	2	3	4	5	0	1	
	Cod. Depto DANE					Código de habitación en salud o asignado por ET							
EAPB	1	2	3	4	5	ASEGURADORA (EAPB)							Subíndice exclusivo para EAPB
						9	8	7	6	5	4	3	
						1. Contribuyente 2. Subscrito 3. Especial 4. Excepción							
						Régimen Código EAPB							
UE ICBF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para UE ICBF
						9	9	9	9	9	7	6	
UPI ICBF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para UPI ICBF
						9	8	7	6	5	4	3	
ONG - CN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para ONG
						9	9	9	9	9	9	0	
ONG - CET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para ONG
						9	9	9	9	9	9	0	
UNIDADES SIN CÓDIGO DE HABITACIÓN EN SALUD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
						9	9	9	9	9			
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para FM Ejército Nacional de Colombia
						8					8	0	
POLICÍA NACIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Subíndice exclusivo para FM Armada de Colombia
						8					8	1	
						8					8	2	
						7							

Definiciones:

INS: Instituto Nacional de Salud
UND: Unidad Notificadora Departamental
UNM: Unidad Notificadora Municipal
EAPB: Entidad Administradora de Plan de Beneficios
ONG - CN: Organización No Gubernamental con circunscripción nacional

FM: Fuerzas Militares
ET: Entidad Territorial
UPGD: Unidad Primaria Generadora del Dato
UI: Unidad Informadora

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
UE ICBF: Unidad Especial del ICBF
UPI ICBF: Unidad de Primera Infancia del ICBF
ONG - CET: Organización No Gubernamental con circunscripción en una sola ET

Valor estándar definido por el INS

- Las UPGD que realizan vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud deben realizar continuamente la actualización de aperturas y cierres de los servicios objeto de la vigilancia para IAD, IAPMQ y CAB, en la caracterización de UPGD en la ficha de

caracterización en la plataforma de Sivigila 4.0, esta actualización deberá ser verificada mensualmente por el referente de IAAS de la Entidad Territorial y será sujeto de seguimiento por el equipo IAAS del INS.

El mantenimiento del sistema implica visitas rutinarias de inspección, vigilancia y control por parte de la secretaría departamental o municipal de salud (según competencias) para verificar la correcta operación del sistema en las instituciones. También se verifica si cada institución caracterizada continúa activa en el sistema, es decir, prestando servicios de salud en los que se pueden identificar la presencia de eventos bajo vigilancia.

Los lineamientos del 2026 hacen énfasis en la necesidad y obligación de realizar un seguimiento continuo a la caracterización de las instituciones bajo la jurisdicción de cada entidad territorial. Esta caracterización debe estar actualizada y reflejarse en la tabla de UPGD que se genere de los sistemas de información en operación.

En el primer trimestre de 2026 se hará entrega del nuevo listado de potenciales operadores teniendo en cuenta aquellos que no fueron verificados en años anteriores o que una vez se determinó que eran UPGD o UI no fueron caracterizados en el Sivigila, esto con el fin de tener la red actualizada. En caso de que se detecten potenciales operadores que no estén en el listado inicial, podrán ser incorporados a la red

Ante cualquier duda sobre la caracterización y notificación de las UPGD o UI, la entidad territorial puede comunicarse a través de los canales virtuales (Sivigila@ins.gov.co o ayudaSivigila@ins.gov.co), escritos, presenciales o telefónicos creados por el INS en la página institucional (www.ins.gov.co).

Las EAPB deben garantizar que su red de prestadores notifique los eventos de interés en salud pública. La EAPB puede informar a través de Sivigila@ins.gov.co sobre la detección de instituciones prestadoras que no se encuentran en Sivigila. Algunas veces las EAPB en sus contratos con la red de instituciones incluyen cláusulas sobre la vigilancia.

La unidad notificadora departamental o distrital debe reportar mensualmente al INS el proceso de actualización y verificación de su red de operadores del sistema de vigilancia.

Todas las UPGD, UI, UNM o UND deberán actualizar la caracterización de las unidades en el sistema de información. Así mismo, se deberá garantizar que las visitas de verificación de los potenciales operadores queden registradas y que los soportes de las visitas sean cargados en el SIVIGILA 4.0, en dicha opción del menú, cumpliendo con los parámetros de calidad, completitud y consistencia en la información.

La verificación del proceso potenciales operadores pueden ser priorizadas por la entidad territorial, teniendo en cuenta aquellas con alta probabilidad de ser UPGD, garantizando el cumplimiento del 100% de visitas a operadores al finalizar el año. En caso de que la entidad territorial identifique otros operadores diferentes a los enviados en el listado entregado al inicio del año, podrá incluirlos, sin embargo, deberá informar al INS sobre las nuevas visitas y enviar mediante correo electrónico los soportes correspondientes, para ser incluidos en la medición del cumplimiento del indicador.

La evaluación trimestral que mide el avance de la clasificación de nuevos operadores se realizará de forma incremental, así:

- Primer trimestre (plazo máximo 27 de marzo): se debe hacer la clasificación de al menos el 10% de potenciales operadores.
- Segundo trimestre (plazo máximo 17 de julio): se debe hacer la clasificación de al menos el 40% de potenciales operadores.
- Tercer trimestre (plazo máximo 9 de octubre): se debe hacer la clasificación de al menos el 70% de potenciales operadores.
- Cuarto trimestre (plazo máximo 25 de diciembre): se debe hacer la clasificación del 100% de potenciales operadores.

Las entidades territoriales deberán garantizar que todas las UPGD que cuenten con sala de partos, hospitalización, servicios quirúrgicos, unidad de cuidado intensivo (adulto, pediátrica y neonatal) estén caracterizadas en el Sivigila y diligencien la ficha de caracterización UPGD-UI-datos complementarios con el fin de realizar la vigilancia de las IAAS. Así mismo deberán realizar seguimiento continuo y actualización de la caracterización durante el año en caso de cierre de los servicios vigilados.

Ante nuevas redes de ONG, que operen a nivel nacional, que ofrezcan servicios de salud incluso en escenarios de emergencia y que no han ingresado al Sistema de Vigilancia o cuando corresponde a una nueva sede de una ONG con operación nacional, se debe establecer directamente comunicación con el INS, para gestionar reuniones e iniciar mesas de trabajo en aras de su caracterización e inclusión en el sistema.

Escenario 1. ONG con circunscripción nacional

Para las nuevas ONG, estas deben manifestar su interés al INS, de tal forma que se realicen reuniones de articulación y verificación de actividades y posteriormente con el acompañamiento de las entidades territoriales donde se encuentren ubicadas las Organizaciones se continuará el proceso, por lo cual se generará el código con orientación del INS.

---	---	9	---	90
Cod Dpto	Cod Municipio	UI	Listado interno del INS- ONG	Para todas las ONG

Escenario 2. ONG con circunscripción en sólo una entidad territorial

Si la ONG presenta operación circunscrita a sólo una entidad territorial, deben coordinar con la respectiva Secretaría de salud la articulación de verificación de actividades, para posteriormente generar la asignación del código, de acuerdo con el consecutivo interno de la entidad, teniendo en cuenta las siguientes características:

---	---	<u>9</u>	---	<u>90</u>
Cod Dpto	Cod Municipio	UI	Consecutivo interno ET	Subíndice para todas las ONG

9.1.2 Sistema de información Sivigila 4.0

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila 4.0 es la plataforma tecnológica desarrollada por el Instituto Nacional de Salud (INS) para la gestión integral de la información relacionada con los eventos de interés en salud pública en Colombia. Su propósito es fortalecer la oportunidad, calidad y trazabilidad de los datos notificados desde las diferentes unidades primarias generadoras de información, permitiendo una respuesta más efectiva ante situaciones que afecten la salud colectiva.

Sivigila 4.0 se estructura como una suite de software, es decir, un conjunto integrado de aplicaciones que operan de manera articulada para soportar los procesos de vigilancia en todas sus fases: captura, validación, análisis, visualización y retroalimentación de la información. Esta suite incluye módulos especializados que facilitan el registro de los eventos, la interoperabilidad con otros sistemas institucionales, el seguimiento de alertas, la generación de tableros analíticos y la comunicación entre los diferentes niveles de la operación. **Figura 7**

Figura 8 Diagrama de la suite de software



Para la vigencia del 2026 se determinaron las siguientes consideraciones que para la operación del sistema:

- Toda la red de operadores (UNM, UPGD y UI) definida y activa en cada uno de los 32 departamentos y 6 distritos, que cuenten con la capacidad tecnológica definida para operar Sivigila 4.0, deberán realizar la notificación a través de este sistema.
- Los municipios que dentro de su red de operadores cuenten con unidades (UPGD/UI) que no pueden realizar la notificación a través de Sivigila 4.0, deberán consolidar la información de éstas en la herramienta Sivigila escritorio y cargar los planos en Sivigila 4.0.
- La única fuente válida para el seguimiento del cumplimiento de la notificación en cualquiera de los niveles del flujo de información es Sivigila 4.0. Esto implica que al igual que en las vigencias anteriores, durante 2026 no se recibirán correos electrónicos en el

INS con los archivos planos consolidados por el departamento. Si Sivigila 4.0 presenta alguna dificultad con la carga, deberá informar oportunamente a la mesa de ayuda de Sivigila, que determinará la pertinencia del envío por correo electrónico.

- Es necesario llegar a una cobertura del 100% en el uso del portal Sivigila 4.0 en todas las UNM y UPGD con capacidad tecnológica para hacer la carga y la notificación por captura en línea de los eventos disponibles en dicho módulo.
- Los reportes de gestión (cumplimiento en la notificación, positiva/negativa/silencios y oportunidad en la notificación) válidos para el seguimiento a la operación del subsistema de información para la vigilancia en salud pública nacional, serán los generados a través de Sivigila 4.0.
- Los archivos XLS para análisis, deben generarse a través de Sivigila 4.0. Ningún departamento o distrito podrán generar sus XLS a través de Sivigila escritorio.

9.1.2.1 Captura en línea

El módulo de captura en línea dispone de formularios activos y permanentemente actualizados para todos los eventos de vigilancia en salud pública definidos a nivel nacional. En este sentido, es fundamental que todas las entidades que cuenten con la capacidad instalada para registrar la información a través de esta herramienta lo hagan mediante dicha plataforma.

Únicamente se permitirá el uso del sistema de escritorio en aquellas entidades que, por limitaciones técnicas, no puedan operar el módulo en línea, o en los casos de instituciones que dispongan de sistemas propios avanzados de estandarización, estructuración y transferencia de datos al Sistema Integrador de Sivigila 4.0. En estos últimos casos, solo podrán cargarse los eventos previamente autorizados por el Grupo de Gestión para la Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Las UNM, UPGD y UI que realicen la notificación desde el módulo de captura en línea de los eventos de interés en salud pública en su territorio, no tendrán que realizar procesos relacionados con la notificación o transferencia de datos con los mecanismos de la herramienta escritorio,

pues la información cargada queda almacenada directamente en las bases de datos del sistema Sivigila 4.0 y estará disponible en tiempo real para cada actor involucrado en el flujo de información.

En caso de que la entidad por alguna circunstancia no tenga acceso a internet y en consecuencia no puedan ingresar en la plataforma de Sivigila 4.0, deberá utilizar la aplicación Sivigila de escritorio, garantizando la notificación de casos en especial aquellos que son de reporte inmediato.

9.1.2.2 Aplicativo Sivigila escritorio

Para la vigencia epidemiológica 2026, Sivigila escritorio concentrará su operación solo en aquellas entidades sin capacidad tecnológica instalada para soportar la operación de Sivigila 4.0 y todos sus módulos (captura Web). Las entidades que no hagan uso de la herramienta de captura en línea deberán garantizar la implementación de cualquier actualización del sistema Sivigila escritorio, los cuales estarán disponibles en el portal Sivigila 4.0 en los casos de instituciones que dispongan de sistemas propios avanzados de estandarización, estructuración y transferencia de datos al Sistema Integrador de Sivigila 4.0. En estos últimos casos, solo podrán cargarse los eventos previamente autorizados por el Grupo de Gestión para la Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Es importante que en todos los niveles del flujo de información que aun utilicen la herramienta Sivigila escritorio (UPGD, UI, UNM, UND, EAPB) realicen mantenimiento preventivo a las bases de datos del aplicativo, lo cual se debe realizar mínimo cada dos semanas epidemiológicas. Estos procedimientos están incorporados en la herramienta Sivigila y son:

- Datos - Depuración – Duplicados
- Datos - Depuración – Faltantes
- Datos - Verificar tablas de UPGD
- Datos - Tablas de UPGD
- Datos - Calcular inicio de operación UPGD

9.1.2.3 Captura offline

Captura offline es la propuesta del sistema Sivigila 4.0 para el registro de los eventos de interés en salud pública, cuando los usuarios están fuera de línea; disminuyendo sustancialmente la pérdida de información cuando el sistema tenga una interrupción en la conexión a internet. Esta versión de la captura de datos facilita las estrategias de vigilancia con los equipos extramurales o durante las actividades de investigación epidemiológica de campo o búsqueda activa comunitaria, puesto que permite que los epidemiólogos y trabajadores de campo se desplacen con sus dispositivos portátiles o equipos móviles y capturen la información requerida; garantizando que cuando recuperen la conexión el sistema integrará los registros directamente a la base de datos central de Sivigila 4.0.

Una vez son ingresados los registros sin conexión a internet, estos estarán guardados en el dispositivo, cuando este detecte una red, cada caso se sincronizará para ser transferido a la base de datos central nacional, donde serán consolidados con el resto de los eventos capturados por las otras estrategias implementadas en Sivigila 4.0 (captura en línea, carga de planos).

En 2026 se deberá incentivar el uso de la notificación offline en los equipos extramurales o aquellos donde sea útil el acceso de eventos de interés en salud pública en dispositivos móviles sin conexión a internet. iniciará el despliegue de eventos priorizados para ser capturados por esta estrategia, iniciando con la notificación de casos de desnutrición en menores de 5 años.

9.1.3 Notificación

Todos los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública notificarán los eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos de vigilancia, en los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada. Para tal fin, el flujo de la información debe cumplir con los tiempos establecidos en cada nivel (**Figura 9**).

Figura 9 Flujo de la notificación de eventos de interés en salud pública de entidades territoriales y EAPB mediante portal web, Colombia 2026



Las entidades territoriales de los niveles departamental y distrital deberán estar atentas a cualquier llamado del INS el día de cierre de notificación nacional semanal, sin excepción de días festivos, hasta al menos dos horas después de la hora de cierre. Si se presentan hallazgos en la carga de la notificación, se evitará el silencio epidemiológico municipal ajustando los archivos cargados.

Condiciones generales para el cierre de la notificación semanal:

- No se exceptúan los días festivos para la notificación de eventos de interés en salud pública, especialmente aquellos de notificación inmediata o superinmediata.
- Las entidades que continúen realizando el cargue y consolidación de archivos planos en Sivigila Escritorio deberán efectuar la revisión y precrítica de los archivos antes de enviarlos al siguiente nivel.
- Las Unidades Notificadoras Departamentales (UND) deberán revisar cuidadosamente las notificaciones de su red de operadores verificando principalmente aspectos como:
 - Reportes negativos semanales
 - Reporte de cumplimiento en la notificación
 - Reporte de oportunidad en la notificación
 - Reporte PNS
 - Notificaciones enviadas desde versiones desactualizadas del aplicativo Sivigila.

- En caso de inoportunidad o incumplimiento en la notificación semanal, la entidad territorial deberá brindar el soporte técnico necesario o realizar el seguimiento correspondiente, e informar al Instituto Nacional de Salud (INS) las causas del incumplimiento.

Los administradores de Sivigila de las UND y UNM deben transmitir a su red de notificación las novedades en el reporte al sistema de información, las actualizaciones o cambios en el sistema de información que sean emitidos desde el INS. También deben garantizar que todos aquellos que estén utilizando la versión de escritorio, estén en la última versión disponible.

En caso de que las UND o las EAPB presenten inconvenientes en el proceso de notificación de eventos a través del portal Sivigila 4.0, deberán reportar la situación mediante los canales oficiales de comunicación del Instituto Nacional de Salud.

Si las dificultades persisten, la entidad deberá informar detalladamente el incidente al correo electrónico Sivigila@ins.gov.co, adjuntando la evidencia correspondiente.

Recuerde que la información reportada en el sistema no debe ser modificada ni alterada por ningún motivo fuera de los procedimientos establecidos por el INS.

9.1.4 Promoción de la calidad del registro de datos

Las unidades notificadoras deben promover que la red de UPGD y UI mejoren la calidad del registro de datos. Las variables que permiten la identificación, la localización y las características de personas son clave para la caracterización de los eventos.

Una identificación plena y adecuada (número de identificación, nombres completos, tipo de afiliación y asegurador) facilita que el caso pueda mejorar su entrada a las diferentes rutas de atención de acuerdo con su afiliación en el sistema y la disponibilidad de servicios territoriales, así como las actividades de gestión del riesgo a realizar por las EAPB (12).

Desde el 2020, en el sistema Sivigila fue incorporada la consulta en línea del tipo de seguridad social y asegurador actualizado en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, es por esta razón que los datos incluidos allí representan la fuente oficial del aseguramiento para los regímenes subsidiado y contributivo.

El esfuerzo por captar la dirección del caso permitirá la referencia geográfica de casos, la detección oportuna de zonas de mayor intensidad (de calor) y la focalización de las acciones en salud pública.

El registro del autorreconocimiento étnico, de la pertenencia a una población ocupacional de especial interés (fuerzas militares, mineros), así como la identificación de la orientación sexual, facilita en el análisis, el enfoque diferencial para la prevención y el control.

9.1.5 Notificación negativa

En el marco del funcionamiento del sistema de vigilancia nacional, la notificación negativa comprende dos procesos diferenciados:

1. Notificación negativa de las UPGD:

Corresponde al reporte que deben realizar las UPGD cuando, durante el periodo de notificación, no se presentan casos de ningún evento de vigilancia en salud pública. Este reporte garantiza la continuidad y completitud de la información, confirmando que se efectuó la búsqueda activa y que efectivamente no se identificaron eventos durante la semana epidemiológica correspondiente. Para ello podrá utilizar el código 000-Notificación negativa en el módulo de eventos individuales.

2. Notificación negativa automática por evento:

Adicionalmente, el sistema Sivigila 4.0 genera de forma automática la notificación negativa de un conjunto de eventos específicos definidos por el Instituto Nacional de Salud. Esta notificación se emite cuando, al cierre del periodo semanal, el sistema no registra reportes de dichos eventos

por parte de la entidad, dejando constancia automática de su ausencia. Para garantizar este proceso cada unidad, según su nivel dentro del flujo de información (UPGD, UNM o UND), deberá revisar semanalmente la notificación negativa de los eventos priorizados.

Los eventos a los cuales, se debe realizar notificación negativa semanal, son:

200 - Cólera

230 - Difteria

310 - Fiebre amarilla

610 – Parálisis Flácida Aguda - PFA

710 - Rubéola

720 - Síndrome de rubéola congénita

730 - Sarampión

880 - Virus Mpox

Adicionalmente, el INS hará un seguimiento semanal de las UPGD que no reporten atenciones de IRA (notificación negativa numerador en cero/denominador atenciones todas las causas) o casos de EDA colectivo. También se hará seguimiento mensual a las UPGD con servicio de UCI, hospitalización, sala de partos y cirugía que no identifiquen brotes, casos de IAAS o consumo en gramos de los antibióticos bajo vigilancia o que no reporten los denominadores como días dispositivo, procedimientos quirúrgicos o consumo en gramos de los antibióticos vigilados. Esto será informado a la entidad territorial correspondiente.

En 2026 se inicia el seguimiento a las entidades territoriales que presenten notificación negativa para los eventos de sarampión, rubéola, síndrome de rubeola congénita y/o parálisis flácida aguda por un periodo epidemiológico o más. El INS también realizará un reporte por periodo epidemiológico de los casos de sarampión, rubéola y de parálisis flácida que hacen falta para cumplir el indicador anual de tasa de notificación en el marco de la eliminación de sarampión/rubéola y de la erradicación de la poliomielitis. Los resultados de este seguimiento se publicarán en los informes de eventos periódicos (infografías).

Las unidades notificadoras departamentales, distritales, de las ciudades capitales y municipios deben monitorear el cumplimiento de las tasas de notificación de sarampión y rubéola y síndrome de rubéola congénita; para parálisis flácida aguda deben monitorear aquellos municipios con más de 100 mil menores de 15 años, así como el reporte colectivo de casos de EDA e IRA y el reporte de brotes, IAD e ISQ en su red de UPGD que cuentan con servicio de UCI.

Para el proceso de vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fosforo blanco y licor adulterado con metanol, la notificación negativa es un proceso obligatorio el cual permite a la red de operadores indicar que durante el día (últimas 24 horas) no se han presentado casos de lesiones por pólvora pirotécnica en su jurisdicción. La notificación negativa a través del sistema Sivigila 4.0 es obligatoria para todas las UND y las UNM del país y debe realizarse diariamente entre el 01 de diciembre y la segunda semana epidemiológica del año siguiente.

9.1.6 Notificación inmediata y superinmediata

La notificación inmediata y la notificación superinmediata son mecanismos establecidos en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para garantizar la comunicación oportuna y efectiva de los eventos de interés en salud pública que requieren atención prioritaria, debido a su potencial impacto sanitario, social o epidemiológico.

1. Notificación inmediata

La notificación inmediata corresponde al reporte que debe realizarse de manera rápida y prioritaria, tan pronto se identifique un caso sospechoso, probable o confirmado de los eventos clasificados bajo esta categoría. Su finalidad es activar de forma temprana las acciones de investigación, control y respuesta por parte de las autoridades de salud competentes.

- El reporte debe realizarse sin esperar el cierre semanal del periodo epidemiológico; el tiempo máximo es de 1 día para realizar la notificación de este tipo de eventos.

- La información debe ser registrada en el aplicativo Sivigila 4.0 o informada por los medios de comunicación establecidos (teléfono, correo electrónico u otros canales oficiales) a la Unidad Notificadora de siguiente nivel
- Este tipo de notificación aplica a eventos definidos por el Instituto Nacional de Salud y que se encuentran detallados en el documento “Codificación de eventos”.

2. Notificación superinmediata

La notificación superinmediata es un mecanismo complementario que permite alertar de manera automática e instantánea a las autoridades de salud pública sobre la ocurrencia de determinados eventos priorizados, inmediatamente después de su registro en el sistema Sivigila 4.0.

- Este proceso es generado automáticamente por la plataforma, mediante el envío de alertas por correo electrónico, dirigidas desde el INS a las entidades territoriales de salud, EAPB y grupos de atención de brotes de la DVARSP, según el flujo de información establecido en cada evento.
- Su propósito es acelerar la respuesta institucional, facilitando la activación temprana de medidas de atención del paciente y mitigación de riesgos.
- Aplica exclusivamente a los eventos definidos por el INS como de máxima prioridad epidemiológica, por su gravedad, potencial de diseminación o implicaciones internacionales.

La identificación para la notificación inmediata y superinmediata que aplica para cada evento de interés en salud pública, se encuentra detallada en el documento denominado “Codificación y reglas de validación para el ingreso de eventos de interés en salud pública en el aplicativo Sivigila”

9.1.7 Silencio epidemiológico

Las entidades territoriales realizarán requerimiento inmediato a toda UPGD que se encuentre en silencio epidemiológico durante la semana correspondiente, para el cual la UNM y unidad que

presenta silencio, deberá responder estableciendo acciones para evitar futuros silencios y garantizando de manera inmediata el ingreso de todos los registros individuales y colectivos en el sistema Savigila captura en línea 4.0. Se considera que la no notificación o silencio epidemiológico de una UPGD debe ser asumida como una alerta respecto a la verdadera captación de casos, por lo tanto, se recomienda realizar BAI a toda UPGD en las situaciones descritas el numeral 5.2 del documento técnico de “Metodología de BAI de RIPS”, que incluyen:

- Silencio para un evento transmisible, que ha sido priorizados en el nivel departamental, por más de dos (2) semanas epidemiológicas.
- Silencio para eventos no transmisibles e intoxicaciones por más de un (1) periodo epidemiológico.
- Silencio para eventos morbilidad materna extrema y defectos congénitos por más de un (1) periodo epidemiológico (en aquellas UPGD con servicios de atención materna y perinatal).
- Silencio para el evento dengue por más de un (1) periodo epidemiológico en los municipios clasificados como muy alta, alta y mediana transmisión.
- Silencio para el evento malaria por más de un (1) periodo epidemiológico en los municipios endémicos y en eliminación.
- Silencio epidemiológico para eventos trazadores como Morbilidad por EDA, morbilidad por IRA, en eliminación y erradicación (PFA o sarampión/rubéola) por más de (1) periodo epidemiológico.
- Silencio para notificación colectiva IAD, IAPMQ y CAB. Esto será informado a la entidad territorial correspondiente de manera mensual.
- Riesgo de silencio epidemiológico corresponde a instituciones que no reporten casos de infecciones en un trimestre. Se realizará retroalimentación monitoreo trimestral a las UPGD con servicio de UCI, hospitalización, sala de partos y cirugía que no identifiquen casos de IAD o IAPMQ.
- Las entidades territoriales realizaran seguimiento trimestral a las UPGD que no reporten brotes en el periodo.

No hay silencio epidemiológico si la UPGD realiza notificación negativa semanal

En 2026, la notificación negativa para las UPGD deberá realizarse desde captura en línea con el código 000.

Las UI que no realicen notificación durante seis periodos epidemiológicos consecutivos, deberán ser valoradas de acuerdo con criterios de priorización para seleccionar aquellas que requieran verificación de este comportamiento mediante una BAI, la cual será verificada por el INS durante las asistencias técnicas.

Como soporte de este seguimiento, la entidad territorial deberá remitir al INS con corte a PE VI y XII los formatos BAI realizados y el acta o encuesta de visita; dicha información debe ser proporcionada el 14 de julio de 2026 y 22 de diciembre de 2026 al correo electrónico transmisibles@ins.gov.co y lineamientos@ins.gov.co.

9.1.8 Novedades de la notificación

Además de los aspectos administrativos del funcionamiento del sistema, es necesario tener en cuenta aspectos puntuales de los eventos objeto de vigilancia, **resaltando que los mencionados en la siguiente tabla complementan o anuncian las novedades establecidas en sus protocolos de vigilancia:**

Tabla 1 Consideraciones en la notificación de eventos de interés en salud pública

Evento	Consideraciones para la notificación
Equipo funcional: Inmunoprevenibles	
EAPV grave	1- Los eventos adversos graves posteriores a la vacunación de las vacunas COVID-19 del plan nacional de vacunación, se notifican en Sivigila y la plataforma Vigiflow de acuerdo con el lineamiento del INVIMA.
	2- Los EAPV del programa ampliado de inmunización se notificará según lineamiento técnico del INVIMA a través de su aplicativo Vigiflow.

Evento	Consideraciones para la notificación
	3- Todo evento de interés en salud pública relacionado con la administración de una vacuna de virus vivos atenuados, que cumpla con la definición de caso, debe ser notificado al Sivigila según el código del evento: PFA (610), varicela (831), rubéola (710), sarampión (730) y fiebre amarilla (310). Si posterior a la investigación epidemiológica de campo o unidad de análisis, se identifica como un evento adverso posterior grave a la vacunación (EAPV), este se debe notificar a la plataforma Vigiflow.
Parálisis Flácida Aguda	Todo paciente mayor de 15 años que presente un cuadro de parálisis flácida aguda posterior al contacto con menor de edad vacunado con VOP y cuyo cuadro se desarrolló entre 4 y 85 días posteriores a la vacunación del menor, debe ser notificado al INVIMA a través de la plataforma Vigiflow. Recuerde que en las 13 unidades centinela del país se reportan casos de PFA en el grupo de 15 a 49 años. Si en una institución no centinela se considera que el caso en un mayor de 14 años requiere el diagnóstico diferencial de poliomyelitis, debe ser notificado.
Sarampión-Rubéola	Considerar sospecha de sarampión o rubéola cuando clínicamente se presente fiebre o rash en otras enfermedades febriles exantemáticas como roséola, eritema infeccioso, escarlatina, dengue, chikungunya, zika, COVID -19 y MIS-C. Se debe Ingresar el evento tan pronto se conozca, y no esperar el resultado de laboratorio. Se debe promover que cualquier cuadro febril exantemático en persona que manifieste viaje internacional reciente, en un trabajador de la salud, en un trabajador de la protección o educación infantil o en un niño o niña menor de 12 meses, debe ser considerado un caso sospechoso de sarampión.
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	En todos los casos debe coincidir el tipo de agente con el microorganismo aislado en el laboratorio, teniendo en cuenta la codificación correspondiente. En caso de identificar otro agente bacteriano diferente a <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> la clasificación del caso es confirmada, excepto cuando el microorganismo sea <i>Mycobacterium tuberculosis</i>; en esta situación el ajuste del caso es 6 y se debe notificar en el evento correspondiente. Teniendo en cuenta que es posible que ingresen casos probables que después se confirmen con causa de origen viral, estos casos también se descartan con ajuste 6. En todos los casos se debe ingresar el módulo de laboratorios.
Varicela	Implementar estrategias para la identificación, configuración inmediata y notificación de brotes de varicela mediante una ruta interna establecida. Dicho

Evento	Consideraciones para la notificación
	proceso debe basarse en la Tabla 3 del Protocolo de Varicela 2024, que establece la "Definición operativa de brote en poblaciones confinadas, instituciones y comunidades". Una vez recibida la información en la UNM, esta deberá reportarla de forma inmediata a la UND, la cual, a su vez, notificará al referente del evento en el nivel nacional (INS).
Equipo funcional: Infecciones respiratorias agudas	
IRA grave inusitada	Fortalecer la identificación de casos de IRAG en trabajadores de la salud; personas con antecedente de contacto con aves (corral, silvestres, producción), porcicultores o personas expuestas a mamíferos con capacidad de ser portadores de influenza zoonótica; personal del sector ambiental o de zoológicos; así como en personas con antecedente de viaje a áreas de circulación de virus de influenza AH5N1 u otros nuevos agentes en humanos o animales en las dos semanas previas al inicio de síntomas.
Equipo funcional: Infecciones asociadas a la atención en salud	
Infecciones asociadas a dispositivos individual	Se actualizaron los criterios epidemiológicos para las IAD que establece el evento si el dispositivo estuvo insertado durante más de dos días calendario. Para la clasificación de las neumonías asociadas a ventilador en la actualización del criterio de laboratorio se incluyó como válidas a las muestras por aspirado endotraqueal y pruebas de detección cuantitativa de microorganismo por método microbiológico no basado en cultivo. En Infecciones asociadas a dispositivos ficha colectiva: las UPGD con UCI deben garantizar la notificación de los denominadores por mes durante todo el año, según los días establecidos en el protocolo de vigilancia. Notificar como caso confirmado: infección del torrente sanguíneo asociada a catéter, infección sintomática del tracto urinario, neumonía asociada a ventilación mecánica tipo NEU2 (definida por laboratorio) y tipo NEU3 (paciente inmunocomprometido). Ingresar al módulo de laboratorio los datos de la muestra, prueba y agente causal identificado. La NAV tipo NEU1 (definida por clínica) deberá ingresarse como caso confirmado por clínica y no ingresar el módulo de laboratorio.
Resistencia bacteriana	Garantizar la concordancia del 100 % de la notificación de casos de IAD y de IAPMQ reportados en Sivigila y WHONET en las UPGD y entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que realizan vigilancia de resistencia bacteriana.

Evento	Consideraciones para la notificación
Infecciones asociadas a procedimientos médico - quirúrgicos individual - colectiva	Se considera notificación extrainstitucional cuando se reporta un caso que fue intervenido en otra institución. Si se confirma un caso la UPGD que realizó el procedimiento debe incluirlo en sus indicadores de infección institucional y notificarlo en Sivigila 4.0. Usar la App VigIAAS disponible para Android, que apoya la identificación de criterios y orienta la clasificación de casos. Se debe fortalecer la vigilancia en las instituciones de nivel I y II que realizan atención de partos vaginales, las cuales deben notificar mensualmente el total de partos atendidos y reportar las infecciones identificadas en el periodo.
Brotos IAAS	Las sospechas de brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en cualquier servicio de las UPGD deberán ser notificadas de manera inmediata mediante el código de evento 957 BROTES DE IAAS cuando se presente alguna de las siguientes situaciones: 1. Incremento en la incidencia de casos de IAAS superior a lo esperado según el comportamiento histórico del evento en la institución. 2. Aparición del primer caso causado por un nuevo microorganismo en la IPS. 3. Cambio en el perfil de resistencia a los antimicrobianos en un microorganismo previamente identificado sin dichas características, detectado en un periodo, servicio o población específica de la institución. El referente del evento en la entidad territorial será responsable de realizar el seguimiento, acompañar técnicamente a la UPGD y garantizar el envío oportuno de los formatos de reporte y de los aislamientos microbiológicos al INS, con el fin de confirmar el agente, caracterizar el mecanismo de resistencia y establecer clonalidad. Asimismo, toda sospecha de transmisión intrahospitalaria de agentes transmisibles deberá ser clasificada y gestionada como sospecha de brote de IAAS, independientemente de que los casos hayan sido previamente notificados bajo los eventos de IAD o IAPMQ. En caso de confirmarse la situación como brote de IAAS, deberá diligenciarse la ficha de notificación en Sivigila 4.0, asegurando la calidad, completitud, oportunidad y cumplimiento de los lineamientos técnicos nacionales. Así mismo se deberá remitir reporte de situación SITREP dentro de las 24 horas siguientes. Los hallazgos obtenidos deberán derivar en la formulación de planes de mejoramiento orientados a fortalecer los programas institucionales de prevención y

Evento	Consideraciones para la notificación
Consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario	control de infecciones y debe activarse la articulación con la Secretaría de Salud y el Laboratorio Departamental de Salud Pública. En las instituciones donde los servicios de UCI y cuidados intermedios comparten espacios y personal, y no es posible separar los datos de consumo exclusivos de la UCI, se deberán incluir los datos de cuidados intermedios en la notificación correspondiente a UCI. Esto incluye los gramos de antibióticos consumidos, los días de cama ocupadas y disponibles, así como el número de camas vigiladas; en el escenario en que el espacio sea completamente definido se deberá notificar la información de cuidados intermedios en hospitalización. En el servicio de hospitalización de adultos se deben reportar los antibióticos objeto de la vigilancia, a excepción del servicio de urgencias. Sin embargo, si las camas de urgencias se utilizan como hospitalización debido a máxima capacidad, o si los pacientes permanecen más de 72 horas en urgencias, esas camas también deben considerarse dentro del servicio de hospitalización. Los datos de los antibióticos corresponden únicamente a los gramos de los principios activos consumidos, excluyendo los inhibidores enzimáticos. Por ejemplo, en el caso de combinaciones como piperacilina/tazobactam o amoxicilina/ácido clavulánico, solo se debe reportar el consumo de piperacilina o amoxicilina. La notificación debe realizarse dentro del plazo establecido, que abarca desde el primer día hasta el segundo lunes del mes siguiente al que se notifica. No se debe realizar notificación acumulativa; es decir, no se puede realizar la notificación del consumo de varios meses en un mismo mes, así como tampoco se debe realizar notificaciones prospectivas (mes actual o meses futuros).
Equipo funcional: Zoonosis	
Leptospirosis	Reportar los casos probables de acuerdo con las definiciones de caso establecidas en el protocolo y obtener las muestras (Sangre y Suero) para procesamiento de (PCR, ELISA, MAT) de acuerdo con los nuevos algoritmos.
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Toda agresión, independiente que el animal sea identificado o no, deberá ser notificada inmediatamente de la UPGD a la UNM para realizar la búsqueda y observación del perro o gato agresor por el programa de zoonosis. De igual manera, se deberá hacer realimentación por parte del programa de zoonosis a la UPGD el resultado de la observación del animal, con el fin de ajustar

Evento	Consideraciones para la notificación
	de acuerdo con los hallazgos, la clasificación del caso e indicación de esquema post exposición, en caso requerido.
Equipo funcional: Enfermedades transmitidas por vectores	
Dengue	Durante el año 2026 se implementarán modificaciones en las definiciones de caso para dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave, así como en las definiciones de caso probable y caso confirmado por laboratorio. En consecuencia, el proceso de notificación será actualizado una vez dichas modificaciones sean incorporadas y comunicadas oficialmente en el aplicativo Sivigila. Los casos de muerte por dengue deben estar notificados previamente como dengue grave.
Chagas crónico	Se retoma la notificación del 100% de los casos de Chagas crónicos bajo la fuente 1, garantizando la aplicación del nuevo algoritmo diagnóstico. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-tecnico-para-uso-de-pdr-para-deteccion-de-anticuerpos-igg-contra-trypanosoma-cruzi.pdf
Hepatitis B, C y coinfección B/Delta	Los casos de coinfección B/Delta deben ser notificados para los dos eventos: hepatitis B y hepatitis D. Los casos de hepatitis C que además tengan hepatitis B confirmada, se deben notificar para los dos eventos: hepatitis B y hepatitis C.
Equipo funcional: Infecciones de transmisión sexual	
Sífilis congénita	En la notificación se deben incluir los mortinatos (se definen como la muerte fetal del producto del embarazo de 500 gramos y más y de 22 semanas y más de gestación hasta el momento del nacimiento). No incluir abortos (se definen como muertes de edad gestacional menor de 22 semanas).
Sífilis gestacional	Las reinfecciones deben notificarse de acuerdo con el diagnóstico materno registrado en la ficha de notificación y conforme a la definición de reinfección establecida en el protocolo de vigilancia.
Mpox	Los casos probables deben cumplir con los criterios clínicos y epidemiológicos.
Equipo funcional: Micobacterias	

Evento	Consideraciones para la notificación
Lepra	Se deben notificar los casos nuevos y retratamientos: Caso nuevo: paciente que no ha sido diagnosticado o que no ha recibido tratamiento para el manejo de la enfermedad. Casos de retratamiento: - Retratamiento tras haber perdido el contacto: Paciente diagnosticado que abandonó tratamiento antes de completarlo. - Recaída o recidiva: paciente que completó en el pasado una tanda completa de tratamiento contra la lepra y regresa con signos y síntomas de la enfermedad que el médico clínico no atribuye a reacción leprosa.
Tuberculosis	Todos los casos de TBFR deben ser notificados, incluso si el paciente ya ha sido notificado previamente por tuberculosis sensible. Los casos confirmados con tuberculosis en la última atención en salud o después de la muerte, también deben ser notificados, independientemente de si recibieron o no tratamiento.
Equipo funcional: Maternidad segura	
Morbilidad materna extrema	Al momento del ingreso de la notificación inmediata de un caso, la fecha de consulta para este evento hace referencia al momento del diagnóstico de la MME de acuerdo con los criterios establecidos en la definición operativa de caso y en el instructivo de la ficha de notificación de datos básicos.
Defectos congénitos	Los casos de tamizaje neonatal, hipotiroidismo congénito, déficit auditivo congénito, déficit visual congénito y cardiopatía congénita compleja deben ser notificados como casos probables y posterior al estudio diagnóstico se debe confirmar o descartar de acuerdo con los tiempos establecidos en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento.
Equipo funcional: Vigilancia nutricional	
Desnutrición aguda en menores de cinco años	Se deben notificar inmediatamente todos los casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años. Se incluye en la notificación superinmediata (adicional a los casos con perímetro braquial inferior a 11,5 cm en mayores de 6 meses) los casos de desnutrición en: - Menores de 6 meses - Casos con edema - Casos reincidentes - Casos en mayores de 6 meses con prueba de apetito negativa
Equipo funcional: Enfermedades crónicas no transmisibles	

Evento	Consideraciones para la notificación
Cáncer en menores de 18 años	No se deben notificar casos con diagnóstico de años anteriores ni para reportar muerte de un caso ya notificado ni para inicio de tratamiento. Se notifican casos con diagnóstico en el año en curso como nuevo, recaídas y segundas neoplasias.
Cáncer de mama y cuello uterino	Se notificarán casos nuevos confirmados por primera vez con alto grado histopatológico. Durante el proceso de depuración, se considerarán únicamente los casos con biopsia de mama o cuello uterino realizada en el año epidemiológico en curso.
Enfermedades Huérfanas – raras	Se deben notificar inmediatamente los casos nuevos diagnosticados durante la vigencia o los casos diagnosticados en años anteriores que no hayan sido reportados en el censo de enfermedades huérfanas de la Cuenta de Alto Costo (2013), en los censos de hemofilia o en el Sivigila. La notificación se debe realizar según lo establecido en la Resolución 023 de 2023 o en la norma que la modifique o sustituya y en los anexos del protocolo de enfermedades huérfanas-raras.
Equipo funcional: Lesiones de causa externa y salud mental	
Lesiones de causa externa	Las lesiones de causa externa por procedimientos estéticos en los cuales el elemento que causa la lesión se relacione con el uso de sustancias modelantes invasivas e inyectables no permitidas “bipolímeros” y las lesiones por accidentes de consumos donde el producto sea un dispositivo electrónico de administración de nicotina SEAN/SSSN, deben ser notificados de forma inmediata a Sivigila Web 4.0
Intento de suicidio	Se adiciona a la periodicidad de la notificación de casos de intento de suicidio la notificación inmediata a Sivigila Web 4.0 de los casos con edades entre 10 y 17 años. En el caso en el cual se identifique una intoxicación con intencionalidad suicida y que ingresa vivo al servicio de salud, la notificación deberá realizarse como Intento de suicidio únicamente (Código 356) y no requiere ajuste en caso de que fallezca posteriormente.
Lesiones por pólvora pirotécnica, minas antipersonal y municiones sin explotar	Notificación inmediata de casos de lesiones por pólvora pirotécnica a partir del 1 de diciembre del 2026 hasta la segunda semana epidemiológica del 2027. Notificación negativa a través de Sivigila 4.0 si no se presentan casos de lesionados en las últimas 24 horas.

Evento	Consideraciones para la notificación
	Adicionalmente las entidades territoriales deben realizar intensificación la vigilancia en las festividades o celebraciones departamentales, distritales o municipales en que se considere necesario de acuerdo con la valoración del riesgo. Ante la aparición de nuevas situaciones de minados poblacionales, se recuerda que todo caso por municiones sin explosionar debe ser notificado en Sivigila.
Violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos	Realizar notificación inmediata de todos los casos de víctimas de ataques con agentes químicos y de mutilación genital, independientemente del sexo o edad de la víctima. La semana epidemiológica se calcula a partir de la fecha de consulta.
Intoxicaciones agudas por sustancias químicas	Realizar notificación superinmediata de casos probables de intoxicación por licor adulterado con metanol y por fósforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos; y de casos confirmados por clínica o por laboratorio de intoxicaciones por plaguicidas con ingrediente activo clorpirifos.
Mortalidad infantil integrada	
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT	Todos los casos deben ser notificados como probables y para su clasificación final y ajuste requieren unidad de análisis. El evento 591 en el módulo de captura en línea, no incluye la notificación desde RUAF_ND, debe realizarse como una captura normal de cualquier evento. Los casos de muerte por IRA o EDA deben tener el registro del agente causal detectado por pruebas de laboratorio, de ser el caso.
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	
ETA	Las entidades territoriales pueden utilizar la información de la ficha de notificación individual (355) para identificar casos que consultan en diferentes UPGD y que se puedan configurar como un brote de ETA. Es obligatoria la notificación de brotes mediante la ficha colectiva (349) así como enviar el informe de la investigación epidemiológica de campo en el formato establecido para el evento: Anexo ETA, disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx La notificación, consolidación y envío de los informes está a cargo del municipio de procedencia u ocurrencia del brote.
Cólera	Ante la sospecha de un caso de cólera se debe valorar el criterio clínico, epidemiológico y de laboratorio. El diagnóstico solamente se hará mediante pruebas de coprocultivo (positivo para <i>Vibrio cólera</i>) y la confirmación la realizará el Laboratorio Nacional de Referencia.

Evento	Consideraciones para la notificación
	Tener en cuenta que técnicas de laboratorio como Film-Array no se consideran pruebas diagnósticas para esta patología. El análisis se centra en el antecedente de viaje, la clasificación de caso y el análisis rutinario que debe incluir comportamientos inusuales de enfermedad diarreica aguda (EDA) y aumento en la morbilidad en niños La Búsqueda activa institucional incluye la revisión de registros de defunción (Estadísticas Vitales - RUAF). Se introduce la Vigilancia basada en comunidad (VBC) como un enfoque participativo, con una descripción detallada de su implementación y el uso de la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (Revcom).
Otros eventos de interés	
Evento sin establecer individual y colectivo	Deben ser notificados al evento sin establecer los casos definidos en la tabla de datos complementarios así: 1. Síndrome de mano, pie, boca 4. Brucelosis. 6. Otros: eventos emergentes o reemergentes (fiebres hemorrágicas virales, ej: Hantavirus, Arenavirus), definidos por comunicados técnicos o alertas internacionales previamente definidas por el INS. Los casos que hagan parte de la vigilancia del “evento sin establecer” y que se identifiquen de manera aislada serán notificados individualmente en la ficha código 900; sin embargo, si estos casos configuran un brote, este también debe notificarse al evento sin establecer colectivo (código 901). Los eventos que ya cuentan con código en Sivigila no deben ser notificados en el evento sin establecer.
Otros eventos de interés	Es potestad de las entidades territoriales hacer uso de la notificación individual de fluorosis

Debido a la particularidad de cada uno de los EISP **es necesario revisar todos los protocolos de vigilancia para profundizar** en los aspectos relacionados con las definiciones de caso, obtención de muestras, investigación de caso y acciones individuales y colectivas en general.

Todos los brotes de EISP en especial aquellos en población a riesgo o vulnerable, eventos en control, eliminación o erradicación nacional e internacional, tasas de ataques altas o

con potencial afectación a los servicios de salud, afectación reputacional al sector, con muertes relacionadas, deben ser notificados inmediatamente al INS a la dirección electrónica eri@ins.gov.co.

La información básica debe suministrarse mediante una "capsula de información" o "reporte corto" (Spot-Rep) que debe incluir una descripción general de la situación, por ejemplo, población afectada, fecha de ocurrencia o inicio de síntomas, personas afectadas y expuestas, tasas de ataque, hospitalizados, fallecidos, posible mecanismo o fuente de transmisión, o la información relevante de acuerdo con el tipo de situación. La información preliminar debe fluir inmediatamente a los niveles superiores y no debe depender de la elaboración posterior del SITREP o del informe de brote.

9.1.9 Ajuste o clasificación final de casos

Los eventos probables o sospechosos notificados en el Sivigila que requieren la clasificación final del caso deberán ser ajustados en el sistema de información dentro de las cuatro semanas epidemiológicas siguientes a su notificación, con excepción de algunas consideraciones que se encuentran en la Tabla 2. Las unidades notificadoras departamentales, distritales y municipales garantizarán el flujo continuo de esta información de ajuste y verificarán que las UPGD estructuren y actualicen las bases de datos sobre los eventos de salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos.

Los ajustes pueden ser el resultado de confirmación o descarte del caso, ampliación de información (cuando se mide oportunidad), estado final (si muere o confirma o no) o de la clasificación en una unidad de análisis. Estos ajustes son parte de los criterios para evaluar el desempeño en el sistema de vigilancia de una UND.

Los ajustes "6" deben ser utilizados para descartar un caso por una prueba de laboratorio negativa o porque el caso no cumple con la definición de caso establecida o porque el caso fue

descartado en la unidad de análisis. En caso de que exista un error de digitación será utilizado el ajuste "D", esta codificación es estándar y NO obedece a precisiones particulares.

Desde el nivel nacional se realizarán ajustes que son el resultado de cruces con otras fuentes de información que validan la data existente en Sivigila y las muertes por eventos de interés en salud pública que son reportados al RUAF. A continuación, se detallan los eventos donde se realizarán esos ajustes.

Tabla 2 Eventos que se pueden ajustar en el nivel nacional

EVENTO	FUENTE
Cólera	Labmuestras - INS
Mortalidad integrada en menores de 5 años	RUAF ND
Fiebre amarilla	Labmuestras - INS
Parálisis flácida aguda	Labmuestras - INS
Rabia humana	Labmuestras - INS
Rabia animal	Labmuestras - INS
Encefalitis	Labmuestras - INS

Tabla 3 Consideraciones para el ajuste de algunos EISP

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
Equipo funcional: Inmunoprevenibles		
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	Probable	Tiempo máximo de 10 semanas para el ajuste con un resultado de laboratorio negativo y al menos una valoración neurológica. Es obligatorio realizar una valoración neurológica, idealmente a los 60 días del inicio de la parálisis del caso probable, recuerde que, para incluir esta información, podrá usar el ajuste "7".
Rubéola	Sospechoso	Tiempo máximo de ajuste: seis semanas epidemiológicas. La fuente de infección de los casos confirmados será establecida por el INS.
Sarampión	Sospechoso	Tiempo máximo de ajuste: seis semanas epidemiológicas para ajuste. La fuente de infección de los casos confirmados será establecida por el INS.
Varicela	Confirmado por clínica, confirmado	Realizar cruces entre las bases de datos de varicela y Mpox al menos una vez por periodo epidemiológico, con el fin de descartar los casos confirmados por laboratorio de Mpox cuyo periodo de incubación

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
	por nexa epidemiológico.	coincida con el de varicela y que hayan sido notificados simultáneamente en ambos eventos. Así mismo, se deben considerar diagnósticos diferenciales como enfermedad de manos, pies y boca (virus coxsackie), Mpox, molusco contagioso, infección herpética diseminada, foliculitis, entre otros. En cuanto a los casos de varicela registrados con condición final "0", estos deben ser ajustados durante la semana posterior a la notificación, dado que podrían corresponder a fallecidos. La base depurada no debe conservar registros con esta clasificación.
Síndrome inflamatorio multisistémico	Probable	Tiempo máximo de ajuste cinco semanas epidemiológicas luego de realizar el análisis de los casos que debe incluir criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.
Equipo funcional: Zoonosis		
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Confirmado por clínica	Es necesario garantizar la adecuada clasificación de la agresión como: no exposición, exposición leve o grave. Si durante la observación, el perro o gato agresor desaparece, se debe realizar ajuste 7 y se definirá al animal como no observable, esto a su vez lleva a clasificar al paciente como exposición leve o grave según las características de la lesión. Por otra parte, si el perro o gato muere por cualquier causa dentro del período de observación o hace cuadro neurológico, se realizará el ajuste 7 para la clasificación del paciente como exposición grave y se tomará muestra de la cabeza del animal para ser enviada al INS; en este último caso, si la muestra del animal es negativa al virus rábico, se clasifica el caso como no exposición.
Encefalitis equina	Probable	En todo caso probable de encefalitis equina con resultado de laboratorio negativo, la entidad territorial de notificación debe ajustar el caso con el atributo "6" y realizará la unidad de análisis para establecer el diagnóstico final del caso.
Leptospirosis	Probable	Los casos con condición inicial probable, solo pueden ser confirmados con ajuste 3 al contar con un reporte positivo para prueba MAT o PCR. Los casos solo pueden ser descartados con ajuste 6, al contar con dos reportes negativos de ELISA pareadas o MAT negativa. En caso de brote recuerde realizar ajuste "5" (confirmado por nexa epidemiológico) a los casos probables que

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
		tengan relación en tiempo y lugar con un paciente con MAT o PCR positiva.
Equipo funcional: Enfermedades transmitidas por vectores		
Dengue	Probable	Tiempo máximo de cuatro semanas para ajuste (utilizar ajustes 3, 6, 5 y D). Recuerde usar ajuste "5" cuando hay casos relacionados con otros confirmados por laboratorio, utilizando la asociación de persona, tiempo y lugar. Los resultados negativos de las pruebas rápidas inmuno cromatográficas para detección de NS1 no descartan la infección por dengue, ante esta situación se deben realizar pruebas adicionales para descartar el diagnóstico.
Fiebre amarilla	Probable	Tiempo máximo de cinco semanas para ajuste.
Leishmaniasis visceral	Probable	Tiempo máximo de cinco semanas para ajuste. El tipo de ajuste puede ser 3, 6 o D.
Chagas agudo	Probable	Tiempo máximo de cinco semanas para ajuste. El tipo de ajuste puede ser 3, 6 o D.
Enfermedad por virus zika	Sospechoso	En el momento que se confirme una transmisión materno-fetal de un caso notificado como sospechoso, debe ser ajustado como caso confirmado por clínica o por laboratorio según sea el caso, y si se descarta la asociación, el caso debe usar ajuste 6.
Mortalidad por malaria	Confirmado por laboratorio	Si la unidad de análisis considera que no cumple con la definición de caso de muerte por malaria, debe ajustarse en máximo cinco semanas epidemiológicas (en la variable "condición final" como vivo).
Mortalidad por dengue	Probable	Tiempo máximo de ocho semanas para ajuste. Los ajustes pueden ser: 3, 6 y D, teniendo en cuenta el resultado de la unidad de análisis
Equipo funcional: Infecciones de transmisión sexual		
Sífilis congénita	Confirmado	Un caso solo puede ser descartado con ajuste 6 si no cumple ninguna de las definiciones de caso (nexo epidemiológico, laboratorio o clínica)
Sífilis gestacional	Confirmado	Un caso de sífilis gestacional solo puede ser descartado con ajuste 6 si alguna de las pruebas (treponémica o no) es negativa.
VIH y hepatitis B y C	Confirmado por laboratorio	No aplica ajuste 6 (descarte porque no cumple definición de caso y porque tiene pruebas de laboratorio negativas) por lo cual no se tendrá en cuenta el ajuste 6 y los registros quedarán activos en el análisis nacional.

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
Hepatitis B a clasificar	Confirmado por laboratorio	Ajuste oportuno en SIVIGILA: Un período epidemiológico ó 4 semanas posteriores a la fecha de resultado de laboratorio con confirmación de clasificación de hepatitis B. La entidad territorial de notificación debe articular la gestión con las EAPB para ajustar la clasificación, porque los casos deben acceder al algoritmo diagnóstico para completar la clasificación en hepatitis B aguda o crónica y activar la ruta de atención integral en salud.
Equipo funcional: Maternidad segura		
Morbilidad materna extrema	Confirmado	Cada periodo epidemiológico se realiza ajuste 7 a los casos de MME notificados para completar las variables que no se tenían al momento de la notificación, tales como: fecha y tipo de egreso, criterios de MME.
Mortalidad Materna	Confirmado	Hacer ajuste 7 luego de la unidad de análisis donde se determine la residencia y causa básica de muerte.
Defectos congénitos (Hipotiroidismo congénito)	Probable - confirmado por laboratorio	Tiempo máximo de un (1) periodo epidemiológico para el ajuste del caso, ya sea para confirmar por laboratorio con ajuste 3 o descartar con ajuste 6. Se confirma un caso de hipotiroidismo congénito solo con resultado de laboratorio.
Defectos congénitos (Déficit auditivo, visual y cardiopatía compleja)	Probable - confirmado por clínica.	Tiempo máximo de un (1) periodo epidemiológico para el ajuste del caso, ya sea para confirmar por clínica con ajuste 4, o descartar con ajuste 6. Para confirmar el caso de déficit auditivo congénito debe ser por examen diagnóstico.
Equipo funcional: Lesiones de causa externa y salud mental		

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
Intoxicaciones agudas por sustancias químicas	Probable	Por tratarse de alertas epidemiológicas requieren IEC: - Intoxicaciones por licor adulterado con metanol requiere confirmación por laboratorio. En caso de ser negativo se debe ajustar al grupo de sustancia y nombre de producto asociado a la intoxicación o ser descartado. - Intoxicaciones por fósforo blanco asociado a artefacto pirotécnico: confirmación por laboratorio o por clínica posterior a unidad de análisis para clasificación final, cuando no se cuente con laboratorio. Estos ajustes en el sistema de información deben cumplirse dentro de las 4 semanas epidemiológicas posteriores a su notificación.

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
Violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos	Sospechoso	Los ajustes al tipo de caso permitidos son: Ajuste D: “error de digitación”. Ajuste 7: “otro ajuste”, se usa para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación excepto el tipo de evento, la UPGD, el número de identificación y la fecha de notificación.
		Ajuste 6: considerando que al SIVIGILA, por no ser la fuente oficial, se notifican casos sospechosos de violencia de género, violencia intrafamiliar y ataques con agentes químicos, los cuales permanecen con dicha clasificación en el sistema de vigilancia sin requerir ajustes para su confirmación, dado que este proceso corresponde a las actuaciones de los órganos competentes; se establece que, ante la notificación de casos del evento 865 que no cumplen con la definición operativa de caso, las unidades notificadoras distritales y departamentales (UND) podrán utilizar el ajuste 6, previa verificación de la historia clínica o mediante retroalimentación de los programas de salud pública, en los cuales se evidencie que el evento no corresponde a la definición de caso prevista en el protocolo de vigilancia.
		Para la implementación, se recomienda a las UND contar con un repositorio documental que integre los soportes técnicos y administrativos que respalden la aplicación del ajuste, asegurando la custodia, conservación y disponibilidad de dichos registros frente a los requerimientos que puedan ser formulados por la autoridad competente.
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años		
Mortalidad por IRA, EDA y DNT en menores de cinco años	Probable	Todos los casos notificados deben ser clasificados por medio de unidad de análisis. Tiempo máximo de cinco semanas para ajuste. En los casos de IRA y EDA se debe incluir el resultado de laboratorio en Sivigila.
Enfermedades transmitidas por agua y alimentos		

Evento	Condición inicial	Observaciones/Tiempo de ajuste
ETA (Brotos)	Abierto	Tiempo máximo de seis semanas para ajuste. Es posible ajustar el brote como “cerrado con identificación de agente etiológico” o “cerrado sin identificación de agente etiológico”.
		Después de la IEC es necesario actualizar la notificación inicial con: número de expuestos y número de casos, identificación de fuente y modo de transmisión. Los únicos ajustes permitidos son 7 y D.
Cólera	Sospechoso	Cuando se notifique un caso sospechoso al cual no se le realicen pruebas diagnósticas confirmatorias, la entidad territorial tendrá un plazo de 4 semanas para realizar unidad de análisis para determinar clasificación final del caso y realizar el ajuste respectivo en el Sivigila

El ajuste 6 puede ser utilizado para descartar casos que fueron valorados mediante unidad de análisis.

En caso de que, en revisión de la base de datos sea identificado que un caso al momento de la consulta no está afiliado a la EAPB, la EAPB deberá realizar el ajuste de la siguiente manera:

- Verificar en BDUA a que EPS corresponde y realizar ajuste 7 asignando a quien corresponde al momento y
- Asignar tipo de régimen o TIP_SS = I Indeterminado/Pendiente.

Las EAPB podrán realizar todos los ajustes de los eventos de interés en salud pública, priorizando:

- **Eventos respiratorios:** códigos 345, 346 y 348
- **Enfermedades huérfanas:** nombre de la enfermedad, fecha de diagnóstico y nombre de la prueba de laboratorio.
- **Cáncer en menores de 18 años:** fecha de diagnóstico y fecha de inicio de tratamiento.
- **Parálisis Flácida Aguda:** fecha de seguimiento 60 días, parálisis residual a los 60 días, atrofia a los 60 días.
- **Defectos congénitos:** Confirmación o descarte de los casos probables relacionados con tamizaje neonatal.

Adicional a estos ajustes, las EAPB podrán ajustar el criterio de confirmación de **cáncer en menores de 18 años** así: ajustando la fecha de toma y fecha del resultado y realizando un ajuste 3 para confirmación de caso (recuerde que todo ajuste 3 va acompañado del diligenciamiento de prueba confirmatoria en datos de laboratorio). Si el paciente no cumple con la definición de caso (se descarta que tenga cáncer infantil) deben realizar el ajuste 6 descartado. Las EAPB con sus oficinas regionales deberán garantizar el ajuste periódico de todos los eventos que ingresen como probables o sospechosos.

La fecha límite para realizar ajuste de los casos del año epidemiológico 2025 es el 27 de marzo de 2026, con excepción de los eventos cáncer en menores de 18 años, enfermedades huérfanas, cáncer de mama y cuello uterino y tuberculosis que se mantienen abiertos en el sistema.

Para conocer aspectos específicos sobre el ajuste de eventos de interés en salud pública en el sistema de vigilancia ubique el documento denominado “Ajustes en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública”.

9.1.10 Módulo de expertos

Dentro del subsistema de información para la vigencia 2026 se encuentra la puesta en producción del módulo denominado **"Expertos"**, el cual está diseñado para la depuración automatizada de bases de datos de eventos de interés en salud pública en Colombia. El proceso aplica algoritmos basados en reglas de negocio específicas por evento, permitiendo la clasificación de registros como activos para el análisis, excluidos, repetidos o en revisión. Las bases de datos depuradas a través de este módulo estarán disponibles a través de descargas idénticas a las de datos para análisis xls, conservando la estructura original de los eventos.

9.1.11 Correspondencia con otras fuentes de información

Debido a las características del sistema de información, los ejercicios de correspondencia **nominal** entre la fuente de información Sivigila y otros registros relacionados generan información veraz y confiable respecto al comportamiento de los EISP objeto de vigilancia. Las UPGD, UNM, UND y EAPB deberán hacer la correspondencia para los siguientes eventos (**Tabla 4**)

Tabla 4 Fuentes de información para correspondencia de EISP

Evento	Fuente relacionada	Quien lo hace	Frecuencia mínima	Observaciones
Equipo funcional: Infecciones asociadas a la atención en salud				
Infecciones asociadas a dispositivos	Whonet 5.6	UND	Mensual	Permite identificar los perfiles de resistencia
Infecciones asociadas a procedimiento médico quirúrgico	Whonet 5.6	UND	Mensual	Permite identificar los perfiles de resistencia
Equipo funcional: Enfermedades transmitidas por vectores				
Chagas crónico	Bancos de Sangre	UND	Trimestral	Captar casos crónicos en los grupos bajo vigilancia
Equipo funcional: Infecciones de transmisión sexual				
VIH, Hepatitis B y C	CAC	EAPB	Trimestral	Verificar notificación en SIVIGILA con el reporte de los casos en CAC y gestionar la diferencia.
	Bancos de sangre	EAPB UND	Trimestral	Verificar notificación en SIVIGILA con el reporte de los casos en bancos de sangre y gestionar la diferencia.
	Sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en salud sexual y	UND	Trimestral	Verificar notificación en SIVIGILA con el reporte de los casos en SISCOSSR y gestionar la diferencia aclarando que se implementará cuando se active el funcionamiento del SISCOSSR.

Evento	Fuente relacionada	Quien lo hace	Frecuencia mínima	Observaciones
	reproductiva (SISCOSSR)			
	Sistema de información de estrategia ETMI PLUS	UND	Trimestral	Verificar notificación en SIVIGILA con el reporte de los casos en ETMIPLUS y gestionar la diferencia aclarando que se implementará cuando se active el funcionamiento de ETMIPLUS.
Equipo funcional: Micobacterias				
Lepra / enfermedad de Hansen	UND	UND/ UNM	Trimestral	El grupo funcional territorial (LDSP, Programa y VSP) deben cruzar las bases de datos mensualmente y gestionar los ajustes. Las actas serán consolidadas por la UND y enviadas trimestralmente a transmisibles@ins.gov.co
Tuberculosis sensible, Tuberculosis fármaco resistente	LDSP, RUAF-ND, Programas de prevención y control de TB y VIH	UND y UNM	Trimestral	El grupo funcional territorial (LDSP, Programa TB y VIH y VSP) deben cruzar las bases de datos mensualmente y gestionar los ajustes. Las actas serán consolidadas por la UND y enviadas trimestralmente a transmisibles@ins.gov.co
Equipo funcional: Maternidad segura				
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	RUAF-ND	UPGD	Semanal	Cruce semanal con el módulo de defunciones del Registro Único de Afiliados (RUAF ND V2)
Mortalidad materna	RUAF-ND	UPGD - UNM - UND	Semanal	Se realiza por medio del módulo de muertes de mujeres de 10 a 54 años de Sivigila Web 4.0
Equipo funcional: Enfermedades crónicas no transmisibles				
Cáncer de menores de 18 años	CAC	EAPB	Anual	Verificar la notificación de casos en Sivigila

Evento	Fuente relacionada	Quien lo hace	Frecuencia mínima	Observaciones
Equipo funcional: Lesiones de causa externa y salud mental				
Intoxicaciones agudas por sustancias químicas	SIVIGILA 4.0 RIPS, historias clínicas	UND, UNM y UPGD	Semanal	Verificar la notificación de casos en Sivigila
Enfermedades vehiculizadas por agua				
Fiebre tifoidea y paratifoidea	LDSP	UND	Semanal	Verificar hemocultivos, coprocultivos o aislamientos que ingresen para diagnóstico de Salmonella.
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años				
Vigilancia integrada de muertes en menores de 5 años por IRA, EDA y/o DNT	RUAF-ND	UND- UNM	Semanal	Identificar casos con causa de muerte relacionada con IRA, EDA y DNT y valide el cumplimiento de la definición de caso del evento y la notificación en Sivigila, si aplica
Vigilancia nutricional				
Desnutrición aguda en menores de 5 años	Registros de BAI de estado nutricional en menores de cinco años	UND	Semanal	Los casos identificados con desnutrición en la BAI - nutricional, que cumplan con la definición de caso y no estén notificados deben ser notificados en Sivigila.

Se debe fortalecer la correspondencia entre Sivigila y RUAF-ND a partir de búsquedas activas en RUAF de manera mensual por medio de la identificación de palabras clave para cada EISP priorizado, gestionando la notificación inmediata de los registros que cumplan definición de caso y garantizando la realización de las acciones individuales y colectivas definidas en cada protocolo nacional de evento, esto incluye, realizar la unidad de análisis (cuando se requiera), las indicaciones pueden ser detallados en el Manual para la realización de unidades de análisis:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

9.1.12 Creación de eventos de notificación municipal – departamental

En el caso de un evento de interés en salud pública que la entidad territorial del orden municipal o departamental considera necesario vigilar utilizando la herramienta Sivigila, la UNM o UND deberá solicitar, previo a la implementación, la autorización al INS por medio de formato “Control de cambios”. La solicitud deberá estar acompañada del protocolo de vigilancia, el cual debe contener las partes propuestas en la “*Guía metodológica para el desarrollo de protocolos de vigilancia de **eventos** de interés en salud pública en Colombia*”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/guia-metodologica-desarrollo-protocolos-vigilancia.pdf>

Una vez el INS haga la revisión respectiva asignará el código para ser incluido en el sistema de manera que sea único y no se sobreescriba con los códigos nacionales o departamentales. El INS informará si otro departamento lo ha creado.

9.1.13 Otras consideraciones de la operación del sistema

Al finalizar cada período epidemiológico las UND remitirán al INS, los avances de las visitas de verificación de la caracterización de UPGD y UI (encuestas de verificación de criterios de inclusión, fotos, certificaciones, actas de visita, pantallazos de caracterización, certificados de habilitación, entre otros).

Cada entidad territorial deberá verificar y garantizar que todos los prestadores que sean habilitados como nuevos en su territorio reciban asistencia técnica, para establecer su clasificación en el sistema y entrenarlos en el sistema de información Sivigila.

Ninguna entidad departamental, distrital, municipal, UPGD o UI deberá modificar los parámetros para la notificación o bloquear los códigos para la notificación de los eventos de interés en salud pública a través del Sivigila. Si existen sistemas de información paralelos a la notificación Sivigila no deberá afectar el funcionamiento del sistema de información nacional.

Toda la información del sistema de vigilancia es validada acorde a las características de los casos, establecidas en los protocolos de vigilancia. El control de la calidad de los datos es un ejercicio permanente el cual tiene como resultado la publicación anual de las estadísticas del Sivigila en el cubo dispuesto por el Sistema Integral de Información de Salud y Protección Social (SISPRO) y cuyos datos son considerados como oficiales para todo el país. En la actualidad se encuentra disponible la serie 2007 – 2024.

Todo actor del sistema que realice ejercicios en la herramienta Sivigila escritorio, como pruebas de la herramienta o ejercicio académico, deberá activar el "Modo pruebas" en la opción Sistema. Adicionalmente, para el entrenamiento en la operación del sistema Sivigila 4.0, las entidades territoriales deberán realizar la solicitud al Grupo de Gestión para la Vigilancia en Salud Pública con el fin de acceder al sistema en su versión de capacitación.

9.1.13.1 Confidencialidad de la información

Es responsabilidad de todas las personas involucradas en los procesos de vigilancia en salud pública y que tengan acceso a los datos del sistema de información, asegurar la confidencialidad de ésta, entendida como "la reserva obligatoria que debe mantener todo miembro (funcionarios, investigadores, estudiantes, pasantes, contratistas, y el recurso humano temporal o transitorio)

de las entidades de la red de vigilancia en salud pública sobre toda información que sea resultado de la actividades de este proceso".

Se recuerda a todos las entidades, que acorde al Artículo 2.8.8.1.2.5 de Decreto 780 de 2016 sobre el carácter confidencial de la información, se establece que la información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente por parte de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia, o por las autoridades judiciales, siempre que medie solicitud previa del juez de conocimiento.

Esto implica que las entidades territoriales y las instituciones que recopilan o acopian datos del sistema de vigilancia, no podrán hacer entrega de estos a ningún tercero excepto a aquellos exceptuados por ley. El INS ha publicado en el portal de datos.gov.co y en la plataforma de Sivigila 4.0 los microdatos desde 2007 en adelante para su consulta. En caso de requerirse información adicional, la solicitud deberá realizarse directamente ante el Instituto Nacional de Salud, siguiendo los procedimientos establecidos para la evaluación y trámite de acceso a la información.

9.1.14 Estrategias de identificación de eventos de interés en salud pública

Uno de los retos del sistema de vigilancia es la reducción del subregistro por la no identificación de casos relacionados con eventos de interés en salud pública. El INS ha generado estrategias para minimizar la no identificación de potenciales situaciones tales como las búsquedas activas institucional y comunitaria, como complemento a la vigilancia rutinaria.

El sistema de vigilancia en salud pública basado en casos predefinidos no es un registro poblacional.

9.1.14.1 Búsqueda activa institucional - BAI

Para mejorar la Búsqueda Activa Institucional, se pueden usar diferentes estrategias, así como fuentes de información como RIPS u otros registros de prestación de servicios, laboratorios o programas de acuerdo con el evento.

El proceso de BAI se encuentra definido en el documento técnico “Metodología de búsqueda activa institucional en RIPS”, en el que se establecen las particularidades para su realización en los diferentes niveles del flujo de información. De la misma manera se ha desarrollado el módulo en el aplicativo Sivigila denominado SIANIESP, que facilita el proceso en las instituciones a partir de los registros que están sistematizados. Los criterios para su realización se describen a continuación:

- Ante silencio epidemiológico (ver numeral 9.1.7)
- Para las IAAS ante riesgo de silencio epidemiológico
- Ante la identificación de indicadores de vigilancia en niveles inadecuados
- Ante comportamientos inusitados como las situaciones de alerta, brotes, epidemias y caso de potenciales ESPII o la presencia de eventos emergentes.
- Como parte del estudio de foco de casos probables y confirmados de fiebre amarilla y para criterio de cierre o control de brote según lineamientos nacionales

El INS evaluará durante las asistencias técnicas o el acompañamiento a la investigación de brotes la realización de este procedimiento de acuerdo con el manual. Las entidades territoriales departamentales deben enviar los formatos solicitados que resumen estas actividades de acuerdo con la periodicidad definida en el documento BAI a los correos iaasinmuno@ins.gov.co y transmisibles@ins.gov.co, pero no las bases de datos ni los registros uno a uno de la actividad. Los casos que sean detectados en las BAI deben ser ingresados en el aplicativo Sivigila señalando la fuente del caso (variable 3.1)

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>

Al ingresar revisar: Documentos de apoyo y luego Documento BAI

Este procedimiento debe realizarse siempre ante la presencia de un caso sospechoso, probable o confirmado de evento bajo erradicación o eliminación y al menos tres periodos de incubación posteriores.

Dadas las alertas por casos derivados de vacuna en diferentes regiones del mundo y en el marco del fortalecimiento y ampliación de la vigilancia de PFA al grupo de 15 a 49 años, se realizará BAI en las unidades centinela con periodicidad quincenal, con el fin de monitorear la posible importación o circulación de poliovirus derivado de la vacuna. Todo caso que cumpla definición debe contar con la notificación inmediata al Sivigila, toma de muestras y realización de IEC y las demás acciones establecidas en el protocolo.

Para fortalecer las acciones de la vigilancia de IAAS, las entidades territoriales deben gestionar los silencios y alertas, se deberá realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) para IAD (por laboratorio) disponible en:

- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/INSTRUCTIVO%20BAI%20POR%20LABORATORIO%20IAD%2003082023.pdf>

Para IAPMQ (SIANIESP) disponible en:

- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo%208.%20Instructivo%20BAI%20local-IAPMQ.pdf>

Por medio del aplicativo VigIAAS se orientará y verificará el cumplimiento de las definiciones de caso para todas las IAAS. Trimestralmente, las secretarías de salud deberán remitir al INS los soportes de las visitas realizadas, los cuales deberán incluir el análisis de los resultados de la Búsqueda Activa Institucional (BAI) y la formalización de los compromisos establecidos.

9.1.14.2 Búsqueda activa comunitaria - BAC

La búsqueda activa comunitaria es el rastreo de EISP de casos que no asistieron a los servicios de salud o no fueron atendidos. Es una estrategia que consiste en la identificación de personas o animales, que cumplan con la definición de caso a partir de encuestas casa a casa, a líderes comunitarios, residentes, personal de las guarderías, población escolar, entre otros. El documento para eventos inmunoprevenibles se encuentra disponible en el siguiente enlace:

- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Busqueda%20Activa%20Comunitaria.pdf>

Este documento puede tomarse como guía para la búsqueda activa comunitaria de otros eventos de interés en salud pública con su respectiva adaptación.

Hay situaciones específicas en las que se debe realizar una BAC:

- **Muertes debidas a EISP:** de acuerdo con el EISP, para detectar otras muertes no reportadas o posibles casos relacionados que cumplan con los criterios del evento a investigar.
- **Eventos potenciales ESPII, brotes de EISPIN y eventos en eliminación y erradicación:** para identificar otros casos relacionados con el evento índice notificado.
- En las **actividades realizadas en la comunidad**, por los equipos de trabajo extramural, se debe revisar la presentación histórica de casos de EISP, en especial de muertes de eventos de interés en salud pública (incluyendo materna y perinatal).

Los casos identificados deben verificarse con el responsable de la vigilancia de la UND para tomar las acciones que sean requeridas. Los casos detectados deben ser reportados en el sistema de información Sivigila, seleccionando como fuente BAC (Variable 3.1).

Solo para los casos de mortalidad materna temprana se realizará unidad de análisis en la herramienta dispuesta para tal fin el cual incluye: entrevista familiar y atenciones clínicas. Los casos de muerte materna temprana que ocurren fuera de una institución de salud deben tener autopsia verbal. Las unidades de análisis deben realizarse en los 45 días calendario, posteriores a la fecha de notificación.

9.1.15 Módulo de Veterinarios

Durante 2026 se continuará con la implementación de la vigilancia de eventos potencialmente zoonóticos, con énfasis en animales de compañía (perros y gatos); de esta manera se mantendrá en funcionamiento el módulo denominado "Veterinarios", disponible en la suite Sivigila 4.0, cuyos notificadores corresponden a todos los médicos veterinarios y médicos veterinarios zootecnistas del país sea en servicios clínico-sanitarios o de protección ambiental.

Se realizará la notificación para síndromes neurológicos, los cuales corresponderán a señales que deben ser verificadas por el programa de zoonosis de la entidad territorial para determinar si se trata de una alerta ante un posible caso de rabia animal, y con ello, implementar acciones tempranas que mitiguen el riesgo de fallecimientos de personas o la propagación de la enfermedad en animales, aportando así a las estrategias de vigilancia para lograr la eliminación de la rabia humana transmitida por perro y gato.

Teniendo en cuenta el número de médicos veterinarios registrados durante el año 2025 en la herramienta, se realizará seguimiento de alertas diligenciadas con el fin de que sea útil la detección temprana de señales.

9.2 Subsistema de análisis y divulgación

El subsistema de análisis y divulgación está comprendido por el proceso regular de tabulación, interpretación, análisis y difusión de la información generada por el sistema de vigilancia para detectar cambios en tiempo, lugar y persona, la generación de las alertas y acciones correspondientes, y la información a la comunidad sobre la situación.

9.2.1 Unidad de análisis

La metodología definida debe ser consultada en el “Manual para realización de unidades de análisis y tablero de problemas de eventos de interés en salud pública priorizados” para la vigencia 2026, disponible en:

- <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

Entre las consideraciones generales están:

- En caso de tener dificultades para el cargue de las unidades de análisis en el aplicativo y que estén fuera del alcance de la entidad territorial, debe informar al correo casos_especiales@ins.gov.co para resolver la situación y tenerlo en cuenta en la medición de los indicadores de gestión de unidad de análisis.
- Los casos objeto de unidades de análisis rápida o “expres” para su análisis y clasificación final de manera prioritaria, se pueden presentar en tres situaciones:
 - ✓ EISP de carácter pandémico (máximo a las 72 horas)
 - ✓ Eventos bajo planes de contingencia (máximo a las 2 semanas, aunque puede actualizarse de acuerdo con el plan de acción territorial o las notas técnicas emitidas por el INS). Estos eventos serán definidos por el INS de acuerdo con criterios de priorización como situación epidemiológica, impacto y magnitud, capacidad básica de la entidad territorial, entre otros.
 - ✓ Migrante o extranjero que solamente ingresa para atención médica (máximo a las 2 semanas)

Para la realización de unidad de análisis y tablero de problemas en población migrante o extranjera, tenga en cuenta que en todos los casos se deberá realizar unidad de análisis, pero no se elaborarán tableros de problemas en los casos que solamente ingresan a Colombia para atención médica.

Los eventos analizados por medio de unidad de análisis exprés no requieren tablero de problemas en ese momento, dado que la prioridad es la clasificación final de caso; sin embargo, sí se debe garantizar la realización del tablero de problemas para los análisis trimestrales

La responsabilidad de la realización de unidades de análisis se define por la geografía (residencia o procedencia) de los EISP priorizados; así mismo, en los casos donde la procedencia o residencia sea en el exterior, la entidad territorial de notificación será la encargada de realizar este proceso.

Para los casos objeto de unidad de análisis y que, por alguna condición especial, se consideren de difícil clasificación, se generó un anexo al manual, definiendo la metodología para el análisis y seguimiento de indicadores: Anexo 1. Metodología para el análisis de casos de difícil clasificación, disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

Las condiciones especiales son:

- Reportes pendientes de necropsia clínica o médico-legales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o lugares para la práctica de autopsias
- Reportes pendientes por el Laboratorio Nacional de Referencia, Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital o Centros Colaboradores
- Población residente en zonas de difícil acceso
- Movilización de población
- Negación por parte del paciente, familiar o cuidador investigación epidemiológica de campo, autopsia verbal

Todos los casos revisados bajo la metodología de unidad de análisis, con condición final muerto, deben tener revisión de las causas de muerte registradas en el certificado de defunción y entre todos los participantes, definir si se requiere ajuste de la cadena fisiopatológica. En el caso de requerirlo, se debe iniciar el proceso de modificación o enmienda estadística por la UPGD que

certificó la muerte de acuerdo con el procedimiento establecido por el MSPS y DANE. Para ampliar la información de ajuste de la cadena causal, consulte el "Manual para la realización de unidades de análisis" disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>. El INS informará al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), los casos de muerte notificados que, de acuerdo con los resultados de las unidades de análisis, podrían requerir ajuste de la cadena causal o enmienda estadística, para su gestión. Se recalca la responsabilidad que tienen las IPS de realizar el proceso de modificación o enmienda estadística.

Las entidades territoriales deben asegurar la divulgación del tablero de problemas al secretario de salud, comité de vigilancia epidemiológica y todas las áreas correspondientes para su seguimiento. De igual manera, los problemas que se identifiquen de otros sectores se recomiendan presentar en los espacios intersectoriales con los que se cuente.

El INS solicitará unidades de análisis y tablero de problemas según lo que está contenido en la tabla 5 y se solicita a todas las entidades departamentales, distritales, municipales y UPGD racionalizar este proceso para no afectar la operación rutinaria del sistema de vigilancia.

Solamente se debe realizar unidad de análisis a los eventos de interés en salud pública priorizados, así mismo, el tablero de problemas se realiza a casos confirmados y en un subgrupo de eventos priorizados.

Tabla 5 Condiciones para la realización de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud publica priorizados, Colombia, 2026

Tipo de evento	Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo de realización	Tablero de problemas
Enfermedades transmitidas por vectores	Fiebre amarilla	Muerto	* Resultado de laboratorio positivo * Sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Malaria*	Muerto	Resultado de laboratorio positivo	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
		Vivo	Resultado de laboratorio positivo	Todos	* Malaria complicada * Tres unidades de análisis por periodo epidemiológico Nota: Si un departamento o distrito reporta menos de tres casos en un PE, debe realizar el análisis de todos los casos (1 o 2), no se debe reponer en los periodos siguientes.		
	Mortalidad por dengue	Muerto	* Resultado de ELISA NS1, aislamiento viral o RT-PCR en suero o tejidos positivo, histopatología compatible * Sin muestra	Todos	Ninguna	8 semanas	Si
	Chikunguña	Muerto	Resultado de laboratorio positivo	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Enfermedad por virus Zika	Muerto	* PCR en suero positivo	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Chagas agudo	Muerto	* Pruebas parasitológicas directas (Micrométodo, gota gruesa, frotis de sangre periférica, examen en fresco), pruebas de ELISA y PCR positivo * Caso sin muestra de tejido	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Leishmaniasis visceral	Vivo o muerto	* IFI Inmunofluorescencia Indirecta Suero títulos igual o mayores 1/32, Aspirado (médula ósea o bazo) con presencia de amastigotes de leishmania * Caso sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
Zoonosis	Encefalitis equina	Vivo o muerto	* Resultado de laboratorio negativo o positivo * Casos sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Rabia humana	Vivo	Caso sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
		Muerto	* Inmunofluorescencia directa, secuenciación (linaje genético) en tejido cerebral positiva				

Tipo de evento	Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo de realización	Tablero de problemas
			* Caso sin muestra				
	Mpox	Muerto	* Resultado de laboratorio positivo con clasificación de Clado I o II * Casos sin muestra	Todos	Ninguna	4 semanas	No
		Vivo o muerto	Resultado de PCR positivo, con clado I y II negativo	Todos	Ninguna	72 horas	No
	Leptospirosis	Muerto	* Resultado de laboratorio positivo o negativo * Caso sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Accidente ofídico	Muerto	No aplica	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
	Accidentes por otros animales venenosos	Muerto	No aplica	Todos	Ninguna	5 semanas	Si
Prevenibles por vacunación	Sarampión y rubéola	Vivo	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG cuatro veces * Caso sin muestra	Todos	Ninguna	6 semanas	No
		Muerto	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG cuatro veces * Caso sin muestra * Resultado de laboratorio positivo				
	Síndrome de rubéola congénita	Vivo	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG dos veces * Caso sin muestra	Menor de 1 año	Ninguna	6 semanas	No
		Muerto	* IgM positiva o dudosa con segunda muestra fallida * Aumento de títulos IgG dos veces * Caso sin muestra * Resultado de laboratorio positivo				
	Tétanos neonatal	Vivo o muerto	No aplica	Menor de 29 días	Ninguna	5 semanas	Si
	Parálisis flácida aguda	Vivo o muerto	* Resultado de laboratorio positivo para polio virus o derivados de vacuna * Muestra tardía * Caso sin muestra	Menor de 15 años	Ninguna	10 semanas	Si
	Tos ferina	Vivo	* Caso sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	No

Tipo de evento	Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo de realización	Tablero de problemas
		Muerto	* Resultado de laboratorio positivo * Caso sin muestra				
	Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica	Muerto	Resultado de laboratorio positivo para <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> o <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Todos	Ninguna	5 semanas	No
	Hepatitis A	Muerto	IgM positiva	Todos	Ninguna	5 semanas	No
	Varicela	Muerto	No aplica	Todos	Ninguna	5 semanas	No
	Difteria	Vivo	Caso sin muestra	Todos	Ninguna	5 semanas	No
		Muerto	* Caso sin muestra * Resultado de laboratorio positivo o negativo				
	Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a COVID-19 (MIS-C)	Muerto	COVID 19 positivo	Menores de 18 años	Ninguna	5 semanas	No
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Muerto	Resultado de laboratorio positivo	Todos	Ninguna	5 semanas	No
Respiratorias	IRAG Inusitado	Muerto	* Resultado de laboratorio negativo * Resultado de laboratorio positivo para Influenza A no subtipificable * Caso sin muestra	Todos	Influenza A no subtipificable	5 semanas	No
Vigilancia integrada de muerte en menores de 5 años por IRA, EDA y/o DNT aguda**		Muerto	* Pruebas de laboratorio positivo o negativo * Caso sin muestra	Menor de 5 años	Ninguna	5 semanas	Si
Micobacterias	Tuberculosis sensible o fármaco resistente	Vivo	* Baciloscopia, cultivo, prueba molecular, histopatología, radiografía, prueba de sensibilidad a fármacos positiva * Caso sin muestra	Todos	Diagnóstico y hospitalización en el mismo año (año epidemiológico vigente) * Una unidad de análisis por trimestre * Córdoba y Sucre realizarán una unidad de análisis por mes.	5 semanas	Si
		Muerto	* Baciloscopia, cultivo, prueba molecular, histopatología, radiografía, prueba de sensibilidad a fármacos positiva * Caso sin muestra		Diagnóstico y muerte en el mismo año (año epidemiológico vigente) * Una unidad de análisis por trimestre priorizando: • Menores de 15 años		

Tipo de evento	Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo de realización	Tablero de problemas
					• Población indígena • Habitante de calle • Residencia difícil acceso geográfico • Población privada de la libertad • Comorbilidad (VIH, diabetes y otras) * Antioquia y Santander realizarán una unidad de análisis por mes.		
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis congénita	Muerto	* Resultado de prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores (dos diluciones) que los títulos de la madre al momento del parto * Resultado de prueba por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia positiva para Treponema pallidum * Casos sin muestra	Mortinatos (500 gramos y más y 22 semanas y más de gestación) Neonatos (desde el nacimiento hasta los 28 días de vida)	Ninguna	5 semanas	Si
	Transmisión materno infantil (VIH/SIDA)	Vivo o muerto	* Menores de 18 meses: dos pruebas de carga viral ARN detectables * Mayores de 18 meses: dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa)	Menor de 2 años	Notificación en Sivigila: mecanismo probable de transmisión: 4- Materno Infantil	8 semanas	Si
	Transmisión materno infantil (Hepatitis B)	Vivo o muerto	* Prueba de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva * Histopatología con detección de VHB asociada a prueba positiva/reactiva de detección de anticuerpo IgM AntiHBc.	Menor de 2 años	Notificación en Sivigila: mecanismo probable de transmisión: 1- Materno Infantil	8 semanas	Si
Maternidad segura	Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Muerto	No aplica	Muerte perinatal: a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal,	* Tres unidades de análisis por periodo epidemiológico. Debe priorizar casos emblemáticos (muertes ocurridas en el domicilio, que correspondan a madres adolescentes, madres con antecedentes de este evento en	6 semanas	Si

Tipo de evento	Evento	Condición final	Criterio de laboratorio	Grupo de edad	Condiciones especiales	Tiempo de realización	Tablero de problemas
				hasta los siete días después del nacimiento. Muertes neonatales tardías: entre los 7 días hasta los 28 días de vida.	gestaciones anteriores, muertes con otros eventos de interés en salud pública, etc). * Amazonas, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés y Vichada que reportan altas tasas de prevalencia de mortalidad y bajas frecuencias de la notificación deben analizar el 100% de los casos residentes en su departamento, sin superar tres unidades de análisis en el PE. Nota: Si un departamento o distrito reporta menos de tres casos en un PE, debe realizar el análisis de todos los casos (1 o 2), no se debe reponer en los periodos siguientes.		
	Mortalidad materna**	Muerto	No aplica	10 a 54 años	Muerte materna temprana	45 días	Si
LCE y Salud mental	Intoxicaciones	Vivo o muerto	Caso sin muestra	Todos	Fosforo blanco	2 semanas	No

*Análisis de casos de malaria complicada: adjuntar el resultado de la aplicación del instrumento de verificación de clasificación disponible en:

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx#InplviewHash53b394d9-1b59-4486-827a-d52877de1891=Paged%3DTRUE-p_GroupCol1%3DInfecciones%2520Asociadas%2520a%2520la%2520Atenci%25c3%25b3n%2520en%2520Salud%2520%252d%2520Infecciones%2520Asociadas%2520a%2520Dispositivos-FolderCTID%3D0x012001-SortField%3DLinkFilename-SortDir%3DDesc-PageFirstRow%3D31-WebPartID%3D%7B53B394D9--1B59--4486--827A--D52877DE1891%7D

**Para COVID-19: Se implementa la metodología tradicional de unidad de análisis en las muertes con prueba confirmatoria positiva de SARS-CoV-2 en menores de cinco años (591-Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por IRA) y gestantes (550-Muerte materna)

La priorización de eventos a los cuales se les realiza unidades de análisis y tableros de problemas es definida en la tabla 5, sin embargo, el nivel nacional puede solicitar estos análisis cuando se presenten situaciones excepcionales o particulares que ameriten su estudio.

El único medio para la realización del proceso de unidades de análisis es el aplicativo web UACE.

Los tableros de problemas se obtendrán del aplicativo en línea y deben ser divulgados continuamente de manera inmediata (nominal) y trimestral (consolidado) de acuerdo con lo definido en el manual disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

Las unidades de análisis de mortalidad materna y perinatal y neonatal tardía se realizarán en Sivigila Web 4.0 a través del módulo de unidad de análisis, siguiendo las especificaciones incluidas en los protocolos y documentos técnicos de los eventos.

Para evaluar la gestión de las unidades de análisis de casos especiales, se realizará la medición de los siguientes indicadores (**Tabla 6**).

Tabla 6 Indicadores de unidades de análisis, Colombia, 2026

Indicador	Objetivo	Cálculo
Cumplimiento en la realización de unidades de análisis	Medir el cumplimiento de la realización y el cargue al aplicativo web UACE de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados	Numerador: Total de unidades de análisis de los eventos priorizados realizadas y cargadas al aplicativo web UACE Denominador: Total de casos notificados de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis en el aplicativo web UACE Coeficiente de multiplicación: 100
Oportunidad en la realización de las unidades de análisis	Medir la oportunidad en la realización de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados	Numerador: Total de unidades de análisis de los eventos priorizados realizadas oportunamente. Denominador: Total de casos notificados de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis en el aplicativo web UACE Coeficiente de multiplicación: 100
Oportunidad en el cierre de la unidad de análisis	Medir la oportunidad en el cierre de las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública priorizados.	Numerador: Total de unidades de análisis de los eventos priorizados cerrados oportunamente. Denominador: Total de casos notificados de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis en el aplicativo web UACE Coeficiente de multiplicación: 100
Correspondencia de casos confirmados por medio de unidad de análisis y casos con tablero de problemas	Medir el cumplimiento de la realización de los tableros de problemas en todos los casos confirmados de los eventos de interés en salud pública priorizados	Numerador: Total de casos confirmados con tablero de problemas realizados y cargados en el aplicativo web UACE. Denominador: Total de casos confirmados de los eventos priorizados para realización y cargue de unidad de análisis y que requieren tablero de problemas. Coeficiente de multiplicación: 100

Cumplimiento en la calidad de la metodología de realización de unidades de análisis	Medir la proporción de casos analizados que cumplen con calidad en la realización de las unidades de análisis.	Numerador: promedio de la medición de calidad de los casos revisados. Denominador: Total de casos notificados de los eventos priorizados para realización y cargue de unidades de análisis en el aplicativo web UACE Coeficiente de multiplicación: 100
--	--	---

Recuerde solicitar con mínimo 5 días hábiles previos a la unidad de análisis, la habilitación de los casos en el aplicativo web UACE.

9.2.1.1 Unidad de análisis de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía

A partir de 2026 las unidades de análisis de muertes maternas y de mortalidad perinatal y neonatal tardía se desarrollarán en el módulo “Unidades de análisis” en Sivigila Web 4.0. Para su desarrollo se debe contar de manera anticipada con la confirmación y notificación del caso, así como el diligenciamiento completo de los instrumentos de recolección de información (atención clínica, entrevista familiar y autopsia verbal, este último para las muertes extrahospitalarias). Se mantendrán los tiempos e indicadores establecidos en los protocolos de vigilancia en salud pública de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía.

9.2.1.2 Divulgación de resultados

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, posterior a la unidad de análisis, deberán realizar el envío del acta y tablero de problemas (en los casos que aplique) a los participantes de la unidad de análisis para su revisión y de ser necesario hacer los ajustes correspondientes. Deben divulgar los resultados de los tableros de problemas en diferentes espacios como COVE, mesas de trabajo con grupos funcionales, espacios institucionales e intersectoriales, publicaciones de informes o infografías y demás.

Cada secretaría de salud de los niveles departamental, distrital y municipal deben definir el área encargada de la formulación, realización y seguimiento de planes de mejora o de acción, incluyendo la identificación de las instituciones, entidades o áreas en la asignación de las características y situaciones problema, de acuerdo con la línea técnica definida desde el Ministerio de Salud y Protección Social. El área de vigilancia no es responsable de este plan.

El proceso de unidad de análisis y tablero de problemas de los eventos de interés en salud pública priorizados finaliza en la divulgación de la información. La entidad territorial debe establecer el mecanismo de seguimiento del plan de mejoramiento. La vigilancia en salud pública NO tiene la competencia para el desarrollo de este proceso.

9.2.1.3 Análisis cualitativo

Desde el 2024 se inició el proceso de análisis cualitativo y generación de un documento tipo artículo científico con el evento priorizado por cada entidad territorial. En 2025 se continuó el proceso de generación de capacidades básicas en este análisis a través de los talleres regionales con enfoque cualitativo. En 2026, cada entidad territorial generará un documento de tipo artículo científico, basado en el modelo IMRD, el cual debe ser entregado en conformidad con los tiempos establecidos por el grupo UACE para cada año vigente. Se motiva a las entidades territoriales a publicar los análisis cualitativos en revistas o boletines en salud pública.

El documento debe cumplir con la estructura esperada de un artículo científico y los criterios para tener en cuenta son:

Estructura	Ítem	Ponderación
Introducción	¿Qué es? - Comportamiento del evento - Objetivo	10%
Metodología	¿Cómo priorizaron el EISP? ¿Qué perfil, áreas y roles conformaron la sala de inmersión? - Plan de recolección de datos: fuentes de información, organización de los datos - Plan de análisis: categorización, diagrama	20%
Resultados	- Priorización del evento - Identificar las observaciones relevantes (resaltar texto) - Categorización final - Diagrama	30%
Discusión	- Mencionar hallazgos de acuerdo con el contexto territorial bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud - Posible explicación - Comparación de literatura	30%
Conclusión	Debe dar cuenta del cumplimiento del objetivo planteado de forma breve y clara	5%
Soportes	- Excel de la categorización de las observaciones del tablero de problemas del evento priorizado - Acta de sala de inmersión donde se evidencie la participación del equipo multidisciplinario - Documento tipo artículo científico	5%

9.2.2 Sistema de alerta temprana - SAT

Este módulo permite la gestión integral de señales y alertas, articulando las funciones de tres roles fundamentales: gestor SAT de la entidad territorial, gestor y referente nacionales del evento de interés en salud pública.

Con la puesta en marcha de este módulo, se fortalece la operatividad del Sistema de Alerta Temprana en los niveles territorial y nacional, consolidando el trabajo conjunto entre las entidades territoriales y el Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata (GGRRI) del Instituto Nacional de Salud (INS), en el marco de la transferencia y consolidación del Modelo de Preparación y Respuesta.

Para el adecuado funcionamiento del SAT, cada entidad territorial debe designar un gestor SAT o, en su defecto, una persona responsable del registro, verificación y descarte de señales (submódulo Señales), así como del registro y seguimiento hasta el cierre de alertas o brotes en salud pública (submódulo Brotes). Este proceso debe realizarse en articulación con los referentes departamentales de vigilancia, quienes brindan acompañamiento técnico en la operación del módulo y canalizan la información mediante la figura del gestor SAT.

El módulo para el Sistema de Alerta Temprana (SAT) está integrado en el sitio web de Sivigila 4.0, con los siguientes submódulos: matriz de brotes, matriz de señales, seguimiento a medios, capsula y medios enviados, administración de correos, administración de gestores, monitoreo de medios, RSS de EIOS y carga de planos.

Figura 10 Módulo Sistema de Alerta Temprana (SAT)- Sivigila 4.0



Aunque el aplicativo contempla también la gestión por parte del referente nacional del evento y del gestor nacional, se enfatiza que la información debe ser registrada prioritariamente por el gestor de la entidad territorial, dado que es quien dispone de la información primaria y actualizada sobre la situación en el territorio.

A través de este módulo también se realiza el monitoreo de medios, una de las principales estrategias para la captación de señales. La periodicidad con que se desarrolla esta actividad dependerá de cada entidad territorial; no obstante, se recomienda efectuarla al menos dos veces por semana y, de manera ideal, todos los días. En este submódulo es de obligatorio diligenciamiento registrar al menos una noticia de ámbito nacional relacionada con un evento de interés en salud pública. Las demás secciones podrán ser completadas según el criterio y las dinámicas operativas de la entidad territorial.

En el submódulo “Seguimiento a medios” se registran todas aquellas noticias que requieren verificación para determinar si configuran o no un brote o una alerta en salud pública. En esta sección también deben incluirse las noticias cuya verificación sea solicitada por el Centro Nacional de Enlace (CNE), así como verificar las noticias que el gestor nacional haya incluido para seguimiento.

La herramienta de Inteligencia Epidemiológica de Fuentes Abiertas (EIOS, por sus siglas en inglés) apoya la búsqueda de noticias a nivel local, nacional e internacional. Las entidades territoriales que cuenten con acceso a esta herramienta pueden utilizarla para fortalecer y optimizar la búsqueda de noticias. En el submódulo “RSS de EIOS”, se pueden incluir las URL de los tableros de búsqueda de noticias de la entidad territorial; de esta manera, durante el monitoreo de medios, las noticias identificadas pueden incorporarse directamente al registro del submódulo.

Asimismo, las entidades territoriales tienen la facultad de agregar o eliminar los nombres de los gestores en el submódulo “Administración de gestores”, así como de agregar o retirar las direcciones de correo electrónico de las personas con quienes se comparten el monitoreo de medios y la emisión de cápsulas informativas o alertas, mediante el submódulo “Administración de correos”.

El submódulo “Cápsulas y medios enviados” funciona como un repositorio de cada una de las noticias registradas en el monitoreo de medios, así como de las cápsulas informativas o alertas enviadas a los tomadores de decisiones. Desde este repositorio, las noticias que ameriten seguimiento pueden ser exportadas al submódulo “Seguimiento a medios” para su respectivo análisis y verificación.

Tanto los gestores nacionales como los gestores de las entidades territoriales deben verificar que la señal o alerta que desean registrar no haya sido ingresada previamente por su homólogo. Para facilitar esta revisión, cada submódulo cuenta con filtros de búsqueda que permiten identificar situaciones previamente registradas.

Finalmente, es importante recordar que el SAT Sivigila se encuentra en proceso de aprendizaje y adopción por parte de las entidades territoriales. Por lo tanto, no debe interrumpirse el flujo de información a través de los canales oficiales de comunicación, específicamente mediante el correo electrónico del referente nacional y del gestor nacional: eri@ins.gov.co

Para una comprensión más detallada sobre la gestión del aplicativo, se recomienda consultar el Manual del Usuario SAT Sivigila 4.0.

9.2.2.1 Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)

La estrategia de VBC tiene como objetivo la identificación de señales de posibles situaciones de interés en salud pública por parte de la comunidad (vigías y gestores), las señales de las situaciones de interés en salud pública se pueden clasificar en:

- Factores potencialmente relacionados
- Situaciones en animales
- Síndromes
- Casos específicos
- Muertes en comunidad
- Conglomerados

La implementación de la VBC requiere que las entidades territoriales cursen por 5 fases que garantizaran el adecuado desarrollo de la estrategia, estas fases son:

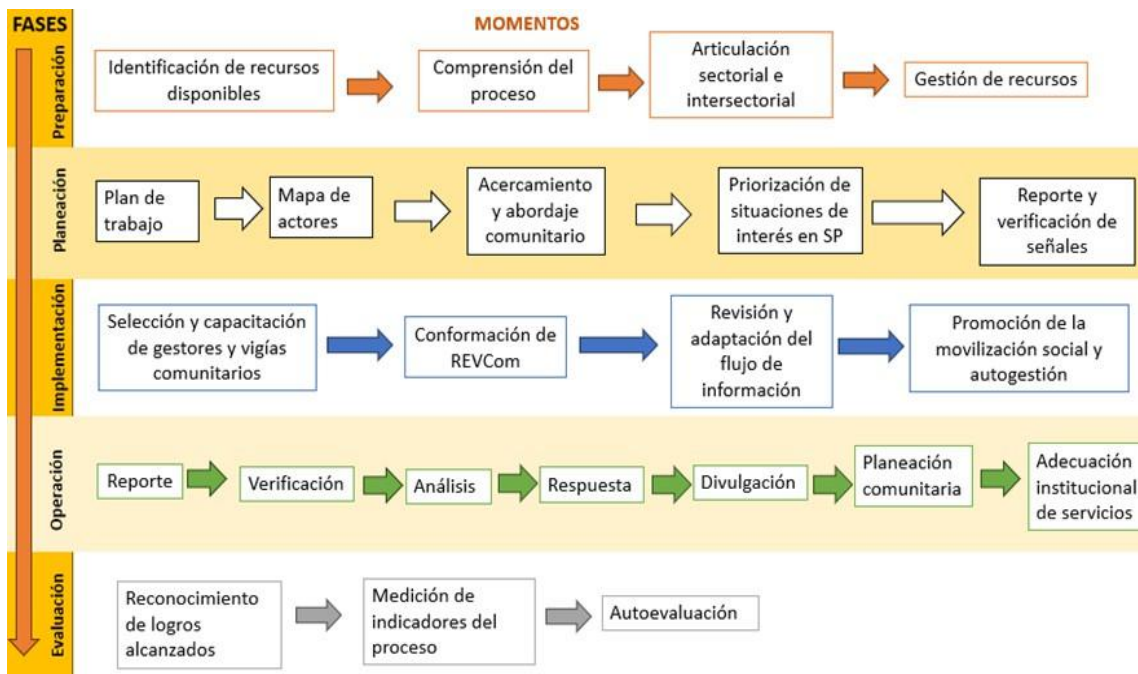
1. **Preparación:** el objetivo de esta es la identificación de los recursos disponibles (humano, técnico, tecnológico, operativo) para el desarrollo de la estrategia.
2. **Planeación:** las entidades territoriales a partir de los recursos disponibles deberán elaborar un plan de trabajo incluyendo el mapeo de actores que harán parte de su red de vigilancia comunitaria (RevCom).
3. **Implementación:** en esta fase se inicia la conformación de la RevCom a través de la selección y formación de los gestores y vigías, establecimiento de flujos de información, priorización de situaciones de interés en salud pública.

Es fundamental que en esta fase se establezcan los canales de comunicación para recibir

las señales por parte de la comunidad.

4. **Operación:** aquí se da inicio al reporte de las señales de las situaciones en salud pública priorizadas por parte de la RevCom a la entidad territorial, esta, deberá contar con una persona que gestione toda la información recibida a partir de criterios de inclusión que permitan categorizar las señales que puedan convertirse en alertas que ingresarán al SAT, todas las acciones realizadas a partir de las señales recibidas por parte de la comunidad deberán ser socializadas, esta socialización se puede realizar a través de diferentes estrategias comunicativas o en escenarios de participación como el COVECOM.
5. **Evaluación:** la estrategia tiene una característica progresiva frente a su expansión en el territorio y el desarrollo de capacidades comunitarias, en esta fase, las entidades territoriales deberán evaluar la implantación a través de los indicadores establecidos para tal fin.

Figura 11 Fases de la vigilancia basada en comunidad. VBC



9.2.2.2 Eventos de interés con comportamientos inusuales

Los comportamientos inusuales son las diferencias estadísticas establecidas entre los casos observados y los casos esperados (de acuerdo con su comportamiento histórico o como proyección de los casos de un periodo específico), por semana o periodo epidemiológicos.

Es función de la VSP identificar el comportamiento inusual de los EISP de manera rápida y oportuna, para esto debe contar con métodos de análisis para contrastar los casos observados frente a lo esperado en un periodo y de esta manera definir situaciones de riesgo territorial. En los eventos sin presentación de casos se entiende que un caso es un comportamiento inusual.

Por lo tanto, se recomienda promover la valoración del riesgo ante la aparición de eventos clasificados como de eliminación, erradicación y control internacional o de eventos de interés en salud pública que presenten comportamientos inesperados o inusuales y que requieran de la orientación de acciones inmediatas para reducir el impacto.

Estos eventos también pueden ser monitorizados en grupos especiales como poblaciones indígenas, comunidades afro, privadas de la libertad, fuerzas militares y policía, poblaciones procedentes del exterior, mineros, entre otros, para detectar situaciones inusuales, así como grupos de edad o procedencia. Esto aplica tanto en el nivel municipal como en el departamental, y para eventos bajo análisis transversal o acumulado. El análisis y seguimiento a situaciones inusuales puede realizarse en el nivel municipal y departamental.

Pueden consultar semanalmente los comportamientos inusuales en la sección tablas de mando nacional en el boletín epidemiológico, disponible en:

- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemilogico.aspx>

Así mismo en el portal Sivigila en reportes gráficos, comportamientos inusuales, disponible en:

- <https://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=69>

El INS orientará a las entidades territoriales que lo requieran, en el análisis de los datos que permitan determinar el incremento o decremento de los casos en los eventos priorizados, mediante las metodologías de detección de comportamientos inusuales.

Las unidades notificadoras municipales, distritales y departamentales deben promover que los eventos de notificación inmediata sean ingresados tan pronto ocurren al sistema de información Sivigila. Si los eventos son notificados de manera acumulada, con tiempos superiores a 24 horas desde el momento que se confirma el EISP, no corresponde a una notificación inmediata.

9.2.2.3 Monitoreo especial de EISP No transmisibles

Tiene como objetivo integración de la información y su ágil divulgación a los actores identificados como responsables de la intervención con el fin de gestionar el riesgo individual y mitigar el riesgo de discapacidad o muerte.

Para la entrega de esta información a los destinatarios definidos (entidad territorial, EAPB o institución relacionada), se cuenta con los siguientes mecanismos:

- **Comunicación super inmediata:** es recibida al correo electrónico de un destinatario definido por el sistema, una vez se notifique el caso en Sivigila (en tiempo real). Dicho correo tiene anexo un archivo de texto y un archivo en formato Excel, que contiene los datos de la ficha de notificación que fue ingresada en el aplicativo Sivigila.
- **Comunicación semanal:** correo generado desde el nivel nacional, posterior a la consolidación de los datos recibidos de la notificación rutinaria semanal de todo el país. El destinatario recibirá un archivo de extensión .xls con el consolidado de casos por cada

evento priorizado.

Una vez el destinatario definido recibe la alerta (entidad territorial, EAPB o institución relacionada), deberá verificar los casos. En aquellos eventos que representan un riesgo para la vida (morbilidad materna extrema, desnutrición aguda, intoxicación) se deberá asegurar la atención inmediata del paciente y la canalización de la atención a las rutas de atención integral-RIAS establecidas por la Resolución 3202 de 2016 según corresponda, en aquellos otros eventos identificados en el monitoreo especial porque no tienen datos de diagnóstico y tratamiento (cáncer), es necesario verificar la atención y realizar el ajuste correspondiente al Sivigila (12,13).

Tabla 7 Monitoreo especial de eventos de vigilancia en salud pública no transmisibles

Evento	Criterios de priorización	Mecanismo
Morbilidad Materna Extrema	Casos de MME que cumplan con algún o algunos de los siguientes criterios priorizados: hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa o eclampsia y los casos con 3 o más criterios.	Comunicación superinmediata
Desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años	Mayor probabilidad de muerte por desnutrición Mayor probabilidad de muerte por desnutrición en casos con las siguientes características: - Menores de 6 meses de edad - Presentación de edema - Reincidentes - Perímetro braquial inferior a 11,5 cm (aplica para niños entre los 6 a 59 meses) - Prueba de apetito negativa (aplica para niños entre los 6 a 59 meses y debe realizarse acorde a lo estipulado en la resolución 2350/2020).	Comunicación superinmediata
Cáncer en menores de 18 años	Leucemias agudas: <u>Inoportunidad en el diagnóstico:</u> Casos con diagnóstico presuntivo (probable) de Leucemias (LLA, LMA u Otras Leucemias) que, tras 8 días desde la notificación, no han sido confirmados o descartados. <u>Inoportunidad en el tratamiento:</u> Casos que después de 8 días de presentar fecha de confirmación diagnóstica para leucemias, la fecha de inicio de tratamiento continúa sin diligenciar. Se requiere generar estas mismas alertas, pero solamente con los casos de leucemias, que se definen en la variable 5.1. Tipo de cáncer: 1. Leucemia linfocítica aguda (LLA) 2. Leucemia mieloide aguda (LMA) 3. Otras leucemias No se genera alerta en el monitoreo especial del evento para los casos con condición final muerto.	Comunicación semanal
Intento de suicidio	Casos de 5 a 9 años y casos de cualquier edad con intentos previos	Comunicación superinmediata

Evento	Criterios de priorización	Mecanismo
Intoxicaciones agudas por sustancias químicas	Casos de intoxicación por licor adulterado con metanol, por fosforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos y por plaguicidas con ingrediente activo clorpirifos.	Comunicación superinmediata

9.2.2.4 Vigilancia especial en gestantes

El embarazo genera modificaciones fisiológicas en el organismo de la mujer que incluyen cambios en el sistema inmunológico, respiratorio, hormonales, en la función cardiovascular, entre otros, que supone un estrés físico para el cuerpo de la mujer. Esto puede exacerbar o desencadenar problemas de salud preexistentes o aumentar la vulnerabilidad a nuevas enfermedades y complicar el manejo de estas, lo cual se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Dadas estas condiciones, se implementa la vigilancia especial en gestantes ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública (EISP) transmisibles priorizados. El mecanismo consiste en generar una alerta cuando se reporte un evento transmisible priorizado en una gestante (malaria, dengue, zika, Chagas agudo, accidente ofídico, leishmaniasis visceral, VIH/sida, hepatitis B y C, tos ferina, COVID-19, fiebre tifoidea, varicela y sarampión y rubéola) la que será enviada a las entidades territoriales, EAPB y el Ministerio de Salud y Protección Social para mejorar la oportunidad de respuesta y mitigar el riesgo de complicación y muerte para la mujer y el feto.

Las entidades territoriales también deberán informar de manera oportuna y eficiente los casos en el ámbito local al interior del área responsable de la secretaria de salud que corresponda el seguimiento y la garantía en el acceso oportuno a los servicios de salud para las gestantes afectadas. La articulación entre los diferentes niveles de gestión permitirá reducir las

complicaciones y garantizar una atención integral que proteja tanto la salud materna como la fetal.

9.2.2.5 Vigilancia en poblaciones de interés en salud pública

9.2.2.5.1 Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (NARP)

Las entidades territoriales deben realizar el seguimiento de las poblaciones especiales establecidas como priorizadas a nivel local incluido la población étnica, NARP (negra, afrocolombiana, raizal y palenquera) e indígenas. Dada sus condiciones de salud, vivienda, recursos y acceso geográfico requieren de atención especial en la vigilancia de evento de interés en salud pública, así como promoción y prevención en temas de enfoque diferencial.

En el seguimiento de la población afrocolombiana se genera la resolución 1964 de 2024 por el cual se adopta el lineamiento para las comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras de áreas urbanas y rurales. En este documento se establece que las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal deben adoptar lo contemplado en los lineamientos, así como la coordinación del cumplimiento desde su enfoque y funcionalidad, por otras entidades del SGSSS, prestadores de servicios de salud, secretarías de salud, consejos comunitarios, organizaciones de las comunidades, etc. Para este proceso se cuenta con tres años a partir de la fecha de publicación para la adopción de estos lineamientos, con la inclusión de actividades de intervenciones individuales y colectivas desde el reconocimiento de sus sistemas de creencias tradicionales y rituales como factores protectores ante cualquier evento adverso y promoviendo su identificación en el sistema de salud y la participación activa comunitaria. Este enfoque y acciones diferenciales en salud deben implementarse en todas las etapas de gestión del riesgo incluyendo en el mapa de riesgos y el contexto, así como el seguimiento de cualquier evento de interés en salud pública.

9.2.2.5.2 Indígenas

La población indígena es una población de especial interés debido a sus condiciones de fragilidad, por su situación socioeconómica; es población que se sitúa principalmente en áreas rurales dispersas. Las entidades territoriales deben garantizar la incorporación del enfoque diferencial en salud para los pueblos indígenas en todas las fases de la gestión del riesgo, la vigilancia en salud pública y las acciones de promoción y prevención. Este enfoque reconoce la diversidad cultural, territorial y organizativa de los pueblos indígenas, así como sus sistemas propios de salud y gobierno, conforme a lo establecido en la Ley 21 de 1991 (Convenio 169 de la OIT), la Constitución Política de 1991, el Decreto 1953 de 2014, el Decreto 1811 de 2017 y el Decreto 780 de 2016.

De acuerdo con estas disposiciones, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales deben articular sus acciones con las autoridades indígenas y sus sistemas propios de salud intercultural, garantizando la participación comunitaria y el respeto por los saberes tradicionales, las prácticas rituales y los factores protectores culturales en la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención en Salud Propio e Intercultural (MASPI), establece que las estrategias diferenciales deben reflejarse en los mapas de riesgo, los planes de intervención colectiva e individual, y en el seguimiento a los eventos de interés en salud pública, priorizando el acceso equitativo, la pertinencia cultural y la protección de la vida de los pueblos indígenas.

Las acciones institucionales deben orientarse a fortalecer la vigilancia participativa, el reconocimiento de los determinantes sociales y ambientales de la salud, y la coordinación intersectorial que permita reducir brechas en salud y garantizar el derecho fundamental a la salud desde una perspectiva intercultural y territorial.

9.2.2.5.3 Población procedente del exterior

Desde febrero de 2019, el Sivigila incorporó la variable nacionalidad, promoviendo su diligenciamiento y completitud entre el 2019 y 2021, convirtiéndose en necesario para el análisis de eventos de interés en salud pública contrastando con el tipo y documento de identidad. Es importante que las entidades territoriales validen la información de los registros de esta variable a través de las actualizaciones del Sivigila para las UPGD. A partir de la variable nacionalidad se identifican todos los extranjeros notificados al sistema de vigilancia en salud pública, independiente del lugar de ocurrencia/procedencia del evento o la residencia habitual de la persona.

La variable país de procedencia/ocurrencia permite identificar los casos importados de los diferentes eventos notificados al Sivigila. Se deben utilizar las variables: país de procedencia del caso, departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso (para identificar donde posiblemente el paciente adquirió la enfermedad o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo en estudio). A partir de lo expuesto, para identificar el número de eventos de interés en salud pública que ocurren en otro país que son notificados por UPGD en el territorio colombiano, la variable a utilizar será país, departamento y municipio de procedencia/ ocurrencia del caso.

Los eventos de cólera, dengue, dengue grave, mortalidad por dengue, fiebre amarilla, Chagas agudo, IRAG inusitado, malaria, rubéola, sarampión, síndrome de rubéola congénita, zika, Mpox y ébola tienen en los datos complementarios, variables con información geográfica o desplazamientos recientes al exterior, que permiten establecer la procedencia real del evento y debe ser congruente con la variable país de procedencia/ocurrencia.

Los casos de eventos en población extranjera con residencia habitual en Colombia deben ser considerados como autóctonos y analizados de esta manera. La residencia en una entidad territorial o en el país es determinada por un periodo mínimo de seis meses continuos. Cuando se presenten dificultades al momento de asignar la procedencia y residencia de un caso para

definir la entidad territorial a la cual corresponde, se recomienda realizar reunión con las entidades involucradas y el referente nacional del evento para definirla.

Las entidades territoriales deben solicitar ajuste a las UPGD sobre inconsistencias encontradas entre la variable nacionalidad y el tipo de documento de identidad. Se insta a fortalecer y promover el adecuado diligenciamiento y completitud de la variable migrante en la ficha de datos básicos.

9.2.2.5.4 Población Fuerzas Militares y Policía

La población militar y policial presenta una alta exposición a riesgos en salud pública debido a sus condiciones operativas, sociales y laborales, caracterizadas por movilidad constante, exposición ambiental y biológica, concentración en espacios cerrados y contextos de conflicto armado. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles y otros eventos. Con el fin de fortalecer los procesos de vigilancia y control en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se busca consolidar la articulación interinstitucional para orientar e identificar acciones claves que permitan una respuesta oportuna y coordinada frente a dichos eventos.

La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en su calidad de entes aseguradores de los usuarios del sistema, serán responsables de coordinar el acompañamiento, seguimiento y evaluación del riesgo de los eventos que se presenten en los establecimientos de sanidad militar o policial. Estas actividades se desarrollarán en coordinación con las Direcciones de Sanidad, entidades territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, priorizando el control de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmitidas por vectores (ETV), enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) y el fortalecimiento de las condiciones sanitarias.

Ante la detección de un brote o un incremento inusual de casos, los Establecimientos de Sanidad Militar deberán informar de manera inmediata a las Direcciones de Sanidad EJC, ARC y a la JEFSA (Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana). A su vez, las Direcciones de

Sanidad y JEFSA, deberán notificar a la DIGSA, quien será la encargada de coordinar con las entidades territoriales y el Instituto Nacional de Salud la activación del acompañamiento técnico y la implementación de acciones de control junto con las autoridades de salud territoriales, garantizando la detección oportuna y la respuesta inmediata.

De acuerdo con los lineamientos nacionales, las investigaciones de campo estarán a cargo del personal de salud de la institución afectada con apoyo de las entidades territoriales. En los casos en que la magnitud del evento exceda la capacidad local, se gestionará el apoyo de los niveles regionales o nacionales aplicando la matriz de valoración del riesgo. Los equipos participantes deberán elaborar informes de situación (SITREP) mínimo a las 24 horas, así como un informe final al cierre del evento, consolidando un documento único, coordinado e interinstitucional que permita la retroalimentación al Instituto Nacional de Salud (INS) y al Centro Nacional de Enlace (CNE).

9.2.2.5.5 Población Privada de la Libertad

La población privada de la libertad presenta condiciones de alta vulnerabilidad frente a los eventos de interés en salud pública debido al hacinamiento, las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, la movilidad constante entre establecimientos y las deficiencias en saneamiento básico, lo que favorece la transmisión y dificulta el control de enfermedades. En este contexto, resulta prioritario fortalecer la articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, con el fin de consolidar la vigilancia, detección temprana, investigación y control de los eventos que afecten esta población.

La coordinación técnica y operativa entre los niveles nacional y territorial permitirá integrar los sistemas de información, estandarizar protocolos, fortalecer las capacidades del personal sanitario intramural y garantizar una respuesta oportuna ante brotes, valorando el riesgo y evaluando la respuesta ya sea local o con apoyo territorial o nacional. Corresponde al INPEC y

a las autoridades penitenciarias implementar la vigilancia activa y notificar de inmediato los eventos a las entidades territoriales, las cuales liderarán las investigaciones epidemiológicas y el control de brotes, con el acompañamiento técnico del Ministerio y del INS. La comunicación del riesgo debe ser clara, oportuna y dirigida tanto a la población privada de la libertad como al personal custodio y sanitario, promoviendo la adopción de medidas preventivas. La gestión efectiva de la salud pública en entornos penitenciarios exige una acción sostenida y coordinada, que permita reducir la carga de enfermedad y proteger la salud individual y colectiva en estos espacios.

9.2.3 Sala de análisis del riesgo – SAR

Este espacio permite el análisis y evaluación del riesgo de las alertas, brotes y situaciones de emergencia, permitiendo establecer el nivel de riesgo y una respuesta proporcionada al mismo. La SAR es un mecanismo en el cual participan los actores clave de los diferentes sectores e instituciones para el abordaje de la situación: especialistas del evento, personal del laboratorio, especialistas en las intervenciones, personal médico expertos, entre otros.

A partir del registro y monitoreo a través del SAT se determina si la situación amerita o no estar en SAR. Estas situaciones pueden ser generadas por rumores, noticias, notificación, comportamientos inusuales de eventos notificados (Sivigila), alertas sanitarias, entre otras. En la SAR se articula la participación de actores de forma inter e intra sectorial ante situaciones inesperadas que afecten las condiciones de vida de las poblaciones y de su condición de salud.

La valoración del riesgo en las SAR debe contar con procedimientos e instructivos acordes con la gestión documental y de calidad de cada entidad territorial.

La experiencia en los diferentes momentos de activación del Centro de Operaciones de Emergencia demostró la importancia de la implementación de SAR a nivel territorial y su enlace en tiempo real con la SAR nacional, así como la interacción entre las áreas de la secretaría de salud y otras instituciones diferentes al sector.

Los eventos de interés en salud pública que podrían hacer parte del análisis y evaluación dentro de la SAR pueden ser los siguientes:

- a. Eventos de interés en salud pública vigilados rutinariamente a través del SIVIGILA;
- b. Los eventos con potencial epidémico o compromiso nacional e internacional;
- c. Eventos por solicitud administrativa o gubernamental.

La periodicidad de la SAR dependerá de la evolución del brote o la alerta y de la generación de nueva información que requiera Revaloración del Riesgo para la toma de decisiones. En este espacio se determina el nivel de riesgo desde seguimiento local con acompañamiento territorial en lineamientos hasta la activación de una estructura de comando incidente con la SAR activa de forma permanente.

Las entidades territoriales deben iniciar con la identificación del riesgo, la confirmación y activación del SAT. Al realizar la activación de la SAR departamental o distrital se determinará el nivel de riesgo y el nivel de respuesta respectivo que quedará registrado en el acta de SAR (soporte de gestión del riesgo), lo que definirá el seguimiento a lineamientos a nivel local, apoyo de referente nacional, desplazamiento de ERI o citación a SAR Nacional.

Las diferentes áreas de la secretaría de salud de las ET deben tener la disponibilidad permanente de personal y tiempo para participar de las convocatorias, reuniones y mesas técnicas de la SAR. Los planes de trabajo diseñados por estas SAR permiten: realizar gestión institucional, identificar necesidades, establecer estrategias, generar recursos, facilitar la toma de decisiones, desplegar equipos de respuesta inmediata y evaluar el impacto de las intervenciones definidas. Las SAR no reemplazan los grupos funcionales, las mesas de trabajo y otros espacios de análisis como los comités de vigilancia rutinarios o planificados.

9.2.3.1 Valoración del riesgo (Matriz de valoración de riesgo para eventos de salud pública)

La seguridad sanitaria global requiere herramientas metodológicas que permitan identificar, valorar y priorizar riesgos sanitarios en un contexto de interdependencia y vulnerabilidad creciente. En este marco, la gestión del riesgo ha evolucionado hacia modelos analíticos integrales que incluyen la caracterización de amenazas, la exposición de poblaciones, los determinantes estructurales y la resiliencia institucional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen la *Evaluación Rápida de Riesgos (Rapid Risk Assessment, RRA)* como el proceso científico-técnico que orienta la toma de decisiones en emergencias sanitarias, basándose en la relación entre amenaza, exposición y contexto (14,15). Este modelo constituye la referencia metodológica más aceptada para el fortalecimiento de sistemas nacionales de vigilancia y respuesta.

EL enfoque One Health (Una Salud) para la valoración del riesgo en salud pública requiere un análisis profundo de metodologías verificadas que integren los componentes de amenaza, exposición, vulnerabilidad, impacto humano, animal y ambiental, que den respuesta a la identificación de necesidades en los territorios, en alineación con estándares globales y con la realidad territorial colombiana. La matriz de valoración del riesgo para eventos de interés en salud pública, evidencia la técnica de organismos internacionales, que han desarrollado modelos contemporáneos de evaluación del riesgo basados en análisis probabilístico, caracterización del impacto, evaluación de la incertidumbre y análisis multinivel, adaptables al contexto colombiano, con el propósito de orientar la actualización de la matriz de priorización del riesgo empleada en el Instituto Nacional de Salud y aportar al fortalecimiento de la gestión del riesgo a nivel nacional.

La matriz de priorización del Instituto Nacional de Salud (INS) es una herramienta sólida para el análisis de riesgo en escenarios de las Salas de Análisis del Riesgo (SAR); sin embargo, presenta un enfoque altamente dependiente de criterios de amenaza y vulnerabilidad estáticos. La acelerada evolución del riesgo sanitario, especialmente en poblaciones especiales, exige integrar metodologías dinámicas que incorporen la probabilidad de ocurrencia, el impacto multidimensional, el nivel de incertidumbre, los factores modificadores y el monitoreo continuo de

capacidades institucionales. Adicionalmente, organismos internacionales han actualizado sus modelos de análisis post-COVID-19, promoviendo marcos holísticos que combinan epidemiología, gobernanza, resiliencia territorial, sistemas de alerta y análisis transfronterizo (16).

Las SAR no reemplazan los grupos funcionales, las mesas de trabajo y otros espacios de análisis como los comités de vigilancia rutinarios o planificados. Los espacios mencionados están indicados para la gestión del riesgo en “tiempos de paz”, mientras que las SAR activan una respuesta que se sale de lo rutinario ante una situación de riesgo, alerta y emergencia en salud pública.

9.2.4 Vigilancia de factores de riesgo ambiental

Con el propósito de fortalecer la vigilancia en salud pública y el sistema de alerta temprana (SAT), se integra la vigilancia de factores de riesgo ambiental (FRA) asociados a cinco componentes: clima, suelo, agua, aire, antrópico.

Entre las principales actividades para esta integración se incluyen: el monitoreo de medios, consulta de páginas oficiales de otras entidades oficiales, la integración de la información en la herramienta VIGIFRA, construcción colaborativa del Boletín de Clima y Salud, la elaboración de infografías con el comportamiento retrospectivo de situaciones ambientales con posibles repercusiones en salud, la generación de reportes de situación - SITREP y cápsulas de situaciones ambientales.

Así mismo, se contempla la participación en Salas de Análisis del Riesgo Ambiental – SARA y apoyo a las entidades territoriales en la caracterización higiénico-sanitaria, de la población, así como la vigilancia sindrómica epidemiológica al interior de los Alojamientos Temporales de Emergencia - ATE.

A través de estas acciones, se busca hacer seguimiento continuo y brindar retroalimentación a las entidades territoriales sobre las situaciones ambientales identificadas.

9.2.4.1 Sala de Análisis del Riesgo Ambiental – SARA

Una Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) es un espacio estratégico físico o virtual, destinado al análisis y toma de decisiones conjuntas con las entidades territoriales. Su propósito es coordinar, analizar y evaluar de manera integral la respuesta ante situaciones ambientales de emergencia con valoración de riesgo moderado, alto y muy alto, ya sean de origen natural o antrópico. Estas situaciones pueden representar amenazas significativas para la salud pública, por lo que requieren una intervención articulada, oportuna y basada en evidencia.

Es fundamental tener presente que toda situación ambiental de interés en salud pública requiere de un monitoreo y seguimiento continuo de la información proveniente de diversas entidades y sectores clave, entre ellos: el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, las Corporaciones Autónomas Regionales (CAR), los Consejos Departamentales y Municipales para la Gestión del Riesgo, las Alcaldías Municipales y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), entre otros.

La integración y análisis sistemático de datos suministrada por estas fuentes permiten valorar con precisión el nivel de riesgo y determinar la necesidad de convocar a una SARA, así como definir las acciones de respuesta a nivel local, departamental o nacional.

Durante el desarrollo de SARA independiente del nivel de riesgo identificado, se debe mantener la vigilancia rutinaria en salud pública, reforzar intensificación de la vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública Priorizados (EISPP) y realizar un monitoreo permanente previo a la evaluación de riesgo de cada afectación ambiental. En caso de ser necesario, se procederá a intensificar la vigilancia de emergencias ambientales.

9.2.4.2 Alojamientos temporales de emergencia (ATE)

En caso de instalación de alojamientos temporales de emergencia (ATE), es fundamental realizar una caracterización integral de la población albergada, las condiciones higiénico-sanitarias y llevar a cabo la vigilancia epidemiológica sindrómica correspondiente. Para este fin, se sugiere el uso de herramientas preestablecidas de recolección de datos, como el aplicativo EWARS in a Box de la OMS. Esta plataforma está diseñada para operar desde dispositivos móviles y de ser necesario en modo offline, lo que garantiza la captura de información incluso en entornos con conectividad limitada.

La herramienta consta de cuatro módulos de caracterización independientes:

1. Información general ATE.
2. Información de la población.
3. Información sobre condiciones higiénico-sanitarias.
4. Información sindrómica de la población albergada.

Asimismo, el aplicativo asigna un código único por registro, captura coordenadas geográficas de cada ATE y permite exportar datos en formatos XLS y PDF. También posibilita la asignación de roles y permisos diferenciados para usuarios y administradores, optimizando así la gestión y seguimiento de la información.

En caso de requerir capacitación o entrenamiento en el uso de la herramienta, las entidades territoriales deberán realizar la solicitud correspondiente al correo gfrains@ins.gov.co. No obstante, las entidades territoriales podrán utilizar otras herramientas de caracterización, siempre y cuando contemplen los cuatro módulos descritos anteriormente.

A partir del 2026, todas las entidades territoriales deberán informar oportunamente al Grupo de Vigilancia y Control de Factores de Riesgo Ambiental del INS sobre cualquier situación que implique la conformación de ATE. Igualmente, deberán realizar una caracterización temprana y enviar un reporte de situación (SITREP) dentro de las 72 horas posteriores a su instalación; además de realizar seguimientos quincenales hasta el cierre del ATE.

Toda la información relacionada con la conformación, seguimiento y cierre de los ATE deberá remitirse cada 15 días al Instituto Nacional de Salud a través del correo gfrains@ins.gov.co, garantizando así una vigilancia continua, coordinada y oportuna.

9.2.5 Portal Sivigila 4.0

El portal Sivigila 4.0 es una plataforma que incorpora, entre otras, herramientas de inteligencia de negocios que permiten a los usuarios del sistema de vigilancia en salud pública, el acceso a los microdatos, reportes, gráficos, publicaciones, geovisor y a IOS *dashboard* de varios eventos y durante la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones por fósforo blanco y licor adulterado con metanol.

La nueva plataforma Sivigila presenta reportes que apoyan el análisis de los eventos, que incluyen:

- Tableros de control específicos para los eventos de: COVID-19 y Mpox.
- Comportamiento de notificación diaria al Sivigila: permite conocer la distribución de los casos por las diferentes variables de los datos básicos de notificación incluyendo los ajustes y el conteo de registros por evento y entidad territorial.
- Comportamientos inusuales: presenta el análisis de los comportamientos inusuales por evento, entidad territorial, semana y año epidemiológico, de tal manera que sea posible identificar si existe un aumento o disminución representativa del comportamiento del evento.
- Eventos de factores de riesgo ambiental y sanitario: presenta el análisis del seguimiento y valoración de alertas por situaciones ambientales generales y con énfasis en dengue, IRA, EDA, Hepatitis A, Accidente ofídico.
- Poblaciones especiales: muestra los datos de poblaciones tales como indígena, fuerzas militares, población privada de la libertad, extranjeros y venezolanos.
- Evaluación de desempeño: Se presenta el ranking de cumplimiento, comparativo de indicadores y resultados anuales de los indicadores por entidad territorial, igualmente se

presenta la evaluación de primer y cuarto trimestre de las capacidades básicas en gestión de riesgo.

- Vigilancia rutinaria: presenta los conteos de casos depurado por semana epidemiológica, departamento, distrito, municipio y evento de interés en salud pública.
- Datos históricos 2007 – hasta la última vigencia cerrada disponible: presenta el consolidado de los eventos, desagregado por entidad territorial, semana, entidad administradora de planes de beneficios e IPS.
- Centro colaborativo de Arbovirosis: unifica el análisis de vigilancia en salud pública, entomología, factores de riesgo ambiental y virología.
- Operación estadística Sivigila: presenta el reporte de 88 indicadores de resultado de 46 eventos de interés en salud pública desde 2007.
- SAT (Sistema de Alerta Temprana): permite el registro y seguimiento de señales, alertas y brotes de interés en salud pública, integrando la gestión de los gestores SAT de las entidades territoriales, el gestor nacional y los referentes nacionales de evento. De esta manera, el SAT fortalece la capacidad de detección, análisis y respuesta oportuna ante situaciones de riesgo en salud pública, contribuyendo a una vigilancia más efectiva y articulada en los niveles territorial y nacional.

En el portal de Sivigila 4.0, se encuentran disponible para todos los usuarios la descarga de las **bases de datos depuradas, nominales y anonimizadas** de los eventos de interés en salud pública disponibles desde el año 2007 en adelante, con los cuales es posible realizar los análisis históricos a mayor detalle, ya que contienen las variables relacionadas con el lugar de atención del paciente y su caracterización demográfica, datos propios de la notificación del casos, como la fuente y la residencia de los pacientes.

Para ingresar al portal Sivigila se debe acceder a la página web del Instituto Nacional de Salud: <https://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx> en la ventana microdatos puede encontrar las bases nominales sin datos de identificación desde 2007 hasta ultima vigencia cerrada disponible.

Figura 12 Página web del Instituto Nacional de Salud - Sección Microdatos



9.2.5.1 Geovisor Sivigila INS

El Geovisor del Sistema de vigilancia en salud pública - GeoVisor Sivigila, es la herramienta desarrollada por el INS y cuyo objetivo es facilitar los análisis geográficos o espaciales de los eventos de interés en salud pública en el territorio nacional, visualizando la distribución y comportamiento de los casos georreferenciados junto a otras variables, para que las entidades territoriales implementen acciones de vigilancia, control, mitigación y aporte de información para la toma de decisiones. Durante el año 2026 se espera poner en marcha la segunda versión del Geovisor, sin embargo, en aras de garantizar su adecuada transición se visualizarán los análisis espaciales a través del Geovisor 1.0 los siguientes eventos:

- Desnutrición aguda en menores de cinco años
- Vigilancia integrada de la mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT
- Dengue
- Hepatitis A
- Intento de suicidio
- Tuberculosis
- Lepra
- Sarampión
- Mpox

El Geovisor 2.0 manejará el mismo enrolamiento que tiene el Sivigilaweb, Sin embargo, durante el periodo de transición y para el uso y visualización de los eventos en salud pública, se continuará empleando el Geovisor 1.0 durante el primer trimestre. En este caso, será necesario contar con un usuario y una contraseña, e ingresar por una de las siguientes opciones:

- Ingresando al Portal de Sivigila <https://portalSivigila.ins.gov.co> y en el menú principal clic sobre “GeoVisorSivigila”.
- Desde la página del INS www.ins.gov.co, Direcciones > Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública > Análisis del riesgo y respuesta inmediata > Factores de riesgo ambiental > GeoVisorSivigila. Allí se desplegará el GeoVisor Sivigila por Entidad Territorial, presentando los casos positivos, conglomerados, mapas de calor e indicadores por municipio; el usuario puede visualizar a diferentes escalas y realizar acercamientos, además de filtros por fecha de consulta, sexo, edad y otras variables de interés.

Para revisar el uso del GeoVisor Sivigila los procesos para la generación de coordenadas, consulte el **“Manual del usuario del GeoVisor Sivigila y procedimiento de geocodificación de casos de eventos de interés en salud pública”** disponible desde la página del INS www.ins.gov.co, Direcciones > Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública > Análisis del riesgo y respuesta inmediata > Factores de riesgo ambiental > GeoVisorSivigila.

El acceso a este módulo está asignado a un usuario de cada entidad territorial distrital o departamental que, bajo un acuerdo de confidencialidad, tiene la responsabilidad de la administración de la información. Paulatinamente se realizará la transferencia de la herramienta para que las ciudades capitales y municipios mayores de 100.000 habitantes puedan tener este acceso.

9.2.6 Estrategias de divulgación

Teniendo en cuenta que el sistema de vigilancia en salud pública debe “facilitar la planificación en salud, medidas de prevención y control; permitir el seguimiento y evaluación de las

intervenciones realizadas; orientar acciones de mejora frente a la calidad de los servicios de salud prestados y orientar la toma de decisiones y generación de políticas en salud pública”, se hace indispensable contar con mecanismos de divulgación de la información, los cuales permiten al usuario final (trabajador de la salud, tomador de decisiones, comunidad, medios de comunicación) conocer el comportamiento de los eventos y así determinar mecanismos de control ante situaciones futuras. Es responsabilidad, en los niveles departamentales y distritales, generar estrategias de divulgación como boletines epidemiológicos, COVE, informes de evento, tableros de control, entre otros.

9.2.6.1 Boletines Epidemiológicos

El Boletín Epidemiológico es una estrategia de divulgación periódica de las características de todos los eventos o aquellos que han sido priorizados. En el Boletín se pueden incluir la descripción de los comportamientos inusuales, la tendencia temporal y espacial, y las características generales de los afectados.

El Instituto Nacional de Salud promoverá que las Secretarías de salud Departamentales, Distritales y Municipales (en especial, de grandes ciudades) desarrollen, mantengan o mejoren este medio de divulgación u otros mecanismos como hojas de datos, infografías, portales de inteligencia de negocios, tableros de control, microfichas, entre otros. En las visitas de asistencia técnica el INS evaluará el proceso de divulgación mediante este formato y su acceso para los potenciales usuarios.

Al mismo tiempo, el INS fomentará el uso del Boletín Epidemiológico Semanal nacional, con el objetivo que los diferentes actores del sistema de vigilancia reconozcan las alertas generadas en todos los eventos de interés en salud pública y la profundización en algunos eventos considerados prioritarios.

El INS recomienda a los departamentos y distritos el uso del cuadro de mando semanal de la vigilancia donde se reportan los comportamientos inusuales (aumentos o disminuciones) por territorio. Este cuadro de mando se encuentra en las páginas finales del Boletín Epidemiológico Semanal, el cual se publica en la página del INS como parte de las publicaciones técnico – científicas, en:

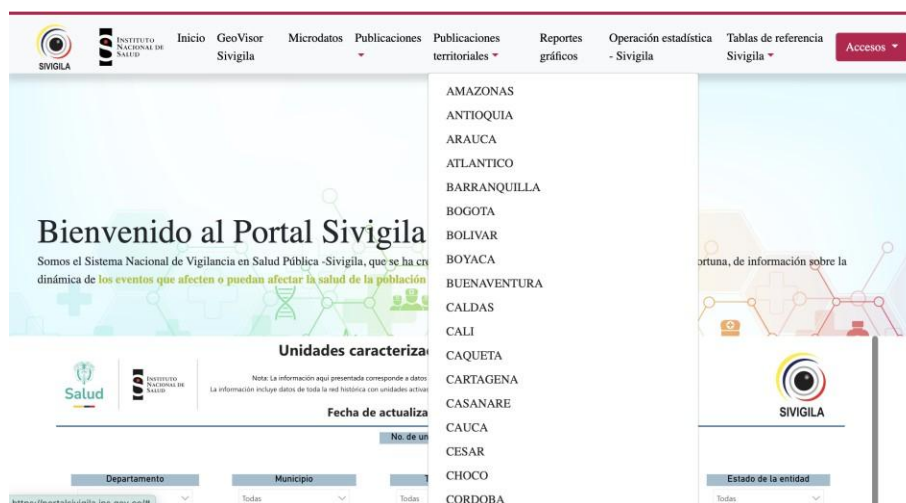
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>

También lo pueden encontrar en las aplicaciones e-Blueinfo y Publicaciones INS en las tiendas Play y Apple.

En el portal web Sivigila por la opción “Reportes gráficos” y posteriormente “comportamientos inusuales” (PortalSivigila2019 datos (ins.gov.co) y elegir Metodología 1 o Metodología 2, de acuerdo con el evento que desee consultar.

El INS ha ubicado una sección en el Portal Sivigila 4.0 para que las entidades territoriales departamentales y distritales dispongan el enlace hacia su información a divulgar de la vigilancia en salud pública. Este sitio es visible en el espacio <https://portalSivigila.ins.gov.co/> en el menú “Publicaciones territoriales” como lo muestra la **Figura 13**.

Figura 13 Ubicación de las publicaciones de las entidades territoriales en el Portal de Sivigila 4.0



En el caso que una entidad territorial quiera compartir el enlace actualizado a publicar en este portal, puede informarlo a lineamientos@ins.gov.co.

9.2.6.2 Comité de vigilancia en salud pública – COVE

Los comités de vigilancia en salud pública tienen como objetivo presentar los análisis pertinentes de la información generada por el sistema, establecer criterios para la programación de actividades y facilitar la toma adecuada de decisiones, que posteriormente serán difundidas, y tener seguimiento de los indicadores de gestión e impacto en el control de los eventos, brotes o epidemias.

Los COVE deberán reunirse ordinariamente, al menos, una vez por periodo epidemiológico y serán presididos por el director territorial de salud o su delegado. La secretaría técnica estará a cargo del responsable de vigilancia en salud pública de la dirección territorial de salud.

Las entidades territoriales deben mantener una estructura en el comité que incluye: análisis de indicadores del subsistema de información, análisis de información sobre el comportamiento de uno o un grupo de eventos priorizados y revisión del estado de todos los brotes activos o situaciones de emergencia. Es recomendado tener un cuadro de mando del funcionamiento de la vigilancia y de la situación de los eventos del nivel municipal.

El INS en los procesos de asistencia técnica verificará la realización del COVE, con sus presentaciones y actas de reunión. Se espera que en cada sesión se generen acciones que eviten o mitiguen el daño que el o los eventos de interés en salud pública causen en la población a riesgo. Este es un proceso rutinario que no requiere de la elaboración de actos administrativos para su desarrollo.

En los COVE se debe hacer referencia a las situaciones o amenazas ambientales de origen antrópico o naturales identificadas, analizadas y evaluadas, durante la semana epidemiológica, si las hubo, con el fin de alertar a los referentes de los eventos priorizados de acuerdo con la

particularidad del riesgo. Los comités en los cuales participe activamente la comunidad son definidos como COVECOM y serán útiles como insumo de los COVE institucionales.

El INS ha dispuesto una plataforma de streaming (MS Teams) que permite que las entidades territoriales departamentales, distritales y de ciudades capitales se conecten al COVE nacional que se realiza todos los martes a las 8AM. En cada uno de estos COVE se analiza un tema específico, se anuncia la situación de eventos trazadores y los reportes de los principales brotes o epidemias que aborda el nivel nacional y los territorios. En el caso que no tenga acceso, escriba a eri@ins.gov.co

9.2.6.3 Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria COVECOM

Los Comités de Vigilancia Epidemiológicos Comunitarios -COVECOM- son espacios de encuentro y participación entre integrantes de la RevCom y el conjunto de personas que representan las instituciones que participan en la vigilancia basada en comunidad. Su objetivo es generar escenarios de análisis participativo comunitario en los cuales se permita a los asistentes apropiar conocimientos del comportamiento epidemiológico de eventos de interés en salud pública, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como también de movilización social entorno a las necesidades de las comunidades.

Los COVECOM no son espacios educativos o informativos en donde las entidades territoriales toman la vocería de una temática en salud para dar a la a conocer a la comunidad, por el contrario, este es un encuentro de saberes en donde la comunidad debe tener voz y voto frente a las problemáticas identificadas en el marco de la implementación de la VBC.

Al igual que el COVE, el COVECOM debe contar una estructura definida en donde se promueva la participación comunitaria, el desarrollo de estos deberá garantizar el acceso a los miembros de la RevCom y se deberá contar con todos los soportes de convocatoria, desarrollo y seguimiento a compromisos.

9.2.6.4 Informes de evento

Para el año 2026 se excluye la obligación de envío de informes de evento por parte de las entidades territoriales al Instituto Nacional de Salud (INS). En su lugar, cada entidad deberá someter al menos un (1) artículo al año a la Revista Epidemiológica Nacional (REN), orientado a la difusión de las actividades de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública.

El artículo podrá corresponder a una de las siguientes categorías: difusión científica de informes especiales basados en el análisis de datos de vigilancia epidemiológica y de riesgo en salud pública, investigaciones de brotes, informes de resultados parciales o finales de investigaciones o ensayos, comentarios, reseñas históricas, estados del arte, presentaciones de casos, notas técnicas de laboratorio o resúmenes de política o normatividad en vigilancia en salud pública.

Este ajuste busca fortalecer la gestión del conocimiento, visibilizar los resultados de las investigaciones y análisis territoriales, y promover la producción científica institucional que aporte al mejoramiento continuo de la vigilancia en salud pública nacional y regional.

En el REN se publican estudios de brotes, revisiones de tema de interés epidemiológico y políticas sanitarias, informes de análisis de datos de la vigilancia de eventos de interés en salud pública, resultados de estrategias e intervenciones de prevención, respuesta, control y gestión del riesgo en salud pública, evaluaciones de sistemas de vigilancia, informes finales de investigaciones epidemiológicas, estudios descriptivos, de prevalencia, de casos y controles, de cohortes, experimentales, estudios ecológicos, estudios cualitativos y estudios de caso.

Para el sometimiento del manuscrito se deberán seguir las indicaciones para autores descritas en el siguiente enlace: <https://epidemiologiains.org/index.php/ren/tutoriales>

Excepciones (informes que se mantienen):

- Eventos inmunoprevenibles en eliminación y erradicación. Las entidades territoriales deberán remitir informe trimestral consolidado de Búsqueda Activa Institucional (BAI) para Parálisis Flácida Aguda (PFA), Sarampión/Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, así como el informe trimestral de Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) para

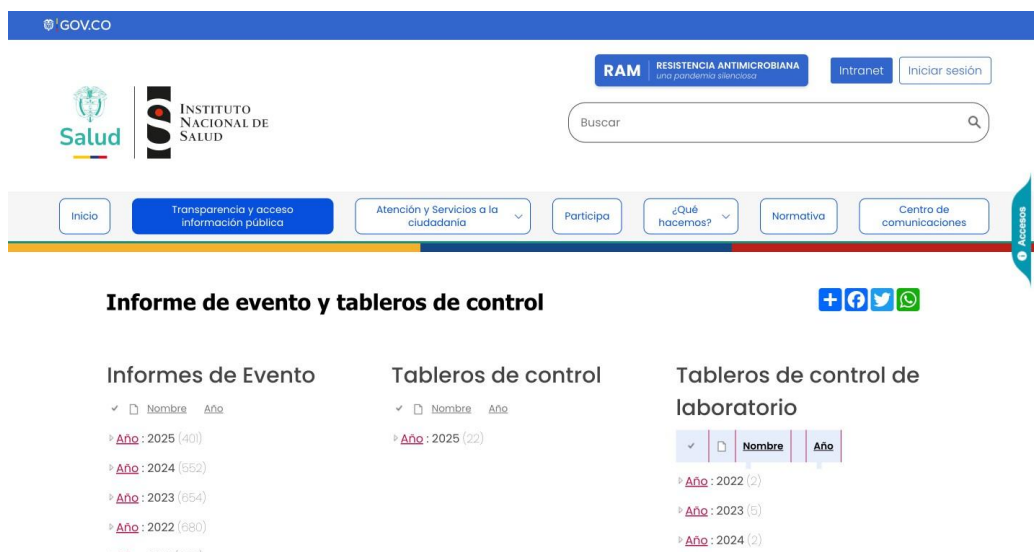
Sarampión/Rubéola, dentro de los quince (15) días calendario posteriores al cierre de cada trimestre.

- Para los eventos de IAAS (IAD, IAPMQ, CAB y Brotes) se entregará un informe anual, que se deberá remitir a más tardar el 25 de abril de 2026.
- Eventos no transmisibles del componente Maternidad Segura (mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos y morbilidad materna extrema) y desnutrición aguda moderada y severa. Se deberá remitir un informe anual a más tardar el 25 de abril de 2026. Los informes de Maternidad Segura deberán elaborarse conforme al Anexo 2, “Matriz de evaluación del informe integrado de Maternidad Segura”.

El INS produce informes de evento por periodo epidemiológico (en modo infografía) y anuales (en formato documento IMRD). También desarrolla tableros de control específicos para los eventos de interés en salud pública semanal o por periodo: accidente ofídico, Chagas, dengue, desnutrición aguda en menores de 5 años, leptospirosis, malaria, morbilidad materna extrema, mortalidad en menores de 5 años, rabia, violencia de género, morbilidad por IRA, morbilidad por EDA, COVID-19, infecciones asociadas a dispositivos, infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos. Allí también se están publicando los tableros de control que están disponibles desde la Red Nacional de Laboratorios. Éstos se encuentran disponibles en la sección de publicaciones/informes de evento/. Disponible en:

- <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

Figura 14 Página web del Instituto Nacional de Salud - sección informes de eventos



Informe de evento y tableros de control

Informes de Evento

✓	Nombre	Año
▶	Año : 2025 (40)	
▶	Año : 2024 (552)	
▶	Año : 2023 (554)	
▶	Año : 2022 (580)	
▶	Año : 2021 (530)	

Tableros de control

✓	Nombre	Año
▶	Año : 2025 (22)	

Tableros de control de laboratorio

✓	Nombre	Año
▶	Año : 2022 (2)	
▶	Año : 2023 (5)	
▶	Año : 2024 (2)	

El Instituto Nacional de Salud está desarrollando una plataforma para convertir los mejores informes de evento, tanto en el nivel nacional como departamental o distrital, en artículos del Reporte Epidemiológico Nacional, que tuvo versiones de prueba para 2019 y 2020. Este Reporte Epidemiológico Nacional continuará la edición del Informe Quincenal Epidemiológico Nacional y está disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/REN.aspx>

9.2.6.5 Vigilancia de eventos de interés por factores de riesgo ambiental – VIGIFRA

Es la herramienta en la cual se realiza monitoreo periódico de las situaciones ambientales que pueden tener repercusión en los eventos de interés en salud pública, se caracterizan los componentes afectados y fuentes de afectación. Adicional se genera información con análisis de múltiples indicadores de interés como los ambientales, sanitarios y epidemiológicos de eventos de interés en salud pública priorizados para la generación de niveles de alerta escala local que enriquecen la vigilancia epidemiológica y permiten tomar acciones cuando se identifican riesgos que potencialmente podrían afectar la salud de la población.

Para el ingreso a los tableros VIGIFRA, se realiza por una de las siguientes opciones:

- Portal de Sivigila: <https://portalSivigila.ins.gov.co/>, en el menú principal Reportes gráficos > Eventos de factores de riesgo ambiental y sanitario > VIGIFRA.

- Desde la página del INS: www.ins.gov.co, Direcciones > Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública > Análisis del riesgo y respuesta inmediata > Factores de riesgo ambiental > Acceder a los tableros VIGIFRA.

La herramienta VIGIFRA, representada en un tablero de control para filtrar los componentes, municipios y departamentos; cuenta con ocho pestañas, donde en la pestaña número uno se encuentra el componente retrospectivo, describiendo las situaciones ambientales ocurridas que pueden llegar a desencadenar en un evento de interés es salud pública; cada una con su respectiva valoración de riesgo ambiental y clasificadas por componente ambiental (aire, agua, clima, suelo y antrópico). En la segunda pestaña se encuentra el componente prospectivo, donde se representan las alertas ambientales con su respectivo nivel de alerta de la posible ocurrencia de situaciones ambientales. Entre las pestañas número tres a siete se encuentra la proyección del posible comportamiento de los eventos de interés en salud pública dengue, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, hepatitis A y accidente ofídico basado en el comportamiento de las situaciones ambientales. Por último, en la pestaña ocho se encuentran las notas aclaratorias, fuentes de información, cálculos realizados y la información de contacto del Grupo Factores de Riesgo Ambiental.

9.2.6.6 Revista Reporte Epidemiológico Nacional (REN)

La revista Reporte Epidemiológico Nacional (REN) es una publicación del INS, disponible en línea, que tiene por objetivo difundir los resultados de las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con brotes, epidemias, pandemias y emergencias de salud pública, con el fin de contribuir con la gestión del conocimiento e impactar positivamente la salud pública nacional y regional. Esta publicación, además incluye la difusión científica de informes especiales con el análisis a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica y de riesgo en salud pública; también, informes de resultados parciales o finales de investigaciones, revisiones de tema, resultados de estrategias de prevención y control de enfermedades y factores asociados; así como, ensayos, comentarios, reseñas históricas, estados del arte, presentaciones de casos,

notas técnicas de laboratorio, resúmenes de política o normatividad en salud pública y comentarios bibliográficos.

Las entidades territoriales deben hacer uso de este recurso para difundir el conocimiento generado en cada una de sus regiones y reconocer esta publicación como una de las herramientas fundamentales para dar a conocer en el país y en la Red Sur los resultados del trabajo realizado en epidemiología de campo. Cada entidad territorial debe someter al menos un artículo al año en formato IMRD (introducción, metodología, resultados y discusión), el cual debe ser sometido a siguiendo las pautas para autor disponibles en el siguiente enlace: <https://epidemiologiains.org/index.php/ren/tutoriales>, en el formato OJS (**Open Journal Systems**): <https://epidemiologiains.org/>

También los encuentran en las aplicaciones e-Blueinfo y Publicaciones INS, en las tiendas Play Store.

Los artículos publicados en REN tienen DOI y la revista se encuentra pre-indexada en otros medios de publicación, lo que permite utilizarla en CVLAC y en ORCID.

9.3 Subsistema de intervención

El subsistema de intervención de la vigilancia en salud pública incluye la fase aguda del control de un brote o un foco que incluye la investigación epidemiológica de campo y las acciones iniciales de respuesta, que incluye, en los casos que se requiera, la organización de las acciones de respuesta bajo la estructura organizacional del Sistema Manejo de Incidentes (SMI). Las restantes acciones de intervención están relacionadas con los lineamientos y estrategias programáticas específicas o en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

9.3.1 Investigación de brotes

La salud pública es una responsabilidad compartida, pero son los niveles subnacionales los que están en la primera línea de defensa contra los brotes y emergencias sanitarias. La rápida

detección, la respuesta coordinada y la participación comunitaria son esenciales para contener la propagación de enfermedades.

Un brote es definido como “el aumento inusual en el número de casos o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico”, su presencia genera la necesidad de activar acciones tendientes a la caracterización de la situación con el fin de conocer las personas implicadas, los posibles factores desencadenantes y las acciones iniciales realizadas en los territorios; para lograr definir intervenciones y medidas a tener en cuenta ante la posible reaparición de un evento.

La definición de brote de los eventos en erradicación/eliminación (poliomielitis, sarampión, rubéola, SRC, fiebre amarilla, tétanos neonatal, etc.) o ESPII donde se considera un caso como brote o eventos de control nacional (tos ferina, dengue, malaria, Chagas, etc.) se encuentran descritos en los protocolos de vigilancia. Lo mismo ocurre para brotes IAAS y de ETA. Se deben implementar las acciones que permitan establecer la fuente de importación del agente causal para su contención o mitigación.

La creciente movilidad global ha aumentado el riesgo de introducción de enfermedades infecciosas a nivel local. Dada su vulnerabilidad, las poblaciones procedentes del exterior requieren una vigilancia reforzada. Es de especial importancia priorizar la detección temprana, la respuesta rápida y la contención de posibles brotes importados o la amplificación de enfermedades circulantes.

En las poblaciones de especial interés en salud pública, como las Fuerzas Militares (FFMM), la Policía Nacional, la población privada de la libertad y la población escolarizada, por sus características de convivencia, concentración y dinámica social, la aparición de un solo caso sospechoso o confirmado de un evento transmisible constituye un brote que requiere la activación inmediata del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) y la ejecución del plan de contingencia sectorial correspondiente.

En los brotes en establecimientos penitenciarios son responsabilidad de la Entidad Territorial realizar las actividades de investigación epidemiológica de campo en conformidad con la Resolución 3595 de 2016 del MSPS.

En el caso de FFMM y Policía, son ellos los primeros respondientes, sin embargo, se articulan con las diferentes entidades territoriales ante la presentación de un evento de interés en salud pública en sus poblaciones.

La Dirección General de Sanidad Militar – DIGSA y la Dirección de Sanidad de Policía Nacional – DISAN, interactúan con el nivel nacional (INS) a través del referente de la población, por medio del análisis de los eventos priorizados, la generación de espacios de actualización y como enlace para la realización de visitas de seguimiento o acompañamiento de las entidades territoriales o del nivel nacional; lo anterior, dada las condiciones de seguridad requeridas en los diferentes establecimientos militares y de Policía.

En el caso de la población escolarizada, los brotes pueden originarse por infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA), varicela, COVID-19, intoxicaciones alimentarias (ETA) o problemas de salud mental de origen colectivo.

La respuesta debe desarrollarse en articulación entre los equipos básicos de salud (EBS), las instituciones educativas, los comités de convivencia escolar, los referentes de salud pública y las secretarías de educación, en coherencia con los Lineamientos de Entornos Escolares Saludables.

Como parte de la gestión del riesgo es de gran importancia mantener el flujo de información con el INS (eri@ins.gov.co) y el MSPS (cne@minsalud.gov.co) sobre las acciones de respuesta a la emergencia. Esto incluye el envío de informes periódicos, con la frecuencia establecida, con:

- Reporte del brote o alerta.
- Actividades de vigilancia.
- Medidas de prevención y control implementadas.

En marco de la respuesta a brotes, alertas o situaciones de emergencia los requerimientos mínimos se citan a continuación:

- Notificación inmediata vía telefónica y correo electrónico dispuestos para tal fin, de la UPGD al municipio, del municipio al departamento y del departamento al INS y al CNE cuando corresponda. La primera emisión de información debe describir características básicas de la situación "capsula de información" (Spot-Rep) y reportar el número de afectados, casos graves u hospitalizados, muertes relacionadas, personas expuestas, actividades realizadas para el control de la situación, lugar de afectación, potencial afectación colectiva, afectación de grupo poblacional o población de interés especial para la salud pública. Para la primera emisión de información, no se requiere un formato establecido, pero deben priorizar sus tiempos de emisión de acuerdo con la situación estudiada.
- Los ERI territoriales deben ser desplegados en el marco de una SAR Departamental o Distrital, donde confluyan los niveles estratégicos de la entidad territorial. El objetivo es implementar actividades de investigación de brote y las técnicas de vigilancia intensificada, vigilancia sindrómica, BAI y BAC.

En situaciones de brotes escolares, el ERI deberá coordinarse con los referentes de salud escolar y los rectores o coordinadores institucionales para garantizar la trazabilidad de contactos, la educación en salud y la comunicación del riesgo en la comunidad educativa.

- Los ERI territoriales deben diseñar un plan de acción específico para cada desplazamiento que describa las líneas de acción, objetivos de la respuesta y actividades a desarrollar por el equipo, flujos de información y generación de información a través de SITREP. Debe existir un cronograma de alistamiento, así como la disponibilidad permanente de insumos, elementos de identificación y de protección personal. Se deben implementar las actividades de control de brote de acuerdo con lo establecido en los protocolos, lineamientos y recomendaciones de la SAR departamental o nacional cuando se convoque.

- Los Laboratorios de Salud Pública (LDSP) deben participar en las diferentes SAR, al igual que en las capacitaciones a los potenciales ERI, ya que, al definirse el despliegue de un equipo, deben hacer parte del mismo, en este orientaran sobre los tipos de muestras a recolectar, condiciones de almacenamiento y envío, como la correlación clínica-epidemiológica y en el caso de ser necesario, su proceso de remisión para el procesamiento en los Laboratorios Nacionales de Referencia.
- Los ERI deben generar informes de la situación de acuerdo con las necesidades de información o periodicidad establecida. Los estudios de brote pueden requerir la emisión de información cuantas veces sea necesario y un informe final. El formato establecido para los reportes de información es el reporte de situación (SITREP, por sus siglas en inglés), estos reportes de situación reemplazan los informes de 24, 48 y 72 horas. En los brotes de ETA se continúa utilizando el informe de 24, 48, 72 horas e informe final, disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>

Los SITREP son reportes ejecutivos de cualquier situación de emergencia en salud pública que permite de forma oportuna la toma de decisiones. La información concisa, práctica y completa permite a las diferentes líneas de acción desde el nivel estratégico, operativo y táctico conocer el contexto y la información más completa posible para articular acciones. Estos reportes se deben generar de forma continua desde el inicio hasta el cierre. La periodicidad se establece de acuerdo con la magnitud del riesgo y la respuesta y del tiempo de seguimiento

Para el apoyo en la recolección de información durante las investigaciones de brotes, el INS desarrolló *EpiForms Converter*, un programa en WinForms utilizando el lenguaje C#, que permite crear compatibilidad en la importación y exportación de formularios entre las plataformas *EpiInfo*, *EpiCollect*, *REDCap* y *Magpi*. Con esta herramienta se simplificará el proceso de migración y transferencia de formularios entre estas plataformas, permitiendo a los usuarios mantener la consistencia y eficiencia en la gestión de sus proyectos de recolección de datos, inicialmente disponible para Windows.

9.3.2 Sistema de manejo de incidentes

La Gestión del Riesgo en Salud Pública está integrada por la identificación, valoración, respuesta o modificación y evaluación del riesgo. En la identificación se reciben las señales dentro del Sistema de Alerta Temprana, posteriormente se valora el nivel de riesgo y el nivel de respuesta dentro de las Salas de Análisis de Riesgo. El nivel de respuesta puede ser local, departamental, nacional o puede indicar la activación del Centro de Operaciones de Emergencia, bajo la metodología Sistema Manejo de Incidentes – SMI, el cual está diseñado para la atención eficiente y coordinada de una emergencia, urgencia o desastre de origen natural o antrópico que requiere de la integración de diferentes equipos, personal, instituciones, procedimientos. La activación también puede disponerse por criterios de gobernanza o por decisión de la autoridad nacional competente.

Esta estrategia se establece mediante una estructura organizacional con línea de acción y de mando que permite de forma práctica y flexible responder a cualquier evento de interés en salud pública según se requiera. Dentro de los beneficios del sistema se encuentran la articulación de las instituciones, estandarización de procesos, lenguaje común, respuesta rápida, coordinada y efectiva en el control del riesgo lo que permite a las entidades territoriales el fortalecimiento y preparación del personal, equipamiento e instalaciones, así como el diseño de protocolos y procedimientos para reducir errores antes, durante y después de la respuesta.

9.4 Subsistema de evaluación

El fortalecimiento del sistema de vigilancia del país ha permitido implementar el monitoreo de su funcionamiento en el territorio nacional y de esta manera, establecer acciones específicas para garantizar su objetivo final. Este subsistema facilita la gerencia en vigilancia en salud pública.

9.4.1 Cumplimiento en la notificación

Se consideran en incumplimiento y en silencio epidemiológico a las UND, UNM y UPGD que al momento de cierre de notificación según el flujograma de notificación no hubiese ingresado todos los casos captados durante la semana de vigilancia.

Si alguna UND no realiza la notificación de acuerdo con las directrices, su nivel de cumplimiento disminuirá en los ámbitos de notificación en la evaluación que realiza el INS cada semana epidemiológica y afectará el promedio de este indicador en el periodo epidemiológico correspondiente; esta información será publicada en los Boletines epidemiológicos semanales e informes de evento publicados en la página web del INS.

Es importante mencionar que el silencio de cualquier nivel del sistema afecta la medición de los indicadores y afecta directamente el ranking territorial.

Las causales del silencio epidemiológico se describen a continuación:

- La no notificación de eventos de interés en salud pública o la no notificación negativa para la semana en vigencia.
- Reporte de notificación con eventos de interés y vigilancia exclusiva del departamento o distrito.
- Reporte de ajustes realizados a casos notificados en semanas anteriores a la reportada.
- Reporte de casos en semana adelantada o semanas anteriores a la evaluada.

No se considera silencio epidemiológico:

- Cuando la entidad informa mínimo dos (2) horas antes del plazo de envío establecido en el flujo de información comunique los inconvenientes presentados
- Notificación negativa de los eventos de interés en salud pública de la semana evaluada, sin embargo, si esta notificación es reiterativa estará sujeta a la solicitud de soportes que

acrediten las BAI que permitieron a la entidad territorial declarar al territorio con ausencia de casos de interés.

La notificación negativa se debe realizar tanto bajo el código “000” Notificación negativa individual, como en el evento de morbilidad por IRA- 995 diligenciando los numeradores en cero (0). Cuando no se atienda ningún tipo de pacientes solo con la notificación negativa del módulo individual 000 bastará

En cuanto a la notificación colectiva del evento morbilidad por EDA - 998, la notificación negativa se realizará diligenciado todos los campos en ceros (0) cuando no haya captación de casos para esa semana.

Adicionalmente, el INS hará un seguimiento semanal a las UPGD que no identifiquen atenciones de morbilidad por IRA o casos de morbilidad por EDA. Si la notificación negativa supera las cuatro semanas epidemiológicas consecutivas deberá ser justificado por la UPGD para asegurar la validez de la información reportada.

Lograr las metas definidas por el INS dependerá del cumplimiento de los lineamientos establecidos, los cuales se miden mediante indicadores de operación del subsistema de información.

Notificación negativa: este mecanismo descrito en el numeral 9.1.5 el cual debe ser utilizado bajo la premisa “*se realizó la búsqueda de casos en la semana y no se encontraron casos*”, no puede ser utilizado como mecanismo para cumplimiento en el reporte, es por esta razón que es necesario la revisión de la notificación negativa de UPGD, las cual no podrá ser superior a la proporción de semanas positivas, en caso de presentarse este comportamiento, es necesario reevaluar si se trata de una UI o se trata de un subregistro de casos.

Tabla 8 Indicadores de evaluación de la gestión de subsistema de información, Colombia, 2026

Indicador	Nivel de desagregación	Meta
Cumplimiento en la entrega del reporte semanal	UPGD	Mínimo 96%
	UNM	Mínimo 98%
	UND	100%
Porcentaje de silencio epidemiológico*	UPGD, UNM, UND	0%
Oportunidad en la notificación semanal	UPGD, UNM, UND	1 día para eventos de notificación inmediata y 8 para el resto de los eventos
Cumplimiento en el ajuste de casos**	UPGD, UNM, UND	100%
Oportunidad en el ajuste de casos	UPGD, UNM, UND	30 días
Cumplimiento de la notificación colectiva	UPGD, UNM, UND	90%

**Se exceptúan los casos de violencia de género que siempre permanecen sospechosos en el sistema.

Las metas se mantienen teniendo en cuenta el ingreso de nuevas UPGD y UI del proyecto de ampliación de operadores del sistema de vigilancia. Los indicadores de cumplimiento en el ajuste y oportunidad en el ajuste son descritos en el documento Indicadores Sivigila en el cual se especifican los eventos a los que aplican.

Durante el 2026, el INS hará monitoreo estrecho a las siguientes situaciones:

- Notificación semanal de casos de EDA e IRA municipal y a nivel UPGD.
- Notificación mensual de casos de IAD o -IAPMQ en UPGD con UCI o UCIN.
- Notificación mensual del consumo de antibióticos en Dosis Diaria Definida (DDD) en las UPGD que cuenten con servicios de UCI y hospitalización adulto
- Cumplimiento de la tasa de notificación de casos de sarampión/rubéola, síndrome de rubéola congénita y parálisis flácida aguda.

El INS informará a la entidad territorial departamental o distrital para que realice el seguimiento para asegurar el ajuste de la notificación correspondiente.

9.4.2 Desempeño de la vigilancia por eventos de interés

El proceso de evaluación de la VSP involucra la necesidad de utilizar mecanismos mediante los cuales las entidades territoriales y EAPB conozcan el funcionamiento del sistema propuesto para cada uno de los EISP y así mismo, reconozcan el estado de salud de sus poblaciones, realizando las respectivas acciones de competencia para cada uno de los niveles. Con base en esto se han definido dos métodos de realimentación, ante los cuales las entidades departamentales y distritales y las EAPB deberán generar las acciones pertinentes en la vigilancia de sus territorios.

9.4.2.1 Informe de retroalimentación

El desempeño en la operación de la vigilancia por unidad notificadora es la evaluación trimestral, de los indicadores incluidos en cada uno de los protocolos de vigilancia en salud pública, con un mayor impacto de aquellos eventos en eliminación o erradicación, o considerados potenciales ESPII. La realimentación enviada por el INS a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales es un insumo fundamental para el reconocimiento del desempeño de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública en su ámbito territorial. Este informe es la base para la gestión en el nivel territorial y debe analizarse en el nivel municipal, para de esta manera, planear el acompañamiento territorial en términos de asistencia técnica y capacitación.

Las entidades a las cuales se les envía el informe de realimentación pueden solicitar ajustes a esta evaluación a la dirección electrónica lineamientosins@ins.gov.co. El INS responderá a sus comentarios en los siguientes diez (10) días hábiles. La evaluación de desempeño hace referencia a la medición de los indicadores en los siguientes cortes:

- Primer trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 12.
- Segundo trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 24.
- Tercer trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 36.
- Cuarto trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 52.

Las fechas de publicación de los resultados preliminares de la evaluación de desempeño para la retroalimentación en 2026 son:

Primer trimestre

- Publicación preliminar: abril 2026
- Solicitud de ajustes: abril 2026
- Publicación final: mayo 2026

Segundo trimestre

- Publicación preliminar: junio 2026
- Solicitud de ajustes: junio 2026
- Publicación final julio 2026

Tercer trimestre

- Publicación preliminar: septiembre 2026
- Solicitud de ajustes: septiembre 2026
- Publicación final: octubre 2026

Cuarto trimestre

- Publicaron preliminar: abril 2027
- Solicitud de ajustes: abril 2027
- Publicaciones final mayo 2027
-

El desempeño de los indicadores por trimestre por entidad territorial, el comparativo de indicadores y los resultados anuales de indicadores de desempeño por entidad territorial, están publicados en el Portal Sivigila, en:
<http://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=128>

9.4.2.2. Archivos planos de retroalimentación

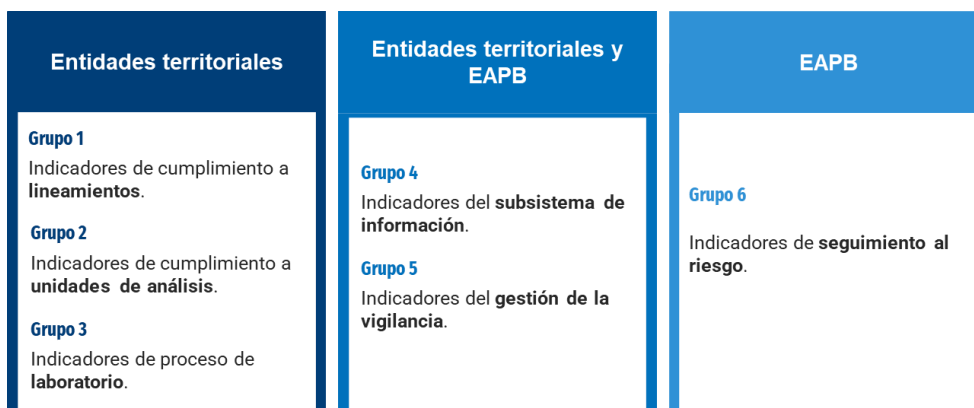
Teniendo en cuenta la centralización de la notificación en el sistema Sivigila 4.0, para la vigencia 2026 no se realizará retroalimentación mediante archivos planos hacia los niveles primarios.

- Las UPGD, UI, UNM y UND no enviarán, bajo ninguna circunstancia archivos de retroalimentación a otras entidades territoriales ni a las EAPB, pues la retroalimentación a las UND y a los aseguradores (EAPB) es competencia del INS.
- Las EAPB de orden nacional deberán establecer canales de comunicación internos con sus regionales para conocer de manera inmediata los casos de cada entidad y, de ser necesario, solicitar al Grupo Sivigila del INS la creación de usuarios y contraseñas para acceder al Portal Sivigila Web 4.0.

9.4.3. Calificación de desempeño de ET y EAPB

Durante el 2026 será publicado el estado del comportamiento de los indicadores del sistema de vigilancia en salud pública desagregado por entidad territorial (nivel departamental y distrital) y EAPB. Los indicadores priorizados se encuentran definidos en seis grandes grupos distribuidos según la entidad evaluada, según Figura 14.

Figura 15 Distribución de los grupos de indicadores del ranking de evaluación del sistema de vigilancia, Colombia, 2026



Adicional al informe de realimentación, cada entidad territorial o cada EAPB recibirán información específica sobre los indicadores de calificación de desempeño, que serán incluidos en el ranking, su calificación ponderada por componentes principales y categoría, y su calificación final.

El reporte de los indicadores de desempeño es publicado en el Portal Sivigila en:

<http://portalSivigila.ins.gov.co/Paginas/datos.aspx?cod=128>

Los cortes de la evaluación de desempeño tendrán en cuenta los siguientes cortes para medir el cumplimiento en los diferentes indicadores propuestos:

- Primer trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 12.
- Segundo trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 24.
- Tercer trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 36.
- Cuarto trimestre: semanas epidemiológicas 1 a la 52.

9.4.4. Evaluación de capacidad de respuesta para la gestión del riesgo para brotes, epidemias o emergencias en salud pública

Para fortalecer las capacidades de departamentos y distritos en la gestión del riesgo y la respuesta inmediata frente a emergencias en salud pública, desde noviembre de 2019 se implementa una evaluación dos veces al año, mediante una encuesta que mide las capacidades básicas en esta área. Este instrumento debe ser diligenciado en el primer y cuarto trimestre de

cada año exclusivamente por el coordinador de vigilancia en salud pública o quien cumpla sus funciones, siendo responsabilidad directa e intransferible. Los resultados obtenidos se reflejan en el Indicador 1-22: Encuesta de Capacidades Básicas en Gestión del Riesgo (primer y cuarto trimestre), el cual permite evaluar el desempeño de cada entidad territorial.

La encuesta evalúa cuatro dimensiones fundamentales: preparación y planeación, identificación, valoración y análisis, respuesta, y comunicación del riesgo. Estas áreas integran la capacidad de las entidades territoriales para identificar y responder oportunamente alertas, brotes o situaciones de emergencia que impacten la salud pública. En contextos de epidemias, eventos de comportamiento inusual o dinámicas territoriales excepcionales, el INS solicitará la actualización del diagnóstico de manera extraordinaria.

Todas las respuestas afirmativas consignadas en la encuesta deberán estar respaldadas con soportes documentales, los cuales deben cargarse en el enlace establecido para cada Entidad Territorial; por otro lado, debe enviar el soporte del diligenciamiento del formulario al correo electrónico eri@ins.gov.co en los plazos establecidos.

El INS realizará asistencia técnica continua para apoyar a las entidades territoriales en el fortalecimiento de sus capacidades, mediante el modelo de transferencia para la preparación y respuesta y el acompañamiento en la implementación de planes de trabajo.

Para garantizar el cumplimiento de este lineamiento, la encuesta será enviada a cada entidad territorial a través de los canales establecidos. El plazo para el diligenciamiento correspondiente al primer trimestre será hasta el 30 de enero, mientras que para el cuarto trimestre será hasta el 30 de octubre. Posterior al diligenciamiento, las entidades deberán adjuntar y enviar los soportes requeridos, teniendo como fecha límite el 14 de febrero para el primer trimestre y el 14 de noviembre para el cuarto trimestre. El INS realizará la revisión y validación de los resultados en los tiempos estipulados, asegurando así un diagnóstico confiable y actualizado de las capacidades territoriales en salud pública.

Tener en cuenta que las respuestas de la encuesta deben contar siempre con el soporte documental en los casos requeridos. El resultado de la encuesta de capacidades y sus evidencias representan el 30% del ranking nacional de desempeño de la vigilancia en salud pública.

9.5. Requerimientos y seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades

Ante el incumplimiento en los indicadores de evaluación del proceso de notificación, se realizará un primer llamado de atención vía telefónica o por correo electrónico de manera que sean corregidas las inconsistencias presentadas, de no obtener respuesta con el plan de mejoramiento o de continuar presentando incumplimiento se procederá a realizar los respectivos requerimientos siguiendo el orden establecido en los procedimientos internos del INS (primer requerimiento al coordinador de vigilancia, segundo requerimiento al Secretario de salud y tercer requerimiento al Secretario de salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud), no obstante se considera “caso especial” si el INS detecta una situación que ponga en riesgo a la población en un municipio o servicio de salud realizará el contacto directo para solicitar las acciones que mitiguen el silencio epidemiológico, en este sentido las UND podrán realizar comunicación directa con las UPGD.

En caso de un silencio epidemiológico semanal, en el nivel departamental o distrital, será enviado el requerimiento al secretario/a de salud con copia a la Superintendencia Nacional de Salud. Una situación de silencio epidemiológico semanal de una entidad territorial es una afectación a la seguridad sanitaria.

El tiempo de respuesta será de acuerdo con la prioridad de la información con la que se requiere:

- **Inmediato** plazo mínimo de tres días hábiles una vez recibido el requerimiento por la entidad territorial (solicitud de archivos planos correspondientes a la vigilancia rutinaria o silencio epidemiológico en el orden departamental).
- **Diez días hábiles:** plazo mínimo para requerimientos en los que se solicite identificar el plan de mejoramiento de la entidad territorial que minimice algún riesgo en salud pública (silencio epidemiológico municipal, no reporte de la notificación negativa de los eventos priorizados).
- **Quince días hábiles:** plazo mínimo para requerimiento en los que la información requerida es de carácter periódica (Informes de evento, red de operadores, notificación de RIPS, entre otros, etc.)

Las UND deberán informar los municipios silenciosos si se presentan en el reporte semanal y los respectivos motivos de silencio. La UNM con silencio epidemiológico estará sujeta a una acción de requerimiento por parte de la UND, si la UNM reincide, la UND deberá comunicar al INS para que desde el nivel nacional se realice requerimiento a la UNM.

9.6. Control de cambios del sistema

Las UND, UNM o EAPB podrán participar del proceso de control de cambios que se realiza de forma anual al sistema de vigilancia, esto incluye sugerencias para modificaciones del subsistema de información (herramienta de notificación, fichas o protocolos), subsistema de análisis, subsistema de intervención, lineamientos, manuales, entre otros que se consideren de interés. Este requerimiento podrá ser enviado al INS mediante memorando dirigido al director de vigilancia en salud pública.

Los cambios para el sistema de información para el 2026 serán recibidos hasta el 30 de junio de 2026, excepto una situación de emergencia o ajuste sectorial.

10. Asistencia técnica y seguimiento a los compromisos

Una de las funciones del INS es ofrecer acompañamiento y soporte técnico a distritos y departamentos, para fortalecer conceptos y generar capacidades suficientes para la vigilancia en salud pública. Estas asistencias técnicas están orientadas a mejorar las capacidades territoriales para abordar los diferentes eventos, pero así mismo, identificar debilidades y hacer seguimiento al cumplimiento de los procesos establecidos tanto en los protocolos de evento como en los lineamientos nacionales. Los informes de realimentación y de operación del sistema son la base de la asistencia técnica.

El ejercicio debe extenderse a las unidades notificadoras departamentales y distritales quienes a su vez deben utilizar estos mecanismos para minimizar las debilidades en la vigilancia y generar herramientas suficientes para que el sistema fortalezca su operación y garantice la obtención de información en los municipios, corregimientos departamentales y UPGD. Las Secretarías de salud deben realizar un plan de asistencia técnica que asegure el mejoramiento continuo del sistema de vigilancia en su territorio.

Los departamentos y distritos pueden solicitar la asistencia técnica al INS mediante oficio. Estas asistencias pueden dirigirse a un tema específico o a la generalidad de la vigilancia. Por criterios de austeridad del gasto se realizarán utilizando canales de streaming (MS Teams). En algunos casos, se considerará la asistencia técnica presencial.

Los departamentos y distritos realizarán por lo menos una asistencia técnica a los municipios o localidades de su jurisdicción incluyendo temas relacionados con protocolos, indicadores de desempeño, metodologías de análisis, gestión del riesgo, investigación de brotes, BAI, correspondencia de fuentes, análisis espacial, sistemas de alerta temprana, vigilancia en salud pública durante emergencias, desastres, situaciones o amenazas ambientales, caracterización de alojamientos temporales de emergencia (ATE) y eventos de afluencia masiva de personas.

El 27 de junio y 27 de noviembre de 2026 los distritos y departamentos enviarán un informe ejecutivo con las asistencias técnicas realizadas en cada semestre que den cuenta de las visitas realizadas por municipio, objetivo, logros y plan de mejoramiento si es el caso.

11. Novedades en la vigilancia de los eventos de interés en salud pública

Teniendo en cuenta la implementación en los diferentes niveles de la herramienta Sivigila 4.0 lo que facilita al usuario la captura de los datos inclusive si no se encuentra en línea, la transferencia de acuerdo con el flujo de información, así como la generación de archivos para el análisis, se presentan las siguientes novedades para la vigencia 2026

La única fuente válida para el seguimiento al cumplimiento de la notificación es Sivigila 4.0, el INS no recibirá correos con archivos consolidados. Asimismo, los reportes de gestión (cumplimiento en la notificación, PN y oportunidad en la notificación) también serán generados únicamente por Sivigila 4.0. Los archivos XLS para depuración y análisis, solo se van a generar por Sivigila 4.0.

Tabla 9 Novedades en la vigilancia de los EISP transmisibles prevenibles por vacunación y relacionadas con la atención en salud, Colombia, 2026

Eventos	Novedades
Equipo funcional: Inmunoprevenibles	
Varicela	Implementar en los niveles departamentales, distritales y municipales la evaluación de indicadores de oportunidad en la investigación de brotes de varicela: 1. Oportunidad en la detección de brotes (< 3 días), 2. Oportunidad en el reporte de brotes al siguiente nivel (< 3 días), 3. Oportunidad en el inicio de la investigación de campo (< 1 día) y 4. Oportunidad en el envío de informes de cierre al siguiente nivel (< 7 días).
Hepatitis A	Es necesario asegurar la realización de la IEC de todos los casos que se encuentren hospitalizados y sean confirmados con Hepatitis A.
Sarampión - Rubéola	Todo caso sospechoso de sarampión y rubéola procedente del exterior debe contar con el envío oportuno de las muestras al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud para su procesamiento. En el contexto de la eliminación del sarampión y la rubéola, un resultado dudoso o positivo en la primera muestra de determinación de anticuerpos IgM no es suficiente para confirmar o descartar un caso; es necesario completar el algoritmo diagnóstico. Además, se debe realizar seguimiento diario durante 30 días a los

Eventos	Novedades
	contactos directos y garantizar la ejecución de las acciones de control establecidas en el protocolo. El cierre del caso debe basarse en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.
Tos ferina	Ante un caso probable de tos ferina, la IEC debe iniciarse en las primeras 72 horas, asegurando contactos sintomáticos relacionados y la recolección oportuna de muestras. El INS produjo un formato para la IEC disponible con el protocolo. Para el diagnóstico, la muestra debe tomarse antes de iniciar el tratamiento. En el caso de inicio de terapia, la toma de muestra es antes de 3 días. Se insiste en la toma de muestra para cultivo donde esté disponible y no considerarlo una prueba que solo pueden hacer la Red Nacional de Laboratorios.
Infección respiratoria aguda por virus nuevo	Todos los casos confirmados de COVID-19 (ambulatorios, hospitalizados y fallecidos) deben ser notificados a Sivigila con ficha 346. En la investigación de conglomerados, es necesario identificar a personas con antecedentes de vacunación contra COVID-19 o con condiciones de inmunosupresión, así como a grupos no vacunados o con características clínicas particulares. Siempre se debe considerar la obtención de muestras para secuenciación genómica
Parálisis Flácida Aguda	Ampliación de la Vigilancia de PFA en el grupo de 15 a 49 años para monitorear la importación o circulación de poliovirus derivado de vacuna, en 13 unidades centinela. Vigilancia en personas con inmunodeficiencia primaria (PID) para la identificación de excretores de poliovirus, en dos unidades centinela.
Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica	Es importante recordar que sin excepción todos los aislamientos bacterianos, así como todos los LCR tomados para el diagnóstico del evento, deben ser enviados al laboratorio de microbiología del INS para realizar la serotipificación. En caso de que el agente causante sea <i>Neisseria meningitidis</i> Grupo Y o W o <i>Streptococcus agalactiae</i> se debe enviar a la referente del evento copia de la historia clínica, resultados de laboratorios, y la IEC del caso.
Vigilancia centinela IRAG	A partir de la publicación de los lineamientos 2026, durante los momentos de migración de aves y en el marco de los posibles focos en animales con influenza altamente patógena, todos los departamentos que no cuenten con una UPGD centinela, tendrán que activar una UPGD centinela temporal con capacidad de detectar por laboratorio los agentes de interés en salud pública influenza A, influenza B, VSR, adenovirus y SARS-Cov2 y notificar bajo el código 345 de manera obligatoria mínimo 5 casos semanales. La aprobación de la UPGD estará

Eventos	Novedades
	a cargo de las entidades territoriales una vez apliquen un cuestionario en la UPGD y se envíe previo a INS. La activación deberá cubrir 12 semanas epidemiológicas a partir del mes de marzo en primer momento y en octubre como segundo momento. El seguimiento de Influenza A sin subtipo se realizará según la instrucción del Laboratorio Nacional de Referencia
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Todos los casos confirmados de fiebre tifoidea o paratifoidea, al finalizar el tratamiento antibiótico debe realizarse coprocultivos seriados de seguimiento: tres muestras con un intervalo de un día entre cada una (o según la regularidad de la evacuación del paciente) inmediatamente después de terminar el tratamiento, y luego un mes después, para un total de seis coprocultivos.
Equipo funcional: Infecciones asociadas a la atención en salud	
IAAS	En los informes semestrales de evento de IAAS se debe documentar la actualización de los hallazgos de apertura y cierre de las UPGD habilitadas que realizan la notificación de los eventos de IAAS. Las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental deberán analizar el comportamiento de la notificación de las UPGD mediante los tableros de control de la notificación y realizar el seguimiento correspondiente.
Consumo de antibióticos	Se crea el indicador de oportunidad en la notificación de cada UPGD, definido como el porcentaje de reportes según los plazos establecidos en el protocolo nacional, con una meta del 90 %.
Brotes de IAAS	Para realizar la clasificación de muertes en brotes de IAAS, estas deben ser analizadas por el Comité de Infecciones de la institución prestadora de servicios de salud, independientemente de la asociación entre la infección y la muerte. La clasificación se definirá como muerte asociada o no asociada de acuerdo con los procesos establecidos desde el nivel nacional. Se actualizó el indicador de proporción de mortalidad asociada, el numerador incluye las muertes asociadas al brote y el denominador el número total de infectados. Para fortalecer la vigilancia de los brotes de IAAS se requiere una identificación continua y sistemática de alertas mediante las siguientes acciones en las UPGD: • Análisis continuo del comportamiento de IAAS por servicio de atención y microorganismos causales, verificando la endemia por servicios priorizados (UCI-servicios quirúrgicos) en la UPGD,

Eventos	Novedades
	comparando la situación actual con el comportamiento histórico mediante canales endémicos y/o gráficos de control, empleando las bases nominales disponibles, priorizando la vigilancia de las IAAS causadas por: <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Staphylococcus epidermidis</i>, <i>Enterococcus faecalis</i>, <i>Enterococcus faecium</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Enterobacter cloacae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Candida auris</i>, <i>Clostridioides difficile</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i>. • Revisión sistemática de tableros de control e incidencias de los eventos de IAAS, incorporando umbrales estadísticos, campos de alerta e indicadores comparativos (observado vs. esperado), para identificar comportamientos inusuales, en servicios priorizados. La interpretación de estos tableros debe realizarse con periodicidad mensual para CAB y semanal para IAD e IAPMQ y documentar los hallazgos para orientar intervenciones oportunas. • Análisis del comportamiento microbiológico institucional, utilizando la información reportada en WHONET y otras fuentes de laboratorio, para identificar comportamientos inusuales, aparición de nuevos genotipos o fenotipos de resistencia y modificaciones en los perfiles microbiológicos, cambios en la frecuencia de aislamientos, entre otros. Con estas estrategias de análisis se logrará la detección temprana de microorganismos emergentes y el establecimiento de alertas que orienten la investigación de brotes y la implementación de medidas de contención.

Tabla 10 Novedades en la vigilancia de los EISP transmisibles endoepidémicas y relacionadas con salud sexual, Colombia, 2026

Eventos	Novedades
Equipo funcional: Zoonosis	
Rabia y agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia	A través del grupo funcional de rabia del MSPS junto con el INS, se diseñó el “Manual para investigación e intervención de los brotes de rabia en Colombia”, el cual contiene las recomendaciones técnicas para el abordaje de casos y focos, con los formatos para realizar la BAC humana, animal y seguimiento a los contactos. Este puede ser consultado en:

Eventos	Novedades
	https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/vigilancia-saludpublica.aspx Se recomienda implementar la estratificación del riesgo en los departamentos y distritos del país para identificar las zonas más críticas y plantear estrategias de vigilancia y control que permitan reducir el riesgo. Estas se deben realizar entre marzo y abril de 2026 con información de cierre del año; y entre octubre y noviembre de 2026 con la información de corte del año en curso.
Accidentes por otros animales venenosos	Desde la SE 42 de 2024, se están notificando los accidentes causados por escorpiones, arañas y orugas (lonomias), independiente de la condición final (vivo o muerto), de forma rutinaria semanal con el código 101. No se usará más el evento 900 para la notificación de casos específicos de agresiones por estos animales.
Mpox	Se considera brote cuando: -Un primer caso confirmado en un municipio o distrito. Este brote podrá ser cerrado tras 28 días desde la recuperación del último caso. -Dos nuevos casos confirmados, luego del cierre del brote en un distrito o entidad territorial (brote cerrado). Este brote podrá ser cerrado tras 28 días posteriores a la recuperación del último caso. -Un caso confirmado en comunidad cerrada. Este brote podrá ser cerrado, tras 28 días desde la fecha de recuperación del último caso detectado. Se entiende por terminación de síntomas que el último caso haya sanado sus lesiones, con la caída de la última costra y como caso recuperado 28 días desde la fecha de inicio de síntomas. Realizar IEC a todos los casos procedentes de países que han confirmado casos de Mpox por el clado 1b.
Equipo funcional: Enfermedades transmitidas por vectores	
Dengue	Durante el primer semestre de 2026 se realizarán cambios en las definiciones de caso de dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave; y en las definiciones de caso probable y confirmado por laboratorio. Estos cambios podrán ser consultados en el protocolo de vigilancia del evento que será publicado posteriormente.
Enfermedad de Chagas	Se retoma la notificación del 100% de los casos de Chagas crónicos bajo la fuente 1, garantizando la aplicación del nuevo algoritmo diagnóstico. Todos los casos notificados y confirmados para Chagas crónico en: gestantes, menores de 18 años, así como en los casos en menores en estudio de la transmisión congénita, se debe

Eventos	Novedades
	garantizar la realización de investigación epidemiológica de campo (IEC) y aplicación del nuevo algoritmo diagnóstico vigente para su confirmación. Disponible: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-tecnico-para-uso-de-pdr-para-deteccion-de-anticuerpos-igg-contra-trypanosoma-cruzi.pdf
Chagas congénito	Se incluye la definición de caso probable de caso agudo en estudio de transmisión congénita. Los casos que se notifiquen para la vigilancia de los hijos de madres positivas para Chagas crónico deben tener seguimiento acorde al algoritmo diagnóstico de chagas congénito del grupo de parasitología (recién nacido y a los 3 meses) y cerrar el estudio para confirmar o descartar la transmisión congénita a los 10 meses. Disponible: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-tecnico-para-uso-de-pdr-para-deteccion-de-anticuerpos-igg-contra-trypanosoma-cruzi.pdf
Fiebre amarilla	Se incluye tres definiciones de caso probable de fiebre amarilla teniendo en cuenta la circulación viral en los territorios, las cuales deben consultarse en el protocolo de vigilancia en salud pública para fiebre amarilla. Todo caso de fiebre amarilla confirmado o descartado deberá tener diagnóstico final independiente de la condición final "vivo" o "muerto", para ello la entidad territorial de notificación realizará seguimiento al caso, análisis de los resultados de la investigación y reportes de laboratorio y enviará SITREP o cápsula final con el diagnóstico. Así mismo, las intervenciones del estudio de foco incluyen caracterización inicial, investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa institucional BAI, búsqueda activa comunitaria (BAC), bloqueo vacunal, monitoreo rápido de vacunación, estudio entomológico, entre otras.
Malaria	En el marco de eliminación, la definición de brote va a depender del estrato de riesgo de la zona afectada: Estrato 1: No es posible que se presenten brotes o que los casos importados generen un foco activo, por lo que al identificar casos importados deberá establecer contacto con la entidad territorial de procedencia (donde se infectó) para que realice las acciones de investigación. Estrato 2: cualquier caso, identificado como importado, activa las alarmas de intervención de la zona, pues, si no es tratado e intervenido a tiempo puede ser el caso primario que genere un foco activo de transmisión. Cualquier caso clasificado como autóctono es clasificado como brote, lo que exige una intervención en menos de 72 horas a la zona y una búsqueda reactiva de casos. Estrato 3: cualquier presencia de casos autóctonos debe activar la acción de la intervención de la zona y una búsqueda reactiva de casos, en toda la localidad/vereda/barrio para impedir la reintroducción de casos en la zona. Estrato 4: cualquier aumento inusitado de casos debe activar la acción de la intervención de la zona y una búsqueda reactiva alrededor del caso índice e investigación de casos. Estrato

Eventos	Novedades
	5: se deberán realizar intervenciones de diagnóstico y tratamiento según las zonas y la población afectada. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Lineamientos%20Malaria%20eliminaci%C3%B3n.pdf Para la verificación de clasificación en los casos de malaria complicada, se debe incluir la validación de los criterios de definición de caso. Es necesario realizar la revisión de la historia clínica del caso con el fin de verificar que este cumpla con los criterios que constituyen la definición operativa del evento malaria complicada. Se debe utilizar el instrumento destinado para tal fin, publicado en la página del INS.
Equipo funcional: Micobacterias	
Lepra – enfermedad de Hansen	Realizar la IEC dentro de los primeros ocho días posteriores a la captación del caso. Las visitas de seguimiento serán efectuadas por el programa, conforme a los lineamientos del MSPS. Ante la identificación de un caso de lepra en menores de 15 años o de casos de lepra familiar notificados en la misma semana, periodo o año epidemiológico, se deberá remitir la IEC a la referente nacional en un plazo máximo de ocho días posteriores a la notificación y adicionalmente se deberá ingresar en SIVIGILA la información completa de los contactos en el módulo dispuesto.
Tuberculosis sensible y farmacorresistente	La entidad territorial departamental/distrital deberá contar con archivo documental de investigaciones epidemiológicas de campo y monitorear la oportunidad y calidad de estas; esta información. La entidad territorial deberá registrar, en el módulo de contactos del sistema de vigilancia, todos los contactos de los casos de tuberculosis sensible y/o fármacorresistente notificados, de acuerdo con la relación de contactos incluida en la IEC. Este registro será efectuado por la entidad territorial (departamental o municipal) responsable de la realización de la IEC.

Tabla 11 Novedades en la vigilancia de los EISP no transmisibles, Colombia, 2026

Eventos	Novedades
Equipo funcional: Maternidad segura	
Mortalidad materna	Las unidades de análisis de casos de mortalidad materna temprana deberán realizarse a través del módulo de Unidad de Análisis en Sivigila Web 4.0.
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Para el desarrollo de las unidades de análisis establecidas para el evento, durante 2026 se realizará en el módulo de unidad de análisis en Sivigila Web 4.0.

Eventos	Novedades
Defectos congénitos	Se debe prestar especial atención a los casos frutos del embarazo (vivos o muertos), con diagnóstico de defectos congénitos del sistema nervioso central: Microcefalia [Q02X], anomalías del cuerpo calloso [Q040], holoprosencefalia [Q042], secuencia disruptiva del cerebro fetal [Q043], atrofia cerebral [Q043], anomalías de la migración celular (liscencefalia, paquigiria) [Q043], porencefalia – Esquicencefalia [Q046], calcificaciones intracraneales [Q048] y ventriculomegalia [Q048]. Se requiere que para cada caso se cuente con estudios clínicos mínimos para configura la posible etiología; Cariotipo, STORCH, Neuroimágenes (Ecografía transfontanelar, TAC, RMN) y valoración por especialidades: Pediatría, neuropediatría, otorrinolaringología, oftalmología y genética. Para los casos donde se sospeche una alta probabilidad de transmisión materno - fetal del ZIKV, (estableciendo nexo epidemiológico) con evidencia de defectos congénitos del sistema nervioso central compatibles con síndrome congénito por zika, adicional a los estudios clínicos mencionados anteriormente, se debe garantizar la toma de muestras para el diagnóstico de virus zika, según la circular 0020 de 2016 disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/ins-circular-externa-0020-de-2016.pdf y el manual de toma de muestras disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DocumentosdelInteres/SRNL/Manual_toma_envio_muestras_INS-2019.pdf Estos casos deben ser notificados de forma individual a través de la ficha 895 como caso sospechoso y adicionalmente se deben notificar para el evento de defectos congénitos con el código 215.
Equipo funcional: Enfermedades crónicas	
Cáncer de mama y cuello uterino	La información oficial para el país corresponde al MSPS, así como al Instituto Nacional de Cancerología (INC). En mayo de 2023 se reactivó la notificación a nivel nacional del evento 155 - Cáncer de mama y cuello uterino, como una de las fuentes de información del Observatorio Nacional de Cáncer administrado por el MSPS.
Cáncer en menores de 18 años	Los indicadores que evalúan el tiempo de la oportunidad en la presunción diagnóstica, la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento se tendrán en cuenta únicamente para los casos confirmados por leucemias.

Tabla 12 Novedades en la vigilancia de los EISP emergentes y sin establecer, Colombia, 2026

Eventos	Novedades
Enfermedades emergentes	Los casos por infecciones nuevas o de infecciones conocidas donde antes no existían casos o no relacionadas a algún agente etiológico, pueden ser notificadas al evento sin establecer (código 900), especificando la sospecha de evento a notificar en la ficha de datos complementarios opción otro. La historia clínica debe ser enviada a la dirección de correo electrónico eri@ins.gov.co.
Evento sin establecer 900 y 901	La notificación de los accidentes por otros animales venenosos (escorpión, araña platanera, araña violín, araña viuda y oruga/lonomia) no ingresan por la vigilancia del “evento sin establecer” (códigos 900 o 901) y deben ser notificadas independientemente de su condición final bajo el código de evento 101. Las picaduras por avispas, abejas, abejorros, gusano, ciempiés/escolopendra u otro tipo de artrópodos e insectos o animales desconocidos no son objeto de vigilancia del evento sin establecer, a excepción de los casos que tengan condición final fallecido.
Fiebres hemorrágicas virales	Los casos de fiebres por virus hemorrágicos que no cuenten con un código de evento (ej. <i>Arenavirus</i>, <i>Hantavirus</i>, <i>Nairovirus</i>, <i>Fenuvirus</i>) deben ser notificados al código 900, sin importar el grupo de edad, así como, incluirse la sospecha de evento a notificar en la sección de datos complementarios de la ficha. La historia clínica debe ser enviada a la dirección de correo electrónico eri@ins.gov.co.

12. Recomendaciones para la intensificación de la vigilancia

El Instituto Nacional de Salud hace un llamado a mejorar los procedimientos para la vigilancia en salud pública ante las siguientes situaciones:

- Debido a la migración de aves silvestres que se presenta todos los años por las estaciones, se requiere una articulación con el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) para la detección temprana de posibles focos de influenza AH5N1 en animales. Ante la confirmación de focos de influenza AH5N1 por el ICA, realizar sala de análisis de riesgo departamental o distrital para seguimiento y definición de acciones, fortalecer la intensificación de la vigilancia del IRAG inusitado en personas de mayor riesgo y articulación con las demás instituciones involucradas. La información oficial de los focos activos de Influenza Altamente

Patógena se encuentra en el siguiente enlace:

<https://www.ica.gov.co/getdoc/9cde2d77-673f-4225-9990-d67593ab4f36/influenza-aviar.aspx>

- En los casos notificados a IRAG inusitado bajo el criterio de contacto con aves o cerdos o en situación de atención a brote en focos confirmados para Influenza Animal Altamente Patógena (IAAP), se debe indagar a través de la investigación epidemiológica de campo la ocupación (agricultor, veterinario, cuidador de parques naturales, etc.) de los casos para la correlación ante la posible detección de IAAP en humanos.
- Respecto a la Infección por Virus de Oropouche (OROV), se recuerda a las entidades territoriales que, el objetivo es la detección de circulación viral y se recomienda realizar la búsqueda a partir de la notificación de Dengue. Se notificarán en el Evento Individual por Establecer (Cod 900), los casos captados en el contexto de labores de investigación de síndromes febriles (universidades, otras instituciones académicas) y solo confirmados por laboratorio. Se recomienda reforzar el seguimiento clínico en mujeres gestantes con síndromes febriles, teniendo en cuenta las alertas de posible transmisión vertical emitida por la Organización Panamericana de la Salud.
- Acorde con la Circular 018 de 2024, Circular 012 de 2025, Resolución 691 de 2025 y el mapa de riesgo de fiebre amarilla vigente del MSPS, se debe reforzar la vigilancia en los municipios clasificados en muy alto y alto riesgo. Para ello, se recomienda: aplicar rigurosamente la definición de caso según el estado de circulación viral en la zona; fortalecer el monitoreo de muertes en primates no humanos (PNH) a partir de los reportes de la vigilancia basada en la comunidad y de la autoridad ambiental de la jurisdicción; mantener y optimizar las acciones de vacunación; activar de manera oportuna las acciones de respuesta ante la notificación de casos probables; garantizar el envío de muestras biológicas para confirmación por laboratorio y, en caso de mortalidad, remitir las muestras para estudio patológico. Asimismo, se debe priorizar la detección de epizootias en los departamentos de frontera.

En los territorios donde no se han presentado casos de fiebre amarilla, es necesario fortalecer la vigilancia en áreas circundantes a reservas naturales y bosques, priorizar

acciones de vacunación para el mantenimiento de coberturas útiles, reforzar la vigilancia de epizootias con base en los reportes de vigilancia comunitaria y asegurar la activación de las acciones ante la identificación de casos probables.

Las entidades territoriales de notificación y de procedencia deben verificar sistemáticamente que los casos notificados cumplan con la definición operativa de caso probable, realizar la caracterización demográfica y clínica del paciente e informar la situación a través de los canales oficiales, incluyendo el correo electrónico institucional.

El indicador de cumplimiento del “Porcentaje de estudios de foco realizados para fiebre amarilla” se mide para la entidad territorial de procedencia. Un estudio de foco comprende, como mínimo: caracterización inicial del evento (cápsula), Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), Búsqueda Activa Institucional (BAI), Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), bloqueo vacunal para fiebre amarilla, monitoreo rápido de vacunación, estudio entomológico, entre otras acciones complementarias que se consideren pertinentes.

El cierre de brotes de fiebre amarilla se realizará de manera articulada entre los grupos funcionales territoriales y nacionales, con base en el cumplimiento de los criterios establecidos para tal fin. Frente a una epizootia de PNH por fiebre amarilla, cuando el evento sea clasificado como probable, se deberán implementar mínimo las siguientes acciones: articulación del grupo funcional, caracterización geográfica del área afectada, búsqueda activa institucional y sensibilización a la comunidad. Cuando la epizootia sea confirmada, además se deberá elaborar el correspondiente informe de situación (SITREP) y realizar bloqueo vacunal, estudio entomológico, búsqueda activa comunitaria (BAC) y actividades de sensibilización a la comunidad.

- En malaria deben continuarse todos los esfuerzos, en un año que puede tener un comportamiento dentro de lo histórico, para posicionar tanto la estrategia de colaboradores voluntarios como la acción de control de focos. Esto significa caracterizar las zonas activas para malaria a nivel veredal, ofrecer activamente pruebas y tratamiento, y hacer seguimiento

ante nuevos casos o personas en riesgo que requieran intervención. De la misma manera se recomienda incentivar la búsqueda reactiva ante nuevos focos y la búsqueda proactiva en veredas donde hoy no se identifica circulación.

- Con el fin de mantener la certificación de la interrupción de la transmisión del *T. cruzi* por el *R. prolixus* intradomiciliado y de obtener la certificación en aquellos municipios nuevos en el proceso, se debe garantizar el cumplimiento de los indicadores de vigilancia epidemiológica, laboratorio y entomología. Con relación a los indicadores de vigilancia, realizar monitoreo a la presentación de casos agudos en los municipios, realizar IEC integrando información epidemiológica, por laboratorio y entomológica a todos los casos probables y confirmados. Realizar las búsquedas activas institucionales integrando fuentes de información como RIPS y bancos de sangre. Realizar IEC a casos crónicos en menores de 5 años y gestantes incluyendo el núcleo familiar y realizar el seguimiento a los recién nacidos de madres infectadas como vigilancia a la transmisión congénita.
- Ante la identificación de nuevos de mecanismos de resistencia a ceftazidima/avibactam (CZA) mediada por betalactamasas en Enterobacterias en Colombia, es necesario realizar vigilancia intensificada por laboratorio, realizar tamizaje CZA a todos los alistamientos de Enterobacteriales resistentes a por lo menos un carbapenémico y/o positivos para KPC. El equipo de control de infecciones deberá fortalecer la comunicación con el laboratorio de microbiología, ante la identificación de un aislamiento con resistencia a CZA, se debe reportar inmediatamente al equipo de vigilancia epidemiológica y control de infecciones de la institución para realizar la caracterización del brote e instaurar las medidas de control, según indicaciones establecidas en el comunicado técnico de agosto de 2024 disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/comunicado-tecnico-vigilancia-intensificada-por-laboratorio-de-resistencia-a-ceftazidimaavibactam-mediada-por-betalactamasas-en-enterobacteriales-en-colombia.pdf>
- Para el evento de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años se establecerá un proceso de intensificación de las acciones de vigilancia de acuerdo con la

priorización y las características del comportamiento del evento en las entidades territoriales. Esto incluye el proceso de búsqueda activa institucional del estado nutricional de todos los niños menores de 5 años en todas las UPGD o UI donde se presente atención de menores de cinco años en el territorio, lo cual permite además de la desnutrición generar acciones frente al riesgo de desnutrición y otros diagnósticos nutricionales en este grupo poblacional.

- El fortalecimiento de la vigilancia de todos los eventos prevenibles por vacunación, la realización de búsquedas activas y las retroalimentaciones a todos los niveles territoriales son elementos fundamentales para su control. Las poblaciones que pueden presentar mayor riesgo en la presentación de estos eventos deben tener un seguimiento especial: los grupos menores de 5 años, poblaciones escolares, migrantes, PPL, FFMM, indígenas y afrocolombianos son de especial seguimiento para cortar cadenas de transmisión y cerrar brotes de manera oportuna ya que cuentan con un nivel de riesgo adicional en su exposición.
- En sarampión y rubéola, se insiste en aumentar el nivel de sospecha ante casos de enfermedad febril exantemática (no vesicular), especialmente en personas procedentes del exterior, independientemente de su edad; en menores de 12 meses no vacunados; en trabajadores de la salud; y en personas que laboran en el cuidado de niños. Esta medida permite una temprana identificación de una posible reintroducción del virus, en caso de que llegara a presentarse.

Se recomienda que, ante la notificación de un caso sospechoso de sarampión o rubéola, las entidades territoriales remitan el informe preliminar con la información del caso y los soportes de las acciones de control al referente nacional, en un plazo no mayor a 48 horas, y envíen el informe final una vez se realice el cierre del caso. Cada caso debe ir acompañado de su respectiva entrevista y la ejecución de las acciones de control correspondientes (BAC, censo y seguimiento de contactos, MRV y bloqueo de vacunación). Asimismo, se debe fortalecer el cumplimiento de la meta de tasa de notificación en todos los municipios o ciudades, la cual establece el reporte de 2 casos sospechosos por cada 100 000 habitantes.

- Dentro de las acciones de control de los eventos prevenibles por vacunación notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), se debe realizar el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV), el cual debe estar articulado entre vigilancia epidemiológica y el Programa Ampliado de Vacunación (PAI) de la entidad de procedencia del caso o, cuando aplique, de la entidad territorial que notifica y capta el caso durante el período de transmisibilidad. Adicionalmente, se debe realizar el MRV del biológico (vacuna) específico relacionado con el evento notificado, así como el bloqueo de vacunación, cuando amerite.
- Para los eventos prevenibles por vacunación, ante la notificación de un caso en poblaciones especiales, la entidad territorial notificadora deberá garantizar la realización de la IEC institucional en las primeras 24 horas, y la entidad territorial de procedencia deberá asegurar la actualización y completitud de la misma según la temporalidad del evento notificado al sistema de vigilancia.
- Dada la ocurrencia reciente de brotes de fiebre amarilla, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica de hepatitis A, considerando la multiplicidad de mecanismos y fuentes de transmisión. Es prioritario garantizar la identificación temprana de casos, implementar medidas de aislamiento y realizar seguimiento estricto a los contactos. La transmisión de hepatitis A se relaciona principalmente con el consumo de alimentos y agua contaminados, así como con el contacto persona a persona, incluyendo la transmisión sexual. Se debe evitar la atribución inmediata del origen al agua para consumo humano y la toma indiscriminada de muestras con el fin de establecer la fuente, debido al riesgo de interpretaciones erróneas. Asimismo, ante la sintomatología compatible, se deben cambiar por en el diagnóstico diferencial la fiebre amarilla y otros eventos de interés en salud pública en zonas de riesgo.
- En relación con los pronósticos meteorológicos definidos por el National Weather Service-NOAA se observa que las condiciones de La Niña están presentes y se favorezca que persistan hasta diciembre de 2025 – febrero 2026, con una transición a ENSO Neutral en enero-marzo 2026 (55% de probabilidad). Asimismo, existen condiciones que acrecientan el

riesgo de presentación de eventos de interés en salud pública respecto a posibles aumentos de temperaturas o aumento de precipitaciones por condiciones de ocurrencia de Fenómenos de variabilidad climática como el fenómeno ENSO en su fase de El Niño o La Niña, como lo reportaba la NOAA y de acuerdo con los pronósticos realizados por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM, es posible que se presente la fase de La Niña de ENSO, lo que llevaría a un aumento de precipitaciones, por tanto, es necesario que las entidades territoriales fomenten la adherencia a protocolos de vigilancia en salud pública y mantengan el análisis permanente de los eventos que pueden incrementarse. Igualmente, es necesario tener en cuenta que los territorios tienen diferentes regímenes de precipitación por ende se deben fortalecer los análisis estacionales de los eventos de interés en salud pública por municipios, bien sea en temporada de lluvias como en temporada seca.

El INS, cuenta con información disponible con actualización diaria de tableros de control desde VIGIFRA, información en el Boletín de Clima y Salud con la predicción climática mensual y recomendaciones en salud como insumo de las Salas de análisis del riesgo ambiental – SARA para la preparación y respuesta ante incremento de los eventos u otras afectaciones en salud. Fortalecer la implementación de la vigilancia basada en comunidad, vigilancia epidemiológica sindrómica y garantizar las condiciones higiénico-sanitarias en caso del establecimiento de Alojamientos Temporales de Emergencia – ATE que se pudieren activar; así como la implementación de herramientas que permitan facilitar el proceso de consecución de información como EWARS in a box.

- La intensificación de la vigilancia en salud pública de las lesiones de causa externa y salud mental se enfoca específicamente en lesiones asociadas a procedimientos estéticos con biopolímeros, dispositivos electrónicos de administración de nicotina SEAN/SSSN, intentos de suicidio ocurridos entre los 10 y los 17 años, casos de violencia relacionados con ataques con agentes químicos y mutilación genital, así como lesiones por minas antipersonas (MAP) y municiones sin explotar (MUSE), y las lesiones por pólvora pirotécnica a través de la notificación inmediata.

En los casos de intento de suicidio de 5 a 9 años y en las intoxicaciones por licor adulterado con metanol, clorpirifos y fósforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos la notificación se hará de forma superinmediata. Este proceso tiene como objetivo fortalecer la capacidad de identificación y notificación oportuna de casos desde las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), promoviendo la activación de rutas, acciones y mecanismos necesarios para la atención oportuna e intervención adecuada en cada situación.

- Intensificar la vigilancia de la Enfermedad Mano-Pie-Boca (EMPB) mediante vigilancia activa en los servicios de salud y vigilancia basada en la comunidad (VBC) para la detección, investigación y control oportuno de casos en entornos escolares -jardines infantiles, centros de desarrollo infantil (CDI) y colegios-; notificar los brotes en “evento sin establecer colectivo 901”, diligenciando el nombre del brote o de la institución y actualizando semanalmente el número de casos hasta su cierre, definido como 14 días sin casos nuevos desde la fecha de inicio del último caso; realizar la investigación de campo dentro de las primeras 48 horas, emitir reporte de situación (SITREP) y mantener la información actualizada mediante cápsulas informativas con SITREP final, cargando los soportes en el SAT de Sivigila 4.0; e implementar medidas no farmacológicas esenciales, incluyendo aislamiento de los casos sintomáticos por 10 días con retorno solo sin lesiones activas ni fiebre, refuerzo de higiene de manos y limpieza con agua y jabón seguida de desinfección con hipoclorito 1:20 (~3000 ppm) durante 5 minutos en superficies, juguetes e instalaciones. (OPS/OMS, Alerta epidemiológica EMPB, 26 de marzo de 2025: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-enfermedad-manos-pies-boca-26-marzo-2025>).

El seguimiento al comportamiento del evento mediante un análisis continuo de la tendencia a nivel municipal y departamental permite orientar la emisión de alertas y focalizar las acciones de control. En los brotes institucionales de entorno escolar, la curva epidémica, las tasas de ataque por salón, la evaluación de las condiciones higiénico-sanitarias y de hacinamiento guían la toma de decisiones para definir cierres parciales o totales de la institución (pueden considerarse de 7 a 10 días), en articulación intersectorial (salud-educación). No existe una directriz única sobre cierres; y éstos deben considerarse como

última opción dado su alto impacto y efectividad limitada ya que los estudiantes pueden reunirse en otros espacios comunitarios, manteniendo la transmisión, adicionalmente los enterovirus pueden estar presentes en las heces durante semanas después de que los síntomas hayan desaparecido, lo que aumenta el riesgo de propagación.

13. Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2274 de 2012 [Internet]. 2012 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2774-de-2012.PDF>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto reglamentario 780 de 2016 [Internet]. 2016 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 3518 de 2006 [Internet]. 2026 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>
4. Superintendencia Nacional de Salud. Supersalud | Misión y Visión [Internet]. [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co:443/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/mision-y-vision>
5. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). Quienes somos. [citado el 19 de diciembre de 2024]. Quienes somos | INVIMA. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/el-instituto/quienes-somos>
6. República de Colombia. Ley 1523 de 2012, Política nacional de gestión del riesgo de desastres. Diario Oficial. 2012 abr 24;(48.573). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>

7. Función Pública. Decreto 1795 de 2000 [Internet]. [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66672>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 5159 de 2015 [Internet]. 2015 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>
9. Evaluación de riesgo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/deteccion-verificacion-evaluacion-riesgos-dve/evaluacion-riesgo>
10. Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional (2005) [Internet]. 3ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016, 93 p [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/246186>
11. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública [Internet]. 2022 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Grupo-gesti%C3%B3n-del-riesgo-y-respuesta-inmediata.aspx>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 [Internet]. 2016 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2590 de 2012 [Internet]. 2012 [citado el 19 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2590-de-2012.PDF>
14. World Health Organization (WHO). *Rapid Risk Assessment of Acute Public Health Events*. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70810>
- 15 Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Evaluación rápida del riesgo en emergencias de salud pública: guía práctica*. Washington, D.C.: OPS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7701>

16 Banco Mundial. *Framework for Evaluation of Vulnerabilities to Risk (FEVR)*. Washington, D.C.: World Bank Group; 2021. Disponible en: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/>

Anexo 1 Equipos de respuesta inmediata de las entidades territoriales

Anexo 2 Matriz de evaluación del informe integrado de maternidad segura

	Valor
INTRODUCCION Y OBJETIVOS	16,00%
Introducción: Importancia e impacto de la vigilancia de los eventos.	8,00%
Objetivo: Es claro el objetivo del informe integrado (MME, MM, MPNT, DC)	8,00%
METODOLOGÍA	16,00%
Metodología: Descripción de las fuentes de información, depuración y recolección de esta.	16,00%
RESULTADOS	30,00%
TENDENCIA DEL EVENTO (ÚLTIMOS CINCO AÑOS)	10,00%
Mortalidad Materna: Seguimiento a la tendencia de la razón de MM de los últimos años (mínimo 5 años), según la información disponible.	2,50%
Morbilidad Materna Extrema: Seguimiento a la razón de morbilidad materna extrema por año en los últimos 5 años.	2,50%
Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía: Seguimiento a la tendencia de la razón de MPNT en los últimos años (mínimo 5 años) con fuente estadísticas vitales.	2,50%
Defectos congénitos Seguimiento a la tendencia de la prevalencia de los defectos congénitos en los últimos 5 años.	2,50%
COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS (AÑO ACTUAL)	10,00%
Mortalidad Materna: describir el comportamiento según variables de persona, tiempo y lugar.	2,50%
Morbilidad Materna Extrema: describir el comportamiento según variables de persona, tiempo y lugar.	2,50%
Mortalidad Perinatal y Neonatal tardía: describir el comportamiento según variables de persona, tiempo y lugar. Matriz Babies: Inclusión de la matriz de periodos perinatales de riesgo (MPNT)	2,50%
Defectos congénitos describir el comportamiento según variables de persona, tiempo y lugar. Tipo de defecto	2,50%
COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES (AÑO ACTUAL)	10,00%
Descripción y análisis del comportamiento de los indicadores de vigilancia MM: Razón de MM, % de causas de muerte bien definidas, oportunidad de la notificación, Concordancia RUAF-Sivigila.	2,50%
Descripción y análisis del comportamiento de los indicadores de vigilancia MME: razón de MME, oportunidad de notificación, índice de letalidad.	2,50%

Descripción y análisis del comportamiento de los indicadores de vigilancia MPNT: Razón de MPNT; % casos muerte bien definida en SIVIGILA; concordancia con estadísticas vitales.	2,50%
Descripción y análisis del comportamiento de los indicadores de vigilancia de los Defectos Congénitos: Prevalencia de defectos congénitos en menores de un año, Prevalencia de hipotiroidismo congénito en menores de 1 año, Proporción de ajuste de casos de tamizaje neonatal.	2,50%
DISCUSION	16,00%
Discusión para MME	4,00%
Discusión para MM	4,00%
Discusión para MPNT	4,00%
Discusión para DC	4,00%
CONCLUSIONES	11,00%
Resultados relevantes para cada evento	11%
RECOMENDACIONES	11,00%
Enfoque en el fortalecimiento del proceso de vigilancia, mejoramiento del registro y la calidad de los datos. Recomendaciones técnicas encaminadas al fortalecimiento de las acciones en maternidad segura en el departamento y/o distrito, teniendo en cuenta las competencias locales en vigilancia, gestión del riesgo y articulación intersectorial, resaltando a quien van dirigidas; Además, deben ser específicas y orientadas a resultados.	11%
VALIDACION FINAL	100,00%

FE DE ERRATAS

Documento: Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026 (Vigilancia basada en eventos predefinidos)

Fecha de publicación: 18 de febrero de 2026

El Instituto Nacional de Salud informa que, con el propósito de fortalecer la aplicación operativa y la estandarización de los procesos de análisis en vigilancia en salud pública, se incorporan ajustes técnicos en los siguientes apartados del documento:

- Criterio de análisis en población migrante o extranjera.
- Anexo 1. Metodología para el análisis de casos de difícil clasificación.
- Condiciones para la realización de las Unidades de Análisis de los eventos priorizados.
- Criterios para el análisis cualitativo.

Las actualizaciones realizadas buscan armonizar la implementación metodológica en las entidades territoriales y optimizar los procesos de análisis epidemiológico.

La versión actualizada integra estos ajustes para su aplicación correspondiente.