



RESUMEN EJECUTIVO **PLAN DE CHOQUE EN SALUD 2026**

TRAZABILIDAD DE LA ATENCIÓN FOCALIZADA Y ARTICULACIÓN FINANCIERA Y ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS IPS

Quienes somos

Unión de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, ubicadas en 19 departamentos del País, que prestamos los diferentes niveles de complejidad en la atención.

Pretendemos el fortalecimiento institucional y de la gestión de los asociados buscando los mejores indicadores la calidad en la prestación de los servicios de salud.



RESUMEN EJECUTIVO

PLAN DE CHOQUE EN SALUD 2026

Trazabilidad de la atención focalizada y articulación financiera y asistencial desde la perspectiva de las IPS
Documento técnico propositivo – septiembre de 2026

1. Propósito y consideraciones principales

El Plan de Choque en Salud 2026 constituye una respuesta de carácter extraordinario frente a necesidades asistenciales que requieren atención oportuna y frente a las dificultades financieras que afectan la capacidad de respuesta de la red prestadora.

UNIPS considera importante que esta intervención tenga como punto de partida una premisa sencilla pero fundamental: detrás de cada obligación financiera existe una persona que espera una atención, por ello, el éxito del Plan no debería observarse únicamente desde el volumen de recursos movilizados, las obligaciones adquiridas o los giros realizados, sino desde la capacidad efectiva del sistema para convertir esos recursos en medicamentos entregados, procedimientos realizados y continuidad del cuidado.

De acuerdo con el documento de referencia, la primera fase contempla **1.069.196** usuarios con solicitudes pendientes, de los cuales más de **700.000** corresponden a medicamentos y más de **300.000** a procedimientos. La intervención plantea la identificación individual de los casos, la determinación de responsables y el seguimiento hasta comprobar la prestación.

Desde la perspectiva de las **IPS**, esta población ya está dentro del Sistema de Salud. Cada paciente tiene una **EPS** responsable y, según el caso, una **IPS** y/o un gestor farmacéutico asociado a su atención. Existen además órdenes, prescripciones, autorizaciones, historias clínicas, registros de prestación, facturas y obligaciones que pueden permitir reconstruir su recorrido.

Por esta razón, se propone que el Plan se construya alrededor del paciente focalizado, articulando la dimensión asistencial con la financiera y utilizando los sistemas de información existentes.

2. La operación financiera y su relación con la red prestadora

Un aspecto fundamental para la adecuada implementación del Plan consiste en precisar la naturaleza de la operación extraordinaria.

Desde la perspectiva planteada por **UNIPS**, no se trata de una compra directa de cartera de **ADRES** a las **IPS**, sino de una operación mediante la cual se adquiere una obligación que una **EPS** mantiene con la red prestadora. La **IPS** continúa siendo la acreedora original y recibe el giro cuando la operación se perfecciona, mientras la obligación financiera de la **EPS** frente a la **IPS** se sustituye por una obligación frente a **ADRES**.

Esta precisión permite separar dos dimensiones que deben funcionar coordinadamente: la dimensión financiera identificación, reconocimiento, conciliación y operación sobre las obligaciones que cumplan las condiciones establecidas y la dimensión asistencial, identificación del paciente, asignación del responsable, prestación efectiva y cierre del caso.

Para las **IPS** la pregunta central no debe ser únicamente cuánto recurso se movilizará, sino también cómo demostrar qué paciente fue atendido, qué servicio o medicamento recibió, qué obligación financiera soportó esa atención, quién la realizó y cuándo quedó efectivamente resuelta.

3. Una sola trazabilidad: paciente, atención y financiación

Se propone establecer para cada paciente focalizado un identificador único de seguimiento dentro del Plan de Choque. Este identificador no sustituiría la factura, la historia clínica, los **RIPS** ni los sistemas oficiales; serviría como llave de articulación entre los diferentes registros.

Capa	Qué debe trazarse	Resultado esperado
Paciente	Identificación, necesidad pendiente, condición focalizada, EPS, IPS/gestor responsable	Caso individual identificable
Atención	Orden, autorización, programación, medicamento/procedimiento, fecha, prestación y evidencia	Atención efectivamente realizada
Financiera	Factura, obligación, conciliación, operación, giro y aplicación del recurso	Recurso conectado con obligación y atención

La lógica propuesta puede resumirse así: **Paciente → necesidad → responsable → prestación → evidencia → factura → obligación → operación financiera → pago → cierre**. Este modelo permite que la dimensión financiera no pierda de vista el resultado asistencial.

4. Medicamentos, procedimientos y atención integral

El Plan debe reconocer las diferencias operativas entre medicamentos y procedimientos, pero mantenerlos dentro de una misma ruta de trazabilidad.

Medicamentos: Paciente → prescripción/orden → EPS/responsable → IPS o gestor farmacéutico → programación → dispensación → evidencia de entrega → registro financiero.

Procedimientos: Paciente → orden/autorización → EPS → IPS de la red → programación → procedimiento → evidencia clínica → factura → pago.

Un paciente focalizado por una determinada condición no deja de ser una persona con otras necesidades de salud. Puede presentar comorbilidades, enfermedades crónicas, secuelas, tratamientos simultáneos o necesidades adicionales identificadas durante la atención.

se propone diferenciar entre: atención focalizada represada; atención integral derivada o clínicamente necesaria; atención no relacionada con el caso focalizado; y medicamentos entregados por gestores farmacéuticos. Esta clasificación busca identificar y conciliar los componentes de la atención, no fragmentar artificialmente al paciente ni modificar las reglas de facturación.

Debe distinguirse entre “**caso focalizado resuelto**” y “**paciente con atención integral garantizada**”. La realización del procedimiento o la entrega del medicamento pendiente no necesariamente significa que haya concluido la necesidad asistencial.

5. El cierre debe producirse en el paciente

El pago por sí solo no constituye evidencia de que el caso haya sido resuelto. El cierre debería requerir identificación del paciente y de la necesidad, asignación del responsable, evidencia de prestación o entrega, correspondencia con la factura, identificación de la obligación financiera, trazabilidad del pago y verificación de continuidad cuando clínicamente corresponda.

Se propone una relación de tres llaves: **ID del paciente/caso focalizado; ID de la factura y su detalle; e ID de la operación financiera.**

No se trata solamente de demostrar que se pagó una obligación, sino de poder demostrar que ese proceso contribuyó a resolver la necesidad que originó la inclusión del paciente en el Plan.

6. El “corte cero” como punto de partida

Antes del primer desembolso debe consolidarse el universo de pacientes y establecer las relaciones básicas entre paciente, EPS, IPS/gestor, necesidad, orden/prescripción, factura y obligación.

Momento	Acción principal	Resultado
Antes de iniciar	Consolidar población y casos	Base maestra
Antes del primer giro	Cruzar paciente, IPS/gestor, orden, factura y obligación	Matriz financiera-asistencial
Primer giro	Identificar obligaciones sustituidas y receptores	Registro de operación
Ejecución	Actualizar prestaciones, entregas y pendientes	Seguimiento periódico
Cierre	Validar prestación y continuidad	Caso resuelto o pendiente con causa
Cierre del ciclo	Cruzar recursos, casos resueltos y obligaciones	Informe de resultados

7. SIIFA, FEV-RIPS y RDA: infraestructura de trazabilidad

Se considera que el Plan debe aprovechar los sistemas de información existentes, evitando la creación de reportes o plataformas paralelas.

La **SIIFA** puede aportar la infraestructura para la trazabilidad financiera mediante los componentes relacionados con **FEV-RIPS**, seguimiento de facturas y seguimiento de pagos. La Historia Clínica Electrónica Interoperable y el **RDA** permiten mantener la continuidad de la información clínica y documentar el recorrido asistencial.

La propuesta consiste en articular estos instrumentos para construir una “huella digital” del paciente: **Identificación → situación clínica → orden/prescripción → autorización → programación → prestación/dispensación → RIPS/FEV-RIPS → factura → auditoría → obligación → operación financiera → giro → cierre asistencial → continuidad integral.**

8. Principales riesgos que deben ser gestionados

Entre los riesgos se encuentran: pacientes con responsable financiero pero sin responsable asistencial; pagos sin evidencia suficiente de prestación; facturas con servicios focalizados y otros servicios sin trazabilidad diferenciada; pacientes atendidos en la prestación focalizada pero sin continuidad de sus comorbilidades; medicamentos entregados por gestores farmacéuticos sin conexión suficiente con la trayectoria clínica; cartera no conciliada; retrasos entre aprobación y giro; y afectación de la cartera corriente por la dinámica de las obligaciones financieras. **UNIPS** plantea gestionarlos mediante una matriz de probabilidad e impacto y controles específicos.



9. Plan de Choque y cartera vencida: dos tiempos que deben avanzar en paralelo

Se reconoce la importancia del Plan de Choque y la necesidad de atender de manera inmediata a la población focalizada. Sin embargo, la recuperación de la capacidad asistencial de la red no puede depender exclusivamente de una intervención sobre los casos priorizados.

Las **IPS** enfrentan simultáneamente obligaciones corrientes, cartera vencida y cartera histórica, situaciones que pueden afectar su capacidad para disponer de talento humano, medicamentos, insumos, tecnología, agendas y demás elementos necesarios para prestar los servicios.

Por ello, que consideramos necesario que, desde el inicio y en paralelo con la ejecución del Plan de Choque, se ponga en marcha una gestión específica para identificar, focalizar y movilizar recursos destinados al pago de la cartera vencida del sistema con la red prestadora.

Esto no significa trasladar al Plan de Choque la totalidad de la deuda existente ni plantear que la operación extraordinaria sustituya las obligaciones estructurales del sistema. Significa reconocer que existen dos tiempos que deben avanzar simultáneamente: primero, resolver las necesidades de la población focalizada y garantizar la trazabilidad de cada caso; segundo, avanzar de manera urgente en una ruta de saneamiento y pago de la cartera vencida que permita recuperar capacidad financiera y operativa de las IPS.

Para UNIPS, ambos procesos son complementarios. Una red que recupera capacidad financiera estará en mejores condiciones para responder de manera sostenida a las necesidades de sus pacientes.

10. Gobernanza y responsabilidades

El funcionamiento del Plan requiere coordinación efectiva entre los diferentes actores. Ministerio de Salud: lineamientos generales y articulación. EPS: identificación de población, activación de rutas, reconocimiento y conciliación de obligaciones y coordinación de la prestación. IPS y gestores farmacéuticos: evidencia de prestación, entrega y cierre asistencial. ADRES: gestión de las operaciones financieras y trazabilidad de los recursos. Supersalud: seguimiento y control correspondiente. Cada etapa debería tener responsable, evidencia, fecha y resultado verificable.

11. Cinco preguntas que debe resolver el manual operativo

- ¿Cuál será el identificador único que permitirá seguir al paciente desde su ingreso hasta el cierre?
- ¿Cómo se relacionará cada atención focalizada con la factura y con la obligación de la **EPS**?
- ¿Cómo se identificarán los servicios focalizados cuando una factura incluya simultáneamente otras atenciones?
- ¿Cómo se garantizará que los medicamentos entregados por gestores farmacéuticos y los procedimientos realizados por **IPS** queden dentro de la misma trazabilidad del paciente?
- ¿Cuál será la condición objetiva para declarar un caso resuelto y cómo se verificará la continuidad de la atención cuando existan comorbilidades o necesidades adicionales?

12. Mensaje institucional de UNIPS

Las **IPS** quieren que el Plan de Choque funcione y contribuya efectivamente a resolver las necesidades de las personas que hoy esperan una respuesta del Sistema de Salud.



Se propone que el paciente sea el centro de articulación entre aseguramiento, prestación, gestión farmacéutica, información y financiación. La operación financiera es un instrumento importante, pero debe estar acompañada de una ruta que permita demostrar que los recursos se convierten en atención.

Al mismo tiempo, la realidad financiera de las **IPS** exige que la respuesta no se limite a los casos focalizados; la gestión para enfrentar la cartera vencida del sistema con la red prestadora debe comenzar de manera urgente y paralela, con mecanismos que permitan identificar obligaciones, establecer fuentes y rutas de pago y hacer seguimiento a su cumplimiento.

Conclusión

El Plan de Choque es una medida importante y necesaria para responder de manera inmediata a las necesidades de la población focalizada. **Su implementación, sin embargo, debe desarrollarse en paralelo con una gestión urgente orientada a identificar, focalizar y movilizar recursos que permitan avanzar en el pago de la cartera vencida del sistema con la red prestadora.**

El propósito debe ser avanzar simultáneamente en dos frentes: **resolver las necesidades inmediatas de los pacientes y recuperar las condiciones financieras que permitan a las IPS continuar prestando servicios con oportunidad, calidad y continuidad.**

Por ello, **UNIPS** propone que el seguimiento del Plan incorpore una visión integral: paciente, prestación, factura, obligación y pago, pero también la evolución de la cartera vencida y su impacto sobre la capacidad operativa de la red.

El objetivo final debe ser que detrás de cada recurso movilizado exista una atención efectivamente realizada y que, al mismo tiempo, se generen las condiciones financieras necesarias para que la red pueda seguir respondiendo a las necesidades de todos los pacientes.

Atender hoy al paciente que espera, mientras se construye desde hoy la capacidad financiera que permita atenderlo mañana.

PD. Resumen ejecutivo del Documento presentado al Ministerio de Salud- Superintendencia Nacional de Salud y la ADRES