

# EL SECTOR PRIVADO COMO MOTOR DEL SISTEMA DE SALUD

Diagnóstico · Oportunidad · Hoja de Ruta

**Dr. Rodolfo Garbanzo**

Vicepresidente, Comité de Salud | BIAC — Business at OECD

Junio 2026 · Cartagena de Indias, Colombia

**91%**

IPS son privadas

**\$14.7B**

PVS 2025

**9**

IPS acred. JCI



BLOQUE I

# EL SISTEMA QUE HEREDAMOS

De la inequidad de 1993 a la cobertura casi universal — y la crisis financiera que nadie esperaba

# COLOMBIA ANTES DE 1993

Un sistema fragmentado que excluía al 76% de la población

COBERTURA REAL

~20%

## SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

ISS + Cajas de Previsión

- Trabajadores privados (ISS)
- Empleados públicos (Cajas)
- Familias via Cajas Compensación

COBERTURA REAL

~4%

## SISTEMA PRIVADO

Clínicas · Medicina Prepagada

- Solo población con capacidad de pago
- Pólizas privadas y consulta directa
- Acceso basado en ingreso económico

COBERTURA REAL

**RESTO**

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Hospitales públicos

- Acceso restringido y condicionado
- Infraestructura deficiente
- Calidad desigual por territorio

**Solo el 24% de colombianos tenía cobertura en salud — y apenas el 4.3% de la población más pobre**

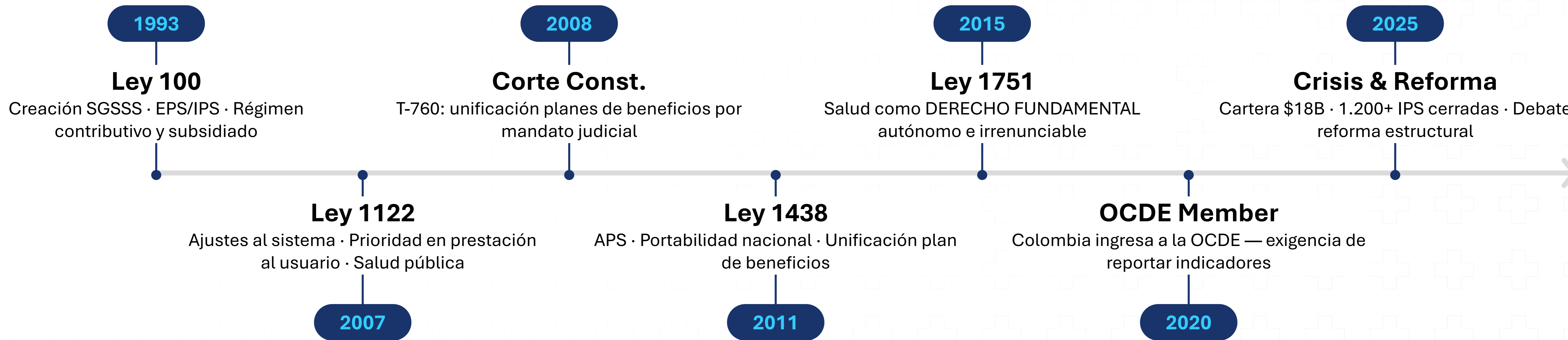
# LA LEY 100 DE 1993 — LA TRANSFORMACIÓN MÁS RADICAL

El arquitecto del sistema actual: estructura, lógica y promesa original



# 30 AÑOS DE EVOLUCIÓN NORMATIVA

Hitos clave de un sistema en permanente transformación



# EL LOGRO CENTRAL: COBERTURA UNIVERSAL

Un hito histórico que pocos sistemas similares han logrado en tan poco tiempo



**Atención:** cobertura formal ≠ acceso efectivo — la calidad, oportunidad y equidad territorial siguen siendo los grandes desafíos pendientes



BLOQUE II

# LO QUE DICEN LOS DATOS OCDE

38 países · Colombia miembro desde 2020 · Health at a Glance 2025 · Resultados que demandan acción empresarial inmediata

# COLOMBIA EN LA OCDE: EL CONTEXTO GLOBAL

Por primera vez en la historia, Colombia es comparable con las economías más desarrolladas del mundo

## ¿POR QUÉ IMPORTA LA OCDE?

- Membresía desde 2020 — obligación de reportar
- Estándar internacional de comparación
- 38 países · más de 1.400 millones de personas
- Presión de pares (peer pressure) para mejorar
- Acceso a buenas prácticas y cooperación técnica

## ¿QUÉ MIDE HEALTH AT A GLANCE?

- Estado de salud (esperanza de vida, mortalidad)
- Factores de riesgo y determinantes sociales
- Acceso y calidad de la atención sanitaria
- Gasto en salud y recursos del sistema
- Desempeño comparado por país y región

## ¿CÓMO LE FUE A COLOMBIA 2025?

- Mejor: cobertura, gasto de bolsillo, ACV
- Peor: mortalidad evitable (ÚLTIMO lugar)
- Peor: mortalidad infantil y materna
- Peor: talento humano (médicos/enfermeras)
- Peor: infraestructura (camas hospitalarias)

# LO QUE COLOMBIA HACE BIEN

Fortalezas reales que el sistema privado ha contribuido a construir

**99%**

**población cubierta**

Logro histórico en 30 años — afiliación formal

**16.8%**

**gasto de bolsillo 2024**

Subió desde 14.2% en 2021 — cerca del umbral OMS de riesgo (20%). ANIF/DANE ago. 2025

**50%**

**indicadores acceso**

Colombia supera media OCDE en la mitad de indicadores de acceso

**6.1%**

**mortalidad ACV 30d**

vs 7.8% OCDE — uno de los pocos indicadores donde Colombia supera el promedio

**78%**

**prepago obligatorio**

OCDE: 75% promedio — Colombia levemente superior en cobertura financiera obligatoria

**9 IPS**

**acreditadas JCI**

Estándar máximo global — más en Latinoamérica que cualquier otro país

# Las Brechas Críticas — Sin Eufemismos

## Mortalidad Evitable Total

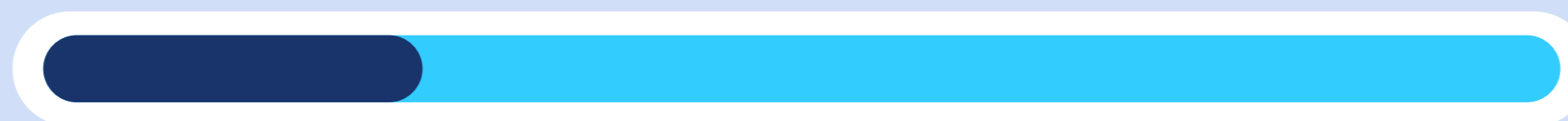


● **Colombia:** 419\* x 100k hab.

● **OCDE:** 222 x 100k hab.

*Último lugar OCDE*

## Mortalidad Infantil

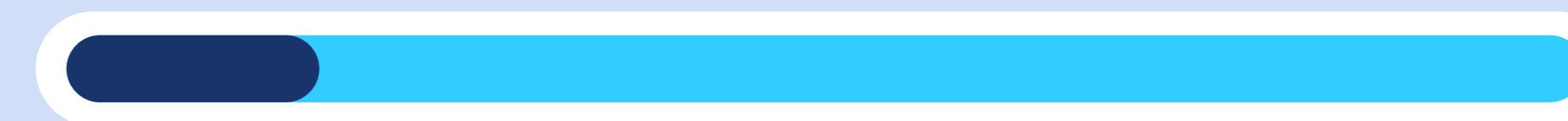


● **Colombia:** 16.8 x 1.000 NV

● **OCDE:** 4.0 x 1.000 NV

*Último lugar OCDE*

## Mortalidad Materna

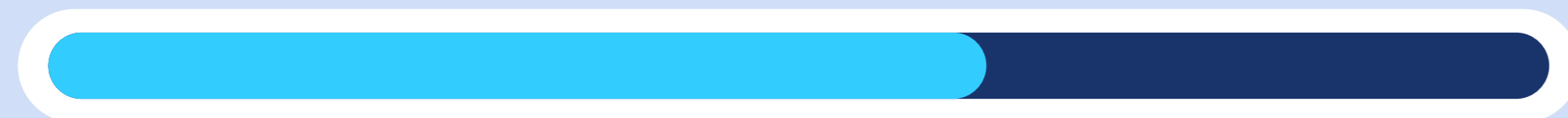


● **Colombia:** 59.9 x 100k NV

● **OCDE:** 10.3 x 100k NV

*2.º Más alto OCDE*

## Médicos en ejercicio



● **Colombia:** 2.5 x 1.000 hab.

● **OCDE:** 3.9 x 1.000 hab.

*Último lugar OCDE*

## Enfermeras en ejercicio



● **Colombia:** 1.6 x 1.000 hab.

● **OCDE:** 9.2 x 1.000 hab.

*Último lugar OCDE*

## Satisfacción acceso



● **Colombia:** 46% usuarios satisf.

● **OCDE:** 64% usuarios satisf.

*Bajo el promedio*

# ÚLTIMO LUGAR

en Mortalidad Evitable entre los 38 países de la OCDE

**304 + 115**

muertes prevenibles (304)  
más tratables (115)  
por 100k hab. — OCDE 2024

**419\***

total evitable (análisis complementario  
OxLER/OCDE) vs promedio OCDE: 222

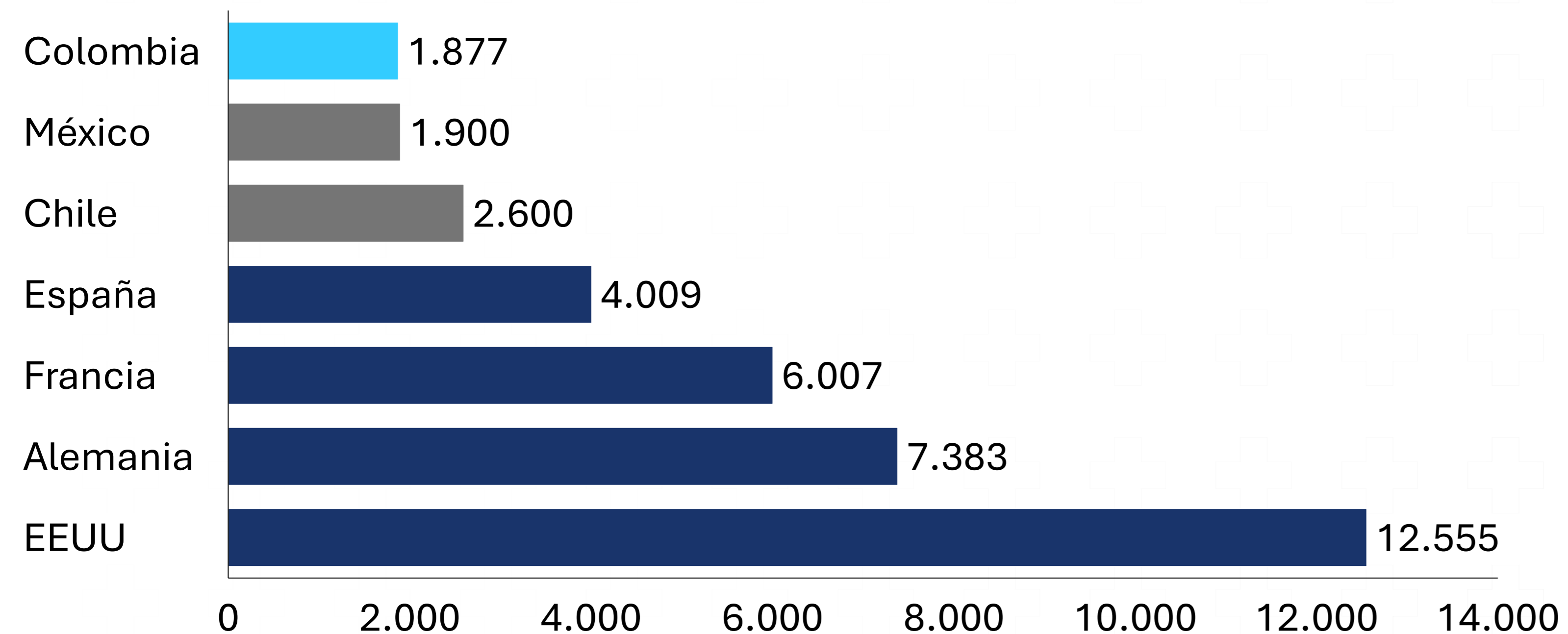
**x1.9**

Colombia tiene casi el DOBLE de  
mortalidad evitable que la OCDE

# Sub-financiamiento Crónico: La Raíz del Problema

Colombia gasta menos, pero exige más de su sistema — una ecuación insostenible

## Gasto per cápita en salud (USD PPA)



# \$1,877

**USD PPP gasto per cápita Colombia**

OCDE: \$5,967 — Colombia gasta solo el 31% del promedio

# 8.1%

**del PIB en salud (Colombia 2023)**

OCDE: 9.3% del PIB — brecha de 1.2 puntos porcentuales

# 16.8%

**gasto de bolsillo 2024 (ANIF)**

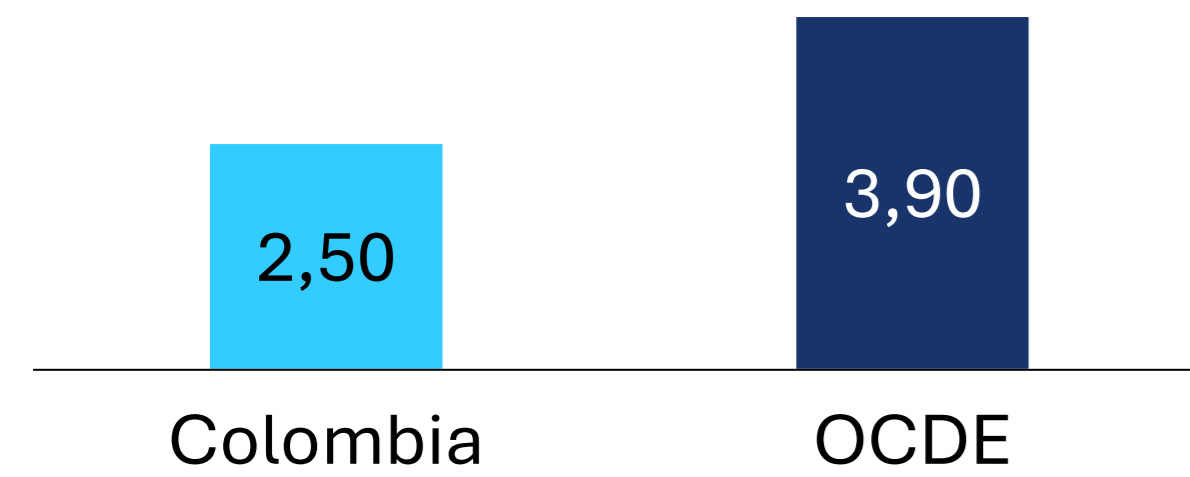
Subió desde 14.2% en 2021 — umbral OMS de riesgo: 20%

# La Crisis de Recursos: Talento e Infraestructura

Colombia no supera a la OCDE en NINGUNO de los 10 indicadores de recursos del sistema de salud

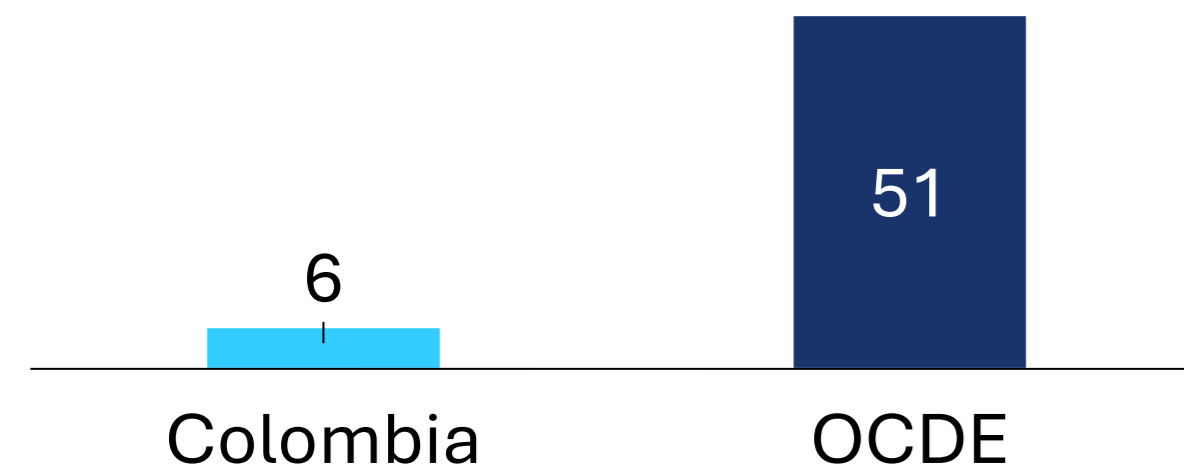
## Médicos en Ejercicio

por 1.000 hab.



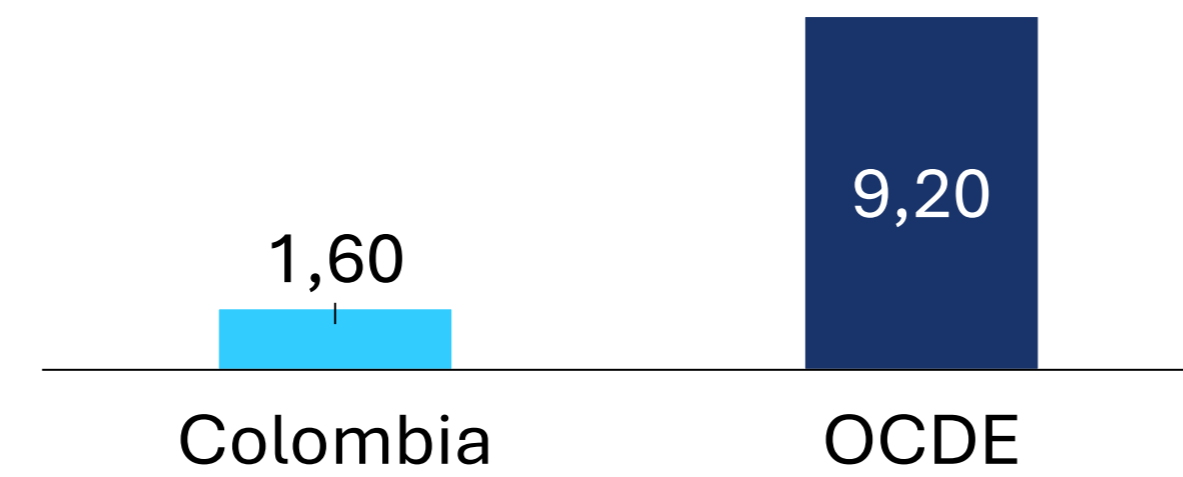
## TC, RM y escáneres PET

por millón hab.



## Enfermeras en Ejercicio

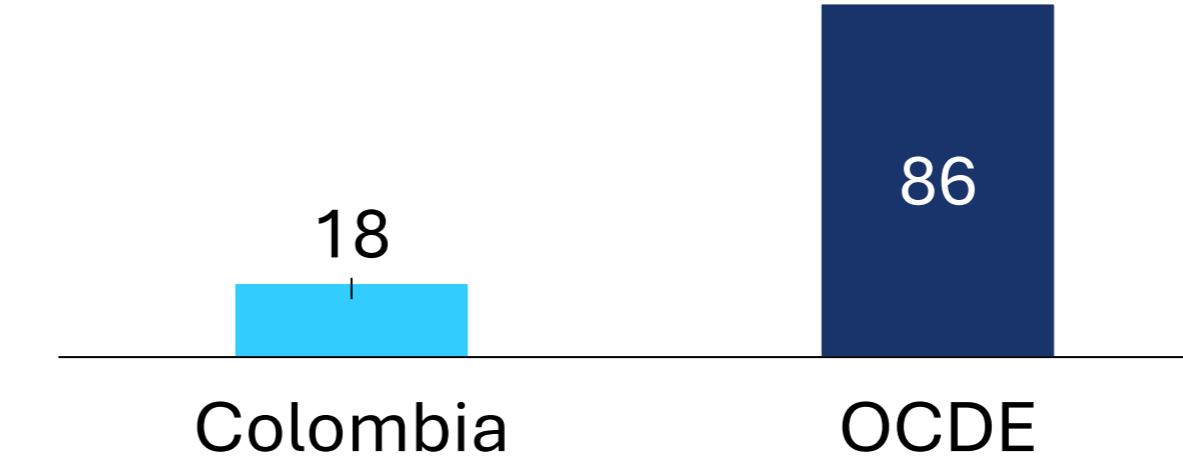
por 1.000 hab.



El déficit de enfermeras es el más crítico: Colombia tiene apenas 1.6 por 1.000 hab. vs 9.2 de promedio OCDE — una brecha de casi 6 veces.

## Farmacéuticos en Ejercicio

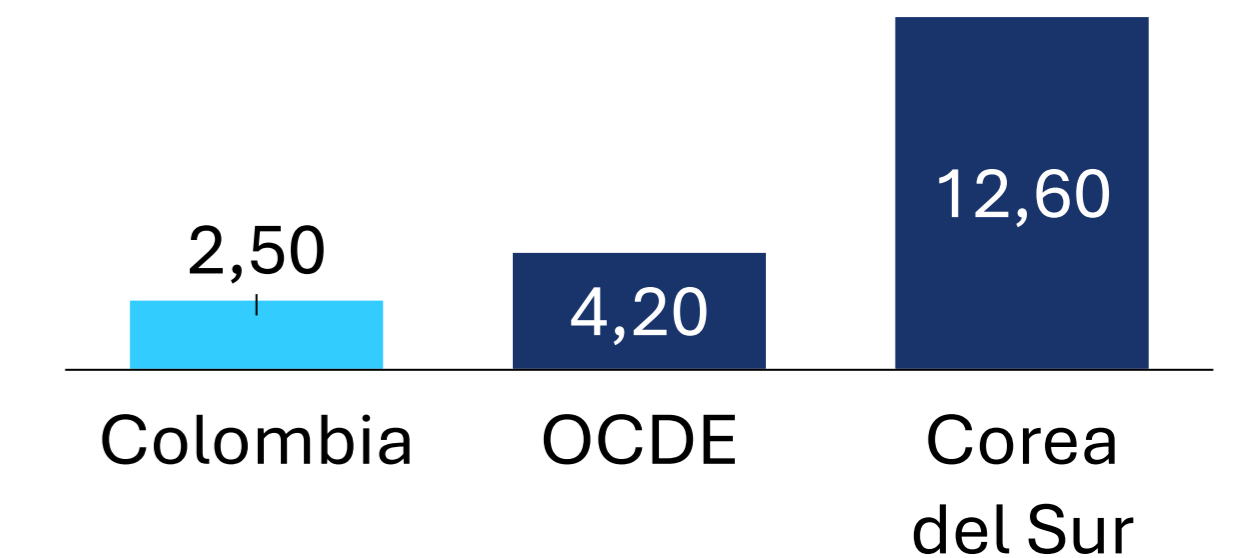
por 100.000 hab.



Solo hay 18 farmacéuticos por 100.000 hab. vs 86 en la OCDE — menos de 1/4 del estándar internacional.

## Camas Hospitalarias

por 1.000 hab.



Colombia < mitad del promedio OCDE en capacidad hospitalaria instalada



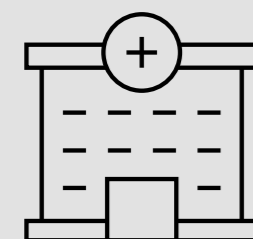
BLOQUE III

# LA CRISIS REAL DE 2025

Un sistema con cobertura universal pero al borde del colapso financiero y operativo

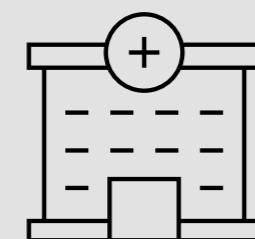
# CIFRAS DE LA CRISIS — PRIMER SEMESTRE 2025

El sistema más equitativo de América Latina en gasto de bolsillo enfrenta su peor crisis operativa



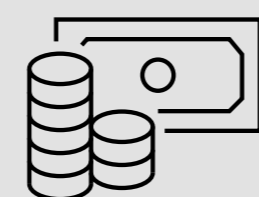
## 1.200+

**IPS cerradas** durante  
2023–2024



## 332

**IPS cerradas** solo 1er  
semestre 2025



## \$18 B

**cartera vencida**  
billones de pesos  
COP



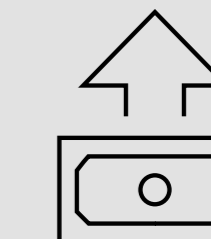
## \$11.3 B

**patrimonio negativo**  
EPS intervenidas



## 25%

**IPS medianas** sin  
liquidez alta  
complejidad



## 5.36%

**ajuste UPC 2025** vs  
inflación salarial  
9.54%

# CAUSAS Y EFECTOS SOBRE LA POBLACIÓN

No es mala suerte:  
es el resultado predecible  
de políticas financieras  
insostenibles

## CAUSAS ESTRUCTURALES

- UPC ajustada 5.36% vs inflación salarial 9.54%: brecha de ~\$4 billones anuales
- Siniestralidad 101.6% en 2023 — gastos superiores a ingresos por UPC
- Tarifas a IPS congeladas desde mayo 2024 sin actualización real de costos
- Demoras en pagos EPS→IPS generan efecto cascada de iliquidez
- Sobrecosto en medicamentos 7 puntos % sobre promedio OCDE
- Baja inversión en infraestructura y talento humano vs. gasto administrativo

## EFECTOS SOBRE LOS COLOMBIANOS

- Cierre de IPS → menos oferta de citas → pacientes crónicos sin atención continua
- Los que pueden pagar van a lo privado → los que no pueden quedan sin alternativa
- Gasto de bolsillo en riesgo de subir desde el histórico 14% hacia 20%+
- Colapso de red rural → brechas territoriales que se profundizan sin solución
- Urgencias congestionadas: 58 consultas/100 personas (OCDE: 31/100)
- Desmotivación de talento humano → emigración de especialistas al exterior



BLOQUE IV

# EL SECTOR PRIVADO: PROTAGONISTA INDISPENSABLE

91% de las IPS · Los mejores estándares de calidad ·  
El motor que mantiene el sistema vivo

# EL SECTOR PRIVADO: NÚMEROS QUE HABLAN

No es un actor secundario — es la columna vertebral de la prestación de salud en Colombia

**9.824**

**IPS privadas activas**  
vs 997 públicas (9%)

**\$91.1 B**

**UPC girada al sistema**  
Billones COP 2024 —  
mayoritariamente a  
privados

**91%**

de las 10.839 IPS  
activas son PRIVADAS

**8%**

**Alta complejidad**  
846 IPS — las de  
mayor capacidad y  
tecnología

**65%**

**Mediana complejidad**  
6.996 IPS — cobertura  
territorial amplia

**27%**

**Baja complejidad**  
2.979 IPS — atención  
primaria y  
ambulatoria

# EXCELENCIA DE CLASE MUNDIAL — ACREDITACIÓN JCI

El sector privado colombiano ha alcanzado estándares que ningún sistema público ha logrado en la región

## ¿Qué es la JCI?

Joint Commission International — el estándar MÁS EXIGENTE del mundo en salud

Fundada en 1994 · Opera en más de 100 países

Evalúa CADA proceso: desde esterilización hasta confidencialidad del paciente

No se compra ni se hereda — requiere transformación institucional profunda

Renovación periódica: mantenerla es más difícil que obtenerla

## 9 Instituciones con Acreditación JCI Vigente (2025)

### Fundación Santa Fe de Bogotá

1.º hospital FUERA de EE.UU. con +20 certif. JCI

### Fundación Valle del Lili

Cali — referente cardiovascular de Colombia

### Clínica Imbanaco S.A.S.

Cali — cirugía y medicina de alta complejidad

### Fundación Cardioinfantil

Bogotá — pediatría y cardiología de excelencia

### Hospital Pablo Tobón Uribe

Medellín — trasplantes y alta especialidad

### Hosp. Interacional de Colombia (FCV)

Floridablanca — cardiovascular avanzado

### Clínica Reina Sofía (Colsanitas)

Bogotá — cobertura urbana de alta calidad

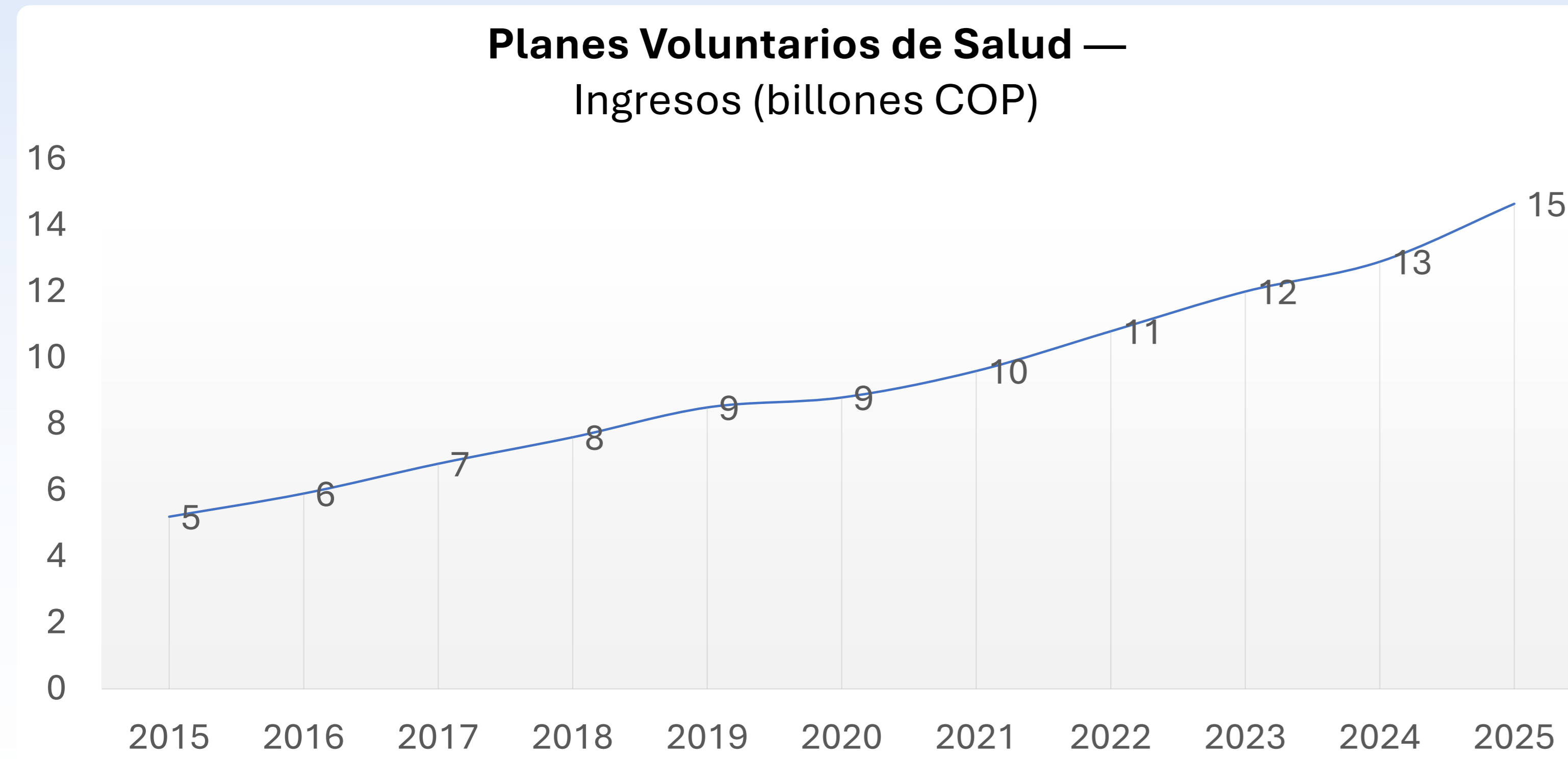
### + 2 instituciones adicionales

*Lista completa en sitio JCI — jun. 2025*

**61 IPS acreditadas bajo estándares nacionales e internacionales — dic. 2024**

# EL MERCADO PRIVADO QUE NO PARA DE CRECER

La demanda de Planes Voluntarios de Salud es la señal más clara de lo que el sistema público no resuelve



## ¿Qué son los PVS?

Seguros médicos privados complementarios a la EPS obligatoria — no la reemplazan, la complementan para acceder a mejores servicios, tiempos y redes

**\$14.65 B**

ingresos totales COP en  
2025

**+13.2%**

crecimiento vs año anterior

**+10 años**

de expansión sostenida  
consecutiva

**Señal clara:** el sistema obligatorio no satisface las expectativas de calidad y acceso

# LO QUE EL SECTOR PRIVADO PUEDE HACER YA

Sin esperar reformas legislativas: acciones concretas con impacto inmediato

## Ampliar redes rurales

Programas de extensión territorial con IPS móviles y telemedicina para llegar donde el sistema público no llega

## Formación de talento

Convenios universidad-clínica para formación especializada con compromiso de retención en zonas deficitarias

## Datos abiertos de calidad

Publicar indicadores de resultados clínicos, espera y satisfacción — generar competencia por calidad entre IPS

## Innovación en modelos de pago

Proponer y pilotar modelos pay-for-performance con EPS y ADRES — alinear incentivos con resultados en salud

## Investigación y evidencia

Invertir en estudios de costo-efectividad que demuestren el ROI del sector privado en salud pública

## Diálogo constructivo

Participar activamente en mesas técnicas gobierno-privado con propuestas concretas, no solo como gremio reactivo



BLOQUE V

# LECCIONES DEL MUNDO

Lo que los sistemas más exitosos de la OCDE tienen en común — y qué puede aprender Colombia

# LOS MODELOS QUE FUNCIONAN — MARCO COMPARATIVO

Cuatro experiencias, un denominador común: colaboración público-privada con regulación robusta



## Alemania

Bismarckiano mixto



## Países Bajos

Seguros privados regulados



## Corea del Sur

Seguro Nacional Único



## Costa Rica

CCSS — APS integrada

<b>Cobertura</b>	88% seguro social 12% privado puro	100% obligatorio Ley Universal 2006	Universal en < 12 años desde sistema nulo	Universal con EBAS equipos comunitarios
<b>Mix Público-privado</b>	53% pública · 39% no lucr. · 8% privada	Privados compiten con canasta regulada	Mezcla pública-privada con inversión masiva	Sistema público con gestión descentralizada
<b>Factores Clave</b>	Marco regulatorio unificado · Caja de Seguros Obligatorios · Tarifas negociadas	Subsidio estatal a primas bajas · Portafolio básico irrenunciable · Elección libre	APS + tecnología · 12.6 camas/1k — mayor OCDE · Innovación continua	Resolución en primer nivel · Continuidad longitudinal · Resultados por sobre ingreso
<b>Resultado</b>	11.3% PIB · Alta calidad · Acceso universal	8.7% gasto bolsillo — MENOR OCDE · Top EU 7 años	Esperanza de vida >83 años · Eficiencia global	Mejor sistema LATAM per cápita · Referente OPS/OMS

# EL MODELO PAÍSES BAJOS — EL MÁS RELEVANTE PARA COLOMBIA

Similar punto de partida, resultado radicalmente diferente: la regulación es la clave



## Colombia — Sistema Actual

- EPS compiten por afiliados pero con incentivos desalineados
- Tarifas UPC desactualizadas — no reflejan costos reales
- Poca transparencia en resultados clínicos por asegurador
- Limitada portabilidad real entre regímenes
- Gasto de bolsillo 14% — bueno, pero por razones negativas



## Países Bajos — Modelo a Seguir

- Seguros privados compiten EXCLUSIVAMENTE por calidad y servicio
- Canasta básica obligatoria irrenunciable para todos
- Resultados clínicos publicados — el ciudadano elige con información
- Portabilidad total — se cambia de asegurador anualmente
- Gasto de bolsillo 8.7% — el más bajo OCDE por diseño estructural

**LECCIÓN CLAVE: No es público vs. privado — es cómo se REGULAN los incentivos del sector privado para alinearlos con el bienestar colectivo**

# DOS LECCIONES ADICIONALES: ALEMANIA Y COREA DEL SUR

Inversión sostenida en talento + infraestructura: el único camino comprobado



## Alemania — Mix Público-Privado Maduro

- 11.3% del PIB en salud — inversión alta y sostenida
- Provisión hospitalaria: 53% pública · 39% sin ánimo de lucro · 8% privada
- Más de 4.7 millones de empleados en salud — sector económico líder
- Sistema de Cajas de Enfermedad Obligatorias con competencia regulada
- Copago simbólico (€10/día) para evitar uso excesivo sin barrera de acceso
- Actualización continua de tarifas por negociación tripartita



## Corea del Sur — El Milagro de Cobertura

- Cobertura universal lograda en menos de 12 años (desde 1977)
- 12.6 camas hospitalarias por 1.000 hab. — el MAYOR de toda la OCDE
- Seguro Nacional Único con competencia en la provisión de servicios
- Inversión masiva en tecnología médica e innovación diagnóstica
- APS como columna: resolución en primer nivel antes de escalar
- Cooperación con Colombia en biomédica (Hospital Engativá, Bogotá)

# EL DENOMINADOR COMÚN DE LOS SISTEMAS EXITOSOS

No hay un modelo único — hay principios universales que Colombia puede adoptar ya

## Regulación inteligente

No ausencia de mercado, sino reglas que alineen los incentivos privados con objetivos de salud pública

## Financiamiento adecuado

La cobertura universal sin financiamiento suficiente es una promesa vacía — se necesita inversión real

## APS como columna

Los mejores sistemas resuelven el 80% de los problemas en el primer nivel — no en urgencias ni especialistas

## Talento humano prioritario

Sin médicos, enfermeras y especialistas en las regiones correctas, todo lo demás es irrelevante

## Transparencia en resultados

Los ciudadanos y el Estado necesitan datos para elegir y regular — la opacidad protege la mediocridad

## Colaboración continua

Los mejores sistemas tienen mesas permanentes gobierno-privado-academia — no debates reactivos en crisis



BLOQUE VI

# HOJA DE RUTA

7 Recomendaciones Estratégicas  
para el Fortalecimiento del Sistema de Salud  
Colombiano — Perspectiva Empresarial OCDE

# RECOMENDACIONES 1 Y 2: LA BASE DEL SISTEMA

La alianza público-privada y la infraestructura son las dos palancas de cambio más poderosas

01

## FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

### ¿Por qué?

Colombia tiene 58 consultas a urgencias por 100 personas vs. 31 en países OCDE mejor posicionados — esto indica falla masiva en el primer nivel

### ¿Qué hacer?

Médicos de familia obligatorios en municipios >20k hab. · Equipos EBAS tipo costa rica · incentivos económicos a IPS que resuelven en primer nivel

### Rol privado

Redes de atención primaria privadas en zonas urbanas · telemedicina para zonas rurales · convenios con alcaldías para cobertura comunitaria

### Meta

Reducir consultas a urgencias de 58 a <40/100 personas en 5 años · resolver 70% de necesidades en primer nivel

02

## POLÍTICA URGENTE DE TALENTO HUMANO

### ¿Por qué?

40.5 médicos+enfermeras/10k hab. — Último lugar OCDE y bajo el mínimo OMS (44.5). El déficit de especialistas rurales es crisis de acceso, no de cobertura

### ¿Qué hacer?

Becas-crédito con servicio social rural · incentivos salariales en zonas de difícil acceso · reconocimiento acelerado de títulos extranjeros · residencias rurales

### Rol privado

Convenios universidad-clínica con compromiso de retención · programas de especialización con plazas rurales · formación de auxiliares de salud comunitaria

### Meta 10 años

Alcanzar 55+ médicos+enfermeras/10k hab. · 30% de especialistas en municipios no capitales · zero déficit de farmacéuticos rurales

# RECOMENDACIONES 3 Y 4: EL MARCO INSTITUCIONAL

Sin APS robusta ni talento humano suficiente, todo lo demás es cosmético

03

## ALIANZA PÚBLICO-PRIVADA CON MARCO REGULATORIO CLARO

### ¿Por qué?

El 91% de las IPS son privadas — es imposible tener un sistema de salud funcional sin un marco claro, justo y estable que les permita operar sosteniblemente

### ¿Qué hacer?

Actualización semestral de tarifas UPC basada en índice técnico · Contratos plurianuales con IPS privadas · Mesa permanente gobierno-privado con mandato vinculante

### Rol privado

Proponer modelos de contratación por resultados · Participar en programas de salud pública con estándares definidos · Transparencia en costos de prestación

### Modelo

Países Bajos: canasta básica + competencia regulada · Alemania: negociación tripartita de tarifas · Colombia puede adoptar elementos de ambos

04

## INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA — PLAN NACIONAL URGENTE

### ¿Por qué?

1.9 camas/1.000 hab. vs 4.2 OCDE — Colombia tiene MENOS DE LA MITAD de la capacidad necesaria. En zonas rurales la brecha es aún mayor

### ¿Qué hacer?

Plan Nacional de Infraestructura Hospitalaria 2025-2035 con PPP · Concesiones hospitalarias en municipios con déficit · Modelos tipo Corea (inversión masiva pública + privada)

### Rol privado

Operación de hospitales bajo concesión en regiones · Co-inversión en Centros de Alta Complejidad regionales · Modelos hub-and-spoke con hospitales rurales satelitales

### Meta 10 años

Alcanzar 3.0 camas/1.000 hab. en 8 años · 100% de municipios con hospital de mediana complejidad accesible en <2 horas

# RECOMENDACIONES 5, 6 Y 7: LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL, PREVENTIVA Y FINANCIERA

Tres ejes que multiplican el impacto de todas las inversiones anteriores

05

## SALUD DIGITAL

Historia clínica interoperable nacional (RDA 2025 — acelerar adopción) · Telemedicina para 1.000+ municipios rurales · IA para screening de enfermedades crónicas · Sistema de alertas epidemiológicas en tiempo real · Meta: 80% de consultas de bajo riesgo por canales digitales en 5 años

06

## MORTALIDAD EVITABLE — ACCIÓN PREVENTIVA

Colombia en ÚLTIMO lugar OCDE en mortalidad evitable (419 vs 222/100k). Plan Nacional: detección temprana cáncer + HTA + diabetes · Vacunación 89→95% DTP · Agua potable rural (Colombia antepenúltimo OCDE) · Reducción tabaco/alcohol · Meta: bajar mortalidad evitable a <300/100k en 10 años

07

## FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE Y EFICIENTE

UPC actualizable con índice técnico semestral · Modelo pay-for-performance (NHS, Países Bajos): pago por resultados no por actos médicos · Compras centralizadas de medicamentos vía ADRES · Control de sobre costo farmacéutico (7 puntos sobre OCDE) · Presupuesto máximo para entidades con siniestralidad >100%

LA OPORTUNIDAD HISTÓRICA

---

El sector privado no es el problema.

**ES LA SOLUCIÓN.**

Con el 91% de las IPS, los estándares JCI más altos de la región y la capacidad técnica demostrada, el sector privado colombiano necesita un marco regulatorio justo, tarifas actualizadas y un pacto real de colaboración — como en Alemania, Países Bajos y Corea del Sur.



**BUSINESS** at **OECD**

Comité de Salud · Foro de la Salud ANDI 2026 · Cartagena

---

"Colombia tiene todo lo que necesita para tener uno de los mejores sistemas de salud de América Latina: cobertura, sector privado de excelencia y membresía OCDE. Lo que falta es la voluntad política de hacer las reglas del juego justas para todos."

---

#### **FUENTES PRINCIPALES**

*OCDE (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. · Restrepo-Zea, J.H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano. Rev. Salud Pública 24(1). · INNOS (2025). Análisis OCDE 2025 indicadores Colombia. · UNIPS / REPS (jun. 2025). · El Tiempo (abr. 2026). Planes Voluntarios \$14.65 B. · Consultorsalud (2025). Supervivencia y sostenibilidad del sistema 2025. · OPS/OMS Colombia (2026). Programa País 2025–2027. · Así Vamos en Salud — Índice Nacional de Salud 2026. · AmCham Colombia (2025). Business Mail Digital.*