



PROESA

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

De la expansión de la cobertura a los desafíos de la protección financiera

Andrés Felipe Martínez Barrera
Victoria Eugenia Soto Rojas



De la expansión de la cobertura a los desafíos de la protección financiera

Andrés Felipe Martínez Barrera
Victoria Eugenia Soto Rojas

De la expansión de la cobertura a los desafíos de la protección financiera

Andrés Felipe Martínez Barrera

Victoria Eugenia Soto Rojas

Introducción

El gasto de bolsillo en salud (GBS) constituye uno de los indicadores más utilizados para evaluar la protección financiera que ofrecen los sistemas de salud a los hogares frente a los riesgos asociados a la enfermedad (1,2). Se define como los pagos directos realizados por las personas y los hogares para acceder a servicios y tecnologías en salud, incluyendo consultas médicas, medicamentos, hospitalización, transporte relacionado con la atención y otros servicios. Cuando estos pagos representan una proporción elevada de la capacidad de pago de los hogares, pueden convertirse en una barrera para el acceso a la atención o generar consecuencias económicas adversas, incluyendo empobrecimiento y gasto catastrófico (3).

La reducción del gasto de bolsillo ha sido uno de los objetivos centrales de las reformas orientadas hacia la cobertura universal en salud. La evidencia internacional muestra que la expansión del aseguramiento y de los mecanismos de protección financiera suele estar asociada con menores niveles de gasto directo por parte de los hogares, aunque la magnitud de estos efectos depende de factores como el alcance de la cobertura, la disponibilidad de servicios y la capacidad efectiva de respuesta de los sistemas de salud (4,5).

En Colombia, la implementación de la Ley 100 de 1993 transformó profundamente la organización y el financiamiento del sistema de salud. Durante las tres últimas décadas, el país avanzó desde niveles relativamente bajos de aseguramiento hacia una cobertura cercana a la universalidad. Este proceso estuvo acompañado por una disminución importante en la proporción de hogares que realizan gasto de bolsillo y ha sido considerado uno de los principales logros del sistema en materia de protección financiera (6-9).

Sin embargo, la evolución del gasto de bolsillo continúa siendo relevante por varias razones. En primer lugar, permite evaluar si los avances alcanzados en cobertura se han traducido efectivamente en una reducción sostenida de la carga financiera que enfrentan los hogares cuando necesitan atención en salud. En segundo lugar, ofrece una aproximación a posibles brechas entre la cobertura formal del aseguramiento y el acceso efectivo a servicios y tecnologías. Finalmente, el análisis de largo plazo permite identificar cambios en la composición y distribución del gasto, así como posibles transformaciones en los mecanismos mediante los cuales los hogares enfrentan los costos asociados a la atención.

Esta discusión adquiere especial importancia en el contexto reciente del sistema de salud colombiano. Durante los últimos años, el debate sectorial se ha concentrado en temas relacionados con la suficiencia financiera del sistema, el papel del aseguramiento, la sostenibilidad de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las dificultades de acceso y continuidad de la atención reportadas por usuarios, prestadores y aseguradores. En este escenario, el comportamiento del gasto de bolsillo

constituye un indicador particularmente útil para examinar la evolución de la protección financiera de los hogares y aportar evidencia sobre algunos de los desafíos que enfrenta actualmente el sistema de salud.

En este contexto, el presente documento analiza la evolución del gasto de bolsillo en Colombia entre 1997 y 2025. Específicamente, examina los cambios en su incidencia, nivel y composición, así como su comportamiento según grupos de ingreso, incorporando elementos de contexto relacionados con la necesidad percibida de atención y la utilización de servicios de salud. El objetivo es aportar una perspectiva de largo plazo sobre la protección financiera de los hogares colombianos y contribuir a la discusión sobre los retos actuales del sistema de salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal, utilizando microdatos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) para los años en los que se encuentra disponible el módulo de salud (1997, 2008, 2010, 2011, 2014 y 2020-2025), aplicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La ECV es una encuesta multipropósito de representatividad nacional que recoge información sobre condiciones socioeconómicas, aseguramiento, utilización de servicios y gastos relacionados con salud, permitiendo realizar comparaciones en el tiempo sobre indicadores de acceso y protección financiera.

El gasto de bolsillo en salud (GBS) del hogar se estimó a partir de las variables de gasto reportadas en la ECV, siguiendo los lineamientos del Sistema de Cuentas de Salud (8), que define este gasto como los pagos directos realizados por los hogares al momento de utilizar servicios de salud. Las preguntas de la ECV utilizadas para la construcción de las variables de gasto se presentan en el Anexo A.

La construcción del GBS se realizó utilizando tanto preguntas de gasto mensual como anual incluidas en el módulo de salud de la encuesta. Las variables mensuales corresponden a pagos realizados durante los últimos 30 días asociados a consultas médicas y odontológicas, medicamentos, vacunas, pruebas diagnósticas, rehabilitación, terapias alternativas, copagos, cuotas moderadoras y transporte relacionado con la atención. Las variables anuales incluyen gastos asociados a hospitalización, cirugías y procedimientos ambulatorios, así como la adquisición de ayudas ortopédicas, visuales y auditivas. Los gastos anuales fueron mensualizados dividiendo el valor reportado entre doce, con el fin de construir medidas comparables de gasto mensual agregado.

A partir de estas variables se construyeron cuatro categorías analíticas de gasto. El gasto de bolsillo básico (GBS-B) incluye los desembolsos asociados a consultas médicas y odontológicas, vacunación, pruebas diagnósticas, rehabilitación, terapias alternativas, adquisición de dispositivos, cirugías, procedimientos ambulatorios y hospitalización. El gasto de bolsillo en transporte (GBS-T) incorpora el GBS-B más los gastos en transporte necesarios para acceder a los servicios de salud. El gasto de bolsillo en medicamentos (GBS-M) comprende el GBS-B más los pagos realizados en medicamentos. Finalmente, el gasto de bolsillo ampliado (GBS-A) incluye el GBS-B junto con los gastos en medicamentos y transporte, integrando así la totalidad de los componentes analizados. Para un mayor detalle ver MESA-PROESA (10).

Con el fin de contextualizar la evolución reciente del gasto de bolsillo dentro del comportamiento del acceso y utilización de servicios de salud, se incorporaron indicadores adicionales contruidos a partir del módulo de salud de la ECV. En particular, se estimó el número de personas que reportaron haber presentado algún problema de salud, accidente o problema odontológico durante los últimos 30 días. Asimismo, se estimó la proporción de personas que no consultaron al sistema de salud pese a haber reportado necesidad percibida de atención. Estos indicadores fueron utilizados como aproximaciones indirectas a cambios en la demanda potencial de servicios, en la utilización efectiva y en posibles barreras recientes de acceso a la atención.

Para cada año disponible se estimó la proporción de hogares con gasto de bolsillo positivo en cada una de las categorías definidas. Adicionalmente, se estimó el nivel agregado de gasto mensual nacional para cada categoría, expresado en billones de pesos colombianos constantes. Todas las cifras monetarias fueron deflactadas a precios de diciembre de 2025 utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) reportado por el DANE, con el propósito de garantizar comparabilidad temporal y eliminar el efecto de la inflación sobre las estimaciones.

Adicionalmente, se analizó la composición del GBS mediante el cálculo de la participación porcentual de cada componente del gasto dentro del GBS-A, utilizado como denominador por ser la categoría que integra los componentes considerados. Para cada año analizado, los componentes fueron ordenados de mayor a menor participación porcentual, construyendo así un ranking que permite identificar cambios y desplazamientos en la estructura del gasto de bolsillo a lo largo del tiempo.

Todos los cálculos realizados a partir de la ECV incorporaron los factores de expansión muestral definidos por el DANE, con el fin de garantizar la representatividad nacional de las estimaciones.

Adicionalmente, se estimó la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como la proporción de personas afiliadas, de acuerdo con las cifras oficiales de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre el total de la población.

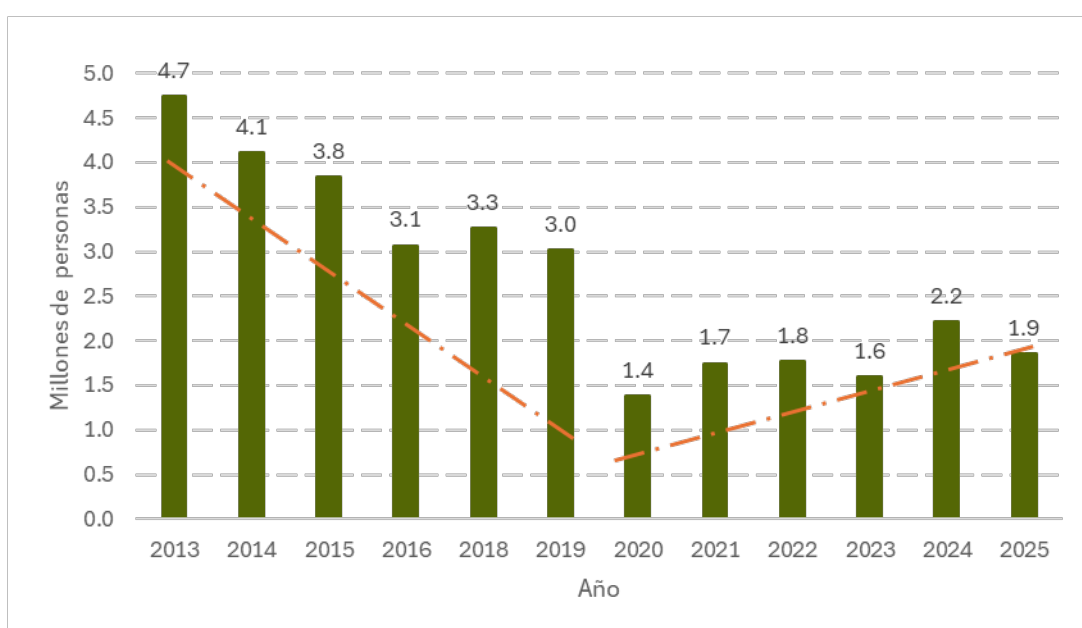
Finalmente, con el propósito de contextualizar los resultados en el marco de las tensiones recientes del sistema de salud colombiano, se realizó una revisión descriptiva de información secundaria relacionada con el desempeño financiero e institucional del aseguramiento. Esta revisión incluyó documentos sobre situación financiera de las EPS, comportamiento de tutelas y reclamos en salud, procesos de intervención y liquidación de aseguradoras, e indicadores de cartera hospitalaria publicados por entidades sectoriales y centros de investigación (11–15). Estos elementos no fueron utilizados para establecer relaciones causales, sino como contexto analítico para interpretar las dinámicas recientes observadas en el gasto de bolsillo, la utilización de servicios y las posibles señales de deterioro de la capacidad protectora del sistema.

Resultados

3.1 Necesidad percibida de atención y no consulta al sistema de salud

La evolución reciente de los indicadores de necesidad percibida de atención y utilización de servicios de salud muestra cambios importantes en el comportamiento de acceso al sistema. Como se observa en la Figura 1, el número de personas que reportaron haber presentado algún problema de salud durante los últimos 30 días aumentó nuevamente en 2025, alcanzando cerca de 1,9 millones de personas. Este comportamiento revierte parcialmente la tendencia descendente observada entre 2013 y 2018 y refleja un incremento reciente en la demanda potencial de atención en salud.

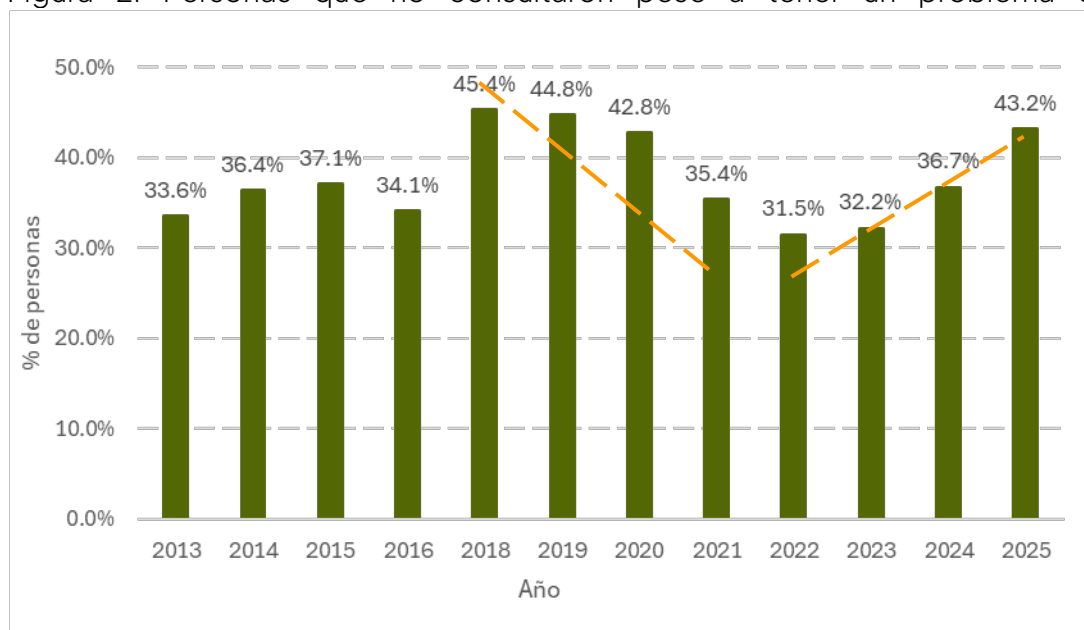
Figura 1. Personas que reportan algún problema de salud en los últimos 30 días



Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (2013-2025).

Sin embargo, el aumento en la necesidad percibida de atención ocurre simultáneamente con un crecimiento en la proporción de personas que no consultan al sistema pese a haber reportado un problema de salud. La Figura 2 muestra que aproximadamente el 43,2% de las personas que reportaron algún problema de salud no acudieron al sistema en 2025. Aunque este indicador presentó una reducción durante los años posteriores a la pandemia, desde 2023 se observa nuevamente una tendencia creciente, alcanzando niveles cercanos a los registrados durante 2020.

Figura 2. Personas que no consultaron pese a tener un problema de salud



Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (2013-2025).

En conjunto, estas tendencias sugieren posibles problemas en el acceso efectivo y en la utilización de servicios de salud. Aunque las cifras no permiten identificar directamente las causas de la no consulta, el comportamiento simultáneo del aumento de personas enfermas y de personas que no consultan podría estar reflejando barreras económicas, administrativas, geográficas o dificultades asociadas con la oportunidad y continuidad de la atención.

3.2 Reducción histórica del gasto de bolsillo y expansión del aseguramiento

La proporción de hogares que reportan gasto de bolsillo en salud presenta una tendencia decreciente a lo largo del período 1997-2025. En el caso del gasto de bolsillo básico (GBS-B), esta proporción se redujo de 58,2% en 1997 a 22,7% en 2025. Por su parte, el gasto de bolsillo ampliado (GBS-A), que incluye medicamentos y transporte, pasó de 74,6% a 33,2% en el mismo período (Figura 3).

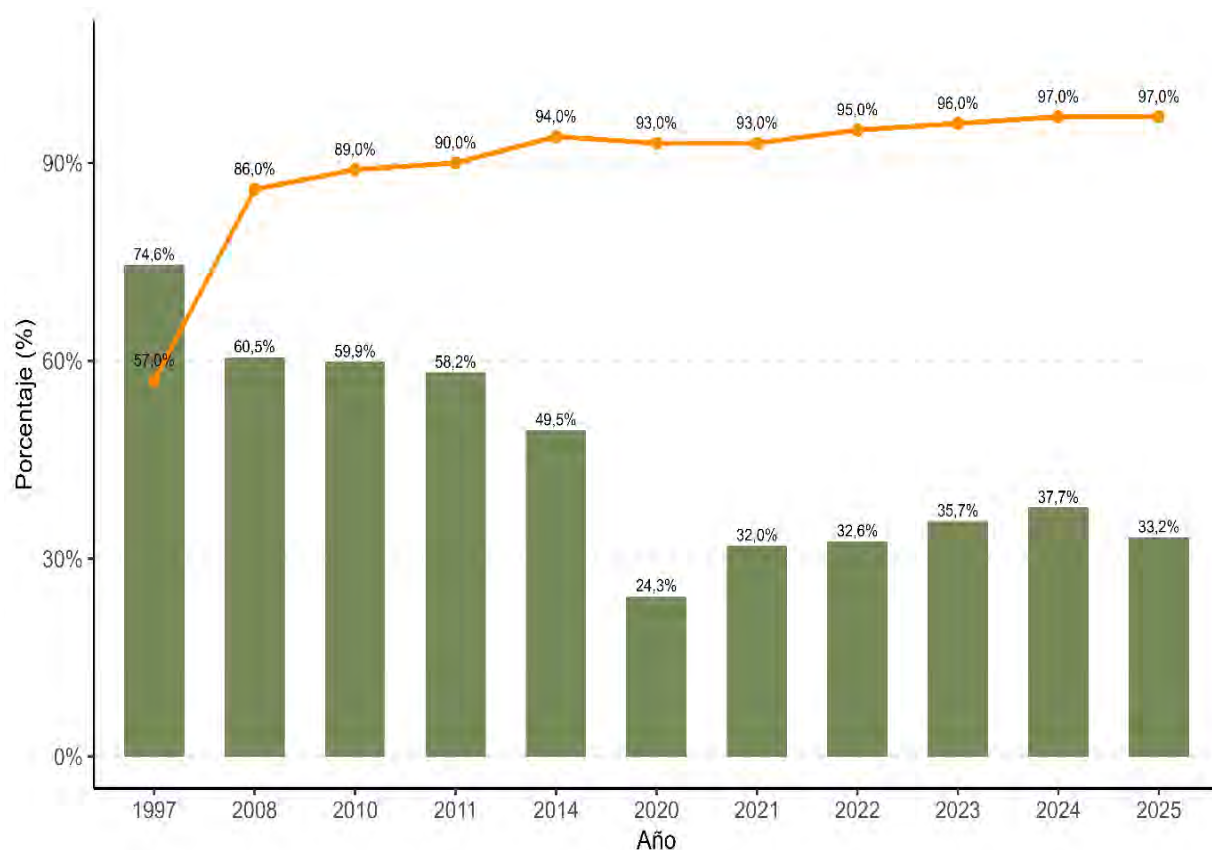
Figura 3. Proporción de hogares con gasto de bolsillo positivo por categoría (1997-2025)



Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (1997-2025).

Esta reducción ocurre de manera simultánea con la expansión sostenida del aseguramiento en salud. Como se observa en la Figura 4, la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) pasó de aproximadamente 57% en 1997 a niveles cercanos al 97% en 2025. En términos generales, este comportamiento es consistente con una asociación entre expansión del aseguramiento y reducción del gasto de bolsillo de los hogares.

Figura 4. Cobertura del sistema de salud y proporción de hogares con gasto positivo (1997–2025)



Nota: Las barras representan la proporción de hogares con gasto de bolsillo en salud positivo (%), la línea representa la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), medida como la proporción de personas afiliadas (%). Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (1997–2025) y BDUA.

No obstante, la evolución de ambos indicadores no ha sido completamente lineal. El año 2020 constituye un punto de quiebre importante en la serie. Durante este período se observa una caída abrupta tanto en la proporción de hogares con gasto de bolsillo como en el nivel agregado del gasto, comportamiento consistente con la contracción en la utilización de servicios de salud durante la pandemia por COVID-19.

Posteriormente, aunque la cobertura del sistema se mantiene cercana a la universalidad, la reducción en la proporción de hogares con gasto positivo pierde velocidad

3.3 Evolución del nivel agregado del gasto de bolsillo

El nivel agregado del gasto de bolsillo mensual, expresado en billones de pesos constantes de diciembre de 2025, muestra una tendencia decreciente en el largo plazo, aunque con fluctuaciones importantes a lo largo del período analizado (Figura 5).

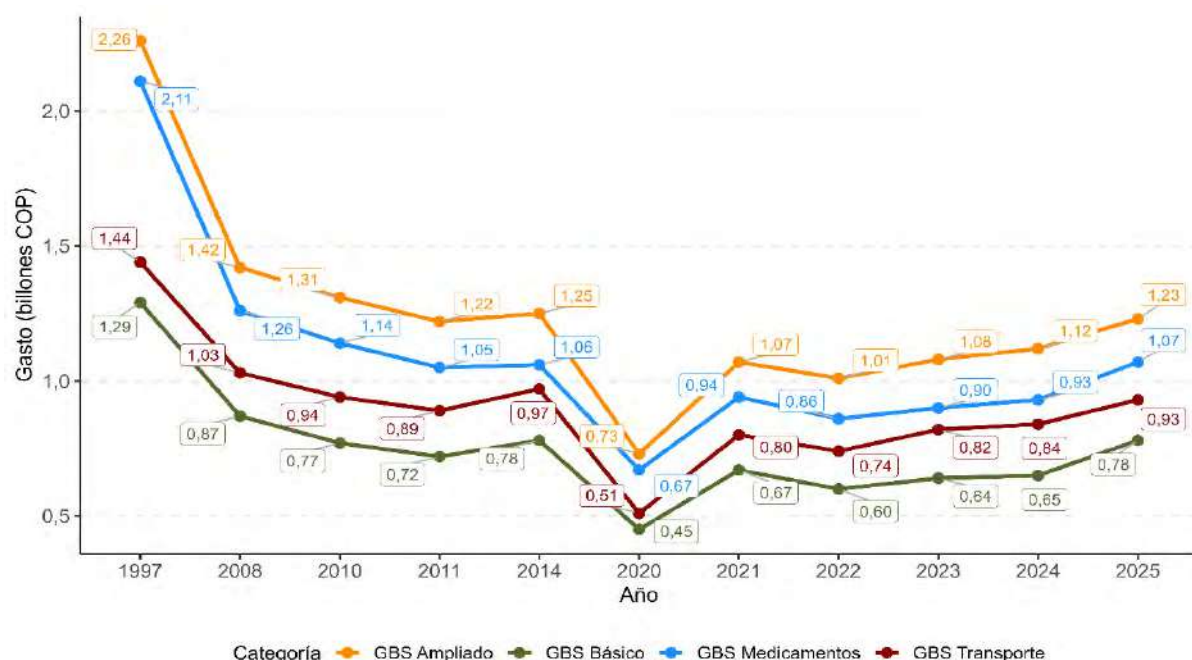
En 1997, el gasto de bolsillo ampliado (GBS-A) alcanzaba aproximadamente 2,26 billones de pesos mensuales, seguido por el gasto en medicamentos (GBS-M) con 2,11 billones, el gasto en transporte (GBS-T) con 1,44 billones y el componente básico (GBS-B) con 1,29 billones. Para 2025, estos valores se reducen a 1,23 billones para el GBS-A, 1,07

billones para medicamentos, 0,93 billones para transporte y 0,78 billones para el componente básico.

Al igual que en la proporción de hogares con gasto positivo, durante 2020 se observa una caída abrupta en todas las categorías de gasto. El GBS-A, por ejemplo, pasó de 1,25 billones en 2014 a 0,73 billones en 2020, consistente con la reducción de consultas, procedimientos y utilización de servicios durante la pandemia.

A partir de 2021 se evidencia una tendencia progresiva del gasto en todas las categorías, con incrementos sostenidos durante los últimos años. Este comportamiento adquiere especial relevancia al contrastarlo con la evolución de la proporción de hogares con gasto positivo. Mientras entre 2024 y 2025 disminuye el porcentaje de hogares que reporta gasto de bolsillo, el nivel agregado del gasto continúa aumentando.

Figura 5. Gasto de bolsillo total nacional mensual por categoría en billones de pesos constantes, 1997-2025.



Nota: Valores deflactados a precios constantes de diciembre de 2025 utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC). Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (1997-2025).

En conjunto, estos resultados sugieren que una proporción menor de hogares estaría concentrando una mayor proporción del gasto agregado. Es decir, aunque menos hogares reportan gasto, aquellos que continúan incurriendo en pagos directos podrían estar enfrentando mayores desembolsos y una mayor intensidad del gasto.

3.4 Composición del gasto de bolsillo (2022-2025)

El análisis del ranking de componentes del GBS entre 2022 y 2025 muestra cambios importantes en la estructura del gasto (Figura 6). En 2022, los medicamentos ocupan el primer lugar (26,5%), seguidos por los servicios odontológicos (21,2%) y transporte (14,2%). Sin embargo, esta estructura se modifica hacia 2025, cuando los servicios de

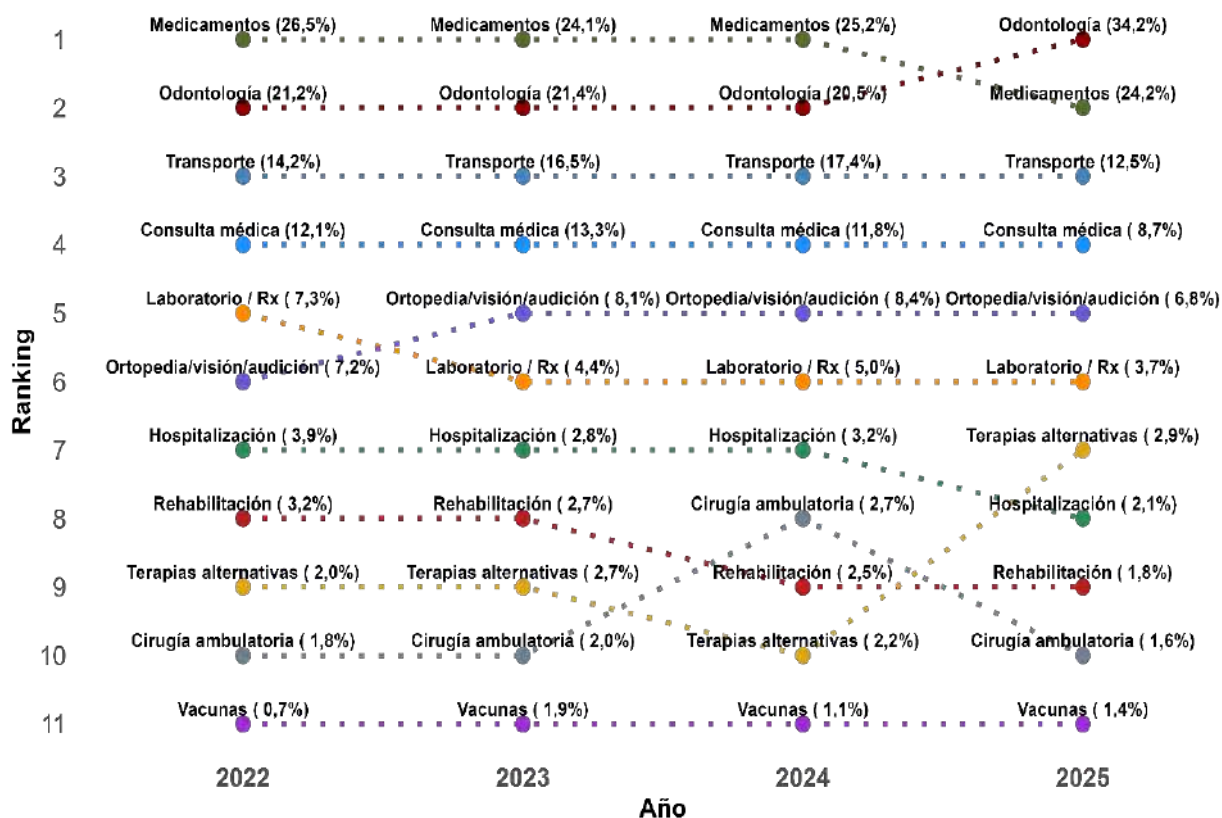
odontología pasan a ser el principal componente, con una participación de 34,2%, mientras que los medicamentos descienden al segundo lugar (24,2%).

Por su parte, el transporte se mantiene de forma relativamente estable dentro de los primeros tres componentes, aunque con una leve reducción en su participación (de 14,2% en 2022 a 12,5% en 2025). En contraste, la consulta médica muestra una tendencia decreciente más marcada, pasando de 12,1% a 8,7% en el mismo período, lo que sugiere cambios en los patrones de uso o en la cobertura efectiva de este tipo de servicios.

En los componentes de menor participación, se observan dinámicas diferenciadas. Las ayudas ortopédicas, visuales y auditivas mantienen una presencia relativamente estable dentro del ranking medio, mientras que la hospitalización continúa perdiendo peso (de 3,9% a 2,1%). Asimismo, algunos rubros como terapias alternativas ganan relevancia hacia 2025.

En conjunto, estos resultados muestran una recomposición del gasto de bolsillo, con un desplazamiento hacia servicios no siempre plenamente cubiertos, como los odontológicos, y una menor participación relativa de componentes tradicionalmente dominantes como medicamentos y consultas médicas.

Figura 6. Ranking de componentes del gasto de bolsillo en salud (2022–2025)



Nota: El gráfico muestra la posición y participación porcentual de cada componente del GBS para los años 2022 a 2025.

Fuente: elaboración propia con base en microdatos ECV-DANE (2022–2025).

3.5 Gradiente socioeconómico del gasto de bolsillo

La distribución del gasto de bolsillo ampliado (GBS-A) por quintiles de ingreso permite examinar cómo se distribuyen los desembolsos directos en salud entre hogares con diferentes niveles de ingreso (Tabla 1).

A lo largo de todo el período analizado se observa un gradiente socioeconómico persistente, caracterizado por mayores niveles de gasto entre los hogares de mayores ingresos. En 1997, la mediana mensual del GBS-A fue de COP\$97.578 en el quintil más bajo y de COP\$207.353 en el quintil más alto. Esta diferencia se mantiene durante todo el período de estudio, aunque con una reducción importante en los niveles absolutos de gasto respecto a los observados a finales de la década de 1990.

En 2025, la mediana del gasto de bolsillo ampliado alcanzó COP\$50.000 en los quintiles 1 y 2, COP\$50.583 en el quintil 3, COP\$63.233 en el quintil 4 y COP\$109.167 en el quintil 5. Aunque los hogares de mayores ingresos continúan registrando los mayores desembolsos, las diferencias entre quintiles son menores a las observadas en los primeros años analizados. Este patrón es consistente con la existencia de mecanismos de protección financiera que continúan amortiguando parcialmente la carga económica de la atención en salud sobre los hogares de menores ingresos.

La evolución temporal muestra además una disminución generalizada del gasto entre 1997 y 2014 en todos los quintiles de ingreso. Posteriormente, las medianas presentan fluctuaciones moderadas, con una reducción durante la pandemia por COVID-19 y una recuperación gradual en los años siguientes. Sin embargo, entre 2024 y 2025 se observa un incremento de la mediana del gasto de bolsillo ampliado en todos los quintiles de ingreso. El aumento fue de 11,9% en el quintil 1 (de COP\$44.668 a COP\$50.000) y de 14,2% en el quintil 2 (de COP\$43.792 a COP\$50.000). En el quintil 3 el crecimiento fue marginal, pasando de COP\$50.448 a COP\$50.583 (0,3%). Por su parte, el quintil 4 registró un incremento de 20,3%, al pasar de COP\$52.550 a COP\$63.233, mientras que el quintil 5 presentó un aumento de 18,9%, pasando de COP\$91.788 a COP\$109.167.

Este comportamiento coincide con un aumento reciente y observado en el gasto agregado de bolsillo y, por tanto, podría estar sugiriendo un aumento en los montos desembolsados por los hogares que realizan pagos directos en salud. Aunque los mayores niveles absolutos de gasto continúan concentrándose en los hogares de mayores ingresos, los incrementos observados en los quintiles más bajos indican que el aumento del gasto no se limita a un grupo específico de la población, sino que se extiende a lo largo de toda la distribución de ingresos, incluyendo los más vulnerables.

En conjunto, los resultados muestran que el sistema de salud colombiano mantiene un patrón distributivo en el que los hogares de mayores ingresos realizan mayores desembolsos directos en salud. Sin embargo, el aumento de los montos de gasto observado en todos los quintiles constituye una señal relevante dentro de un contexto caracterizado por el aumento de personas que reportan problemas de salud, el crecimiento de la no consulta y las tensiones recientes del sistema de salud colombiano, elementos que serán retomados en la discusión.

Tabla 1. Mediana del gasto de bolsillo mensual por quintil de ingreso y categoría, 1997–2025

Quintil	1997	2008	2010	2011	2014	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Mediana GBS_A (COP\$)											
1 \$	97,578 \$	47,993 \$	41,462 \$	39,971 \$	38,128 \$	50,526 \$	48,611 \$	48,328 \$	44,613 \$	44,668 \$	50,000
2 \$	95,138 \$	43,630 \$	41,462 \$	43,302 \$	40,620 \$	53,413 \$	52,392 \$	53,926 \$	46,437 \$	43,792 \$	50,000
3 \$	107,579 \$	51,702 \$	49,202 \$	45,967 \$	42,005 \$	50,526 \$	47,836 \$	54,369 \$	47,764 \$	50,448 \$	50,583
4 \$	132,136 \$	59,319 \$	53,987 \$	59,957 \$	51,698 \$	60,559 \$	58,770 \$	60,410 \$	55,282 \$	52,550 \$	63,233
5 \$	207,353 \$	115,784 \$	99,509 \$	108,788 \$	108,798 \$	101,051 \$	92,142 \$	96,656 \$	88,452 \$	91,788 \$	109,167

Nota: Los valores están expresados en pesos colombianos (COP) mensuales por hogar, a precios constantes de diciembre de 2025.

4. ¿Está perdiendo capacidad protectora el sistema de salud colombiano

Los resultados de este estudio son consistentes con la evidencia internacional que documenta una relación inversa entre la expansión del aseguramiento y la reducción del gasto de bolsillo en salud (4,5). La disminución sostenida en la proporción de hogares con gasto de bolsillo positivo y la reducción observada en los niveles agregados de gasto durante gran parte del período analizado reflejan, en términos generales, los avances alcanzados por el sistema de salud colombiano en materia de protección financiera. Este comportamiento coincide con estudios previos que han documentado mejoras en la protección financiera de los hogares tras la implementación de la Ley 100 de 1993 y la expansión progresiva de la cobertura del aseguramiento (6,9).

No obstante, la evidencia presentada en este documento sugiere que esta relación muestra señales de agotamiento durante los años más recientes. Aunque la cobertura del aseguramiento se mantiene en niveles cercanos a la universalidad, se mantienen componentes importantes del gasto de bolsillo, especialmente medicamentos y transporte a lo largo del período analizado, aunque en los últimos años se observa un aumento relativo de los servicios odontológicos como principal componente del gasto reciente. Esto en paralelo con un aumento simultáneo de personas que reportan problemas de salud y de personas que no consultan pese a presentar necesidad percibida de atención plantea interrogantes sobre la capacidad efectiva del sistema para responder a las necesidades de la población.

Esta situación resulta especialmente relevante porque la reducción observada en la incidencia del gasto de bolsillo ya no parece reflejar exclusivamente mejoras en protección financiera. Durante los últimos años se observa una combinación de fenómenos que no habían coexistido con la misma intensidad en períodos anteriores: aumento de la no consulta, aumento del gasto agregado y crecimiento de las tensiones institucionales y financieras del sistema de salud.

Los resultados deben interpretarse en el contexto de la situación reciente del aseguramiento en Colombia. Durante los últimos años se ha incrementado el número de intervenciones y procesos de liquidación de Entidades Promotoras de Salud (EPS), acompañados de crecientes dificultades financieras y operativas. Estudios recientes muestran que el sistema de aseguramiento presenta señales persistentes de deterioro financiero, incluyendo patrimonio agregado negativo, aumento del endeudamiento,

deterioro de la solvencia y niveles crecientes de siniestralidad (13-15). Para 2025, la siniestralidad agregada de las EPS superaba el 106%, mientras que los indicadores de solvencia alcanzaban niveles históricamente negativos, reflejando importantes dificultades para sostener el equilibrio financiero del sistema.

Las tensiones financieras también se han trasladado a la prestación de servicios. Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la deuda acumulada con hospitales y clínicas superaba los 20 billones de pesos a finales de 2024, acompañada por altos niveles de mora y deterioro en la calidad de la cartera (11). Estas dinámicas generan presiones sobre la capacidad operativa de los prestadores y pueden afectar la oportunidad, continuidad y disponibilidad de los servicios de salud.

Paralelamente, los reclamos y mecanismos judiciales asociados al acceso muestran una tendencia creciente. Evidencia reciente documenta aumentos sostenidos en las acciones de tutela relacionadas con acceso y medicamentos, así como en los reclamos presentados ante la Superintendencia Nacional de Salud (14). Estas señales son consistentes con los hallazgos observados en este estudio: más personas reportan problemas de salud, una proporción creciente no consulta al sistema y los hogares que continúan realizando pagos directos están enfrentando montos que van en aumento.

Los resultados presentados en este documento no sugieren una pérdida de la protección financiera alcanzada por el sistema de salud colombiano. El gasto de bolsillo en Colombia sigue siendo relativamente bajo frente a otros países de la región (8). Además, la existencia de un gradiente socioeconómico en el gasto de bolsillo indica que los hogares de mayores ingresos continúan realizando desembolsos superiores a los observados en los grupos de menores ingresos, un patrón consistente con la existencia de mecanismos de protección financiera. Sin embargo, los incrementos recientes observados en los montos desembolsados por hogares de todos los niveles de ingreso sugieren que las presiones económicas asociadas a la atención en salud podrían estar aumentando incluso en un contexto de cobertura cercana a la universalidad.

En conjunto, la evidencia sugiere un cambio en la naturaleza del problema de protección financiera en Colombia. Durante las primeras décadas posteriores a la implementación de la Ley 100 de 1993, el principal desafío consistía en ampliar la cobertura poblacional y reducir la exposición de los hogares a pagos directos. Los resultados muestran que el país avanzó significativamente en ambos frentes. Sin embargo, al igual que en otros sistemas de salud de América Latina, la ampliación de la cobertura formal no elimina necesariamente las brechas de acceso efectivo ni garantiza una reducción sostenida de todos los costos que enfrentan los hogares para acceder a la atención (16).

Hoy, con niveles de aseguramiento cercanos a la universalidad, el desafío parece estar relacionado con la capacidad del sistema para garantizar acceso efectivo, continuidad de la atención y protección financiera en un contexto de crecientes tensiones institucionales y financieras. En este sentido, la sostenibilidad de los logros alcanzados en materia de protección financiera depende no solo de la cobertura formal del aseguramiento, sino también de la capacidad operativa y financiera del sistema para responder oportunamente a las necesidades de la población.

5. Conclusiones y mensajes clave

Este documento analizó la evolución del gasto de bolsillo en salud en Colombia entre 1997 y 2025, incorporando elementos de acceso, utilización de servicios y contexto institucional del sistema de salud. Los resultados permiten identificar cinco mensajes principales.

Primero, Colombia logró avances significativos en protección financiera durante las últimas tres décadas. La expansión de la cobertura del aseguramiento desde niveles cercanos al 57% en 1997 hasta aproximadamente 97% en 2025 estuvo acompañada por una reducción sustancial en la proporción de hogares que realizan gasto de bolsillo.

Segundo, persisten componentes relevantes del gasto de bolsillo, especialmente medicamentos y transporte, que continúan generando presión financiera sobre los hogares y reflejan limitaciones en la cobertura efectiva del sistema.

Tercero, los años recientes muestran señales de alarma que pueden ser compatibles con un deterioro en el acceso efectivo a los servicios de salud. El aumento de personas que reportan problemas de salud y el crecimiento de la proporción de personas que no consultan pese a presentar necesidad percibida de atención sugieren la existencia de barreras que trascienden la afiliación formal al sistema.

Cuarto, aunque se observa un gradiente socioeconómico del gasto compatible con la existencia de mecanismos de protección financiera, los incrementos recientes observados en los montos desembolsados por los hogares, incluidos aquellos de menores ingresos, indican una presión económica asociada a la atención en salud.

Quinto, los resultados deben interpretarse en un contexto de fragilidad institucional y financiera del sistema de salud, caracterizado por intervenciones y liquidaciones de EPS, deterioro financiero del aseguramiento, aumento de la cartera hospitalaria y crecimiento de tutelas y reclamos relacionados con acceso y medicamentos.

En conjunto, los resultados que se presentan en este documento sugieren que el principal desafío actual del sistema de salud colombiano ya no parece ser únicamente ampliar la afiliación, sino preservar y fortalecer su capacidad efectiva de protección financiera y acceso oportuno a los servicios de salud. En este sentido, el monitoreo de la protección financiera debería trascender la medición de la incidencia del gasto de bolsillo e incorporar indicadores relacionados con intensidad del gasto, acceso efectivo, continuidad de la atención y capacidad de respuesta institucional.

Anexo A. Preguntas utilizadas para la estimación del gasto de bolsillo en salud

Rubro	Formulación de la pregunta en la encuesta de calidad de vida
Pago mensual por uso de servicios	Durante los ULTIMOS 30 DIAS....realizó pagos por: En los últimos 30 días, ¿..... Tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?. ¿Cuánto pagó en total Por esta última atención en salud?
	Bonos o cuotas moderadoras?
	Copagos y bonos de medicina prepagada?
	¿Consulta médica?
	¿Consulta o tratamiento odontológico ?
	¿Vacunas?
	¿Medicamentos o remedios?
	¿Laboratorio clínico, Rx, exámenes de diagnóstico?
	¿Transporte para ir al sitio de atención médica y regresar ?
	¿Rehabilitación o terapias médicas?
Pago anual por uso de servicios	Durante los ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿realizó pagos por: Lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc)?
	Cirugías ambulatorias o procedimientos ambulatorios (incluya cuota moderadora, copago y gastos por consulta médica, exámenes y medicamentos)?
	¿Durante los últimos 12 meses..... tuvo que ser hospitalizado(a)?. ¿Cuánto pagó en totalpor esta hospitalización?

Fuente: elaboración propia con base en ECV-DANE.

Referencias

1. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment. WHO; 2022.
2. World Health Organization. The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
3. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7.
4. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington DC: World Bank; 2013. (UNICO Studies Series N.º 25).
5. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380(9845):917-23.
6. Ruiz F, Zapata D, Garavito L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):107-15.
7. Flórez CE, Acosta OL, Bernal NN, Casas C. Avances y desafíos en equidad en salud, uso de los servicios de salud e impacto del gasto de bolsillo en Colombia. Bogotá: FEDESARROLLO; 2015.
8. OECD, Eurostat, WHO. System of Health Accounts 2011. 2017.
9. Trujillo AJ, Portillo JE, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *Int J Health Care Finance Econ*. 2005;5(3):211-39.
10. Martínez, A., Maldonado, N., Restrepo, JH., Prada, S. Gasto de Bolsillo en Salud - Capítulo 3 en Maldonado, Norman; Soto, Victoria (2023). MESA 2022: El origen. Cali, Colombia: PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia. L
11. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Estudio de cartera hospitalaria No. 53: deuda del sistema de salud supera los 20 billones de pesos. Bogotá: ACHC; 2024. Disponible en: <https://achc.org.co/actualidad/estudio-de-cartera-numero-53-de-la-achc-reporta-deuda-superior-a-los-2/>.
12. Rosero A. Intervenciones y liquidaciones de EPS. *Cuestión Salud*. 2025;(37
13. PROESA. (2025a). Análisis financiero de las EPS: terceros trimestres del período 2013-2025. Universidad Icesi - PROESA.

14. Rosero, A., & Soto, V. E. (2025). Debilitamiento del aseguramiento en salud: el caso de pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente. *Cuestión Salud*, 38. Universidad Icesi – PROESA.
15. Rosero, A., & Arias, C. (2026). Reforma a la Salud: EPS o no EPS, ¿esa es la cuestión? *Cuestión Salud*, 41. Universidad Icesi – PROESA
16. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259–79.



Universidad

icesi

PROESA

Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud

Universidad Icesi - Building B, 2nd Floor

Calle 18 #122 - 135, Cali - Colombia

Phone: +60 (2) 555 2334 EXT: 8074

Email: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

