BOLETIN

CÁPSULAS
Grupo Economía de la Salud

N°45

Medellín, Sept. – Oct. 2026

Acceso a servicios de salud en Colombia: diferencias urbano-rurales en 2025

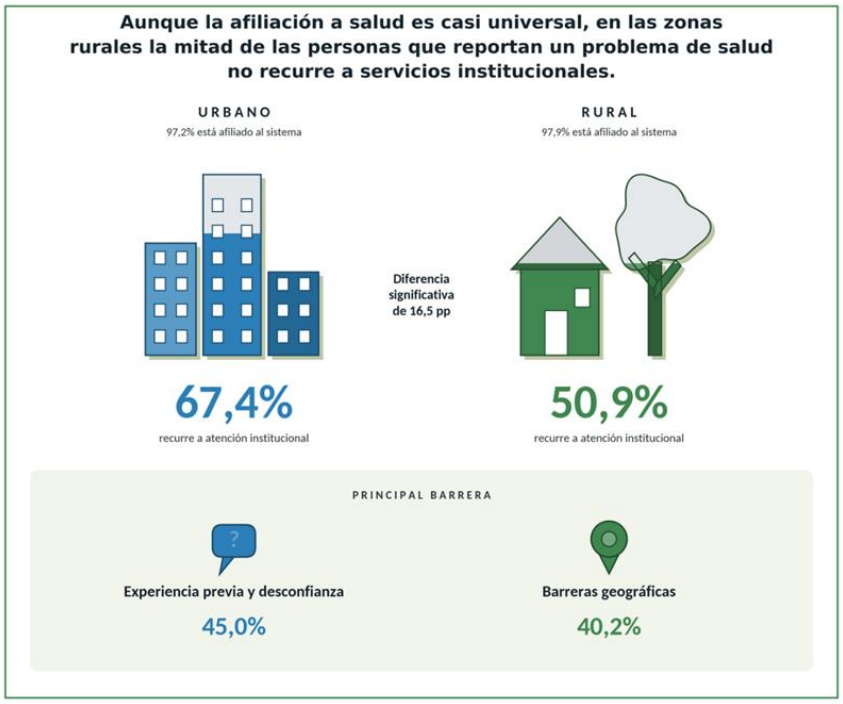


Figura 1. Afiliación y uso de servicios institucionales ante un problema de salud, según zona de residencia. Colombia, 2025

Fuente: Elaboración propia. Datos procesados con factores de expansión poblacional. Fuente: DANE, ECV 2025.

El acceso a los servicios de salud constituye uno de los principales indicadores del desempeño de los sistemas de salud, pues refleja la capacidad de la población para obtener la atención que requiere cuando la necesita. En Colombia, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue superior al 97 % en 2025, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, con una diferencia de apenas 0,7 puntos porcentuales. Sin embargo, una alta cobertura de afiliación no necesariamente se traduce en un acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente cuando se consideran las condiciones geográficas, sociales y económicas que caracterizan el territorio nacional.

La ocurrencia de un problema de salud representa el punto de partida del acceso a servicios. Ante una enfermedad, un accidente o cualquier otra condición que requiere atención, las personas toman decisiones sobre si buscar ayuda, dónde hacerlo y cómo resolver su necesidad. Estas decisiones pueden diferir entre contextos urbanos y rurales, y, junto con las características de la atención que finalmente reciben, permiten identificar las oportunidades y barreras que enfrenta la población para acceder a los servicios.

La distinción entre lo urbano y lo rural que se emplea en esta Cápsula corresponde a la variable de clase del Marco Geoestadístico Nacional del DANE. Lo urbano

equivale a la cabecera municipal, el área delimitada por el perímetro censal donde se ubica la sede administrativa del municipio. Lo rural corresponde al resto municipal, que agrupa los centros poblados (núcleos de veinte o más viviendas contiguas, como corregimientos, inspecciones de policía y caseríos) y el área rural dispersa, conformada por viviendas y fincas sin un núcleo delimitado. Se trata de una clasificación geográfica y administrativa, independiente de la actividad económica o del tamaño del municipio. Bajo esta definición, el 23,4 % de la población colombiana reside en zona rural.

A partir de la información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2025, esta Cápsula del GES examina el recorrido de la población urbana y rural desde la aparición de un problema de salud reciente hasta la atención recibida. En particular, compara la frecuencia con que se presentan estos eventos, las acciones que adoptan las personas para atenderlos y algunos aspectos de la atención obtenida, incluyendo las barreras que las personas pueden experimentar en dicho proceso. El propósito de este ejercicio es identificar las principales diferencias entre ambos contextos territoriales y aportar evidencia que contribuya a una mejor comprensión de las brechas existentes en el acceso a los servicios de salud.

Necesidad reciente de atención en salud

El análisis del acceso a los servicios de salud parte de la ocurrencia de una necesidad de atención. En la ECV, esta necesidad se aproxima mediante el reporte de un problema de salud ocurrido en los 30 días previos a la encuesta, ya sea por enfermedad, accidente, problemas odontológicos u otras afecciones no relacionadas con hospitalización. Según la ECV de 2025, un 3,5% de la población colombiana presentó un problema de salud en los últimos 30 días. El 20% de estas personas residían en zonas rurales y el 80% restante en zonas urbanas.

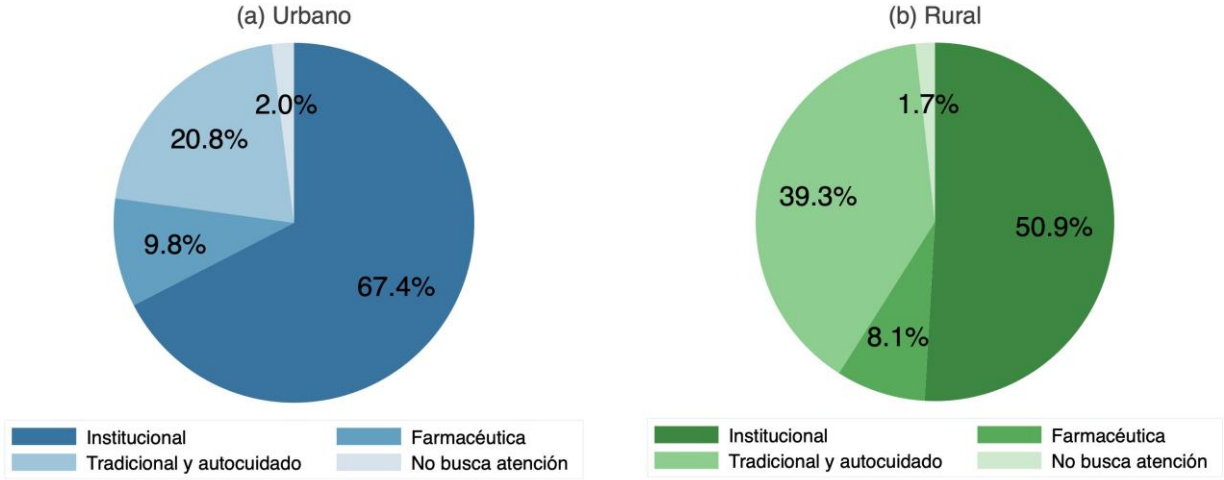
Búsqueda de atención en salud

Aunque la mayoría de las personas que reportaron un problema de salud recurrieron a algún mecanismo para atenderlo, resulta relevante examinar las alternativas utilizadas según el lugar de residencia. Como se observa en la Figura 2, en el área urbana (panel a), la atención se concentra en mecanismos institucionales, como la consulta en la entidad a la que la persona se encuentra afiliada o la consulta con un médico particular, ruta utilizada por el 67,4% de quienes reportaron un problema de salud. En las zonas rurales (panel b), esta proporción se reduce al 50,9%. En contraste, la utilización de mecanismos de medicina tradicional y autocuidado es significativamente mayor en las zonas rurales: 39,3% frente a 20,8% en las zonas urbanas, lo que representa una diferencia de -18,4 puntos porcentuales.

Características de la atención en salud

Una vez identificadas las diferencias en las formas de búsqueda de atención, resulta relevante examinar el recorrido que siguen las personas que reportaron una enfermedad. Para este análisis se considera como universo a quienes manifestaron haber tenido una enfermedad en los

Figura 2. Búsqueda de atención para resolver un problema de salud (Colombia, 2025)

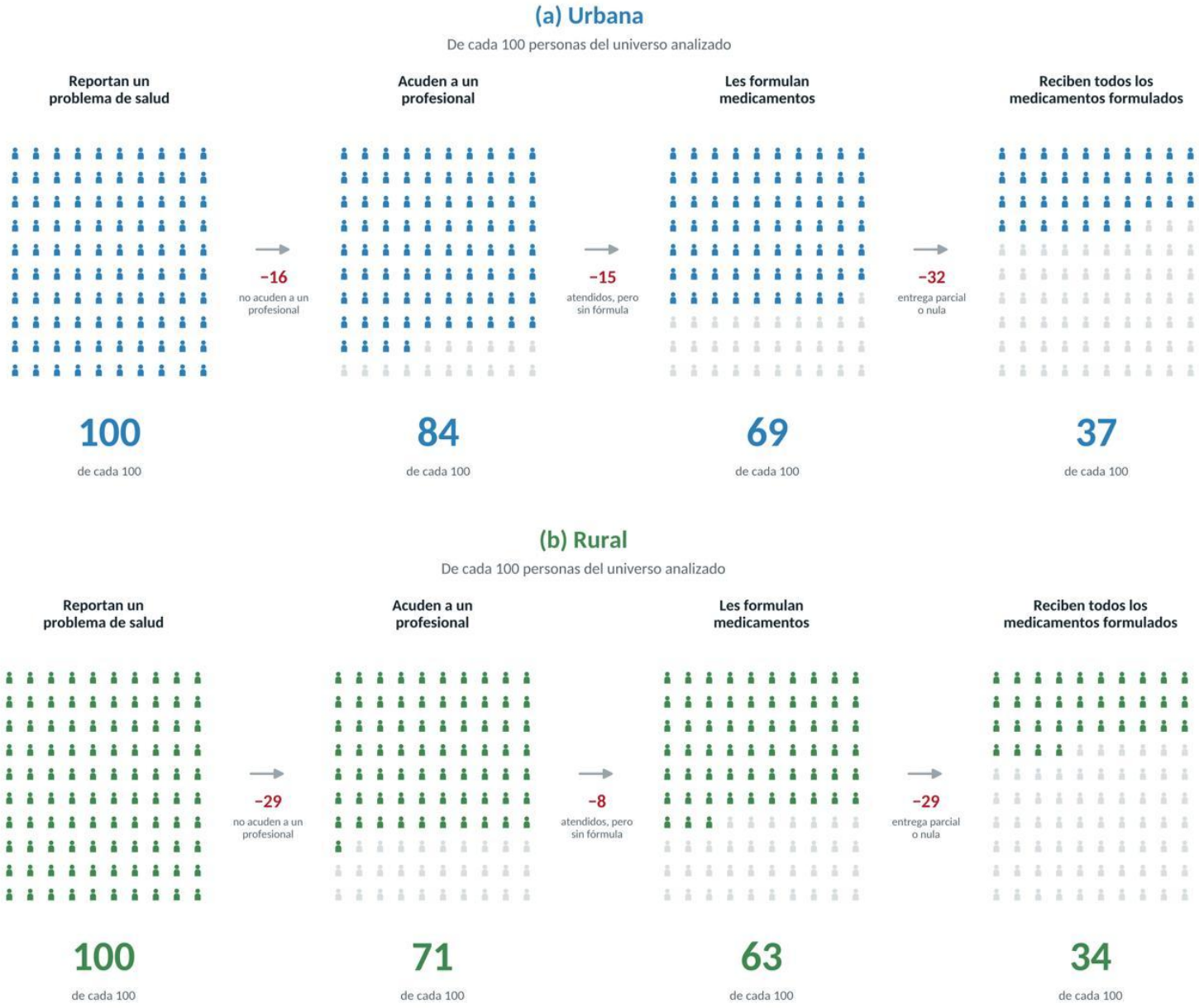


Fuente: Elaboración propia . Datos procesados utilizando factores de expansión poblacional. Fuente: DANE, ECV 2025...

30 días previos a la encuesta, excluyendo a quienes no consultaron por considerar que se trataba de un caso leve. La Figura 3 permite seguir esta ruta desde el primer contacto con un profesional de la salud hasta la atención recibida y, posteriormente, la formulación y entrega de medicamentos, comparando los resultados entre las zonas urbanas y rurales.

En las zonas urbanas, el 83,9% de las personas del universo analizado acudió a un profesional de la salud: 73,9% lo hizo a través de la entidad de seguridad social a la que estaba afiliado y 10% de forma particular. En las zonas rurales, esta proporción fue de 70,6%, compuesta por un 64,3% que acudió mediante su entidad de seguridad social y un 6,3%

Figura 3. Recorrido de atención ante una enfermedad reciente, según zona de residencia



Fuente: Elaboración propia . Datos procesados utilizando factores de expansión poblacional. El 100 % inicial corresponde a las personas que reportaron un problema de salud en los últimos 30 días, excluyendo a quienes no consultaron por considerar que se trataba de un caso leve. Los cuatro pasos se calculan sobre ese mismo universo. Fuente: DANE, ECV 2025.

que lo hizo de forma particular. Así, la proporción que acudió a un profesional fue 13,2 puntos porcentuales mayor en las zonas urbanas. En contraste, el 16,1% de la población urbana y el 29,4% de la rural no acuden a profesionales de la salud y recurren a otras estrategias, como el autocuidado o la automedicación.

Una vez que las personas acuden a servicios de salud institucionales, la diferencia se reduce considerablemente, pues entre quienes efectivamente buscaron atención profesional, la gran mayoría fue atendida en ambos contextos. Entre quienes acudieron al servicio de urgencias, fue atendido el 95,0 % de la población urbana y el 97,7 % de la rural, de modo que la brecha observada en el inicio de la atención no se reproduce en esta etapa.

En cuanto a los medicamentos, las diferencias también son más acotadas. Al 69,3 % de las personas en zonas urbanas y al 63,2 % en zonas rurales les fueron formulados medicamentos. De la totalidad del universo analizado, el 36,7 % en zonas urbanas y el 34,0 % en rurales recibió todos los medicamentos formulados, mientras que el 32,6 % y el 29,1 %, respectivamente, recibió solo algunos o ninguno. Por su parte, el 12,0 % de la población urbana y el 6,3 % de la rural fue atendida sin que le fueran formulados medicamentos.

Barreras a la atención en salud

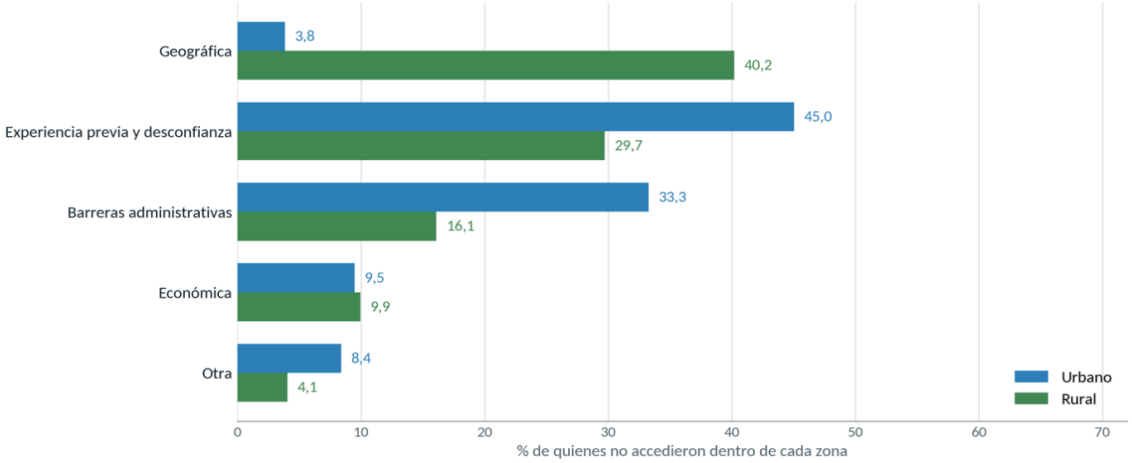
Finalmente, se analizan los obstáculos que enfrentan estas personas con el fin de evaluar el acceso real y efectivo al sistema, identificando cómo las condiciones del entorno y y las características de los servicios condicionan, posibilitan o truncan el uso final de los servicios en (Aday y Andersen, 1974; Restrepo et al., 2006; Levesque, 2013). Como en las secciones anteriores, al examinar los motivos de no acceso a los servicios de salud institucionales se evidencian marcadas brechas estructurales entre las zonas urbana y rural. De acuerdo con la Figura 4, en los centros urbanos, las principales barreras están ligadas a la percepción y la gestión del sistema: el 45,0% de quienes no accedieron lo atribuyó a la experiencia previa y desconfianza, seguido por un 33,3% afectado por barreras administrativas.

En contraste, la ruralidad colombiana refleja una realidad marcada por el aislamiento territorial, donde la razón geográfica es el obstáculo predominante, con un 40,2% (frente a un 3,8% en las ciudades). Por su parte, los factores económicos muestran un comportamiento similar pero persistente en ambos contextos, siendo el motivo de inasistencia para cerca del 10% de la población tanto urbana (9,5%) como rural (9,9%).

Conclusiones

- Durante 2025, la cobertura del SGSSS alcanzó niveles notablemente elevados y cuantitativamente equiparables entre zonas rurales y urbanas. No obstante, a pesar de tener niveles de afiliación muy similares entre ambos contextos, esta paridad en el aseguramiento no se traduce en una búsqueda de servicios de salud similar ni homogénea a lo largo del territorio colombiano.

Figura 4. . Principales barreras percibidas para la atención en salud según zona geográfica



Fuente: Elaboración propia . Datos procesados utilizando factores de expansión poblacional. Se excluyen del análisis a quienes no consultaron por considerarlo un caso leve. Fuente: DANE, ECV 2025.

- El lugar de residencia influye tanto en la decisión de buscar atención médica como en el tipo de respuesta adoptada ante una necesidad. Las disparidades observadas entre el campo y la ciudad no necesariamente responden a una omisión de búsqueda de alternativas por parte de la población rural, sino a una marcada divergencia en las rutas elegidas: mientras en el contexto urbano prevalece el recurso a la atención institucional, en el entorno rural adquieren un peso determinante la medicina tradicional y las prácticas de autocuidado.
- Aun después de excluir los casos en los que las personas no consultaron por considerar leve su enfermedad, persisten diferencias importantes entre las zonas urbanas y rurales en la búsqueda de servicios de salud. La principal brecha parece ubicarse en las etapas previas al contacto con los servicios de salud, relacionadas con la decisión o posibilidad de acudir a un profesional, más que en lo que ocurre una vez dicho contacto se establece. En este sentido, las diferencias urbano-rurales son más marcadas en el inicio de la atención profesional que en los resultados observados una vez que esta atención ocurre, donde las brechas tienden a ser de menor magnitud.
- Las barreras al acceso tampoco son homogéneas y adquieren características diferentes según el lugar de residencia. Mientras en las zonas urbanas predominan obstáculos asociados con la experiencia y la confianza en el sistema, así como con su gestión administrativa, en las zonas rurales las barreras se encuentran principalmente vinculadas con la distancia y las condiciones geográficas. Esta diferenciación resulta especialmente relevante porque evidencia que las condiciones para hacer efectivo el acceso no son las mismas en ambos contextos. A su vez, la persistencia de las barreras económicas en proporciones similares sugiere que algunos obstáculos trascienden las diferencias territoriales y afectan tanto a la población urbana como a la rural.
- Estos resultados sugieren que la política de acceso enfrenta dos retos distintos según el territorio. En las zonas rurales el cuello de botella está en el primer contacto, donde casi tres de cada diez personas no llegan a un profesional y la barrera predominante es geográfica, lo que apunta a intervenciones de oferta y de acercamiento del servicio al territorio. En las zonas urbanas la pérdida mayor ocurre después, en la entrega de medicamentos, y las barreras declaradas remiten a la experiencia previa y a la gestión administrativa, lo que señala problemas de proceso más que de disponibilidad. Atender ambas situaciones con el mismo instrumento es poco probable que funcione.
- Tres limitaciones acotan el alcance de este ejercicio. La información es autorreportada, de modo que tanto la ocurrencia del problema de salud como la conducta de búsqueda dependen de lo que la persona declara y pueden verse afectadas por cambios en la forma de preguntar. El diseño es de corte transversal, por lo que se describe lo ocurrido en 2025 sin seguir a las mismas personas ni identificar las causas de las diferencias observadas. Por último, el análisis de barreras se apoya en submuestras pequeñas, razón por la cual las razones se presentan agrupadas en cinco categorías y no de forma individual.

Información de contacto

Email: grupo.ges@udea.edu.co; www.gesudea.co

Autores: Sara Catalina Atehortúa Becerra
María Camila Ramírez Marín.

Edición de textos:
Jairo Humberto Restrepo Zea.

Diagramación: Sandra Katherin González Ortiz.

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Referencias

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, 9(3), 208–220. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1071804

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2026). Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV 2025. https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/905

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México, 27(5), 438–453. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12, Artículo 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Restrepo Zea, J. H., Echeverri López, E., Vásquez Velásquez, J., & Rodríguez Acosta, S. (2006). El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.