

**Análisis de modelos de contratación en salud a nivel mundial y del sistema de salud  
colombiano 1990- 2024**

Paola Andrea Álvarez

Yeni Lindelia Ortiz

Asesora

Luz Esperanza Blanco Guerrero

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoria de Calidad en Salud

2025

## Resumen

Esta monografía realiza un análisis crítico de los modelos de contratación en salud a nivel mundial y su manifestación en el sistema de salud colombiano durante el período 1990-2024. Se examina la evolución normativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde la Ley 100 de 1993 hasta las reformas más recientes de 2025, comparándola con las experiencias de Chile, México, Alemania y Reino Unido. Mediante un diseño de investigación mixto que incluye análisis documental, estudio comparado de políticas públicas, análisis histórico-longitudinal y sistematización de experiencias, se identifican las principales fortalezas y debilidades del modelo colombiano. Los resultados revelan que Colombia ha logrado una cobertura de aseguramiento superior al 95%, pero persisten problemas de eficiencia, calidad y acceso efectivo derivados de la fragmentación contractual entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Se concluye que el sistema colombiano debe avanzar hacia una contratación estratégica e integrada, orientada a resultados en salud y fortalecida por la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central del sistema.

**Palabras clave:** contratación en salud, modelos de pago, sistema de salud colombiano, eficiencia sanitaria, atención primaria en salud.

## Abstract

This monograph conducts a critical analysis of health contracting models worldwide and their manifestation in the Colombian health system during the period 1990-2024. It examines the regulatory evolution of the General Social Security Health System (SGSSS), from Law 100 of 1993 to the most recent 2025 reforms, comparing it with experiences from Chile, Mexico, Germany, and the United Kingdom. Using a mixed research design that includes documentary analysis, comparative public policy study, historical-longitudinal analysis, and systematization of experiences, the main strengths and weaknesses of the Colombian model are identified. The results reveal that Colombia has achieved insurance coverage exceeding 95%, but problems of efficiency, quality, and effective access persist due to contractual fragmentation between Health Promoting Entities (EPS) and Healthcare Providing Institutions (IPS). It is concluded that the Colombian system must advance toward strategic and integrated contracting, oriented toward health outcomes and strengthened by Primary Health Care (PHC) as the central axis of the system.

**Keywords:** health contracting, payment models, Colombian health system, health efficiency, primary health care.

## Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Planteamiento del Problema.....	11
Referente Metodológico.....	13
La Salud Como un Derecho, un Servicio Público y una Garantía.....	16
El Acceso a los Servicios de Salud.....	16
La Eficiencia y sus Dimensiones.....	17
La Calidad del Servicio de Salud y sus Atributos.....	17
La Auditoría en Salud.....	17
La Gestión y el Desarrollo Sostenible.....	18
Marco Jurídico.....	19
Fundamentos Conceptuales, Evidencia y Modelos de Gestión Antecedentes e Investigaciones Previas.....	21

Enfoques Teóricos y Modelos de Análisis.....	22
Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud .....	23
Medidas de Transformación de la Gestión .....	23
Análisis de Resultados .....	24
Evolución de los Modelos de Contratación en Colombia .....	24
Ley 100 de 1993: La Capitación y el Pago por Servicio.....	24
Modelos de Contratación Internacional: Experiencias Comparadas .....	27
Lecciones Aprendidas Aplicables a Colombia .....	31
Análisis de Resultados y Discusión .....	32
Síntesis de los Hallazgos Comparativos .....	32
Impacto de la Evolución Normativa Colombiana .....	32
Conclusiones.....	34
Referencias Bibliográficas.....	35

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Análisis Comparativo: Fortalezas, Debilidades y Lecciones Aprendidas</i> .....	29
--	----

## **Introducción**

El sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones significativas en sus mecanismos de contratación durante las últimas tres décadas, marcadas por la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 100 de 1993. Este análisis examina críticamente la evolución de estos modelos contractuales, contrastándolos con experiencias internacionales para identificar lecciones aplicables al contexto nacional. La contratación en salud representa un eje fundamental para materializar el derecho a la salud, determinar la eficiencia en la asignación de recursos y garantizar la calidad en la prestación de servicios, aspectos que se han convertido en desafíos persistentes para el sistema.

## Justificación

Comprender la trayectoria de los modelos de contratación en el sistema de salud resulta crucial para identificar cuellos de botella en la gestión del riesgo sanitario y optimizar la asignación de recursos financieros y técnicos. La evolución normativa colombiana desde la Ley 100 de 1993 hasta el Decreto 441 de 2022 ha buscado perfeccionar los mecanismos de ajuste de riesgo y garantizar una distribución más equitativa y eficiente de los recursos. Autores como Ruiz y Zapata (2019) destacan que, sin un análisis continuo de estos procesos, se perpetúan asimetrías en la capacidad de las EPS e IPS para gestionar poblaciones con perfiles epidemiológicos complejos, afectando tanto la sostenibilidad financiera como la calidad de la atención.

La mejora en los mecanismos de coordinación interinstitucional y el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación contractual representan otro eje prioritario. La Organización Mundial de la Salud (2023) enfatiza que la falta de articulación entre actores del sistema genera fragmentación en la atención, duplicidad de esfuerzos y vacíos en la continuidad del cuidado. Normativas recientes como la Resolución 2641 de 2024 y la Circular Externa 024 de 2024 establecen instrumentos para unificar criterios de auditoría, información y seguimiento, lo que permite detectar oportunamente desviaciones en la ejecución de los contratos y en la prestación de los servicios.

La optimización en la asignación de recursos está directamente ligada a la implementación de modelos de gestión basados en evidencia, como la gestión por procesos. Solarte et al. (2024) señalan en su revisión sobre servicios de salud en Latinoamérica que la estandarización de procedimientos y la claridad en los flujos contractuales permiten reducir costos de transacción y mejorar los resultados en salud. Además, el Decreto 228 de 2025, al



promover sistemas de información financiera unificados, facilita una planeación presupuestal más transparente y una distribución de recursos ajustada a las necesidades reales de la población.

Finalmente, este análisis integral de los modelos de contratación nos demuestra la necesidad que el gobierno cree un diseño de políticas públicas basadas en evidencia comparada, orientadas a cerrar brechas de equidad y asegurar el derecho fundamental a la salud. La Ley 1751 de 2015, o Ley Estatutaria de Salud, estableció el marco para priorizar el interés general sobre las lógicas del mercado, mientras que instrumentos como la Norma Técnica ISO 31000, adoptada por ICONTEC (2011), ofrecen estándares para gestionar riesgos de manera sistemática y proactiva. Solo mediante una evaluación constante de las estructuras contractuales y su impacto en la red de servicios será posible avanzar hacia un sistema de salud más integrado, resiliente y orientado a las personas.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar críticamente los modelos de contratación en salud a nivel global y su manifestación en el sistema colombiano durante el periodo 1990-2024, con el fin de identificar lecciones y estrategias que contribuyan a mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

### **Objetivos Específicos**

Caracterizar los principales modelos de contratación en salud desarrollados a nivel internacional, destacando sus fundamentos conceptuales, mecanismos de pago y enfoques de gestión.

Examinar la evolución de los modelos de contratación aplicados en el sistema de salud colombiano entre 1990 y 2024, considerando los cambios normativos, institucionales y financieros.

Comparar las experiencias de contratación en Colombia con las implementadas en países seleccionados (Chile, México, Alemania y Reino Unido), identificando similitudes, diferencias y posibles aportes para el fortalecimiento del modelo nacional.

## Planteamiento del Problema

La fragmentación en los procesos de contratación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) representa una falla estructural crítica en la coordinación del sistema de salud. Esta fragmentación no es meramente operativa, sino que es síntoma de una desalineación de incentivos entre los actores, donde las lógicas de rentabilidad financiera a corto plazo y la gestión de riesgos particulares suelen anteponerse al objetivo central de la atención integral.

Esta disfunción implica una ruptura en la ruta de atención del paciente, quien deja de ser el eje central del sistema para convertirse en un objeto de transacción entre entidades. Ocurre principalmente debido a:

**Modelos de Pago Contraproducentes:** La persistencia de mecanismos de pago por servicio, sin una integración con modelos de capitación o pagos por episodio, incentiva la duplicidad de procedimientos y desalienta la coordinación efectiva entre la atención primaria y la especializada (Ruiz & Zapata, 2019).

**Asimetrías de Información y Desconfianza:** La falta de sistemas de información interoperables genera desconfianza entre EPS e IPS. Las EPS, actuando como compradores, imponen rigideces administrativas y barreras de auditoría para controlar costos, mientras que las IPS, como proveedores, pueden priorizar los servicios mejor remunerados, descuidando la continuidad.

**Ausencia de una Visión Sistémica:** El sistema carece de mecanismos robustos que premien la eficiencia clínica y la calidad de los desenlaces sanitarios sobre el volumen de servicios prestados. Esta falta de alineación con los principios de la Atención Primaria en Salud

(APS) debilita la capacidad de garantizar una atención continua e integrada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Esta fragmentación tiene consecuencias que afecta a todos los niveles del sistema:

Para los Pacientes: Se traduce en trayectorias de atención fracturadas, barreras de acceso (trabas administrativas, autorizaciones repetitivas), retrasos en el diagnóstico y tratamiento, y una experiencia general de desamparo dentro del sistema que debería protegerlos.

Para los Prestadores (IPS): Genera incertidumbre financiera y flujos de caja irregulares debido a los retrasos y disputas en los pagos. Además, impone una carga administrativa exorbitante para gestionar múltiples contratos con diferentes EPS, cada uno con sus propios manuales y procedimientos, desviando recursos valiosos que podrían destinarse a la atención clínica.

Para las Aseguradoras (EPS): Si bien buscan controlar costos, las rigideces contractuales y la falta de coordinación con las IPS conducen a ineficiencias sistémicas mayores, como la duplicidad de pagos por servicios fragmentados y la incapacidad de gestionar proactivamente la salud de su población, lo que a la larga incrementa los costos.

Para el Sistema en su Conjunto: El resultado agregado es una pérdida masiva de eficiencia, estimada en más del 15% del gasto total en salud. Esta ineficiencia no solo representa un desperdicio de recursos financieros escasos, sino que constituye el principal obstáculo para materializar los objetivos de cobertura universal y calidad en la atención, profundizando las inequidades y erosionando la confianza pública.

## Referente Metodológico

Esta investigación se sustenta en un diseño de investigación mixto, fundamentado en la premisa de que la complejidad del objeto de estudio la fragmentación contractual en el sistema de salud requiere de un abordaje que combine la profundidad del análisis cualitativo con la generalización y el contexto que proveen los datos cuantitativos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). El enfoque se operacionaliza a través de las siguientes estrategias metodológicas:

1. Análisis Documental: Se realizará un análisis documental exhaustivo de normativas (Leyes, Decretos, Resoluciones), informes técnicos de organismos de control y literatura académica especializada. Según Corbin y Strauss (2015), el análisis documental es un proceso de construcción e interpretación crítica de los textos para identificar fundamentos, diferencias y omisiones. Esta técnica permitirá reconstruir el marco normativo que ha dado forma a los procesos de contratación. Este análisis se alinea con el principio de la gestión del riesgo que enfatiza que las decisiones deben basarse "en la mejor información disponible" (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación [ICONTEC], 2011, p. 10).

2. Estudio Comparado de Políticas Públicas: Se implementará un estudio comparativo de modelos internacionales, seleccionando los sistemas de salud de Chile, México, Alemania y Reino Unido. Este método, como señala Oszlak (2016), es fundamental para identificar lecciones aprendidas, alternativas de diseño institucional y consecuencias no anticipadas de diferentes arreglos de contratación y coordinación. La comparación se centrará en los mecanismos de pago, los sistemas de información y los modelos de integración entre aseguradores y prestadores, conceptos clave para superar las "inercias que entorpecen la gestión" (Erazo, 2015, p. 248).

3. Análisis Histórico-Longitudinal: Se llevará a cabo una evaluación longitudinal de la evolución normativa colombiana. Esta perspectiva es esencial en el análisis de políticas públicas (Peters, 2018) y permite rastrear secuencias causales, puntos de inflexión y la acumulación de cambios incrementales que han definido la trayectoria del sistema. Es crucial para entender cómo las reformas pasadas condicionan

las disfunciones presentes, analizando el sistema como un "conjunto de elementos unidos y conectados, que poseen propiedades del conjunto, y no solo de las partes" (Erazo, 2015, p. 249).

4. Sistematización de Experiencias: La sistematización es un proceso de interpretación crítica que extrae aprendizajes significativos de la práctica (Jara, 2018). Esta metodología permitirá recuperar el conocimiento tácito y las lecciones emergentes de las iniciativas (exitosas o fallidas) de integración y mejora contractual entre EPS e IPS, lo que se relaciona directamente con el principio de "mejora continua" y "aprendizaje organizacional" que promueve la gestión del riesgo (ICONTEC, 2011, p. 16).

5. Cobertura Temporal: El período de análisis comprende desde 1990 hasta 2024. Este marco temporal es estratégico, ya que permite observar de manera clara las transformaciones estructurales pre y post Ley 100 de 1993, facilitando el análisis del sistema de seguridad social en salud en su génesis, consolidación y etapas de reforma posteriores, ofreciendo una visión completa de su evolución como un sistema adaptativo y complejo

### **Marco Teórico**

El presente marco teórico tiene como objetivo fundamentar conceptualmente el análisis del sistema de salud colombiano, con énfasis en su estructura de financiamiento, contratación y los resultados en términos de acceso, calidad y sostenibilidad. Se presentarán los pilares constitucionales y legales que definen la salud como un derecho y servicio público, seguido de una exploración de las dimensiones de acceso efectivo, eficiencia, calidad de la atención, mecanismos de auditoría y los desafíos de sostenibilidad. Este recorrido conceptual, respaldado por la normativa nacional y literatura especializada, permitirá contextualizar los retos actuales del sistema y evaluar el impacto de sus modelos de gestión.

## **La Salud Como un Derecho, un Servicio Público y una Garantía**

La Constitución Política de 1991 consagró la salud como un derecho fundamental autónomo, bajo el principio de dignidad humana, mientras que la Ley 100 de 1993 la configuró como un servicio público a cargo del Estado, creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta dualidad ha generado tensiones persistentes entre la garantía del derecho a la salud y los imperativos de eficiencia en la prestación del servicio, lo cual se refleja directamente en los instrumentos contractuales y modelos de financiamiento. La jurisprudencia de la Corte Constitucional, en sentencias emblemáticas como la T-760 de 2008, ha reforzado este carácter fundamental al ordenar la unificación progresiva del Plan de Beneficios y eliminar barreras de acceso, subrayando el rol del Estado como garante último del derecho (Corte Constitucional, 2008). Posteriormente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reafirmó este enfoque, estableciendo el derecho fundamental a la salud como un interés esencial colectivo, por encima de las lógicas del mercado.

### **El Acceso a los Servicios de Salud**

#### **El Acceso Efectivo**

El acceso efectivo a la salud trasciende la mera afiliación al sistema y se evalúa mediante indicadores de cobertura real, eliminación de barreras administrativas, geográficas y económicas, y la continuidad en los tratamientos. Aunque el SGSSS ha logrado coberturas de afiliación superiores al 95%, persisten brechas significativas en el acceso efectivo, particularmente en zonas rurales y periféricas donde la oferta de servicios especializados es insuficiente (ADRES, 2023). La Organización Mundial de la Salud (2021) enfatiza que el acceso efectivo requiere no solo de infraestructura y recursos, sino también de mecanismos de coordinación que aseguren la integralidad y oportunidad de la atención. En Colombia, esta problemática se ha intentado abordar mediante normativas como el Decreto 441 de 2022, que establece mecanismos de ajuste de riesgo en la contratación para mejorar la asignación de recursos según las necesidades poblacionales



## **La Eficiencia y sus Dimensiones**

La eficiencia en salud comprende dimensiones técnicas (relación entre recursos empleados y resultados en salud), asignativa (distribución óptima de recursos según prioridades) y económica (maximización del valor de los recursos invertidos). Estudios del ADRES y análisis como el de Ruiz y Zapata (2019) evidencian que el sistema colombiano presenta ineficiencias asignativas, con recursos que no siempre se dirigen a las intervenciones de mayor impacto en salud, afectando especialmente a poblaciones vulnerables. La gestión por procesos, como señala Solarte et al. (2024), se constituye como una estrategia clave para optimizar flujos, reducir costos de transacción y mejorar la coordinación, lo cual es respaldado por herramientas normativas como la Resolución 2641 de 2024, que busca estandarizar procesos contractuales y mejorar el desempeño del sistema.

## **La Calidad del Servicio de Salud y sus Atributos**

La calidad en los servicios de salud abarca atributos esenciales como seguridad del paciente, oportunidad, pertinencia, efectividad clínica y capacidad resolutive. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) es el marco normativo colombiano que establece los requisitos para la habilitación y el mejoramiento continuo. No obstante, reportes del Instituto Nacional de Salud indican que solo el 62% de las IPS cumplen con los estándares de calidad definidos en el Sistema Único de Habilitación, reflejando desafíos críticos en la implementación (Ministerio de Salud, 2024). Los lineamientos de la OMS (2023) sobre seguridad del paciente y calidad destacan la importancia de integrar la gestión del riesgo y la auditoría clínica para minimizar eventos adversos y garantizar una atención segura y centrada en el usuario.

## **La Auditoría en Salud**

Los mecanismos de vigilancia y control en salud han evolucionado desde enfoques punitivos y reactivos hacia modelos de auditoría integral que evalúan procesos clínicos, resultados en salud y gestión contractual. La Superintendencia Nacional de Salud ha implementado, desde 2018, un modelo de

auditoría basada en riesgo, el cual permite una focalización más eficiente de los recursos de control en aquellos actores y procesos con mayor probabilidad de presentar irregularidades (Superintendencia Nacional de Salud, 2023). Este enfoque se alinea con la Norma Técnica NTC-ISO 31000 de Gestión del Riesgo (ICONTEC, 2011), adoptada para identificar, evaluar y tratar riesgos que puedan afectar la integridad del sistema y la prestación del servicio.

### **La Gestión y el Desarrollo Sostenible**

La sostenibilidad financiera del sistema de salud requiere equilibrar la expansión de coberturas con la viabilidad económica de largo plazo, mediante modelos de contratación que incentiven la prevención, la Atención Primaria en Salud (APS) y una gestión eficiente del riesgo. El gasto en salud como porcentaje del PIB en Colombia pasó del 5,2% en 1995 al 8,1% en 2023, lo que refleja una presión creciente sobre las finanzas públicas (Ministerio de Salud, 2024). Normativas recientes como el Decreto 228 de 2025, que crea el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIFA), buscan incrementar la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos, mientras que la Ley 2381 de 2024 introduce ajustes al aseguramiento para fortalecer la rectoría estatal y la planeación territorial, elementos clave para un desarrollo sanitario sostenible y equitativo.

## Marco Jurídico

El marco jurídico del sistema de salud colombiano es el resultado de una evolución normativa compleja que busca consolidar el derecho fundamental a la salud. La base de este sistema se estableció con la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) basado en un modelo de competencia regulada y aseguramiento. Este marco se ha ido perfeccionando con hitos cruciales como la Ley 1751 de 2015, que consagró explícitamente la salud como un derecho fundamental autónomo, y el Acto Legislativo 02 de 2023, que impulsa una reforma estructural hacia un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). A nivel operativo, el Decreto 780 de 2016 actúa como el compendio normativo que unifica las disposiciones del sector, mientras que la Resolución 3100 de 2019 define los lineamientos técnicos para la contratación por capitación, el mecanismo de pago central del sistema. Esta base nacional está enriquecida por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en particular la Sentencia T-760 de 2008, que ordenó la unificación de los planes de beneficios y sentó las bases para garantizar la equidad.

A nivel internacional, el marco se alinea con principios y estándares globales que refuerzan la obligación del Estado. La Observación General 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es fundamental, ya que establece el marco conceptual para el derecho a la salud, definiendo elementos esenciales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Además, las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre contratación y los históricos acuerdos de la Conferencia de Alma-Ata proveen los cimientos filosóficos y técnicos para la implementación de la APS, principio que Colombia ha buscado integrar en su sistema a través de las distintas reformas. Esta doble vertiente, nacional e

internacional, crea un entramado jurídico que busca equilibrar la eficiencia del sistema con la garantía de un derecho humano fundamental.

En los últimos años, el marco legal ha experimentado una significativa actualización para abordar desafíos de eficiencia, transparencia y calidad. Normas como el Decreto 441 de 2022 introdujeron mecanismos técnicos de ajuste de riesgo y la nota técnica obligatoria, buscando una distribución más equitativa de los recursos y una contratación más informada. Más recientemente, el Decreto 228 de 2025 y resoluciones como la 037, 050 y 067 de 2025 están orientadas a modernizar los sistemas de información financiera, los procesos de habilitación de prestadores y la gestión del riesgo, reflejando una búsqueda constante de transparencia y eficiencia en la gestión de los recursos públicos. Esta evolución normativa, que incluye también referencias a estándares de gestión de calidad y riesgo como la ISO 31000, demuestra un esfuerzo continuo por adaptar el sistema a las nuevas realidades, fortaleciendo la gobernanza y acercándose, al menos en el plano normativo, a los ideales de cobertura universal y calidad en la prestación del servicio.

## **Fundamentos Conceptuales, Evidencia y Modelos de Gestión**

### **Antecedentes e Investigaciones Previas**

Según Solarte, A. L., Arteaga Díaz, Y. M., Andrade Sánchez, K., & Herrera López, H. M. (2024).

En su estudio concluye que la implementación de la gestión por procesos en los servicios de salud latinoamericanos está directamente asociada con mejoras significativas en la eficiencia operativa, la reducción de tiempos de espera y la optimización de recursos. La revisión evidencia que este modelo de gestión facilita la estandarización de procedimientos y mejora la calidad percibida por el usuario, aunque su éxito depende de una adaptación contextual que supere las barreras de resistencia al cambio y la fragmentación de los sistemas de salud.

Para Ruiz, F., & Zapata, J. (2019). Los autores identifican que los modelos de contratación basados en capitación, cuando están bien diseñados y acompañados de mecanismos robustos de ajuste de riesgo y monitoreo, obtienen mejores resultados en salud poblacional en comparación con el pago por servicio tradicional. Señalan que estos modelos fomentan la prevención y la gestión eficiente de los recursos, pero advierten que en el caso colombiano persisten grandes desafíos en cuanto a acceso, equidad y sostenibilidad. Las barreras geográficas, económicas y sociales siguen limitando el acceso a una atención de calidad para muchas personas

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021) sostiene que el camino hacia la Cobertura Sanitaria Universal requiere de mecanismos de financiamiento y contratación estratégicos. La evidencia presentada demuestra que los sistemas que priorizan la Atención Primaria de Salud (APS) y utilizan modelos de pago prospectivos como la capitación o los paquetes de atención, logran mejores resultados de salud a un menor costo, incentivan la integralidad y la continuidad de la atención desde la promoción y la prevención hasta el

tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos lo más cerca posible de sus lugares habituales.

Desde la perspectiva de las aseguradoras (EPS), la publicación de la Revista de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – Acemi. (2024). Destaca que la sostenibilidad del sistema de salud colombiano está ligada a la implementación de modelos de gestión y contratación basados en valor y resultados en salud. Concluye que la capitación, complementada con pagos por desempeño y una robusta gestión del riesgo en salud, es el mecanismo más idóneo para garantizar la salud de la población, siempre que exista claridad en los planes de beneficios y un flujo financiero oportuno.

Los lineamientos establecen que la calidad y la seguridad del paciente son componentes no negociables de los modelos de gestión en salud. La Organización Mundial de la Salud. (2023). concluye que los sistemas de contratación que vinculan el pago al cumplimiento de metas de calidad y seguridad (elementos clave de los pagos por paquetes o por desempeño) son fundamentales para reducir eventos adversos y mejorar la confianza en los servicios. La evidencia recopilada muestra que estos incentivos alinean los objetivos financieros con la prestación de una atención efectiva y segura.

### **Enfoques Teóricos y Modelos de Análisis**

Se aplican marcos teóricos de economía de la salud, nueva gestión pública y derechos sociales para interpretar las dinámicas observadas. El modelo de "contratación estratégica" de la OMS emerge como marco integrador para el análisis comparado.

## **Eficiencia en la Gestión de los Recursos en Salud**

El análisis de indicadores de gasto, resultados en salud y satisfacción en el lapso de 1990 a 2024 en el sistema colombiano revela mejoras significativas en cobertura, pero persisten desafíos en eficiencia y calidad, lo cual incide sobre el desarrollo económico sostenible. La productividad del gasto en salud muestra un resultado desfavorable a partir de 2015, requiriendo ajustes en los modelos de contratación.

## **Medidas de Transformación de la Gestión**

Implementación de mecanismos de pago por capitación ajustada por riesgo (Resolución 2292/2020)

Desarrollo de sistemas de información unificados (Historia Clínica Electrónica)

Fortalecimiento de la rectoría estatal mediante la creación de la ADRES

Implementación de modelos de atención primaria con equipos territoriales y entidades Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia.

## **Análisis de Resultados**

La comparación internacional identifica que los sistemas con contratación integrada y pagos basados en valor como los pagos prospectivos obtienen mejores resultados. Chile muestra avances en coordinación mediante redes asistenciales, mientras México evidencia retrocesos por fragmentación programática. Alemania destaca por la negociación colectiva de precios, y Reino Unido por la integración presupuestal. Colombia presenta avances en cobertura, pero deficiencias en integración operativa.

### **Evolución de los Modelos de Contratación en Colombia**

La contratación en salud en Colombia ha transitado por una evolución normativa e instrumental marcada por la búsqueda de eficiencia dentro de un marco de derechos. Esta trayectoria entre los años 1990 y 2024 puede sistematizarse en las siguientes etapas:

#### **Ley 100 (Antes de 1993): El Modelo de Pago Directo y Presupuestación**

Antes de la reforma, predominaba un modelo de financiación y prestación pública directa. La contratación era esencialmente presupuestal, donde el Estado asignaba recursos directamente a los hospitales públicos basándose en insumos (camas, personal) y no en la actividad o la población servida. No existía una separación clara entre comprador y prestador, lo que generaba poca presión por la eficiencia y una oferta de servicios rígida y poco responsable a las necesidades de la población (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 1993).

#### **Ley 100 de 1993: La Capitación y el Pago por Servicio**

La implementación de la Ley 100 en 1993 introdujo un modelo de competencia gestionada, separando las funciones de financiación (EPS), articulación (EPS) y prestación (IPS). Los modelos contractuales predominantes en esta etapa fueron:



Capitación para el Régimen Contributivo: Las EPS reciben un pago per cápita mensual por cada afiliado, ajustado por sexo y edad, para cubrir el Plan de Beneficios. Este modelo buscaba transferir el riesgo financiero a las EPS e incentivarlas a gestionar la salud de su población. Sin embargo, en la práctica, la contratación entre EPS e IPS se realizaba predominantemente mediante:

Pago por Servicio: Las IPS facturaban a las EPS por cada procedimiento, consulta o medicamento entregado. Este modelo, si bien garantizaba la prestación, generó fuertes incentivos para la sobreutilización de servicios, el "fraccionamiento" de la atención (multiplicación de consultas para un mismo episodio) y una escalada de costos difícil de controlar (Botero Zuluaga, 2008).

Paquetes o Eventos Predefinidos: Se intentó contener los costos del pago por servicio mediante la definición de grupos relacionados de diagnóstico (GRD) o paquetes globales por procedimientos (ej., cirugía de cataratas), pero su implementación fue limitada y heterogénea.

### **Reajustes Normativos: Hacia la Integración**

Las reformas posteriores buscaron corregir las distorsiones del modelo inicial. La Ley 1438 de 2011 promovió la integración vertical y la formación de redes de servicios, intentando superar la atomización contractual. La Ley 1751 de 2015, al consagrar la salud como derecho fundamental, sentó las bases para una contratación más orientada a la garantía del derecho que a la mera transacción comercial. Normas como el Decreto 780 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016) compilaron el régimen e intentaron unificar los procesos.

### **El Modelo de APS y la Contratación por Capitación con Gestión del Riesgo**

La Resolución 3100 de 2019 y posteriores (ej., Resolución 2292 de 2020) han impulsado un cambio estructural hacia un modelo basado en APS. El mecanismo central es la capitación

ajustada por riesgo, donde el pago a las EPS (y de estas a las IPS) incorpora variables de morbilidad de la población asignada, incentivando la identificación y gestión proactiva de condiciones crónicas. Esto se complementa con la contratación de "Equipos Territoriales de APS" con pagos mixtos (capitación más componentes fijos por desempeño), buscando la continuidad de la atención y la corresponsabilidad en los resultados en salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024a).

## **Modelos de Contratación Internacional: Experiencias Comparadas**

### **Chile: Fondos de Seguridad Social y Redes Asistenciales**

El sistema chileno, mixto con aseguradores públicos (FONASA) y privados (ISAPRES), utiliza modelos de contratación diferenciados. FONASA, que cubre a la mayoría de la población, se basa en un modelo de pago prospectivo por grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para la atención hospitalaria y en modalidades de atención institucional (MAI) que son pagos globales por prestaciones ambulatorias. La contratación se organiza a través de redes asistenciales integradas, lo que favorece la continuidad del cuidado y reduce la fragmentación. Una fortaleza es la relativa estandarización de los precios; una debilidad es la tensión permanente entre el sector público y el privado (Solarte et al., 2024).

### **México: Seguro Popular y Fragmentación Programática**

La experiencia mexicana con el Seguro Popular (hoy sustituido por el INSABI) ilustra los desafíos de la fragmentación. Si bien logró ampliar la cobertura a población no asalariada, su modelo de contratación era altamente fragmentado por programas verticales (ej., diabetes, cáncer infantil). Los pagos a los proveedores (principalmente estatales) combinaban recursos lineales (presupuesto histórico) con fondos de propósito específico. Esto generaba duplicidades, descoordinación y debilitaba la capacidad de los proveedores para ofrecer una atención integral. La lección principal es la necesidad de integrar los flujos financieros y contractuales (Organización Mundial de la Salud, 2023).

### **Alemania: Negociación Colectiva y Autogobierno Corporativo**

El sistema de seguridad social alemán se caracteriza por su modelo de autogobierno corporativo. Las asociaciones de médicos y hospitales (prestadores) negocian anualmente con las cajas de seguro sickness funds (aseguradores) los precios, volúmenes y calidad de los servicios,

resultando en contratos marco a nivel regional. Los modelos de pago son mixtos y sofisticados: pago por servicio con topes presupuestales para médicos ambulatorios y un sistema de pagos prospectivos por GRD para hospitales. Su fortaleza radica en la estabilidad, la alta capacidad de regulación y la contención de costos a través de la negociación colectiva. Una debilidad puede ser la lentitud para incorporar innovaciones.

#### Reino Unido: Integración Presupuestal y Pago por Resultados

El Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido es un sistema basado en impuestos y con provisión predominantemente pública. El modelo de contratación es, en esencia, de integración presupuestal. Los Clinical Commissioning Groups (CCGs, ahora Integrated Care Systems - ICS) reciben un presupuesto de capitación ajustado por riesgo para la población de su territorio y lo asignan a los trust hospitalarios y a los médicos generales (GP). El pago a los hospitales se realiza a través del Payment by Results (PbR), un sistema nacional de tarifas por GRD, pero que está siendo complementado con Integrated Care Packages y pagos por desempeño (Quality and Outcomes Framework - QOF) para los GP. Su principal fortaleza es la fuerte orientación hacia la eficiencia y la calidad, con una rectoría estatal sólida.

#### Análisis Comparativo: Fortalezas, Debilidades y Lecciones Aprendidas

Utilizando los criterios de eficiencia, calidad, acceso y sostenibilidad, se realiza una comparación detallada

## Tabla

1

*Análisis Comparativo: Fortalezas, Debilidades y Lecciones Aprendidas*

<b>Criterio</b>	<b>Colombia</b>	<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Alemania</b>	<b>Reino Unido</b>
<b>Eficiencia</b>	<p>Debilidad:</p> <p>Alta fragmentación contractual entre EPS-IPS genera duplicidad y costos administrativos elevados (estimados &gt;15% del gasto).</p> <p>Fortalecimiento reciente: La capitación ajustada por riesgo y la APS buscan mejorar la eficiencia asignativa.</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Uso de GRD y redes asistenciales mejora la eficiencia técnica.</p> <p>Debilidad: Dualism o público-privado crea ineficiencias por selección de riesgos.</p>	<p>Debilidad:</p> <p>La fragmentación programática genera graves ineficiencias y dificulta la gestión integral del paciente.</p>	<p>Fortaleza: La negociación colectiva y los topes presupuestales contienen costos de manera efectiva. Alta eficiencia técnica.</p>	<p>Fortaleza: La integración presupuestal y el PBR incentivan la eficiencia interna de los proveedores.</p>
<b>Calidad</b>	<p>Debilidad:</p> <p>Los incentivos del pago por servicio históricamente priorizaron volumen sobre calidad. Fortalecimiento: Nuevos modelos de APS vinculan pago a desempeño e indicadores de calidad.</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>La estandarización de GRD y la integración en redes facilita el monitoreo de la calidad.</p>	<p>Debilidad:</p> <p>La falta de integración dificulta la continuidad y la seguridad del paciente.</p>	<p>Fortaleza: Los contratos marco incluyen estándares de calidad y resultados, con mecanismos robustos de auditoría.</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Sistemas como el QOF vinculan directamente el pago a los médicos generales con resultados en salud medibles.</p>
<b>Acceso</b>	<p>Fortaleza:</p> <p>Cobertura teórica universal (&gt;95%).</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Acceso garantizado por ley.</p> <p>Debilidad: Listas de espera en el sector</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Amplió cobertura a población vulnerable.</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Acceso universal y oportuno a una</p>	<p>Fortaleza:</p> <p>Acceso universal basado en necesidad, no en capacidad de pago.</p>

<b>Criterio</b>	<b>Colombia</b>	<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Alemania</b>	<b>Reino Unido</b>
	Debilidad: Barreras de acceso real por oferta insuficiente y tramites ("tutelas").	público y acceso desigual según capacidad de pago.	Debilidad: Acces o desigual y de baja resolución en zonas rurales.	amplia gama de servicios.	Debilidad: Tiempos de espera para especialidades.
<b>Sostenibilidad</b>	Debilidad: Presión financiera por costos crecientes, evasión de cotizaciones y corrupción. Oportunidad: La gestión del riesgo mediante APS es clave para la sostenibilidad.	Desafío: El envejecimiento poblacional y el costo de las tecnologías presionan al sistema.	Debilidad: Alta dependencia del presupuesto público y baja eficiencia amenazan la sostenibilidad financiera.	Fortaleza: Mecanismos de contención de costos y fuentes de financiación sólidas (contribuciones salariales).	Desafío: Presión fiscal constante para financiar el NHS frente a demandas crecientes.

## **Lecciones Aprendidas Aplicables a Colombia**

Integración sobre Fragmentación: Los modelos de Alemania (contratos marco) y Reino Unido (presupuestos integrados) muestran que la coordinación y la integración de servicios son superiores a la actual contratación colombiana.

Pagos Prospectivos y Basados en Valor: La experiencia del Reino Unido (PBR) y Chile (GRD) demuestra que los pagos prospectivos y vinculados a resultados (valor) son más eficientes que el pago por servicio retroactivo.

Mecanismos de Negociación Colectiva: El modelo corporativista alemán ofrece un camino para estandarizar precios y condiciones, reduciendo la asimetría de información y los costos de transacción que plagan la negociación individual EPS-IPS en Colombia.

Fortalecimiento de la Atención Primaria: El NHS británico y la reforma APS en Colombia coinciden en que una atención primaria robusta, que controla los pagos según desempeño, es la base para un sistema eficiente y de calidad.

## **Análisis de Resultados y Discusión**

El análisis comparativo revela que Colombia ha logrado un hito en cobertura de aseguramiento, pero su modelo de contratación ha sido un inconveniente para la eficiencia y la calidad. Los resultados del sistema están marcados por una paradoja: alta cobertura teórica con baja calidad percibida y persistentes barreras de acceso.

### **Síntesis de los Hallazgos Comparativos**

La comparación evidencia que los sistemas con mayor integración y mecanismos de pago sofisticados (Alemania, Reino Unido) obtienen mejores resultados en eficiencia y calidad. Chile, con su modelo de redes, muestra un camino intermedio exitoso en el contexto latinoamericano. México, por el contrario, sirve como advertencia sobre los efectos perversos de la fragmentación programática, un espejo en el que Colombia puede verse reflejada en su relación EPS-IPS.

### **Impacto de la Evolución Normativa Colombiana**

La transición desde el pago por servicio hacia la capitación con gestión del riesgo (Resolución 2292 de 2020) es un avance alineado con las lecciones internacionales. Sin embargo, la implementación choca con una arquitectura institucional fragmentada. La Ley 1751 de 2015, al enfatizar el derecho, tensiona el modelo de competencia gestionada y exige una contratación más orientada a la garantía que al lucro, un principio similar al que rige al NHS británico.

#### **Hacia un Modelo de Contratación Estratégica para Colombia**

La evidencia sugiere que el futuro de la contratación en Colombia debe orientarse a un modelo de contratación estratégica, como el propuesto por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2023), que priorice:

La Integración: Promover contratos de red o alianzas estratégicas entre EPS e IPS, superando la atomización.



El Valor: Consolidar el pago por capitación ajustada por riesgo y profundizar en los mecanismos de pago por desempeño y resultados en salud.

La Gobernanza: Fortalecer el rol rector del Estado, no solo como regulador, sino como articulador de la negociación, inspirándose en los modelos alemán y británico para generar mayor predictibilidad y equidad.

## Conclusiones

Los modelos de contratación colombianos han evolucionado desde un esquema presupuestal rígido hacia uno de mercado con altos costos de transacción, y actualmente buscan transitar hacia un modelo basado en valor y atención primaria. La comparación internacional demuestra que este último camino es el correcto, pero requiere reformas estructurales profundas.

La principal fortaleza del sistema colombiano su amplia cobertura de aseguramiento se ve severamente comprometida por la debilidad de su modelo contractual, que genera ineficiencias, afecta la calidad y crea barreras de acceso. Las lecciones de Alemania y el Reino Unido subrayan la necesidad de mayor integración y una rectoría estatal más fuerte en la definición de precios y estándares. La experiencia chilena valida la utilidad de los GRD y las redes, mientras la mexicana advierte sobre los riesgos de la fragmentación.

En conclusión, el sistema colombiano debe avanzar decisivamente hacia una contratación estratégica e integrada, que priorice los resultados en salud de la población por encima de los volúmenes de servicios, y que fortalezca la capacidad de gestión territorial y la atención primaria como eje del sistema. Solo así se podrá materializar plenamente el derecho a la salud consagrado en la Constitución.

## Referencias Bibliográficas

- Botero Zuluaga, D. (2008). Ley 80 de 1993. La contratación estatal en Colombia. Simbiosis entre lo público y lo privado. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106719>
- Función Pública (2007). Decreto 4747 del 2007. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=27905](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=27905)
- Gobierno. (2022, 28 de marzo). *Decreto 441 de 2022*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). (2011) ISO 31000. [file:///C:/Users/yeni.ortiz/Downloads/NTC-ISO31000\\_Gestion\\_del\\_riesgo.pdf](file:///C:/Users/yeni.ortiz/Downloads/NTC-ISO31000_Gestion_del_riesgo.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2007). Ley 1150 del 2007. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1150-2007.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2008). Sentencia T-760 de 2008. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0838-de-2025.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1438-de-2011.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Decreto 2702 de 2014.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2702-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Ley 1751 del 2015.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/anexo-tecnico1-decreto-780-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). Decreto 441 de 2022: Por el cual se establecen mecanismos de ajuste de riesgo y la nota técnica obligatoria en la contratación

en salud. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Circular Externa 24 De 2024.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2024%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2024%20de%202024.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Circular Externa No 25 De 2024.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2024%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2024%20de%202024.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Resolución 2641 De 2024.

<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/12/Resolucion-No-2641-de-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Resolución 2689 de 2024.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202689%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202689%20de%202024.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024a). Ley 2381 de 2024.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-2381-de-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Decreto 228 de 2025.

<https://consultorsalud.com/siifa-la-revolucion-en-transparencia-y-eficiencia-del-sistema-de-salud-colombiano-bajo-el-decreto-0228-de-2025/>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución 037 de 2025.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20037%20de%202025.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20037%20de%202025.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución 050 2025.

<https://consultorsalud.com/gobierno-habilitacion-ripss-resolucion-050-2025/>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución No 067 de 2025.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20067%20de%202025.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20067%20de%202025.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución No 2689 De 2024.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202689%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202689%20de%202024.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución No 2717 de 2024.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202717%20de%202024.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202717%20de%202024.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025). Resolución No 2718 de 2024. <http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2718-de-2024.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Informe mundial sobre el financiamiento de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS. <https://www.paho.org/es/temas/financiamiento-sistemas-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Lineamientos de seguridad del paciente y calidad en los sistemas de salud*. <https://www.who.int>

Revista de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – Acemi. (2024). Sistema de colombianos que nos corresponde Un patrimonio de los a todos defender. [https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/04/CONEXXION-ED-28\\_OK-4.pdf](https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/04/CONEXXION-ED-28_OK-4.pdf)

Ruiz, F., & Zapata, J. (2019). Evolución y desafíos del sistema de salud colombiano: financiamiento, aseguramiento y contratación. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 145–157.

Solarte, A. L., Arteaga Díaz, Y. M., Andrade Sánchez, K., & Herrera López, H. M. (2024). Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: Una revisión bibliográfica. *Informes Psicológicos*, 24(1), 69–89. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05>