



Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Artículo de reflexión

Trascendencia académica y social del MD: algunas reflexiones[☆]



Elizabeth Murrain Knudson

Enfermera Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Auditoría en Salud, Magistrada del Tribunal Nacional Ético de Enfermería período 2006-2010, Candidata al Doctorado en Bioética Universidad El Bosque, Magistrada Tribunal Departamental Ético de Enfermería Cundinamarca, Bogotá D.C., Boyacá, Meta, Casanare y Amazonas período 2010-2014 y 2014-2018, Docente Universitaria del área de ética y bioética, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de junio de 2016

Aceptado el 6 de octubre de 2016

On-line el 11 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Médico

Educación médica

Profesionalismo médico

R E S U M E N

Teniendo en cuenta las diversas situaciones que se presentaron en los últimos 20 años en la atención en salud de los colombianos y analizando cómo estas situaciones han modificado la «percepción» sobre la labor médica, se exponen algunos argumentos para recordar la trascendencia, el sentido y el valor de esta profesión en el desarrollo social de toda nación y promover reflexiones que están permeadas por el respeto y el reconocimiento de los cientos de médicos que a diario dedican su vida al mejor cumplimiento de sus responsabilidades profesionales, sin que llenen los medios de comunicación o los comentarios cotidianos de los usuarios de los servicios de salud, no pretendiendo con ello tampoco ocultar situaciones evidentes de deshumanización, mediocridad y tecnocratización de algunos galenos, que lejos están de ser la mayoría.

© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Reflections on the academic and social significance of the Doctor of Medicine

A B S T R A C T

Given the various situations that have occurred in the last 20 years in the health care of the Colombians, and analysing how these situations have changed the 'perception' of medical work, some arguments are set out to remember the importance, meaning and value of this profession in the social development of the whole nation. This leads to reflections that are filled with respect and recognition of the hundreds of doctors of medicine who daily dedicate their lives to better fulfil their professional responsibilities. They do this without filling up

Keywords:

Doctor

Medical education

Medical professionalism

[☆] Conferencia presentada en el Foro de Análisis sobre el Proyecto de Ley 024 de 2015, por medio del cual se crea el Nuevo código de Ética Médica que deroga la Ley 23 de 1981. Red Distrital de Comités de Ética.

Correo electrónico: lizmurrak@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.10.004>

0121-7372/© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

the communication media or the daily comments of users of the health services, or trying to hide obvious situations of the dehumanisation, mediocrity and technocratisation of some doctors, who are far from being the majority.

© 2016 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presentación

La actual presentación la realizo con el propósito de reivindicar el sentido de la formación médica y a través de las disertaciones motivar en los entes reguladores y asociaciones científicas del área (Ministerios de Salud y Educación, Ascofame, Colegios Médicos, Asociaciones Médicas, entre otros) la necesidad también de controlar en forma objetiva, sensata y real la formación adecuada de los actuales médicos tanto a nivel de pre como de posgrado y promover escenarios de asistencia en salud dignos, virtuosos, de excelencia y calidad humana, científica, técnica y tecnológica.

Para dar inicio al tema es importante enunciar lo que nos expresa el *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* de F. Navarro sobre lo que significa la sigla: «/MD/. Esta sigla puede tener multitud de significados en inglés: 1. Forma abreviada de → MEDICAL DOCTOR o /Medicinae doctor/ ('doctor en medicina' en Inglaterra, pero 'licenciado en medicina' en los Estados Unidos) [...]».

La Ley 23 de 1981, «por la cual se dictan normas en materia de ética médica en Colombia», dice en el artículo 1 numeral 1:

[...] La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes [...]

Y en el numeral 2 segundo párrafo continúa expresando:

[...] En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión [...].

Tales ejercicio y actitud influyen en la imagen social del médico, que debe ser empática y humana (fig. 1). Lo cual se mantiene en las disposiciones generales, capítulo 1, artículo 1 con sus diferentes numerales del proyecto «Normas en Materia de Ética Médica» en elaboración durante el año 2015.

Por tanto, ese es el mayor sentido del concepto médico MD, la persona que tiene gran conocimiento de las ciencias básicas, biológicas, humanas, sociales, científicas, técnicas y tecnológicas, entre otras, y las pone al servicio de cada uno de sus pacientes, primero escuchando sus dolencias o males-tares, luego movilizandoinformación para inferir qué es lo que ocurre en ese sujeto humano, y producto de esa inferencia/análisis tomar las mejores decisiones clínicas teniendo



Figura 1 – «Expresión médica humana», fotografía disponible en:

<http://office.microsoft.com/es-es/clipart/default.aspx>.

como marco de referencia el tiempo, el modo, el lugar y las condiciones personales, familiares, socioeconómicas y culturales de cada paciente.

El «formulador de medicamentos» de baja calidad, uso y pertinencia en nuestros consultorios, hospitales o clínicas frente a todo dolor de cabeza, abdomen, etc., que se somete a las decisiones administrativas y rentistas, limitando su campo de acción profesional, científica, técnica y tecnológica y que permite que la administración le indique qué tipo de tratamientos, procedimientos, laboratorios o demás medios diagnósticos o terapéuticos debe movilizar para poder interpretar adecuadamente los signos y síntomas que encuentra, y quien prescribe a sus pacientes sin realizar una mayor interpretación clínica eficiente, veraz y oportuna, es un tecnócrata y lejos está de cumplir con idoneidad su función como médico, lo cual incluso ha sido recreado gráficamente a través de caricaturas como la que se presenta en la figura 2.



Quino (antropología médica periódico El Tiempo: 10/2010)

Figura 2 – Quino: «Antropología médica» (periódico El Tiempo, 10/2010), gráfica disponible en:

<http://office.microsoft.com/es-es/clipart/default.aspx>.

Quizás esa conducta médica sujeta a los intereses económicos de los dueños de IPS y EPS en Colombia desde el año 93 hasta la fecha¹ sea el caldo de cultivo del actual perfil epidemiológico en nuestra nación, fuente del incremento de enfermedades agudas y crónicas, algunas que ya se habían controlado en el siglo pasado y las que son de alto costo, cuando la persona ha consultado en forma periódica y oportuna. Este individuo que ostenta el título de médico y que se comporta en forma alienada también es un tecnócrata cumplidor de órdenes imprecisas que tienen un impacto negativo en la salud de sus congéneres, lo cual no es lo que se encuentra consignado en los principios que rigen la medicina en Colombia², el juramento hipocrático ni lo que ha determinado una adecuada práctica profesional.

Aspectos sociopolíticos que han comprometido la educación médica

La proliferación de programas de medicina a lo largo y ancho de nuestro país desde la creación de las leyes 30 de 1992 y 100 de 1993, así como la secuencia de decretos reglamentarios, han facilitado el incremento de registros calificados en todo tipo de programas de educación, pero en particular los de medicina de pre y posgrado dando respuesta a un concepto rentista de la salud y la educación, pues incrementa significativamente el lucro por parte de los dueños de los locales, teniendo en cuenta que para nadie es un secreto el alto costo de las matrículas, que oscilan entre \$6.500.000 y \$14.000.000 (US\$ 2000-3.500) semestrales por estudiante.

La laxitud paradójica del Ministerio de Educación Nacional con las múltiples normas y decretos expedidos no ejerce el mismo control que años atrás evidenciara el ICFES y ha favorecido ese incremento, teniendo como consecuencia inmediata la pauperización de la atención en salud en Colombia, el detrimento de la condición y calidad de vida de los médicos y los trabajadores de la salud en general, y lo que es peor, la presencia de médicos graduados sin perfil profesional idóneo ni competencia alguna, tal y como lo enuncia el doctor Fernando Guzmán Mora, MD, en el editorial de la «Página del Presidente de la Federación Médica Colombiana»³.

Una de las causas de la grave crisis que vive la medicina es, sin lugar a dudas, la proliferación de facultades y escuelas de medicina, que han inundado de profesionales de calidad variable y formación discutible todo el territorio nacional. Los altísimos niveles alcanzados en la formación de los médicos colombianos, probados por el tiempo y los países en donde los profesionales demostraron su excelencia intelectual ética y técnica, han sufrido un deterioro progresivo. Y lo que generalmente se encuentra es que, mientras detrás de la apertura de una facultad pública se encuentra un líder político local ávido de poder, en su contraparte privada se halla un comerciante ansioso en obtener dividendos. Hemos llegado hasta la aberración conceptual de un demagogo bogotano, que planteaba formar algo así como «médicos descalzos», como si en Colombia no existieran suficientes profesionales universitarios educados en buenas facultades de medicina y con una formación básica de buen nivel.

Y que en la conclusión del mismo texto enuncia:

[...] Dejando todo en manos del mercado el desastre social que el neoliberalismo ha producido se refleja también en la educación médica. La libertad de oficio y el libre desarrollo de la personalidad, sumados a la liberación de la educación en manos de particulares, llevarán a un deterioro irreversible de la medicina colombiana. Se formarán médicos baratos, ejerciendo una medicina barata y de una calidad aún más barata. La buena medicina será testigo de su propio entierro.

Por todo lo anterior, la Presidencia de la Federación Médica Colombiana, debe exigir de las autoridades competentes la más urgente intervención para frenar la apertura de estos engendros académicos y el seguimiento sobre las facultades ya existentes para obligarlas a la recertificación o el cierre.

La sociedad será la única perjudicada de un deterioro en la calidad de sus médicos y en la salud de sus asociados.

Es justo y dable exigirle al Estado una intervención real y no el mantenimiento de un silencio cómplice, tal como lo ha venido haciendo en varias esferas de la vida nacional³.

Lo anterior es coincidente con lo que percibe la sociedad colombiana, lo planteado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en la investigación titulada «Educación Médica en Colombia: estadísticas básicas pregrado y especialidades medicoquirúrgicas»⁴, liderada por el doctor Ricardo Escobar Gaviria, MD, jefe de la división de educación e investigación de ASCOFAME, elaborado en septiembre de 2012, y lo que expone con bastante preocupación el doctor José Félix Patiño Restrepo, MD, en la entrevista que le realiza el periódico *Portafolio* y cuyo texto es publicado en la página del *Observatorio de la Universidad en Colombia*⁵ con el título «La formación de los médicos en Colombia está en cuidados intensivos»:

[...] Igualmente, muestra su preocupación por el tema de la calidad de la educación superior, particularmente por la proliferación de facultades de medicina. [...] El tema de la educación inquieta tanto al doctor Patiño como el de la salud. Para él, la proliferación de las facultades de medicina se debe a que «el Ministerio de Educación ha sido demasiado laxo en darles registro». Afirma que la formación que brindan la mayoría de las nuevas facultades tiene falencia en ciencias básicas, en la formación en ética y en humanismo. Respecto a cómo mejorar la calidad educativa en este campo [...] que no permita que se dé un registro calificado si no se cumplen los requisitos mínimos para tener una buena facultad y las que están funcionando sin ellos deben cerrarse.

La educación médica, por tanto, debe retomar, recrear y proponer los aspectos fundamentales que le han dado sentido y valor en la historia de la humanidad; no son los abogados ni los economistas los que les deben indicar a los médicos qué hacer y cómo hacerlo en sus consultorios, áreas y servicios. Sin embargo, llevan en Colombia más de 20 años bajo ese yugo obedeciendo fielmente exigencias rentistas y actuando

en contra de los propios principios disciplinares; por tanto, es imperativo que el médico retome las características que lo definen como profesional eficiente e idóneo en el contexto social como prestador de servicios de salud⁶: *proveedor de cuidado*, para lo cual cuenta con altos y amplios conocimientos en las ciencias correspondientes; *buen comunicador*, con manejo efectivo, sencillo, claro y oportuno de las estrategias de la comunicación efectiva, empática y asertiva, tanto verbal como no verbal; *tomador de decisiones*, *líder comunitario/social* y *administrador efectivo* y *eficaz*, que le permita ejercer con dignidad el título de MD y su rol profesional, y al dignificar su labor, profesionalismo y gestión, contribuir al desarrollo social de la nación.

La educación médica debe retomar aquellos aspectos de la buena educación en el área de las ciencias básicas, la ética, el humanismo, las técnicas y tecnologías, los métodos de enseñanza que hayan sido positivos, los aspectos flexnerianos trascendentes⁷, *adoptar* los modelos normativos, académicos y asistenciales que puedan dignificar su presencia y gestión como profesión, no obedecer sin ninguna reflexión crítica, no queremos médicos «dolorán» expropiados de su gestión clínica por la rentabilidad financiera del actual modelo de atención en salud, sobre todo teniendo en cuenta que en Colombia tanto la ley 30 de educación de 1992 como la ley 100 de salud y protección social de 1993 han llevado al detrimento profesional, laboral y social, como lo continúa diciendo el doctor Patiño Restrepo:

[...] estas leyes le están causando un daño enorme a la medicina. Si esto no se cambia, Colombia se va a quedar sin buenos profesionales médicos y va a haber personas con el título de médico que no van a ejercer la profesión médica sino el oficio de la medicina y no al servicio del paciente sino al de la entidad aseguradora intermediaria. Se cambió el imperativo hipocrático por el mandato burocrático de los entes administrativos. Hay que modificar el modelo [...].⁷

De no hacerse esto, la imagen, identidad y competencia de la profesión médica, ese sentido y valor de lo que representa el MD desde el punto de vista profesional, académico y social, se verá más comprometida de lo que tenemos hoy en Colombia, se acrecentarán las necesidades en atención en salud, bajará la motivación y compromiso de los que estudian medicina y aumentará la pauperización laboral, que ha permitido en forma sostenida durante los últimos 20 años el pago mensual promedio de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes por jornadas de trabajo de 6 a 8 horas, lo cual está obligando al médico a tener hasta tres y cuatro trabajos para medio recibir un promedio mensual que le de subsistencia a su condición personal y familiar, lejos obviamente de proveerle condiciones de calidad de vida digna, si contrastamos esto con los altos costos de las matrículas por semestre de los estudiantes en pre y posgrado, ante lo cual dejo planteada para la reflexión la pregunta con la que inicié el presente texto, ¿en dónde puede quedar la trascendencia académica y social del MD, si no varía el contexto laboral, económico, político y social actual?

Aspectos sociopolíticos y administrativos que han comprometido la asistencia médica

Hemos compartido de manera general el contexto actual de la formación médica y su impacto en los servicios de salud e imagen pública de los profesionales de la medicina. Ahora recrearemos algunas situaciones de la asistencia médica en el marco del actual sistema de salud promovido desde 1993. Es indiscutible que el actual sistema de atención en salud en Colombia ha comprometido la autonomía, la ética¹ y el profesionalismo⁸⁻¹⁰ de los profesionales de la salud, y particularmente de los médicos¹¹⁻¹⁵, en los siguientes aspectos:

- Pérdida de la autonomía en la toma de decisiones.
- Imposición de axiología empresarial.
- Presencia de factores que predisponen al error:
 - Sobrecarga y estrés laboral.
 - Contratación de personas sin experiencia.
 - Falta de capacitación al profesional.
 - Restricción administrativo-económica para la prestación de servicios de salud.
 - Contratación laboral a destajo y mal remunerada, con el tiempo y el volumen de pacientes como determinante de eficiencia y calidad profesional.
 - Presencia de altos niveles de rotación y movilidad de médicos, dificultando la secuencialidad científica y técnica eficiente, efectiva y de calidad en la atención de las personas.
 - La competitividad y exigencia rentista ha promovido la deslealtad profesional y el «canibalismo médico».

Todo lo cual ha comprometido el nivel de profesionalismo médico¹⁶⁻¹⁹ en los siguientes aspectos:

El *altruismo profesional*, que constituye la esencia del profesionalismo y está fundamentado en la norma de que la obligación es el interés del paciente, por encima del propio.

La *responsabilidad profesional*, que es un elemento importante y obliga a los médicos al mantenimiento adecuado de las normas de la relación paciente/médico, y con sus compañeros de profesión le obliga a seguir los conceptos éticos de la medicina consagrados por el tiempo.

El *deber profesional*, que se expresa por la libre aceptación de un compromiso de servicio, con la disponibilidad y la capacidad de respuesta cuando se requiere, aceptando los inconvenientes de abordar las necesidades de los pacientes, soportando los riesgos inevitables para sí mismo cuando está en peligro el bienestar de un paciente y defendiendo la mejor asistencia posible con independencia de la capacidad que tenga el paciente para pagarla. Incluye también la voluntad de desempeñar un papel activo en las organizaciones profesionales y de ofrecer voluntariamente sus conocimientos y capacidades para el bienestar de la comunidad.

La *excelencia profesional*, que es un esfuerzo consciente para superar las expectativas ordinarias. El compromiso con la excelencia es un objetivo reconocido para todos los médicos e incluye el compromiso del aprendizaje durante toda la vida.

El concepto de honor e integridad profesionales, que implica ser honesto y sincero, mantener la palabra dada, cumplir los compromisos y ser abierto. También requiere el reconocimiento de la posibilidad de conflictos de interés y evitar que en cualquier situación predominen los intereses del médico sobre los de los pacientes. Constituye una parte integral del profesionalismo.

El respeto profesional por los demás queda reflejado en el existente hacia los pacientes y sus familias, hacia otros médicos y compañeros de actividad, como el personal de enfermería, estudiantes de medicina y residentes. Es la esencia del humanismo, que es clave para el profesionalismo y para potenciar el compañerismo entre los médicos. Además afecta en forma significativa la confianza y respeto social frente a la labor que desempeñan los médicos: «[...] La medicina dejó de ser una profesión para convertirse en un oficio, los obreros de la consulta [...]», «[...] el médico no tiene control ni siquiera sobre el paciente y su historia clínica [...]». Es por ello que la reforma al código de ética debe estar centrada en aspectos como el alto nivel de profesionalismo médico, la resignificación de la autonomía y la autodeterminación disciplinar, dentro de los mejores y más eficientes parámetros de la ética.

Autorregulación, profesionalismo, ética y autonomía que deben regularse en esta sociedad nuestra debilitada en valores, virtudes y principios humanos. Las condiciones socio-políticas nos han resquebrajado como personas, familias y sociedad durante más de 50 años, no podemos olvidar que los cambios promovidos en la actualidad tomarán su tiempo en armonizarse y equilibrar el escenario que tenemos hoy, pero si no damos inicio a la transformación ahora mismo, difícilmente lo lograremos, es un imperativo para que la ciencia médica recupere su trascendencia académica y social en la segunda década del siglo XXI, lo cual hemos visto que es vital para preservar la virtud pública de la atención en salud.

Esta es la oportunidad para recordar que como médicos de esta Colombia compleja, diversa y colmada de adversidades, sus valores han trascendido en el ámbito académico y social a lo largo y ancho de nuestra Nación, al igual que en diferentes países, llevando las mejores expresiones de su profesionalismo, idoneidad y excelencia científica, humana y técnica. El momento histórico que está gestando la transformación del contexto actual de atención en salud debe estar despojado de intereses particulares económicos, políticos y egos, promoviendo lo mejor y más digno para la profesión médica y sus connacionales.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Instituto

- de Estudios del Ministerio Público, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Procuraduría General de la Nación, Colciencias, UIS; 2009.
2. Ley 23 de 18 de febrero, por la cual se dictan normas en materia de ética médica en Colombia, 1981.
3. Guzmán Mora, Fernando. Página del Presidente de la Federación Médica Colombiana [actualizado 30 Jun 2010] [consultado 6 Ago 2012]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2322801/heraldo2322801fernando/>
4. Escobar Gaviria, Ricardo. Educación Médica en Colombia 2006: estadísticas básicas y especialidades medicoquirúrgicas, ASCOFAME [actualizado 2 Sep 2006] [consultado 6 Ago 2012]. Disponible en: http://www.ascofame.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=51.
5. Patiño Restrepo, José Félix. La Formación de los Médicos en Colombia está en cuidados intensivos, apartes de entrevista presentada a través del periódico Portafolio y publicada en el Observatorio de la Universidad en Colombia [actualizado 11 Dic 2011] [consultado 6 Ago 2012]. Disponible en: http://www.universidad.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2632:la-formacion-de-medicos-en-colombia-esta-en-cuidados-intensivos&catid=16:noticias&Itemid=198.
6. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. Medical Education. 2008;42:248-55.
7. Borrell Bentz RM. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires, Argentina: OPS-OMS; 2005.
8. Pitarque, Raúl. (2012), Profesionalidad médica en alumnos de 1° año de una Escuela de Medicina en Argentina. Significados, atributos y modos de construcción discursiva. [Tesis para aspirar al título de Magíster en Educación para Profesionales de la Salud], Buenos Aires, Argentina.
9. Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism, Blackwell Publishing Ltd 2009. Med Educ. 2009;43:829-37.
10. Camps V. La excelencia en las profesiones sanitarias. Humanitas. Humanidades Médicas. 2007;21:1-13.
11. Camilloni A. Modalidades y proyectos de cambio curricular. En: VV.AA., editor. Aportes para un cambio curricular. Buenos Aires: OPS-UBA; 2001.
12. Escanero Marcén JF. Integración curricular. Educación Médica. 2007;10:217-24.
13. Green ML. Identifying, appraising, and implementing medical education curricula: A guide for medical educators. Ann Intern Med. 2001;135:889-96.
14. Harden RM. The integration ladder: A tool for curriculum planning Medical Teacher. 2000;34:551-7.
15. Morcke AM, Eika B. Medical faculty and curriculum design—'No, no, it's like this: You give your lectures'. Med Teach. 2009;31:642-8.
16. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med Educ. 1986;20:356-65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3747885>.
17. Newble DI, Entwistle NJ. Learning styles and approaches: Implications for medical education. Med Educ. 1986;20:162-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3724571>.
18. Proyecto de Ley por medio del cual se crea el Nuevo Código de ética Médica.
19. Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República de Colombia, 16 de febrero de 2015.