

Los decretos de la Emergencia Social refuerzan la inequidad social y atentan contra el desarrollo de las ciencias de la salud

En un escenario de creciente déficit económico de los hospitales públicos y privados por las deudas no pagadas por las EPS y los entes territoriales, del enorme hueco fiscal por el que atraviesa el país, y ante la inminencia del vencimiento del plazo dado por la Corte Constitucional para cumplir la orden de universalizar el aseguramiento y nivelar los planes obligatorios de salud emanada de la T-760/08, el Gobierno Nacional decidió decretar un 'Estado de Emergencia Social' que se materializó con la expedición del Decreto 4975 de diciembre 23 de 2009 y trece decretos adicionales entre diciembre 23 de 2009 y enero 21 de 2010.

En Colombia el Estado de Emergencia económica, social y ecológica es, junto con el estado de guerra exterior y el estado de conmoción interior, uno de los tres tipos de Estados de Excepción que, según el Art. 215 de la Constitución Nacional (reglamentado por la Ley 137/94), habilitan al Presidente de la República para declarar, por 30 días, la emergencia frente a hechos que constituyan grave calamidad pública, o que perturben en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país. Durante este período el Presidente y los ministros pueden dictar decretos con fuerza de ley sólo sobre los hechos que motivan la declaratoria, requiriéndose demostrar que los instrumentos legales vigentes son insuficientes y no aptos para conjurar la situación y la imposibilidad de prever las causas que la originan.

Causas de la emergencia y su impacto: Mitos sobre la crisis del sector

La declaratoria de emergencia social se justifica en el déficit económico de los hospitales, la aparente crisis financiera de las EPS y gobiernos territoriales y la insuficiencia de recursos que se deriva de un crecimiento de la demanda de servicios no contemplados por la Ley 100 de 1993 en los planes de beneficios, que se califica de irracional, injustificada, abrupta, acelerada, inusitada y sobreviniente; resultado del comportamiento inmoral de pacientes, médicos, jueces y autoridades públicas de salud. Según el Gobierno, si este comportamiento no se corrige, llevaría a un incremento de los costos de la atención de las enfermedades que pondría en peligro la viabilidad y sostenibilidad del sistema de salud y el goce efectivo de los colombianos al derecho a la salud.

Ante este diagnóstico, y con el propósito de corregir las supuestas prácticas irracionales, los decretos contienen una serie de temerarias medidas orientadas a controlar los costos de la atención de la enfermedad y disminuir el gasto público en salud, que han suscitado el rechazo generalizado de los profesionales de la salud, y de las asociaciones científicas y de hospitales; han detonado la alarma e indignación de los afiliados al sistema, tanto pobres como de clase media, y exaltado la crítica de los expertos y comentaristas sobre la deteriorada situación de la salud en Colombia.

Los decretos constituyen un verdadero atentado contra el derecho a la atención de la enfermedad, el bienestar y calidad de vida de todos los colombianos, y contra el buen

desarrollo científico de la medicina, su ejercicio y las condiciones de trabajo de los profesionales y trabajadores de la salud. Esto porque al igualar los beneficios entre regímenes con un POS reducido; imponer mayores obstáculos para el acceso a los servicios de salud y mayor gasto del bolsillo de las familias para su utilización; fomentar la privatización de la prestación de los servicios de salud a cargo de la red pública; limitar el ejercicio autónomo de la práctica médica y establecer nuevos impuestos regresivos al consumo, las medidas llevarán a un mayor enriquecimiento de quienes se benefician del negocio de la salud y a la ruina de personas y familias pobres y de clase media, quienes por el contrario, debieran ser objeto de protección financiera por parte del seguro público frente a los altos costos de la atención de la enfermedad.

Nivelación del POS “por lo bajo”

Con la emergencia social el Gobierno ha escogido el camino de priorizar servicios de atención básica, de calidad y tecnologías de nivel medio, y la aplicación de técnicas de costo-efectividad para nivelar los Planes Obligatorios de Salud –POS (Cap. II, Decreto 131/10). Aunque seguramente aumentarán un poco los beneficios del régimen subsidiado, el efecto neto de tal decisión será disminuir y tornar mediocres los beneficios y contenidos tecnológicos actualmente incluidos para el régimen contributivo, en el nuevo POS para todos. Igualmente, en nombre del interés general y de los criterios de inclusión propuestos, terminará por excluir las condiciones de salud de poblaciones minoritarias, como las enfermedades raras que padecen casi 3.8 millones de colombianos, las cuales quedarán condenadas a la muerte (Decreto 131, Art. 13, numeral 13.5, y artículo 14). No obstante, se pretende hacer creer a la opinión pública que quienes hoy tienen garantizado el acceso al POS del régimen contributivo son unos “ricos privilegiados” que, en su egoísmo, se niegan al aumento de los beneficios del régimen subsidiado para los pobres.

La verdad es que el sistema segmentado según la capacidad de pago de las personas creado con la Ley 100/93, dividió a la población colombiana en dos regímenes con beneficios de salud inequitativos, a tal punto que los beneficios para los pobres clasificados por la encuesta SISBEN equivalen sólo al 60% de los que reciben los afiliados al régimen contributivo, para quienes incluso los beneficios no son suficientes ni plenamente garantizados, como lo demuestra la tendencia creciente de tutelas sobre incumplimiento de atenciones contenidas en el POS y de prestaciones no incluidas pero necesarias para garantizar la vida y la salud.

¿Debemos admitir los colombianos un sistema de atención de salud con calidad y tecnologías médicas de nivel medio? Nos resistimos a aceptar que una sociedad se consuele con una tecnología y una calidad media tal como lo establece el considerando del decreto 4759/09 que a la letra dice: “Que para asegurar que los recursos destinados a la salud estén dirigidos efectivamente a atender las prioridades definidas en el plan de beneficios, es necesario establecer criterios que conduzcan a que los médicos tratantes sigan los parámetros aceptados por la comunidad médica con el fin de que los servicios de salud beneficien a los usuarios dentro de criterios de racionalidad, costo-efectividad y evidencia técnico-científica, dentro de las condiciones medias de calidad y tecnología existentes en el país”. Si se acepta que vivimos en un país de ingreso insuficiente y que el sistema de salud no puede contar con recursos ilimitados, por supuesto que no suena razonable procurar la incorporación de todas las

tecnologías costosas, de punta que, además, en muchos casos requieren de grandes volúmenes de trabajo para que sean rentables. Pero ¿y la salud y la vida dónde quedan? ¿Qué es calidad media de los servicios de salud? ¿Por qué hay que aceptar solo una calidad media? ¿Acaso nuestras vidas son de valor medio?

Nivelar por lo bajo los planes obligatorios de salud, contraviniendo la orden de la Corte Constitucional, no sólo constituye un atentado contra el derecho a la atención de la enfermedad de los grupos de mayor renta sino también a los de menores ingresos porque, además, no puede ser justo que a los pobres y a las minorías se les haya mantenido durante tanto tiempo con un plan mínimo de atención básica cuando, tratándose de salud, sus necesidades son mayores que las de las personas con mejores condiciones de bienestar y calidad de vida.

Deterioro en el acceso a los servicios

Además de la reducción de costos por la vía de nivelar por lo bajo los planes de beneficios, se ha decidido colocar mayores obstáculos para el acceso con el argumento que los pacientes, los médicos y los jueces están propiciando una utilización abusiva de servicios, procedimientos y medicamentos. Para disminuir la demanda, el Decreto 128/10 clasifica como ‘prestaciones excepcionales de salud’ PES, a los servicios de salud no incluidos en el nuevo POS cuyo acceso dependerá de la autorización y disponibilidad de recursos que definan dos organismos burocráticos creados con la misma norma (los Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales en Salud y el Fondo de Prestaciones Excepcionales Fonpres, Cap. II, Decreto 128/10) y de la capacidad de pago de las personas. Para financiar total o parcialmente tales prestaciones, los pacientes o sus familiares, deberán echar mano de sus ahorros, cesantías, pensiones voluntarias, préstamos bancarios o del patrimonio familiar (Art 16, Decreto 128/10).

Tales medidas constituyen un real atentado ante situaciones de enfermedad o de accidentes graves y catastróficos no incluidos en el POS ni cubiertos por el SOAT, pues la atención médica integral de dichas contingencias estará supeditada al interminable trámite burocrático de constatación y autorización de la excepcionalidad y de comprobación de medios económicos, estableciéndose, en la práctica, un concepto pre-definido de enfermedad y de enfermo. Las consecuencias inmediatas serán el agravamiento y complicación de la enfermedad del paciente con amenaza de su vida, y el empeoramiento de la calidad de vida y el bienestar alcanzados por su familia.

Vale la pena aquí subrayar el problema de la zona de incertidumbre, confusión o de oscuridad de la frontera de la ciencia médica que no se quiere incluir en el POS, que es propia del desarrollo científico general, y no solo de las ciencias implicadas en la salud (Art 5º, Decreto 128/10). Además, al negar la inclusión de tratamientos en experimentación o que no cuenten con la suficiente evidencia científica (Decreto 131, Art. 14), lo que no quiere decir sin ninguna evidencia a su favor, se niega una opción de vida a pacientes para los cuales no hay otra posibilidad. Una realidad que empeorará la situación para los cerca de 50 mil pacientes de alto costo y los casi 4 millones de personas con enfermedades raras que hay en el país. ¿Es esto

ético? Nos parece que la autonomía médica tiene una de sus razones en la necesidad de encontrar caminos aceptables y convenientes para el paciente en esa zona de ambigüedad.

La accesibilidad a los servicios de salud por parte de los pobres se verá igualmente dificultada por la medida que establece que sólo tienen garantía de subsidio total para afiliación al régimen subsidiado, los clasificados en el nivel uno (1) del Sisben ya que, a diferencia de lo establecido en la Ley 1122 del 2007, los del nivel dos (2) sólo recibirán subsidio pleno si se demuestra, mediante la comprobación de fuentes de ingreso, que carecen de capacidad de pago parcial para la afiliación (Art 39, Decreto 131/10), con lo que se obliga a los pobres a co-financiar su propio aseguramiento y se aumenta su gasto de bolsillo.

La utilización de los servicios de salud también se verá obstaculizada por la norma que establece (Art. 9, Decreto 131/10 que incluye el Art 162-a en la Ley 100 de 1993) que en adelante la remisión de pacientes a los servicios especializados y hospitalarios de mediana y alta complejidad tecnológica por parte de los médicos y odontólogos, sólo podrá hacerse cuando éstos establezcan el costo beneficio o costo efectividad de su decisión y no se cause deterioro financiero al sistema de salud. Si los profesionales de la salud no cumplen con tales normas, serán multados con montos que oscilarán entre diez hasta cincuenta salarios mínimos legales vigentes (Art 31, Decreto 131/10). Semejante régimen coercitivo constituye una arbitrariedad contra el deber de los médicos de garantizar la atención integral, oportuna, continua y de calidad y una contradicción con el reconocimiento de los deberes éticos expresados en el artículo 28 de la misma norma, además de una flagrante violación del derecho de los pacientes a la atención completa de su enfermedad.

De otra parte, aunque en los considerandos de la declaratoria (Decreto 4975/09) se afirma “que la población del régimen subsidiado encuentra en la territorialidad del aseguramiento, una barrera que dificulta el acceso a los servicios de salud”, los decretos no dan respuesta alguna a este problema y se siguen manteniendo límites a la portabilidad nacional del seguro. Tampoco vemos una razón, distinta a la puramente financiera, para que esa portabilidad de los derechos se restrinja al territorio nacional, pues aunque puedan ser pocos los casos, lo razonable es que quien esté afiliado al sistema y tenga un evento de enfermedad fuera del país, tenga la oportunidad de ser atendido con cargo a la financiación del sistema, por lo menos en cuanto a servicios previstos en el POS.

Tampoco es razonable que se limite la atención de los afiliados al sistema a lo que se pueda hacer únicamente con los recursos tecnológicos y científicos adoptados en el país (Art. 12, Decreto 131). Esto es equivalente a decirle a una persona: *sabemos que estás enfermo y aunque sabemos que existen opciones válidas de tratamiento en otros países, te tienes que morir porque el atraso tecnológico de nuestro sistema impide tratarte dentro del territorio nacional*. Aquella idea de que la profundización de la globalización ha dado lugar a la consolidación de las configuraciones locales, en los decretos se interpreta como un encerrarse sobre sí mismo. ¿Y en dónde quedan las oportunidades que abren las tecnologías de las comunicaciones que permiten el uso de recursos técnicos externos sin tener que mover al paciente?

Con los fallos de la Corte Constitucional estamos seguros que la sociedad ha tomado la decisión de entender la vida y la salud como un derecho fundamental, y esa decisión tiene

implicaciones en cuanto a la obligación de las autoridades públicas de hacerlo efectivo en toda su extensión, es decir, sin limitar las posibilidades de vida ni de calidad de vida que se puedan procurar a través de los servicios de salud. Y si a eso se agrega el derecho a la seguridad social, queda claro que el Estado no puede dejar caer a los individuos en situaciones de quiebra financiera por tener que atender al pago de los servicios de salud.

Regulación de la producción de conocimientos y de la práctica profesional

El paquete de medidas que atenta contra la adecuada atención de los pacientes incluye una drástica limitación de la autonomía de los profesionales de médicos y odontólogos en la producción y aplicación de la ciencia. Las medidas crean una especie de “Superintendencia” del conocimiento científico que reglamentará cuál es el conocimiento que debe producirse y cómo deberá hacerse, y establece desde el gobierno las reglas que permitirán definir los estándares y límites que guiarán la práctica profesional. Una medida de regulación de la producción y uso del conocimiento médico de grave talante autoritario, sin antecedente en gobierno democrático alguno (Cap. I y IV, Decreto 131/10).

Es bien sabido que la medicina no es una ciencia exacta ni una totalidad unificada, sino un campo que se construye a partir del aporte de varias disciplinas del conocimiento, no solo biológicas sino sociales y humanas. Que frente a los cambiantes y complejos desafíos de la salud y la enfermedad no existe una única conducta, sino una cambiante pluralidad de opciones dependiendo de las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales que las determinan. Que el trabajo del médico no se reduce sólo al tratamiento de la enfermedad de un paciente sino que incluye una serie de acciones orientadas a las personas, familias, comunidades y contra los determinantes biológicos y sociales de las enfermedades y de las inequidades en salud, las cuales, dado el ambiente de incertidumbre y de complejidad en que se presentan, no pueden ser siempre encuadradas en guías y protocolos de atención. Y dado que la relación médico-paciente es una relación humana, exige del médico una ética del cuidado, trato digno, experiencia, apoyo e interacción que no puede ser sometida a una concepción utilitarista de costo-beneficio, ni encasillada en regulaciones extremas.

La creación de esta “superintendencia” del conocimiento científico para regular y controlar la investigación relacionada con la salud y el sistema de salud, es una de las propuestas que mayor rechazo deben merecer por parte de quienes estamos en los medios académicos, dado que no compartimos la reducción arbitraria de la ciencia, ya superado por las sociedades científicas y del conocimiento. No creemos que haya quien pueda negar el impacto y el aporte de la ciencia en todos los campos y, en particular, en la superación de la enfermedad, como tampoco la importancia del llamado método científico para la constitución y desarrollo de la ciencia y de la tecnología.

Pero eso no implica que se tenga que aceptar la imposición por decreto del método científico, ni la intervención reguladora de las instituciones del Estado (Art. 3, Decreto 131/10). Y no solo porque esas funciones puedan caer en manos de funcionarios de estrecha mira que terminen por censurar el trabajo que no les sea afín, sino porque el método no es un conjunto de reglas inamovibles contrastables en términos de su “verdad”, sino el resultado de acuerdos y consensos que han ido surgiendo en la propia comunidad científica y que son susceptibles de

revisión. Son las propias comunidades científicas las que deben auto-regularse sin estar sometidas a ninguna norma legal, y la forma como esta autorregulación ocurre, lo sabemos bien, es mediante la discusión. Aquí se pretende reemplazar la discusión por la imposición: lo propio de una sociedad autoritaria.

Atentado contra la infraestructura pública

Si bien siempre será necesario mejorar el desempeño y eficiencia de los hospitales públicos debido a las inflexibilidades, especialmente en la composición de los recursos que aún hoy les impiden adaptarse bien a las condiciones del entorno, las medidas de control de costos promulgadas llevarán a la privatización de lo que queda de esta red. Con los decretos el gobierno recorta el monto de contratación de servicios entre las EPS del régimen subsidiado y los hospitales públicos. Recordemos que la Ley 1122 estableció que estas aseguradoras deberían contratar ‘como mínimo’ el 60% de las atenciones con estos hospitales para garantizar su supervivencia, reducir la integración vertical de las EPS con su propia red de prestadores privados y evitar la limitación de la libre escogencia del prestador de servicios por parte del paciente. Con los decretos de emergencia social se establece que el monto de contratación entre EPS y hospitales públicos puede ser de ‘hasta’ un 60%. El cambio de las palabras ‘como mínimo’ por ‘hasta’ otorga a las aseguradoras la libertad de contratar menos del tope básico de 60%, con lo que los hospitales quedan más expuestos al desfinanciamiento y a la quiebra (Art. 15, Decreto 133/10).

Por si lo anterior no bastara, los decretos confieren competencias a los gerentes de los hospitales públicos y a las autoridades territoriales de salud para que contraten con prestadores privados los servicios misionales de la institución y entreguen la gestión de la misma a los operadores privados (Cap. II, Decreto 133/10). Con ello terminarán por reemplazar a los profesionales y trabajadores vinculados al hospital como empleados públicos o trabajadores oficiales, por prestadores y trabajadores externos dependientes de grupos privados interesados en el negocio de la salud. La medida reducirá a las juntas directivas de los hospitales a una especie de interventores encargados de hacer seguimiento de los contratos con los prestadores y operadores privados, y los gerentes de las instituciones serán sometidos a libre nombramiento y remoción, perdiendo con ello la estabilidad que se les había garantizado para mejorar su desempeño durante el período para el cual habían sido seleccionados y nombrados (Art. 131, Decreto 133/10).

Este conjunto de disposiciones busca disminuir los costos del desempeño de los hospitales públicos precarizando los salarios, flexibilizando más los contratos laborales, desmejorando su capacidad científica y de rentabilidad social. Son medidas desafortunadas, porque se ha demostrado que la provisión pública de servicios es la más redistributiva, aporta al desarrollo de la medicina y es factor de equilibrio frente a los agentes privados. Se conoce que el hospital público permite mejorar el acceso geográfico (reducir barreras de costo de transporte y establecer referencias entre niveles) sobre todo cuando se invierte en infraestructura de nivel primario y secundario y en hospitales de enseñanza los cuales, además de prestar servicios, apoyan la docencia y la investigación. Atentar contra el hospital público es eliminar una institución necesaria para “romper” el abuso de posiciones dominantes asumidas por los agentes privados.

Cambios regresivos en la tributación

Para refinanciar el sistema se aumentan los impuestos al consumo de cerveza, juegos de suerte y azar, tabaco y bebidas alcohólicas (Decreto 127/10). Estas medidas, que deberían ser aplaudidas si se tomaran en el marco de una política orientada a prevenir las enfermedades producto del consumo, constituyen impuestos regresivos que gravan en un mismo monto a pobres y ricos sin hacer diferencia de los niveles de ingresos y de riqueza entre ellos. Se sabe que estos tributos, al permitir recolectar sólo una suma cercana a 1.2 billones de pesos no alcanzarán para universalizar el acceso al sistema ni para la nivelación de los planes de beneficios como lo ordena la Corte Constitucional. Se necesitarán al menos 4 billones de pesos para lograr tales objetivos, y lo que se recaudará con estos impuestos alcanzará sólo para pagar la deuda a las EPS y las autoridades territoriales.

El porqué de los decretos: Realidades sobre la crisis

¿En nombre de qué poder y de qué intereses el gobierno ha desmejorado el derecho a la atención integral en salud y ha decidido controlar la producción de conocimientos, la práctica de los profesionales de la salud y de los jueces convirtiéndolos en simples instrumentos del control de costos de la atención de la enfermedad? Quienes concibieron el enfoque de la ‘emergencia social’ y redactaron los decretos correspondientes, no tuvieron en mente modificar las reglas básicas del actual sistema de salud. Por el contrario, comparten la estructura básica general del sistema y sólo están preocupados por garantizar su financiación, por lo que no tienen problema alguno en recurrir a un recorte efectivo del POS y a un reordenamiento de los mecanismos de asignación, de distribución y de flujo de los recursos financieros. Con estos reajustes están saliendo a ganar las EPS y los demás empresarios, como bien lo expresa la complacencia de la ANDI y de ANIF con los decretos. Se trata de una financiación del déficit con cargo a los presupuestos familiares en lugar de tocar los excedentes empresariales. ¿Se necesita una más clara evidencia de quién tiene el poder y al servicio de quién se usan los instrumentos del Estado?

Las decisiones que expresan las nuevas normas llevarán a una mayor privatización y mercantilización del aseguramiento en salud, al otorgar mayores facilidades a las EPS y a otros aseguradores privados para que amplíen su margen de acción y de rentabilidad económica en el negocio de la salud. Por un lado, al extenderse desde las EPS al propio Estado la tarea de control de costos de la atención de la enfermedad, sus ganancias serán mayores. Por otra parte, al aumentarse la cantidad de prestaciones por fuera del POS, y al ampliarse las barreras de acceso a los servicios ofrecidos, los aseguradores privados podrán incrementar y diversificar sus actividades y nichos de mercado entre los cuales pueden extender sus inversiones de capital, asegurar su retorno y aumentar las ganancias. Sin embargo, es sabido que un sistema de salud fundamentado en el aseguramiento privado es más costoso que otro basado en un seguro público por los enormes gastos en administración y mercadeo en que incurre. De este modo, la reducción del gasto público no servirá sino para mantener el negocio del aseguramiento privado, que es el verdadero causante de la quiebra del sistema de salud, mantener el pago de la deuda externa, que ya alcanza cerca de los 50 mil millones de dólares, y sostener el gasto de la fuerza pública cuyo monto es uno de los más grandes del mundo, entre el 5 y 6% del PIB.

Es tiempo de cambio para lograr un sistema de salud equitativo

Es necesario evitar que algunas empresas privadas se sigan enriqueciendo con el dinero público y que los pobres y la clase media se empobrezcan más echando mano de sus ahorros y bienes de subsistencia para pagar por el tratamiento de sus enfermedades. Es necesario evitar que el Estado se siga desentendiendo de garantizar el derecho a la salud y de cuidar de la salud de todos los colombianos. Es necesario evitar que la medicina colombiana se siga deshumanizando y que los profesionales y trabajadores de salud sigan empeorando sus condiciones de trabajo. Es necesario evitar que los hospitales públicos sean privatizados. Es necesario evitar que la exagerada regulación de la conducta de los pacientes, de los profesionales de la salud y de las autoridades judiciales promovida para garantizar el control de costos de la atención de la enfermedad, sirva para aumentar las ganancias económicas de las EPS y reducir el gasto público en salud. Es necesario evitar que este propósito de control de costos se convierta en el altar ante el cual hay que sacrificar la dignidad y autonomía de los profesionales de la salud y los derechos de los colombianos.

La crisis que amenaza la sostenibilidad y viabilidad del sistema de salud no procede en lo fundamental de un uso irracional de los servicios de salud por parte de la población, de los jueces y de los profesionales de la salud. Deriva del enfoque centrado en la atención de la enfermedad del sistema de salud, y del despojo a que somos sometidos los colombianos por empresas privadas aseguradoras que se han convertido en verdaderos parásitos rentistas que se dedican prioritariamente a aumentar sus ganancias en detrimento del cumplimiento de sus responsabilidades de garantizar y facilitar el acceso de los colombianos a los servicios y de manejar apropiada y eficazmente los riesgos de salud.

Debemos cambiar este sistema de salud mercantilizado y reemplazarlo por otro que garantice el derecho a la salud como un derecho humano, fundamental y ciudadano, que garantice verdadero acceso universal, integral y equitativo a los servicios por parte de la población, sin diferencias de clase, étnicas o de cualquier otro tipo. Los recursos para construir un sistema de esta naturaleza existen, puesto que nos estamos gastando el 8.7% del PIB. Sólo que ese gasto no llega a los pacientes ni a la población, sino que en gran parte se queda enriqueciendo a las empresas aseguradoras y a los corruptos incrustados en las instituciones del Estado.

Bogotá, febrero 11 de 2010

Firman:

Nelson Ardón Centeno, Amparo Hernández Bello, María Inés Jara Navarro, Jesús Rodríguez García, Román Vega Romero, Fredy Velandia Salazar, Francisco José Yepes Luján

Profesores de los Posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana.