

# **Ceremonia de instalación: XLIV Convención Nacional de Gastroenterología, XXV de Endoscopia Digestiva, XXV de Coloproctología, XI de Hepatología y II Congreso Andino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Noviembre 14 de 2013.**

Fecha recibido: 05-12-13  
Fecha aceptado: 08-05-14

## **CONFERENCIA MILTON ARGÜELLO**

Dr. Luciano Aponte López, Expresidente de la Asociación Colombiana de Gastroenterología y Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva.

Dra. María Teresa Galiano, Presidenta Asociación Colombiana de Gastroenterología y miembros de su Junta Directiva.

Dr. Diego Aponte Martín, Presidente Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva y miembros de su Junta Directiva.

Dra. Yanette Suárez Quintero, Presidenta Asociación Colombiana de Hepatología y miembros de su Junta Directiva.

Dr. José Ignacio Restrepo Restrepo, Presidente Asociación Colombiana de Coloproctología y miembros de su Junta Directiva.

Dr. Reinaldo Andrés Rincón, Director de la Convención

Profesores nacionales y extranjeros invitados.

Señoras doctoras y señores doctores asistentes.

## **AVANCE CIENTÍFICO Y ANARQUÍA SOCIAL**

Cuando la doctora María Teresa Galiano, junto con la honorable Junta Directiva de nuestra Asociación, me designara para la disertación en la Conferencia “Milton Argüello”, para mí fue una obligación y hoy es un gran honor.

La medicina del siglo XIX alcanzó las primeras grandes transformaciones en sus dos últimas décadas, con el descubrimiento de los rayos X, del rádium, de la asepsia y anti-sepsia; y con la anestesia logró dominar el dolor, permitiendo los primeros y grandes avances de la cirugía en el siglo XX.

Nuestros antecesores tenían pocas herramientas terapéuticas, y por ello curaban poco, pero poseían el arte del consuelo. Los enfermos solo lograban vencer la enfermedad cuando el curso natural de esta lo permitía, bajo los designios de su sistema inmunológico. Los demás, la gran mayoría, sucumbían bajo la mirada absorta del médico, quien tomaba el pulso y la temperatura, auscultaba los signos vitales, ante lo inevitable.

Felices hemos comprobado lo que ha sucedido después de los antibióticos; vacunas; quimioterapia; radioterapia; cirugía mínimamente invasiva; los avances en el tratamiento en la úlcera péptica, hoy como enfermedad infecciosa, con la presencia del *Helicobacter pylori*, entre otros.

A mitad del siglo XX, y hacia los años 55 y 60, en nuestra facultad de medicina tuvo eco la reforma de la educación médica, impulsada por el doctor Raúl Paredes Manrique, prestigioso Decano de la Facultad de Medicina, del *alma mater*, de la Universidad Nacional de Colombia y quien les habla en estas remembranzas. Junto con el profesor Milton Argüello, fuimos frutos de la simbiosis educativa del método francés y del cambio, tan discutido a la escuela americana, donde la primera dominaba la clínica y la segunda el laboratorio y los medios preclínicos de apoyo diagnóstico. Resulta nostálgico recordar cómo nuestros profesores, antes de su renuncia mancomunada y desafiante ante el hecho cumplido de la reforma en curso, nos enseñaban como los nervios neumogástricos tomaban el nombre de nervios “vagos” porque su acción predominaba en la noche y, evidentemente, los vagos en las ciudades divagan en la noche; o al buscar con la palpación del área precordial, los soplos de origen orgánico, se sentía en la mano del explorador como la sensación de “ronroneo de gato satisfecho”. Era el llamado *trill* de los anglosajones. Y agregaban que el “*trill* es a la mano lo que el soplo es al oído”. También nos enseñaban que por la palpación buscaban la llamada cuerda cólica, que para ellos traducía espasmo del colon sigmoides; o buscaban las llamadas zonas de *head* para la interpretación del dolor visceral, sobre todo en relación a la úlcera péptica.

Recuerdo como uno de ellos, docente muy sabio y equilibrado, nos definía salud “como el silencio eufórico de los órganos.” y trataba de demostrar que si no se siente el corazón todo anda bien, si no se percibe la respiración no hay que preocuparse, si los intestinos no se oyen, ¡qué bien!, si la cabeza no duele, ¡perfecto! Hoy sabemos que esto no siempre es cierto. ¡Qué distancia hay entre esta medicina tan lejana y la existente hoy, con ecocardiogramas y demás métodos diagnósticos de la cardiología moderna, o con los impresionantes desarrollos de la imagenología!

El examen físico del paciente en gastroenterología no ha perdido su valor, en lo que refiere a la piel, conjuntivas, pupilas, dentadura, cuello, estado nutricional y peso del paciente, y en algunas otras áreas, como: la indagación de los factores de riesgos heredofamiliares, o la comprobación y valoración del dolor, pero sabemos que es muy limitado su aporte como signos semiológicos en la patología temprana o incipiente.

El examen del abdomen de ayer aporta poco, comparando con las imágenes diagnósticas de hoy, comenzando por la ecografía. Si hace una década buscábamos incipientes, hoy estamos detrás de las lesiones premalignas. La historia clínica no ha perdido valor, indagando situación socioeconómica, dieta, relación social y trabajo. La relación médico-paciente es irremplazable e insustituible para obtener el éxito en el acto médico final, el cual es curar o aliviar.

La imagenología, la electrónica, la videoendoscopia, la cromoscopia electrónica y los avances en genética oncológica, el estudio de enzimas y de hormonas, general una gran satisfacción. Los medios terapéuticos no invasivos, en todas las especialidades, asombran. La videoendoscopia ha completado la visualización de todo el tubo digestivo, con el desarrollo de la cápsula endoscópica. El ultrasonido endoscópico es cada día más promisorio, la laparoscopia, a través de orificios naturales, los llamados *notes*, nos anonadan.

Podríamos formarnos la idea que hoy existen diferentes clases de médicos, en la práctica diaria. El clínico o cirujano, con la preparación y capacidad de interpretación eficaz de los métodos preclínicos de diagnóstico para realizar una consulta a conciencia y alcanzar la meta de un buen acto médico. El investigador y permanente docente, locomotora del progreso médico, con quien la humanidad tiene una deuda incancelable. El médico tecnólogo, tan conocido y variopinto, cuya agenda está abierta para los procedimientos tecnológicos diagnósticos o terapéuticos, realizados con destreza, pero que nunca tiene cita para la consulta médica y el sistema de atención médica actual, perverso al fin y al cabo, si así lo permite. Por último, el médico actualizado en las últimas publicaciones, el *non plus ultra* del conocimiento, aquel que levita con palabra inaudible y que siempre anda en función de la búsqueda de la estatua o de la placa de bronce para el futuro, en su propia institución. Creo que ustedes ya han identificado cada uno de ellos.

Hemos avanzado como nadie podía avizorar a mitad de siglo XX, pero perdimos el derecho a un ejercicio decente y justo frente a la sociedad, como debe ser nuestra misión.

Al médico es al único profesional a quien se le regatean ingresos justos, cuando el Estado quiere hacer justicia social. Cuando se hacen programas de vivienda social, más que justificada, a los arquitectos, ingenieros y demás profesionales del ramo no se le rebajan sus emolumentos por su trabajo; a los juristas y abogados, que atienden los reclamos de la ciudadanía ante el Estado o que resuelven los conflictos entre personas, tampoco se le escatiman sus honorarios. Así, todas las actividades se desarrollan sin menoscabar el derecho a una justa remuneración. Solo los médicos tienen que aportar a la solución social el menoscabo de sus propios honorarios. Somos los profesionales más vulnerados del país, nos cancelan nuestra meritoria labor con papelitos de poco valor.

A las profesiones, como a los países lo forman sus gentes. Me atrevo a sugerir, muy respetuosamente, la lectura de un libro de aparición reciente “Por qué fracasan los países” de connotados profesores de la Universidad de Harvard: los doctores Daron Acemoglu y James A. Robinson. Ellos analizan, con documentada experticia, cómo los regímenes autocráticos y no inclusivos generan pobreza, cómo esta no está ligada a la geografía, al clima o a su extensión territorial.

Nuestro país Colombia ha cometido errores que han retrasado su desarrollo, errores que están gravitando negativamente en el futuro. Así como la dirigencia no fue capaz de intentar la canalización y buscar la navegabilidad de nuestra principal arteria fluvial, el Río Magdalena; o no desarrolló la inmensa llanura atlántica, tampoco hoy mira certeramente hacia el Océano Pacífico.

No fue capaz de organizar la Nación para brindar bienestar y seguridad económica a sus habitantes. Para algunos resultará fuera de contexto hacer estas anotaciones, pero es que si no hay desarrollo equilibrado, no hay salud, que no es otra cosa sino bienestar.

Con 127 facultades de derecho, y no hemos podido organizar la justicia. Queremos resolver el problema de asistencia médica eficaz con 57 facultades de medicina, que gradúan 2700 médicos generales cada año, con preparación deficiente. Queremos resolver el problema de la infección diarreica aguda con más consultas médicas y camas hospitalarias, cuando lo indicado y lógico es resolver el problema de agua potable y el manejo de excretas y residuos. Bien es cierto que entidades como el Instituto de Estudios en el Exterior (ICETEX), el Instituto de Bienestar Familiar, el Banco de la República, la Caja de Crédito Agrario (hoy Banco Agrario), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), o la Federación de Cafeteros, han impulsado nuestro desarrollo.

Sin embargo, en el área de la salud, hitos meritorios como: el Hospital Infantil “Lorencita Villegas de Santos” o nuestro Hospital San Juan de Dios, desaparecieron por la falta de decisión política; y en el caso del Hospital San Juan de Dios, hoy no se sabe quién es su dueño, sometiendo a nuestra Facultad de Medicina, la Universidad Nacional, nuestra *alma mater*, a la afrenta intolerable de carecer de hospital universitario.

“Colombia es, tal vez, uno de los pocos países del mundo que cierra hospitales”, Fray Bartolomé de las Casas. La Clínica del Distrito Capital permanece cerrada hace más de 10 años. Aún no se ha escrito la historia dolorosa del hundimiento del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, con el cual el Estado nunca cumplió su aporte obligatorio por ley, ya que se concibió como tripartita: empleadores, trabajadores y el Estado; o de la Caja Nacional de Previsión, ambos naufragos de la politiquería y de un sindicalismo mal entendido.

Entonces hay que anotar que no todo lo hemos realizado bien, pero sin demeritar otros esfuerzos centrales y de la periferia nacional del sector privado asistencial. Hay que reconocer obras e instituciones como: el Hospital de San José de, la ya centenaria, Sociedad de Cirugía de Bogotá ya centenaria; el Instituto Federico Roosevelt; el Hospital San Ignacio, de la Universidad Javeriana; el Hospital de La Samaritana; el Instituto Nacional de Cancerología; el Hospital Militar Central; el Hospital Infantil de la

Misericordia, también centenario; la Universidad del Bosque, el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Pontificia Universidad Bolivariana, el Hospital Universitario San Vicente de Paul en Medellín, Antioquia; la Universidad de Cali y su Hospital Evaristo García, en el Valle del Cauca; todas ellas disminuyen nuestro pesar.

Deliberadamente, no quiero destacar la calidad de todos los nuevos centros de gastroenterología y endoscopia que han aparecido en los últimos años, en diferentes regiones del país, ya que entiendo que el análisis del acontecer presente solo se puede hacer a “soto voces”, “a cuitas”, con susurros, para no enardecer pasiones. Solo me atrevería a nombrar al Hospital san Ignacio de la Universidad Javeriana, el Centro de Gastroenterología y Endoscopia de la Fundación Ardila Lule, la CIED en la ciudad de Bucaramanga, que tanto requería el oriente colombiano, y el Centro de Entrenamiento Internacional en la Clínica Colombia de Colsanitas, con el auspicio de la World Gastroenterology Organisation (WGO), en Bogotá. El aporte desde la Clínica de Marly, con la introducción de la cápsula endoscópica, ejecutoria liderada por la doctora. María Teresa Galiano, marcó un adelanto en el estudio de la patología del intestino delgado.

Se construyó la Ciudad Universitaria en la década del 40 y se está derrumbando a pedazos, ante la desidia estatal, ¡qué horror!

A esta hora Colombia se encuentra en anarquía social. Pido excusas por este crudo análisis, pero precisamente, uno de los factores que determina el progreso de los pueblos, después de la educación, es la autocrítica. Si no somos conscientes para determinar en qué fallamos, no podremos darle solución a esas faltas. Si hay duda, miren por unos segundos las publicaciones de prensa reciente: “se prohíben, por jurisprudencia de las altas cortes, la infecciones hospitalarias”. Si después de examinar con criterio jurídico por expertos, resultare contraevidente o antijurídica tal decisión. ¡Esto no es anarquía social, sino anarquía mental!

Desapareció el principio de autoridad, la justicia se encuentra en crisis, con jurisprudencias diabólicas, sin sentido, en contradicción a toda juridicidad. La salud igualmente se percibe agónica y la educación con una calidad controvertida. Estamos enfrentados a una sociedad sin principios ni valores. No se defiende a la familia, al contrario, cada vez más se le ataca y se le vulnera su estabilidad frente a la sociedad y al Estado mismo.

Con dolor de patria, registramos que en uno de los últimos puentes festivos, del 2 al 4 de noviembre, sucedieron 34 muertes, 120 heridos y 1200 conductores ebrios. Desde hace décadas acaecen más de 30 000 muertes anuales por el conflicto armado, que padecemos hace 50 años, y por la delincuencia organizada. En este país no funciona nada. Todo está por ordenarse.

Estoy por creer, con fe de carbonero, que a lo mejor tiene mucho de verdad “la maldición del ángel malo a Francisco el hombre en el camino de Macho Bayo”, como lo cuenta el juglar vallenato de la literatura guajira, el doctor Stevenson Marulanda, cuando el juglar legendario derrotó al diablo rezando el credo al revés.

Cuando los países confrontan estas situaciones buscan siempre una salida o sucumben. Nuestra Colombia, en situaciones parecidas o aún peores, encontró el rumbo y emergió airada. A pesar de todo soy optimista, creo en el porvenir, pero para ello tenemos que elevar nuestra protesta y nuestra voz.

La docencia de la gastroenterología reglamentada por Ascofame, en la década de los 80, se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios, de la Universidad Nacional, bajo la dirección del profesor Milton Argüello, nombre epónimo de esta conferencia, y coetáneamente en el Hospital de San José, bajo la égida del profesor Arcio Peñaloza Rosas, marcando derroteros imperecederos que comprometen esas escuelas. Fue entonces cuando en una decisión feliz del profesor Peñaloza Rosas, adelantado a su tiempo, admitió cirujanos para entrenarlos en gastroscopia, en ese tiempo solo para el diagnóstico. El país así lo requería.

El primer programa de gastroenterología aprobado se implementó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales, bajo la dirección del doctor. Mario Orozco, “*o tempora o mores*”. Hoy existen en dicha facultad dos programas docentes de la especialidad, uno de Gastroenterología quirúrgica y otro de Gastroenterología clínica.

La Asociación Colombiana de Gastroenterología se fundó el 24 de julio del año 1947. Los quijotes que emprendieron fueron: Luis E. Plata Esquerra, Ernesto Andrade Valderrama, Juan Di Doménico, José Antonio Jácome Valderrama, Jorge Lega Sicar, Hernando Velásquez Mejía, siendo este su primer presidente; todos ellos cirujanos generales de alto prestigio y acendrados atributos morales. Ha sido el eje de diamante que ha estructurado el avance de la especialidad, y por eso la queremos y distinguimos tanto.

En ese entonces, no existían gastroenterólogos clínicos, y solo años después surgió el primero de ellos, el doctor Ignacio Vélez Escobar, de Medellín, inspirador de la medicina rural obligatoria, que hoy debe reformarse para que deje de ser solo una contratación de mano de obra médica barata.

Allá en la lejanía, veo difuminadas las figuras de la gastroenterología quirúrgica colombiana: Hernando Anzola Cubides, Alfonso Bonilla Naar, Álvaro Caro Mendoza, Jaime de la Hoz, Mario Negrett, Jorge Segura Vargas, Néstor Andrade Valderrama, Iván Vargas, Antonio Ramírez, acompañados por Milton Argüello, Jaime Campos, Alberto Albornoz Plata, Roberto Gutiérrez Arango, Luis Valencia

Torres, Pedro Enrique Pabón, Carlos Camacho y muchos otros.

La gastroenterología creció con la endoscopia digestiva, y en Colombia hemos culminado 20 años de desavenencias con los cirujanos generales en su ejercicio. Estos practicaban la endoscopia alta con equipo rígido, sobre todo broncoscopio, método difícil, peligroso y limitado en sus alcances. Cuando la endoscopia apareció con equipos flexibles, más fáciles de manejar y con mayor precisión diagnóstica, los cirujanos en nuestro país, preocupados por el manejo del trauma, la abandonaron a los gastroenterólogos clínicos.

Todavía es hora de rendir un sincero homenaje a dos expresidentes, supértites en la alta cima del decoro profesional, ejemplos para imitar: Eduardo de Lima, en la ciudad de Cali, clínico brillante y docente de muchos quilates; y a Alberto Orduz, en la ciudad de Pereira, cirujano diestro, pionero de la vaguatomía selectiva. Cómo no destacar, en esta hora que acerca corazones, la hazaña lograda por el doctor Napoleón Franco Pareja, quien en compañía del doctor Jorge de Francisco, en el viejo hospital San Juan de Dios, la Hortúa, realizaron en noviembre de 1924 la primera vaguectomía selectiva en el mundo, 19 años antes que Dragstedt, 38 a antes de las experiencias de Murray y 23 antes del informe de Jackson. Dragstedt comunicó sus experiencias en el Congreso de San Francisco en el año 1961.

Napoleón Franco había publicado su experiencia con tres casos, como tesis de grado en la revista de la facultad de medicina. Así lo rememora y registra el profesor Alfonso Bonilla Naar, en su libro “Gastroenterología Quirúrgica”.

En este momento entendemos que la endoscopia digestiva, con todos sus avances diagnósticos y terapéuticos, debe ser del dominio, tanto de los gastroenterólogos clínicos, como de los cirujanos gastrointestinales, pero después de un entrenamiento adecuado, como lo ordenan los programas de posgrado en los Servicios de Gastroenterología de los hospitales universitarios.

Latinoamérica no ha podido integrarse económicamente, pero nosotros los médicos, especialmente los gastroenterólogos, hemos logrado la integración docente. Numerosos profesores de todo el continente americano son asiduos asistentes invitados a nuestros congresos. Los presentes en este congreso, venidos de Japón, Estados Unidos y de varios países Latinoamericanos, elevan el nivel científico de este. Es imperativo recordar la presencia reiterada de Pablo Sakai y Fauze Maluf Filho de Brasil; Claudio Navarrete y Pedro Llorens de Chile; Raúl Monserrat, Jorge Landaeta, Walter Oliver y Roberto Fogel de Venezuela; Guido Villa Gómez de Bolivia; Pelayo Correa de Norteamérica, así como de Néstor Chopita de Argentina.

¿Qué fines inconfesables busca este Gobierno y el Congreso en la Ley de Reforma a la Salud, que hoy nos

preocupa, al autorizar a los hospitales de tercer nivel, no universitarios, para habilitar títulos de especialistas? Al señor Ministro de Salud, eminente economista de la Universidad de los Andes, se le podría inquirir.

Señor Ministro, ¿qué pensaría usted, si por ley, se autorizara que el título o los posgrados en economía los pudieran certificar las escuelas de comercio? La ley de educación superior, que le brinda autonomía a las universidades, no puede ser la puerta de escape para burlar los programas docentes de posgrados de las mismas universidades.

No podemos aceptar un sistema de salud sin que se nos tenga en cuenta como protagonistas principales, que somos del sistema. No podemos aceptar un sistema de salud con una normatividad que ponga en entre dicho la idoneidad de los títulos de especialistas. No podemos aceptar que se apruebe la inembargabilidad de los fondos de salud, ya que de aprobarse esta, no podremos reclamar por la vía judicial las cuentas no pagadas. No podemos aceptar la aprobación de un régimen especial laboral, cuando este desmejora el existente en el sector público. No podemos aceptar que persista un sistema de contratación injusto, malevo, sometido y regido solo por la ley de la oferta y la demanda. No podemos aceptar un sistema que no le ponga coto a la corrupción. No podemos aceptar una Superintendencia de Salud débil frente a las entidades prestadoras de salud. No podemos aceptar un sistema de salud en el cual el defensor de los usuarios sea designado y pagado por las mismas entidades prestadoras de salud.

Solo podemos aceptar un sistema de salud que valore la calidad y no la cantidad. Solo podemos aceptar un sistema de salud donde el auditaje médico sea entre pares académicos. Solo podemos aceptar un sistema de salud cuando el médico tenga protección y sea intocable laboralmente, frente a sus decisiones médicas.

No podemos aceptar el sistema de reforma aprobado con tantas falencias, a falta de liderazgo del sector ejecutivo y carencia de luces del sector legislativo.

Cuando a los hombres honrados las circunstancias injustas los conducen a decisiones extremas en la defensa de sus derechos, son discutibles los imposibles morales. Es dudoso que existan estos en nuestra protesta, si se respetan urgencias y pacientes hospitalizados. La obligación moral debe existir para el Congreso Nacional o para el Gobierno Nacional, formado por el señor Presidente y su Ministro de Salud, quienes deben buscar una ley justa que impida llegar al paro médico.

El país está en mora de reglamentar el ejercicio de todas las especialidades médicas y quirúrgicas; y el Ministerio de Salud, conjuntamente con el Ministerio de Educación, deben acometer tal tarea sin dilación y con premura. Hay caos total en el ejercicio de las especialidades. Cuando esto llegue, sería deseable la integración de los servicios de gas-

troenterología con nutrición clínica, hepatología, cirugía gastrointestinal y coloproctología, sin separar lo propio de cada área quirúrgica con lo clínico.

Se requiere una reforma en educación médica a fondo, para formar médicos generales bien entrenados o médicos familiaristas con formación excelente. La docencia debe ser de tiempo completo y con remuneración adecuada.

Los residentes deben recibir un pago justo, que les permita vivir decorosamente el tiempo de estudios. En conducente un análisis para racionalizar las especialidades necesarias. ¿Para qué formar más bacteriólogos o más psicólogos? ¿No será que el país necesita más salubristas, internistas, oncólogos, proctólogos, neurólogos o más neurocirujanos?

Ganaría la Nación si parte de los billones de las regalías se dedicara a la docencia médica y a la infraestructura hospitalaria en ciudades intermedias o medianas, con el fin de volverlas atractivas para el ejercicio médico y descongestionar de especialistas los grandes centros. ¿No será conveniente que los residentes de último año presten una rotación de 3 meses por ciudades intermedias menores de 50 000 habitantes con hospitales mejor dotados, en compensación de un año rural exigido al terminar los estudios básicos?

Sería benéfico para el país que en todos los hospitales universitarios, así como hay servicios de cirugía general, tuvieran servicios de coloproctología. La competencia y destreza no está en el manejo de la patología del colon, sino en la difícil y muy especializada patología anorrectal.

¡Recuerdo, la argumentación opositora de prominentes autoridades académicas para la aprobación del servicio del Hospital Militar Central! Los desarrollos posteriores nos dieron la razón de la necesidad de su creación. En los Estados Unidos de Norteamérica se habían creado tales servicios más de un siglo antes. ¡Qué tardanza! ¡Qué miopía! Y luego, la resistencia para que los proctólogos pudieran hacer las colonoscopias. Hoy eso no es objeto de discusión.

Solo se podrá progresar y avanzar con servicios integrados de cirujanos gastrointestinales, gastroenterólogos clínicos, pediatras gastroenterólogos, y hepatólogos. Los mejores centros docentes avanzados en el mundo así lo hacen y así lo demuestran.

Nuestras asociaciones médicas y científicas han desarrollado, en los últimos 50 años, una encomiable y tenaz labor docente de posgrado, docencia que el Estado no asume y lleva a cabo de manera ínfima. Como lo expresé antes, con regocijo destacamos que Colombia haya alcanzado los méritos y el reconocimiento de la WGO para el centro de entrenamiento internacional en la clínica Colombia de Colsanitas, bajo la dirección del doctor. Luis Carlos Sabbagh.

Nuestras Asociaciones de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología se destacan para bien del país y ocupan un primer lugar entre sus pares. La junta directiva de ACADI con la organización de este

congreso, que hoy disfrutamos, merece nuestro agradecimiento perenne a nombre de toda la Nación.

Muchas gracias por el desarrollo de todos sus programas, por la acción decidida y entusiasta de los diferentes comités. Gracias por los “trainer de trainer”, por la connotada presencia internacional. Gracias por obtener para Colombia la sede del Panamericano 2016, veinte años después.

Gracias por la sede del grupo de trabajo europeo para el estudio de la enfermedad inflamatoria intestinal (ECCO), que tendrá lugar en Cartagena de Indias en septiembre del 2014, lograda por nuestra presidenta, la doctora María Teresa Galiano, y el doctor Fabián Juliao, durante la Semana Europea de Gastroenterología en Berlín.

Que Dios le brinde a todos muchos años para bien de la medicina colombiana y en beneficio de la Patria. A mí me queda el pasado con satisfacciones inmensas. A la mayoría de ustedes, el porvenir.

Agradezco la paciencia para escuchar estas deshilvanadas reflexiones, en esta hora que convoca a la unión.

¡Que Dios les bendiga y les guie!

Muchas gracias.

Luciano Aponte López, expresidente.