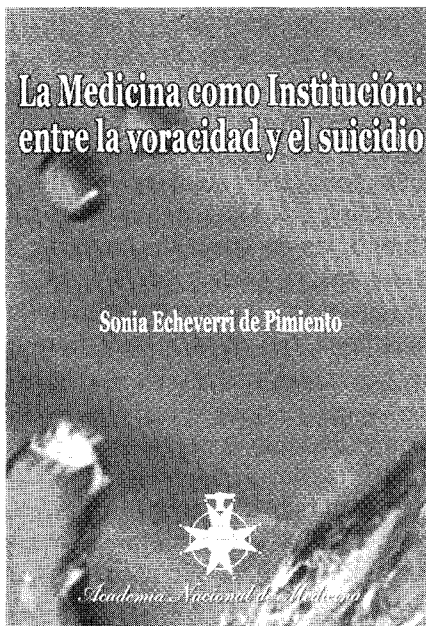


“La Medicina como Institución: entre la Voracidad y el Suicidio”

Académica Asociada Sonia Echeverri de Pimiento



la salud de los seres humanos, lo cual involucra al médico, en todas y cada una de sus especialidades; al odontólogo, enfermera, nutricionista, farmacéutico, las instituciones de salud y la legislación, entre otras.

Una institución que está sufriendo los embates de la globalización, la comercialización, productividad y la deshumanización. Pero que, tratándose de una institución, de interés social, que tiene que ver con la atención de quien sufre, del paciente, del ser humano, no puede permitir dejarse arrastrar por políticas, por intereses económicos, por la desesperanza, y por la pérdida de la virtud y de lo que originariamente debiera ser su razón de ser. Nos encontramos así, ante una situación de degeneración del papel que desempeña el médico en la comunidad. Pasa de ser el que cura, el que atiende, el que consuela, a ser el que genera dividendos. Se va desdibujando, entonces, la figura del médico caritativo, con gran sentido de humanitarismo, del médico íntegro, del que hace lo mejor por su paciente, para encontrarnos con una figura manipulada, obligada a velar por los intereses de otros y no precisamente por el interés médico de sus pacientes, lo que significa un costo muy alto, social y ético para la medicina.

Planteo también una serie de interrogantes, a manera de reflexión, acerca de la razón por la cual el médico se ha visto abocado a ejercer, además, una medicina defensiva, una medicina cuya finalidad, que no la única, sea ordenar exámenes diagnósticos para evitar demandas legales. ¿Es para protegerse del potencial enemigo? ¿Qué se ha perdido cuando el paciente apela a la ley para sentirse protegido? ¿Es para defenderse del médico a quien percibe como posible enemigo? ¿Es normal y sana esta relación? ¿La relación que se ventila en la actualidad significa sólo una relación comercial, un contrato de prestación de servicios?

Si es así, el “cliente” compra un producto –la atención médica– y el “proveedor” vende un servicio, la atención médica. En esa transacción comercial, en esa compraventa, no caben sentimientos, ni humanita-

Para mí es un verdadero honor compartir con ustedes hoy este modesto pero significativo aporte, el libro “**La Medicina como Institución: Entre la Voracidad y el Suicidio**”.

Libro que dedico a José Mario y Julián Andrés, lo más hermoso que ha pasado en mi vida.

El prólogo es del profesor Carlos Eduardo Maldonado y el epílogo del profesor José Félix Patiño.

Sin poder separar la medicina, *el arte de curar*, de la enfermería, *el arte de cuidar*, y conociendo que la medicina involucra múltiples actores, y que cuando algo le sucede a ella, bueno o malo, sin duda arrastra consigo a otros, es válido, entonces, asumir el problema de una Medicina entendida y aceptada como Institución.

De suerte que la medicina como institución puede abordarse desde múltiples perspectivas, desde la ciencia y arte de curar, el paciente, la práctica médica, entendiéndose por práctica médica, la atención y cuidado de

rismo, ni caridad, ni comprensión de quien vende el servicio, esto es, el médico. Pero en el otro extremo, tampoco es posible que se generen sentimientos de confianza, de respeto, de admiración y de gratitud. Dado que el cliente no está pagando caridad, ni confianza, entonces el proveedor podría estar obligado a brindar una atención correspondiente a lo estrictamente comprado. Porque si estamos hablando de transacciones comerciales recordemos que éstas son frías, calculadoras y por supuesto, rentables. Al introducirle exigencia de rentabilidad a una relación tradicionalmente de confianza, de humanitarismo, se está perdiendo el principio que debe primar en la relación médico-paciente sin intermediarios, sin desconfianza. Se está olvidando que la medicina es un servicio, no es una mercancía y por consiguiente no es susceptible de ejercerse como un comercio, porque no se vende salud, se cuida la salud, se vela por la salud.

Pero qué origina el deterioro de la relación médico-paciente. ¿Por qué se percibe la figura del médico desde otra óptica? ¿Por qué se convirtió en proveedor, en contratista? Y, si es consciente de ese cambio, ¿por qué lo ha permitido? Podría proponer aquí que esa modificación pudiera deberse a la evolución misma de la medicina y esto, a pesar de ser preocupante, no tendría implicaciones tan severas como si las tendría en el caso de que este cambio fuese consecuencia de o tuviese que ver, con el actuar del médico; éste parece haber perdido su norte, sus valores, sus principios, es decir, sus virtudes, y por lo tanto, habría dejado de cumplir las expectativas de sus pacientes en detrimento de la credibilidad, de la confianza que éste les transmite. Por otro lado, se podría pensar que este cambio se debe a que la sociedad evoluciona, a que estamos en la era de la globalización del conocimiento, una época que favorece la disminución de las barreras entre un pueblo que había sido por tradición médicamente ignorante y uno con más capacidad de informarse, de consultar, conocer de sus derechos y cada vez más exigente.

Entonces ¿el problema nace intrínsecamente de la evolución de la ética y de la sociedad, o es la forma como el médico aprende comportamientos que son propios de esa sociedad que ha evolucionado? Porque no podemos perder de vista que el médico forma parte de esa sociedad. Volviendo la mirada hacia atrás encontramos, por ejemplo, que con el advenimiento del Renacimiento, aquellos comportamientos, como el cumplimiento de las obras de misericordia, dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, visitar al enfermo, que por más de un milenio fueron valorados como la forma de llegar a Dios, de alcanzar la felicidad eterna, dejaron de ser apreciados y se convirtieron en un comportamiento de unos cuantos, de unos pocos fanáticos religiosos...

Si partimos de la base de que las sociedades presentan comportamientos cíclicos es posible observar cómo la medicina, profesión liberal por excelencia, ha navegado entre el esplendor y las crisis que la han

llevado a la decadencia. Históricamente se ha debatido entre épocas de iluminación y gloria y abismos profundos y oscuros. La crisis actual de la medicina se asemeja, en mayor o menor grado, a lo acontecido en épocas anteriores. Inexorablemente se va arrastrando hacia una situación de difícil retorno y recuperación a corto plazo. Y, como en épocas anteriores se requiere que ocurra algo realmente especial –movimientos políticos, reformas sociales, reestructuraciones internas, etc.– que la rescaten de su caída; sin embargo, es posible que esto puede darse a muy largo plazo.

Este cambio, que en su formación y acción, está dando el médico; las modificaciones que se observan en la percepción que del médico y de la medicina tienen el paciente y la sociedad, así como la pérdida de control del médico en la toma de decisiones a nivel particular y en el desarrollo de la medicina a nivel general, son algunos de los innumerables factores que están llevando a la Medicina a esa difícil situación. Múltiples factores, intrínsecos y extrínsecos, como son las presiones económicas, la Ley 100 reflejo de una tendencia política neoliberal, la proliferación de médicos y de facultades de medicina, entre otros. Pero ¿por qué el médico permite, acepta y asume como “normal” esa situación?. Por un lado, ¿qué lo ha llevado a entrar en un juego que resiente y que lo deja tan mal posicionado ante la sociedad? De otro lado, ¿qué le ha robado la posibilidad de protestar, de ejercer sus derechos, de hacer respetar sus valores e imponer su interés de hacer el bien, de anteponer el interés del paciente? ¿Qué lo ha debilitado? Y más grave aún, ¿qué lo ha vuelto tan vulnerable?

Si la práctica médica histórica y universalmente ha sido guiada por Hipócrates y regulada por el Estado y por la Sociedad, ¿qué ha llevado al médico a modificar su actuar en detrimento de su moralidad o de lo que éticamente está obligado a hacer? ¿Lo hace en forma voluntaria o involuntaria? ¿El ofrecimiento de un incentivo económico es suficiente para modificar su comportamiento, para actuar de manera diferente? Más aún, ¿se atiende en forma indiscriminada a todos los pacientes? ¿Recibe la misma atención un paciente de pago directo y un paciente del POS? ¿O del régimen subsidiado? ¿Es el dinero que paga “el cliente” lo que hace la diferencia?

Si bien es cierto que no todos los problemas que enfrenta la medicina en Colombia se originan en la Ley 100 de 1993, si es claro que la profundización de los mismos se ha hecho más evidente a partir del establecimiento de ésta, la cual debilita el papel del Estado como proveedor de servicios sociales, en este caso de salud y bienestar, al objetivo perseguido de hacer rentable la atención de salud, de la venta de servicios de salud y la producción de ganancias.

Escribió Einstein en su libro *Mi visión del mundo* acerca de *El Estado y la conciencia individual*: “Es una pregunta antigua: ¿cómo debe comportarse el hombre si el Estado lo obliga a ciertas acciones, si la sociedad espera de él cierta actitud que su conciencia considera

injusta? La respuesta es fácil: dependes por completo de la sociedad en que vives. Así que debes someterte a sus leyes. No tienes responsabilidad por esas acciones, cumplidas bajo coacción irresistible". Pero, agrega: "Basta decirlo con tanta claridad para comprender cuánto choca una interpretación de este tipo con la conciencia de rectitud. La coacción exterior puede atenuar en cierto grado la responsabilidad del individuo, pero nunca disculparla del todo".

Y es que Einstein le otorga un valor intrínseco a las instituciones, leyes y costumbres puesto que las reformas morales (las acciones) son el resultado de la conciencia recta de muchos individuos. Sin embargo, el valor de la reforma se anula si ésta no la asumen a su vez individuos vivos responsables.

Parafraseando a Einstein, si me lo permiten: ¿puede una Ley (Estado) obligar a un médico a realizar ciertas acciones que, de hecho, su conciencia considera injustas y que podrían ir contra lo que estima ético y moral? ¿Hasta dónde va su responsabilidad? ¿Y hasta dónde puede aceptarse una ley que no está siendo asumida por individuos responsables, y que lo obliga a actuar de un modo diferente?

Pero es importante tener la certeza de que el médico posea las herramientas para conocer y reconocer lo que su conciencia considera justo, injusto, moral o inhumano. En verdad, la ética como tal recibe una modesta consideración en la mayoría de los casos, al final del pregrado, cuando ya el estudiante ha recibido durante su formación una fuerte influencia de individuos (modelos) vivos responsables —algunos— e irresponsables —otros— envueltos en una situación a todas luces asfixiante, cuyo entorno se encuentra manipulado por terceros que sólo buscan enriquecerse. De suerte que estos modelos vivos, actúan acorralados y en medio de un ambiente totalmente contaminado; un Estado desdibujado en un modelo perverso, una red hospitalaria agonizante y desvencijada; y en el centro un paciente cada vez más desconfiado y exigente.

Es común observar cierto dolor, percibir sentimientos de impotencia, de tristeza, de preocupación e insatisfacción por la forma como se está enseñando y ejerciendo la medicina hoy. Una pregunta se pasea en todos los escenarios posibles, y aquí en esta Academia: ¿hacia dónde va la medicina?

Arriesgo aquí una hipótesis: el estudiante de medicina crece éticamente débil, ya que la medicina en su afán de estudiar el hombre en su complejidad, ha dejado de lado el estudio y enriquecimiento de su espiritualidad. Ha subestimado el estudio de las humanidades. Teniendo en cuenta el poco interés que muestran los estudiantes de medicina por la ética, enseñada tradicionalmente, es válido proponer que la Bioética se aprenda pensándola desde la educación contemporánea, donde el estudiante desde sus inicios pueda tener en su imaginario su relación con la comunidad, con la sociedad de la cual forma parte.

Sin duda, la situación que se vive empeora con la demora en el pago de las obligaciones contraídas por las IPS, debido en parte a la demora en el pago de las EPS. En consecuencia, la posición que asumen las IPS, en la gran mayoría de los casos, es de supervivencia acatando ciegamente las exigencias de los intermediarios, de los que contratan, en claro detrimento de las condiciones laborales del personal de salud, los cuales se reflejan en un reconocimiento económico y social cada vez menor. Vista desde esta perspectiva, la medicina se ejerce entre dos fuertes corrientes financieras: por un lado, el interés económico del intermediario, y por el otro, la motivación económica y de rentabilidad de la IPS, como única forma de mantenerse a flote y de sobrevivir, pero que a todas luces termina menoscabando la relación médico-paciente.

Determinar la similitud de las instituciones de salud y por extensión de la medicina como tal, con las instituciones cuyo comportamiento es voraz y con aquellas cuyo comportamiento es suicida, diferente al suicidio del que hablará el doctor Carmona, me permitió respaldar el tema central de esta propuesta.

La definición que hace Coser de las instituciones voraces bien podría aplicarse a las instituciones de salud. *"Las instituciones voraces podrían recibir ese nombre por cuanto exigen una lealtad exclusiva e incondicional y tratan de reducir la influencia que ejercen los papeles y el status competidores sobre aquellos a quienes desean asimilar por completo".* "(...) Sus demandas respecto a la persona son "omnivoras". Las instituciones voraces tienen otra característica y es que son exclusivas. Aunque pueden confundirse con las instituciones totales, la diferencia principal radica en lo que Goffman llama la segregación o aislamiento del resto de la sociedad, del mundo exterior.

Este fenómeno, el de las instituciones voraces se aborda desde tres niveles relacionados entre sí: 1) Los casos de personas al servicio de gobernantes voraces; 2) de personas al servicio de familias voraces y, 3) de personas al servicio de colectividades voraces. A partir de esto, entonces ¿se podría establecer una analogía con lo que sucede en las instituciones de salud? ¿Son las instituciones de salud realmente voraces? O, ¿sólo se comportan como tales?

Así mismo y partiendo de la base de que "la democracia y el mercado son dos instituciones que, por una parte, parecen las más adecuadas para proteger y hacer efectivo el ejercicio de la libertad individual dentro de un marco lo más amplio posible de igualdad; su estabilidad tiene, por ello, una indiscutible relevancia ética. Pero, por otra, libradas a su propio dinamismo, presentan una clara tendencia a la autodestrucción", en otras palabras al suicidio. Aunque el tema que desarrollo es el suicidio de las instituciones, recomiendo no desconocer el peligro del homicidio, especialmente del mercado.

Garzón Valdés se refiere al término 'suicidio' como *"la tendencia al comportamiento parasitario o al aumen-*

to egoísta del poder". Todo ser racional aspira a maximizar sus beneficios y reducir sus costos, por lo que todo enfoque económico de las relaciones de poder tiene que centrarse justamente en este cálculo de utilidades, además sin que le importe la posible lesión de la autonomía de los demás. De suerte que entre más racional sea el agente, más tenderá a comportamientos parasitarios y por ende, a aumentar y mantener su posición de poder.

En el caso del mercado, el argumento de institución suicida se plantea a partir del mercado libre, y la indisoluble relación entre éste y la democracia liberal, donde el consumidor, para el caso el intermediario, sería quien decidiría qué se debe producir, por lo tanto sería el verdadero soberano. Es posible también que si no existieran los comportamientos parasitarios, el afán de maximizar los propios intereses, la tendencia a desconocer los derechos de propiedad y las motivaciones egoístas, la situación sería buena y la sana competencia de mercados se daría en medio de la cooperación de todos. Desgraciadamente esto no es lo que ocurre.

Someterse a las leyes del mercado en el momento coyuntural que atraviesa la salud en el país, momento en el que importantes instituciones de salud están cerradas, en el que otras están al borde de la quiebra o en concordato, y en el que las políticas son absolutamente contrarias, exige que las instituciones de salud, en su afán de producir ganancias, de ser autosuficientes, se comporten como entes productores de rentabilidad, olvidando que la salud es una obligación social del estado, poniendo al paciente y su familia, su razón de ser, en un lastimoso segundo o tercer lugar. La atención del paciente está íntimamente relacionada con el margen de rentabilidad que ésta produzca.

Entonces, si tenemos de un lado la presión de convertir la institución de salud en un medio para obtener dividendos para sí o para terceros, el mercado entra a jugar un papel importante. La competencia, muchas veces desleal, y la exigencia de otros actores, no del todo ética, obliga a que se modifiquen las reglas del juego, hace que la institución tenga que ser rentable a toda costa, obliga a que se trabaje, en la mayoría de las instituciones, con los mínimos recursos y estándares de calidad, puesto que lo importante es reducir costos, producir dividendos para sobrevivir como institución.

Visto así pareciera que este cambio fuese bueno para las instituciones de salud. Aparentemente sí, si olvidamos que nuestra razón de ser es atender a nuestro paciente con lo mejor, con calidad, con prestadores de salud justamente remunerados. Sin embargo, la realidad es otra, médicos utilizados para generar ganancias.

Las instituciones de salud se encuentran, entonces, enfrentadas a jugar un papel, para la cual no estaban preparadas. A participar en una relación de mercado donde el más fuerte (las empresas que contratan) establecen las condiciones del juego, un juego que, me arriesgo a decir, terminará en el homicidio o suicidio de muchas de ellas.

Asistimos a una relación en la que la institución de salud es 'la más débil', fragilidad dada por la ley de oferta y demanda. Una relación en que la negociación se hace en condiciones de desigualdad y desventaja para la institución de salud que oferta el servicio, porque el poder de decisión, el poder de contratar, qué, cómo, cuándo, por cuánto y en qué condiciones, lo tiene el otro, 'el fuerte'. La voracidad de 'el fuerte', del que contrata está dada en términos de la presión que ejerce sobre la institución contratada debilitándola, ahogándola, para ello se vale de la contratación a bajos costos, de pagar lo mínimo y muy tarde, de glosar cuentas y de establecer condiciones difíciles de cumplir. Determina la ley de mercado. Esta posición de poder contrasta con la indefensión de 'el más débil', de la institución de salud, sometida al dinamismo de la libre demanda y obligada no sólo a autofinanciarse sino a producir, responde con la aceptación de las condiciones perversamente impuestas. No dejándole otra opción: acepta negociar en desventaja o muere como institución. Esta a su vez asume comportamientos voraces hacia sus empleados.

A pesar del comportamiento de las instituciones, voraz, suicida u homicida, es perentorio no perder de vista que la salud es un derecho fundamental, por conexidad, y una exigencia social, y que por lo tanto no es posible hacer de la salud un negocio rentable, porque por encima de todo está el bienestar del paciente, y el médico deberá velar por corresponder a la fe y confianza que éste deposita en su médico, ya sea asignado por azar o elegido con razón.

Igualmente el ejercicio de la práctica médica exige respeto, consideración, solidaridad, lealtad y honestidad. Como dice Diego Gracia, el objetivo último de la ética profesional es la búsqueda de la excelencia, lo que significa que es la búsqueda de la perfección, de la calidad total, de la obra bien hecha, así la relación médico-paciente sólo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir, a la excelencia.

Si partimos de la base que la dinámica de la relación médico-paciente ha sufrido una transformación, a todas luces, palpable e irreversible; es pertinente entonces, aceptar que el cambio ha ocurrido desde la esencia misma de esta relación. Drane demuestra cómo la metáfora humoral de la medicina hipocrática está vinculada con el paternalismo modelado en la metáfora de la relación padre-hijo, predominante para los médicos y pacientes en la Grecia clásica. En la metáfora paternalista, que duró miles de años, el deber de los médicos frente a los pacientes débiles y vulnerables fue considerado análogo al de un padre frente a un niño débil y vulnerable. Se esperaba que el médico hiciera lo mejor por su paciente como un padre hace lo mejor por un niño. Pero, aún a pesar de la exigencia de informar al paciente y de tener su consentimiento para actuar, algo de la antigua metáfora permanece: su componente fiduciario. Una relación fiduciaria es

aquella que se basa en la fe y la confianza; es una relación que requiere que una persona actúe en beneficio de otra más que en su beneficio propio.

¿Cómo no confío en el depositario de mi vulnerabilidad, de mi desnudez, de mis miedos, temores, de mi cuerpo? ¿Podría imaginarse una relación médico-paciente donde el enfermo abrigara dudas de su médico, no sólo de los aspectos éticos, sino de sus conocimientos? ¿Qué padre pondría en manos de un médico inexperto y de dudoso comportamiento la vida de su amado hijo, su bien máspreciado?

Y ¿qué médico o profesional de la salud sería capaz de traicionar la confianza de ese padre? ¿Quién sería capaz de dejar de hacer lo mejor –no sólo lo indicado– por esa persona indefensa, que confía en él? Sólo podría hacerlo quien sea incapaz de valorar ese acto de entrega y confianza. Podría hacerlo quien esté siendo presionado por múltiples factores externos y se vea obligado a ignorar su conciencia.

En la actualidad, la metáfora paternalista es rechazada por la sociedad a nivel oficial, aunque mantiene, todavía, grandes influencias en la forma como interactúan médicos y pacientes. La metáfora económica –¿la metáfora neoliberal capitalista?– ha tomado el lugar de la clásica relación paternalista. De tal suerte que cuando esta nueva metáfora, la económica, entra en acción, es el cliente quien tiene el poder, quien exige las explicaciones y quien toma las decisiones.

En el trasfondo de la mayoría de las normas éticas y pronunciamientos legales en materias relacionadas con la medicina, aún se encuentra presente la metáfora fiduciaria. La metáfora fiduciaria es el supuesto de fondo en los códigos de la ética médica, en las decisiones legales, y en la literatura tanto de la bioética como del bio-derecho. Según las leyes, se espera de los médicos un estándar moral más elevado, dado que son fiduciarios. El derecho responsabiliza a los médicos por su forma de relacionarse y tratar a sus pacientes.

Es posible que ya no se considere al médico como a un padre ni a los pacientes como niños, pero se espera que el médico haga lo mejor para cada uno de sus pacientes. Tanto la legislación y los pronunciamientos judiciales como los códigos médicos y las normas bioéticas dan testimonio del hecho que siempre se espera que un médico privilegie los intereses de sus pacientes por sobre sus propios intereses. La metáfora profesional y la relación fiduciaria también están vinculadas.

Aceptar que el actuar médico pueda ser guiado no por los valores éticos y principios inherentes a la profesión, sino por intereses económicos propios o de terceros y creer utópicamente que esta conducta no lesiona y deteriora su integridad moral y su concepto que de él tiene la sociedad es, a todas luces, negarse a aceptar una realidad aplastante.

De otro lado, se podría cuestionar, si más que una influencia, que bien podría tildarse de perversa, sería más bien el resultado de una ética moderna, contem-

poránea, propia de la evolución cultural, que se compadece con los tiempos que vivimos y con toda su problemática actual. La evolución de los valores morales, de los principios éticos, las modificaciones conductuales y su aceptación por los individuos y las sociedades terminan siendo propias de la comunidad y normas morales aceptadas universalmente. En consecuencia, el altruismo sería una virtud pasada de moda, mientras que la productividad y la utilidad y ganancia a la hora de administrar salud, sería lo actual y principalmente aceptado.

Así lo plantea William James, citado por I. Prigogine en “El fin de las certidumbres” como el “dilema del determinismo”, dilema en que se juega nuestra relación con el mundo, y particularmente con el tiempo. ¿Es ésta nuestra manera de participar en la verdad del mundo? La cuestión del tiempo se sitúa en la encrucijada del problema de la existencia y el conocimiento.

Finalmente, pienso que la medicina como ciencia, con todo su esplendor, sus grandes avances científicos y tecnológicos, el poder y la fuerza para manejar la vida y aplazar, o aún vencer, la muerte se ha olvidado de la esencia, ha dejado de lado la razón última: el individuo, el paciente. Visos de soberbia y arrogancia, algunas veces observados, no le han dejado ver el sentido poético de la vida y expresar la metáfora de la medicina, le han impedido ver que puede estar avanzando inexorablemente hacia un abismo profundo, hacia la decadencia, hacia una época oscura, y que ésta comenzó cuando ese individuo, parte de una comunidad y de una sociedad, empezó a deslegitimar al médico, como respuesta posiblemente a su falta de humanitarismo, de caridad, de conocimientos aplicados con sabiduría, y de humildad y respeto, desconociéndolo como persona, líder y profesional de gran valor. Alguien en quien ha venido perdiendo la confianza y el respeto. Un médico a quien reconoce motivado por intereses personales y económicos, moviéndose desgraciadamente en un ambiente voraz del cual ha sido incapaz de liberarse, por las razones que sea.

Por último y después de hacer esta reseña, que espero los motive a leer el libro, quiero agradecer a la Academia Nacional de Medicina no sólo su bondad al recibirme como miembro asociado sino, también, la publicación de este libro.

A Heriberto Pimiento, su apoyo silencioso y el respeto en mi búsqueda de otras formas de ver el mundo, además de ser un modelo de inquietud y estudio permanente.

A Carlos Eduardo Maldonado, su estimulante asesoría y apoyo incondicional, quien sin duda favoreció un mejor y mayor acercamiento al objetivo propuesto.

A la Universidad El Bosque y a la Fundación Santa Fe de Bogotá por el apoyo incondicional que he recibido para que avance en el camino escogido y finalmente, al profesor José Félix Patiño quien ha sido maestro, apoyo y guía, y a todos ustedes mil gracias por esta muestra de cariño y afecto.