

## De por qué llegamos a concebir el cooperativismo sanitario

*Rafael Krutzbart\**

*“No vendo harina, reparto levadura”*  
Miguel de Unamuno

La crisis del modelo de atención de la salud registra un alto grado de insatisfacción de la población, precisamente en un punto de enorme desarrollo científico- técnico.

Este descontento abarca todas las esferas sociales y genera cuestionamientos en la conducción económicas y políticas de la sociedad.

La sociedad padece una medicina muchas veces ineficaz, incompleta y aún así costosa, inaccesible a amplísimos sectores de la población, mientras sus ejecutores (trabajadores de la salud) padecemos un creciente deterioro económico.

Profundizando en la búsqueda de los factores generadores de esta crisis, se llega a la comprobación de que uno de los principales es el modelo médico dominante en el siglo XX, cuyas características son: “individual, biologista, tecnocrático, iatrogénico, medicalizante”<sup>(2)</sup>, cuya característica principal es la aplicación de una medicina analítica, que comenzó a usarse en el siglo XVIII.

Es induccionista, porque se basa en el principio filosófico de que todos los fenómenos complejos derivan de un principio primario simple y es dualista, pues parte de separar mente de cuerpo. Es también científicista, porque asume que el lenguaje de la filosofía y la química no sólo son suficientes, sino que son los únicos capaces de explicar los fenómenos biológicos.

Tal modelo se ha convertido en un imperativo cultural hasta adquirir carácter de dogma irrevocable, dentro de esto un aspecto que nos importa especialmente señalar es el que se manifiesta por esa superioridad del médico sobre el paciente basada en el saber, configurando una realidad médico- paciente en la que el paciente es situado y se sitúa en el sometimiento y la subordinación; el paciente se constituye en dependiente, el médico es quien va a solucionar su problema, es el que conoce su problema y el que asegura la posibilidad de salir de él.

Todo esto (como señala Belmartino) constituye el rasgo tecnológico del modelo, intentando asumir lo científico y lo técnico como los elementos de un proceso que conduce inexorablemente al bienestar del hombre; se parte de una conceptualización de lo técnico como neutro y se olvida de las contradicciones que suele haber en la aplicación de procesos técnicos en determinadas condiciones sociales<sup>(2)</sup>.

---

(\*) Médico. Presidente del Consejo de Administración de COMI- Cooperativa Prestadora de Servicios en el área de la Salud. Integrante del Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario (IDELCOOP).

Este carácter tecnocrático también surge de la configuración de un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico; de esa manera se establece una especie de decisión sobre el que sabe, por lo tanto está en condiciones de resolver los problemas de los pacientes que no saben y deben someterse a la voluntad del médico, deben aceptar la visión que el médico propone de sus problemas sin tener ninguna posibilidad de apropiarse ni siquiera de una parte de ese conocimiento.

Sin duda al crearse un vacío por lo señalado, al ser advertido, se trata de llenar. Surge el intento de lograrlo mediante la concepción psicossomática, que resulta insuficiente.

Es evidente, más aún indiscutible, que el ser humano vive y se desarrolla en un entorno físico y cultural de creciente amplitud, implicando por consiguiente la necesidad de considerar una tercera vertiente, la social, por lo que el elemento que debe agregarse al somático es el psicossocial. De esta manera arribamos al modelo médico integral, holístico.

Esta sin duda es una de las características que debe asumir el modelo del cooperativismo sanitario: medicina de la personal.

Aplicando este concepto de la medicina, pasamos de una visión analítica a una visión sintética, dejando de ver a la enfermedad como un proceso localizado y viéndola como una reacción vital e incluso como un modo de conducta. Pasamos del órgano enfermo al hombre enfermo.

A propósito de éste creo útil recordar el preámbulo de la constitución de la OMS que en su artículo primero señala: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la falta de enfermedad o dolor”.<sup>(13)</sup>

## **Humanismo y medicina cooperativa**

Este asumir a la persona en sociedad como eje del modelo del cooperativismo sanitario nos obliga a incorporar los valores del humanismo en su marco ético.

Por eso queremos coincidir con E. Fromm cuando define: “Humanismo implica la creencia en la realidad de la raza humana y en el potencial de hombre para perfeccionarse a través de sus propios esfuerzos”.<sup>(7)</sup>

La actual revitalización del humanismo constituye la respuesta a una forma agudizada de la amenaza de la esclavización del hombre por la máquina y los intereses económicos y del temor que el hombre se convierta en un esclavo de las cosas, en prisionero de circunstancias que la sociedad ha creado.

El ideal del humanismo es el de un hombre relacionado productivamente con otros hombres, capaz de responder al mundo con ánimo vital y rico no por lo mucho que posee, sino por lo mucho que es.

Es interesante recordar lo señalado por Portnoff y Gaudin al referirse a la perspectiva entre el hombre y la técnica: “Ojo con anteponer la máquina a los hombres. En la era de la imaginación es necesario contar con técnicas sociales, con medios colectivos a los que cada hombre podrá aportar su verdad parcial y podrá encontrar, junto a los demás hombres, la forma de recrear el mundo. A largo plazo lo más seguro es apostar el hombre.

Las tendencias prevalecientes de la técnica favorecen actualmente una revolución de la inteligencia, de una inteligencia repartida, diseminada, en una sociedad que ya no es de reproducción sino de recreación.

El hombre ha dejado de ser la mano de obra, el material humano, el hombre objeto, para ser un creador potencial y necesario”.<sup>(15)</sup>

Es en el terreno de los medios, de la definición de los instrumentos para alcanzar la salud, donde las formas organizativas ocupan un lugar fundamental en este aspecto de la creatividad potencial.

Sin duda el cooperativismo sanitario como creación instrumental ocupará un lugar en esta historia.

El siguiente pensamiento de F. Escardó apoya con elocuencia nuestro punto de vista: “La medicina es un menester cultural aplicado que echa mano para lograr sus fines de cuanto pueda serle útil. Su debilidad surge cuando deja limitar o reducir el campo de la elección por factores que no pertenecen a su finalidad intrínseca (curar, aliviar, restituir) sino a los intereses sociales dominantes. La medicina es una actividad regulada estrictamente por la necesidad individual pero también por la necesidad cultural; un ejercicio que marcha con los progresos globales del ser humano”.<sup>(4)</sup>

### **La salud como conquista del hombre**

Dentro que el cooperativismo sanitario implica una forma de integración de prestadores de servicio de salud y por otro lado la integración de aquellos que son acreedores de salud como un derecho real o potencialmente perdido, creemos imprescindible poner en discusión qué se entiende por salud y enfermedad.

Estos conceptos han sufrido una evolución sociocultural a lo largo de la historia.

Para Galeno la salud era “Condición de equilibrio y armonía perfecta”.<sup>(10)</sup>

Platón plantea algo similar en la República: “Salud es establecer entre los diversos elementos de la constitución humana, el equilibrio natural que somete a uno y otros”.<sup>(14)</sup>

En nuestro siglo J. Huxley<sup>(8)</sup> incorpora ya la noción de cambio según los conocimientos y objetivos de los pueblos, señalando: “La salud es una situación ideal que raramente se alcanza en la vida, sólo cuando el cuerpo funciona y la personalidad reacciona ante un desafío mayor, como una membrana tenue y pálida que se ha distendido al máximo”.

Pero coincidimos más con la definición de Ferrara<sup>(6)</sup> cuando plantea que considera: “La salud como algo que el ser humano conquista, no algo que puede tener sin intervenir activamente. De la interacción medio individuo, surge una dirección del óptimo vital, que implica la salud...”

El hombre estará en salud si puede mantener el intercambio y resolver los conflictos que se le plantean”.

En síntesis, el ser humano conquista su salud y esta conclusión está íntimamente relacionada con gestar los elementos organizativos para lograr esa conquista y sin duda el cooperativismo sanitario es una respuesta adecuada.

La salud no es meramente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, es una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida exige del individuo.

### **Enfermedad versus vida y libertad**

Los límites que separan salud de enfermedad son muy fluidos y elásticos a tal punto que pueden reemplazarse por una línea continua de disminución de la salud para llegar finalmente a una creciente enfermedad.

Escardó <sup>(3)</sup> señala en los siguientes términos la relación salud enfermedad: “Vida y salud son conceptos íntimamente ligados y como el uso de la propia vida se reconoce en la libertad.

Vida, salud y libertad son términos unimismados en el ejercicio vital. Toda enfermedad entraña por si misma disminución de la vida y una limitación de la libertad.

Salud y vida no son fenómenos absolutos ni especies simples. La salud es como el ciclo del día: a la mañana ya es día y también lo es al mediodía y a la caída del sol; cada uno de estos momentos es diurno aunque no se parezca a todos y a cada uno de los demás.

Salud es la plenitud vital relativa de cada momento. La plena salud de un viejo no es un fenómeno comparable a la plena salud de un lactante, pero ambas son salud en cuanto a situaciones de vida en equilibrio del sujeto singular.

Podemos considerar a la enfermedad como un desequilibrio de la vida pero no como su disminución. La enfermedad es en esencia una expresión de vida...”

### **Relación médico paciente**

Sin duda esta relación es difícil frente a una situación tan poco definida en sus límites como lo es salud- enfermedad y la concepción consciente o inconsciente que cada uno tiene de ella, porque como decía la sabia expresión del clásico Epíteto: “No son las cosas las que atormentan a los hombres, sino las opiniones que se tienen de ellas”.

Cada persona siente la enfermedad como un entramado sutil de factores culturales.

Es sin duda el tema de la información uno de los elementos cruciales en que se dirime la lucha por el poder en la relación médico- paciente y que Escardó <sup>(3)</sup> define a través de esta descripción:

“¿Quién es el médico, usted o yo? La presuposición de que la pregunta tiene una sola respuesta posible y es la de resituar en el médico la plenipotencia de su autoridad, ha prendido muy profundamente en la psicología del paciente: si él es el médico, es alguien superior a mi y a quien debo someterme sin chistar. El equívoco proviene de que no está en cuestión la autoridad del galeno sino la necesidad de estructurar una unidad existencial médico- paciente constituida por personas con puntos de vista diferentes pero con un objetivo común, que sólo puede ser logrado merced a su contacto, entre iguales.

El médico ha sido formado como sujeto de autoridad y para quien la consulta se fragua gracias a una serie de órdenes que el paciente debe cumplir: desvístase, acuéstese,

respire, no respire, abra la boca, muestre la lengua, siéntese, vístase... y la prescripción esquematizada: tome esto, no coma aquello, no beba lo otro, no se preocupe, no fume. Si la primera parte puede ser excusada por necesidades operativas, la segunda expresa en grado de paradigma la raíz autoritaria, dogmática y unidireccional de la consulta...

No creo muy discutible que este nuevo paciente requiere un nuevo médico, más humano, más pleno, más generoso de su tiempo y de su diálogo, más dispuesto a descender de su pedestal para tratar al paciente de igual a igual hallando el prestigio no en la distancia sino en la frecuentación, no en el silencio sino en el diálogo vigilante, no en el hermetismo, sino que en la comunicación a cielo abierto. Personalmente considero una fortuna que el nuevo paciente se haya dotado de una panoplia de renovadas exigencias, porque ello tiene que redundar en algo beneficio para el mejoramiento de la calidad del médico que, acuciado por el control y la exigencia de una comunidad informada, está obligado a mantener sus conocimientos en estado alerta. Toda información académica, por perfecta que sea, tiene un comportamiento de rigidez y enangostamiento; el médico sólo puede compensarlo si recibe de la comunidad, representada por sus enfermos individuales, el estímulo de un interrogatorio que debe aceptar si previamente ha comprendido que el eje de la enfermedad pasa por el paciente.

El concepto del hecho médico es en sí mismo una relación de persona a persona, es decir una vinculación entre iguales, igualdad que en los hechos concretos no se realiza casi nunca gracias a un régimen de solapada arbitrariedad”.

Sin embargo el cambio se produce a partir del concepto que surge de nuestra forma de considerar la constitución de la sociedad por persona con igualdad de derechos y la capacidad para actuar con libertad y por consiguiente, en responsabilidad, se establece que la relación médico- paciente debe hacerse sobre el acuerdo de partes, con igualdad de derechos y deberes.

Creemos que esta relación vista desde el paciente requiere obediencia razonable, pero no sumisión absoluta. Obedeciendo al médico, el enfermo no debe perder su condición de hombre libre, de persona y esto tiene su absoluta correspondencia con el planteo del cooperativismo sanitario donde se plantea la democratización de la relación entre prestadores y acreedores de salud a nivel institucional así como la libre elección del profesional a nivel individual.

## **Deficiencia e insuficiencias**

Lain Entralgo <sup>(11)</sup> señala y coincidimos en que “La fabulosa medicina actual es *técnicamente* insuficiente porque frente a muchas dolencias no podemos hacer nada, *asistencialmente* inmadura porque nuestro sistema de colectivización exigen reformas importantes, *profesionalmente* injusta porque no son pocos los países en que las diferencias entre los médicos rebasan lo tolerable; en fin, es *científicamente* insatisfactoria, porque (entre otras cosas) no somos capaces de articular de manera aceptable lo que del hombre enfermo sabemos, viéndolo como simple organismo vivo, pero sin mirarlo como auténtica persona”.

La medicina correspondiente al modelo médico hegemónico se caracteriza por una adoración de la técnica, cuando más compleja y sofisticada mejor. El médico cree a pie juntillas que con los estudios que indica resolverá el problema. El enfermo cree lo mismo, en buena medida adorador de la medicina que la prensa y la propa-

ganda de las instituciones mercantiles le han presentado como el sùmmum y desideràtum de la manera de curar todo.

Hay que evitar correes ese riesgo, sin caer en el otro, no menos peligroso: la vuelta a la medicina desprovista de base científica. La historia no retrocede, aunque a veces parece que se estanca.

Parte de esto es la deformación en que caen la especialización y superespecialización, que no hacen más que agravar esta visión fragmentada de la realidad del paciente, postergando curaciones, agregando muchas veces enfermedades y generando en el paciente una profunda angustia por la incapacidad de manejar la información parcial que le aporta cada especialista, muchas veces contradictoria con la de otros especialistas, faltándole el rol del médico de cabecera, verdadero integrador del paciente, de una visión de suma de órganos a persona integral.

Aldo Neri<sup>(12)</sup> comenta este defecto de la excesiva fragmentación de la atención médica diciendo: “Lo que surge desde comienzos del siglo XX es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida en que constituye una ciencia.

Los hospitales universitarios son comparativamente más patógenos. Se ha establecido que uno de cada cinco pacientes ingresados a un típico hospital iatrogénica, a veces trivial, aunque habitualmente requiriendo tratamiento específico, y que en un caso entre treinta lleva a la muerte. La mitad de estos casos resultaron ser complicaciones medicamentosas y, sorprendentemente, uno de cada diez provenía de procedimientos diagnósticos.

Y aquí se expresa una grave contradicción en que se debate la medicina moderna: por un lado su conciencia de la compleja unidad bio-psico-social que es la persona, así como la necesidad de la consiguiente personalizada, humanizada e integral, por la otra, la creciente complicación de los conocimientos y destrezas necesarios para ejercer su modalidad actual, que presiona hacia la parcelación del hombre, a lo cual se suma la tendencia automatizante generada por la masividad de las demandas emergentes de la población. Y en esta contradicción hemos respondido acentuando uno de sus términos: la vertiente especializada, la fragmentación del paciente, la despersonalización de la atención”.

Vale recordar el cuento de Scholem Aleijem en que una anciana relataba su padecimiento del médico diciéndole: “Doctor, sufro del corazón, de los pulmones, del estómago y de los intestinos y yo también estoy enferma”.

Sin duda que el modelo del cooperativismo sanitario debe cuestionar profundamente esta deformación y ofrecer salidas conceptuales desde un marco ético e integrador del hombre.

Otro costado de este enfoque fragmentador y despersonalizado es la elevación a niveles absurdos de los costos, por un lado el acto médico se encarece por su mayor complejidad pero debido a que los médicos en su afán del mejor cumplimiento de su trabajo, buscan en la técnica una ayuda no siempre justificable, son también las condiciones inadecuadas del ejercicio profesional las que a menudo motivan el intento de mejora recurriendo a técnicas compensadoras de las deficiencias del interrogatorio o el examen físico. También hay que decir que en proporción cada vez mayor, el profesional solicita técnicas, sin otro justificativo que el temor a los juicios de mala praxis.

Es posible encontrar dentro del modelo del cooperativismo sanitario mecanismos que permitan, colocando los medios diagnósticos bajo el control económico de los usua-

rios, orientar hacia un uso más racional de los mismos, y esto planteado desde la “cooperativización del gasto”, es decir de la infraestructura y los insumos que intervienen en el procedimiento dejando para el médico exclusivamente el honorario y no la explotación de la aparatología.

Es frente a la situación actual del problema que Jinich<sup>(9)</sup> se cuestiona: “La piedra de toque de la medicina es y no puede ser otra que su capacidad para sanar a las personas enfermas. ¿Ha crecido esta capacidad en proporción real con el crecimiento del número de páginas y de literatura escrita? Ciertamente que no. ¿No ha llegado el momento en que el hombre se levante para interrumpir este absurdo proceso antes de ser sepultado por él?”

El médico prácticamente está fuera de juego en esta evolución. Parte de esta situación se debe a que al ocuparse de los enfermos, el médico pone entre paréntesis la persona, porque la medicina como ciencia natural trata de objetos y no con sujetos”.

No coincidimos en la visión tan fatalista y terminante de Jinich y creemos que sigue existiendo un lugar destacado para el aporte del médico al cambio en su manera de encarar su actividad y sobre todo si este ejercicio se desarrolla sin intermediarios, tal como lo permita el ejercicio por cuenta propia gracias a la fórmula cooperativa.

### **El modelo cooperativo sanitario como alternativa del pensamiento sobre salud**

La corriente del pensamiento vinculada al profuso y diversificado movimiento cooperativista basado en las ideas de Rochedale es el origen del cooperativismo sanitario basado en el derecho del individuo, a la elección de una estructura sanitaria eficaz y participativa, dado que: 1) desaparecerían los intermediarios, 2) humanizaría el modelo no mercantil, 3) se basaría en la libre elección y 4) constituiría un sistema de previsión a nivel individual pero afrontado solidariamente entre todos los participantes.<sup>(5)</sup>

Se caracteriza por su autogestión democrática, participativa, distinta a la estatal y a la clásicamente privada, por ser todos socios que pueden intervenir, desde el poder. Está basado en el compromiso mutuo y opera en forma no lucrativa. Desde el punto de vista de su funcionamiento adopta la libre elección del profesional y pago por acto médico o captación por áreas específicas.

Coexiste con el sistema estatal que cubre a toda la población. El control directo de la gestión supone la disminución de los costos de los servicios. Las cooperativas deben tener un número de socios suficientes para afrontar sus propios servicios. De modo que está planteada como una alternativa complementaria o suplementaria no sustitutiva de la seguridad social ni de la atención privada.

Desde el punto de vista histórico se señala que los hospitales surgen como mutuales o albergues de las cofradías de artesanos, en los siglos XII al XV. Es en el siglo XV que la iglesia produce la reconversión agrupando pequeños centros en grandes concentraciones por razones económicas. En el siglo XIX se pone la sanidad en manos del estado y es en las últimas décadas que surge la alternativa del cooperativismo sanitario a veces en el marco de otras cooperativas (vivienda, trabajo, etc.)

EL modelo elabora varios constituyentes: las cooperativas de prestadores del área salud (integradas por médicos, psicólogos, bioquímicos, kinesiólogos, odontólogos, asistentes sociales, etc.) y por otro lado, cooperativas de usuarios que ante la crisis “del

estado de bienestar” y las propias carencias o insuficiencias del sistema estatal de seguridad social en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, deciden asociarse en cooperativas de consumidores o usuarios de la sanidad para organizar su propia asistencia, dotarse de instalaciones de salud adecuadas y proporcionarse los servicios necesarios. Esta es la razón fundamental y causa del cooperativismo sanitario que convertiría a los socios en protagonistas sociales, propietarios colectivos de los centros y gestores de su empresa de asistencia sanitaria.

Son entidades privadas pero de interés general y colectivo, sin ánimo de lucro y que practicarían los principios de gestión democrática, adhesión voluntaria y solidaridad.

En esta concepción existe la posibilidad de cooperativas de segundo grado, que reúnen en su seno a cooperativas de prestadores y de usuarios en los que están representados por igual los intereses de ambos sectores <sup>(5)</sup>.

La diferencia entre una sociedad anónima y una cooperativa radica en que una es una sociedad de capital y la otra de personas, aquélla retribuye en proporción al capital y ésta según el compromiso cooperativo. En la anónima se vota por lo que se tiene y en la cooperativa por lo que se es. Cada socio tiene un voto. En nuestro país sólo se han desarrollado en la práctica, sobre todo en Buenos Aires y en Rosario, experiencias de cooperativas de prestadores, a partir de la década del 70 especialmente, como respuesta alternativa al desarrollo del sistema de sociedades de prepago, empresas estas últimas que actúan como entes regulares entre la demanda del usuario y la oferta del prestador, pues así maximizan sus ganancias, lo que lleva a la subprestación médica y a la explotación del profesional.

Desde el punto de vista de la experiencia concreta de nuestro país, el empuje de los profesionales fue mayor que el de los usuarios, dando lugar sólo a la formación de cooperativas de prestadores.

El cobro per cápita y el pago por prestación constituye el mecanismo de acumulación de las empresas mercantiles, pero aparece como una grave contradicción en una cooperativa de prestadores, puesto que una enorme masa de dinero fluye fuera del sistema cooperativo de prestadores frente a cada prestación y sobre todo a medida que crece su complejidad. Dado que la retribución es la única variable que una cooperativa de trabajo puede manejar, y al tener sus posibilidades de crecimiento limitada, se hace poco menos que imposible que llegue a hacerse dueña de los medios de producción. <sup>(1)</sup>

Estas contradicciones sólo pueden tener posibilidades de resolución con el desarrollo de cooperativas de usuarios y a su vez, de cooperativas de segundo grado que reúnan a prestadores y a usuarios en su seno.

Es importante tratar de diferenciar en las distintas corrientes del pensamiento, aquellas en que la salud es un fin de las que la conciben como un simple medio vinculado al desarrollo con una visión retrógradamente economicista.

La concepción de la salud como un fin, lleva implícita una visión filosófica que ubica al hombre en el centro del problema, por lo cual el protagonismo del usuario en las prácticas de salud (tanto en lo asistencial como en lo organizativo) se convierte en un elemento claramente diferenciado de las concepciones autoritarias con respecto a las populares y democráticas.



Creemos que en salud es necesario profundizar el debate sobre qué significan las categorías (robadas de la economía) de inversión, gasto, consumo, oferta y demanda, puesto que el de la salud no es un mercado que se rija por las leyes de la economía simplemente, porque corresponde a otro ángulo de análisis donde sus límites son los de la misma vida del hombre.

## **Bibliografía**

1. Becar, Eduardo: "Propuestas y sugerencias para la conformación de una cooperativa de usuarios en el campo de la salud". Publ. COMI, Bs. As. 1985.
2. Belmartino, Susana: "Modelo médico hegemónico" Jornadas de APS –CONAMER-ARHNRG. 1978.
3. Escardó, Florencio: "Carta abierta a los pacientes" Editores Emecé, Bs. As., 1972.
4. Escardó Florencio: "La Nación", Agosto, 1989.
5. Espriu Castelló, Joseph: "Cooperativismo Sanitario", Ed., del autor, Barcelona, 1986.
6. Ferrara, Floreal: "Teoría social y salud", Ed. Catálogos, Bs. As. 1985.
7. Fromm, Erich: "Problemas de ética humanística". Ed. Fondo de cultura economista. México. 1945.
8. Huxley, J.: "Ensayos de un biólogo". Ed. Sudamericana, Bs. As. 1943.
9. Jinich, H.: "Triunfos y fracasos de la medicina en los EEUU". Gaceta Med. Mex. 72, 126, 1990.
10. Lain Entralgo, P.: "Historia de la Medicina". Editorial Salvat. Madrid, 1977.
11. Lain Entralgo, P.: "La medicina actual". Ed. Dossat, Madrid, 1981.
12. Neri, Aldo: "Salud y política social". Ed. Machette, Bs. As. 1982.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978.
14. Platón: "La República". Ed. Bergna. Madrid, 1936.
15. Potnoff, André y Gaudin, Thierny: "La revolución de la inteligencia". Editorial Inti. Bs. As. 1988.