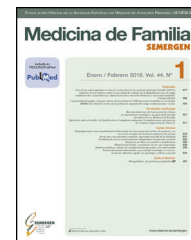




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



TRABAJANDO JUNTOS

Somos una banda: Los médicos como grupo antropológico



P. Serrano Morón^{a,*} y M. Delgado Galán^b

^a Centro de Salud Rafael Alberti, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

Recibido el 19 de enero de 2017; aceptado el 20 de abril de 2017

Disponible en Internet el 27 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Antropología;
Grupos étnicos;
Médicos de familia;
Relaciones
médico-hospital;
Directivos médicos

KEYWORDS

Anthropology;
Ethnic group;
Physician, Primary
Care;
Hospital-physician
relationships;
Physician executives

Resumen Este artículo trata de explicar cómo, desde el punto de vista antropológico, el colectivo médico se comporta como una tribu similar a las que pueblan el Amazonas o la sabana africana. La familia como unidad fundamental de la banda de cazadores define a su vez el centro de salud y a los médicos que lo habitan, como grupo igualitario en el que los miembros trabajan por el bien de la tribu. Los líderes de la tribu, también llamados directores de centro, también son similares a los grandes hombres de la Polinesia o a los aborígenes que lideran la partida de caza. Incluso los enfrentamientos entre médicos, en torno a sus competencias respecto a los pacientes, han sido descritas a lo largo de la historia por los antropólogos y repiten los patrones de los grupos segmentarios. Se concluye con que esta visión de tribus enfrentadas se ha de superar para avanzar hacia la mejora de la salud de la población.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

We are a band: An anthropological vision of the medical community

Abstract In this paper we try to explain, using an anthropological point of view, how the medical community behaves like a tribe like those who inhabit the Amazon forests or the African Savanna. The Family as fundamental unit of a band of hunter-gatherers also defines the Primary Care Centre and the professionals who work there, as an egalitarian group in which every member works for the good of the tribe. The leaders of the tribe, also called "Health Centre Managers", are also comparable to the "big men" of Polynesia or the aborigines, who leads hunting parties. Even the clashes between physicians about the responsibilities as regards patients have been described throughout history in the anthropological literature, and they

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pserranom@salud.madrid.org (P. Serrano Morón).

repeat the patterns of the segmental groups. We finish by concluding that this vision of warring tribes has to be overcome in order to advance towards the improvement of our community's health.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Seis años de carrera. Cuatro o cinco de especialidad. Cientos o miles de horas de cursos. Y al final, no nos diferenciamos tanto de los aborígenes australianos o de los yanomami del Amazonas. La profesión médica se comporta como una tribu que intenta proteger a los suyos, se relaciona de forma específica con otras profesiones y trata de elegir a sus líderes, o de no hacerlo, como cualquier otra. A pesar de que el concepto antropológico de «tribu» es tan poco definitorio que no se puede establecer de manera unívoca qué es lo que representa, la comunidad médica se describe a través del comportamiento de otras culturas y no nos encontramos tan lejos de los bosquimanos !Kung o de los esquimales.

Descripción de la tribu

«La familia es la unidad social primaria y la más coherente de los kung^a. Los lazos más fuertes que mantienen son, con mucho, los de la familia nuclear: los vínculos entre padres e hijos, entre hermanos, entre esposas»¹.

La antropología clásica describía a las bandas como «grupos igualitarios», con distribución de los alimentos y otros bienes a través de reciprocidad y con toma de decisiones por todo el grupo con liderazgos temporales que cambian según la situación a la que se enfrenten^{2,3}. Descrito así, los centros de salud de atención primaria bien podrían ser una banda de cazadores recolectores: el mismo Martín-Zurro⁴, obra canónica de la atención primaria, establece que un Equipo de Atención Primaria (EAP) es un grupo igualitario, no estratificado, donde todos los miembros (sanitarios o no) son considerados por igual pues aportan diferentes capacidades al grupo, con una Dirección o Coordinación de Centro que no tiene un poder real, ni coercitivo ni de otro tipo y que es ocupado, mayoritariamente, de manera transitoria por diferentes miembros, casi siempre del estamento médico. Esta definición no es muy diferente a cómo se describía a las tribus: «sistemas igualitarios no centralizados en los que la autoridad está repartida entre varios grupos reducidos»⁵. Y es que hemos de convenir que los EAP no dejan de ser pequeñas bandas cohesionadas bajo un sistema similar a un linaje en el que todos los miembros parten de un antepasado común claro (la especialidad de Familia adquirida vía MIR/EIR o por los años de ejercicio) que se encuentran solos en sus pequeñas aldeas, también llamadas Centros de Salud, sin tener una relación jerárquica clara con ningún grupo superior. Jefes o incluso dioses que se encuentran en gerencias lejanas y solicitan ofrendas en forma de objetivos (cartera de servicios, índices sintéticos...) que no se

corresponden a lo que los aldeanos ven en el día a día por lo que la fe en ellos solo se reafirma cuando a finales de mes la nómina ingresa en el banco o con grandes festines tipo *potlatch* conocidos como productividad.

Liderazgo en la tribu

«Cada banda de los siriono^b la preside un jefe (*ere-rékwa*), que por lo menos nominalmente ocupa el cargo más importante del grupo. Aunque, en teoría, su autoridad se extiende por toda la banda, en la práctica su ejercicio depende casi completamente de sus cualidades personales de líder. En cualquier caso, no hay obligación de obedecer las órdenes del jefe, ni castigo por no cumplirlas»⁶.

La tribu presenta también personas que ostentan liderazgos, desde pequeños *cabecillas* a *grandes hombres* o a *jefes* propiamente dichos o emperadores de pueblos enteros. En el EAP ocurre lo mismo y, además, se reproducen fielmente las diferentes formas de ejercer el liderazgo dentro del mismo. En las bandas más pequeñas, la figura de un cabecilla se erige como un rol relativamente carente de poder, al que se escucha más que los demás pero sin capacidad ejecutiva real. Un liderazgo que cambia según la situación y que se basa más en las cualidades personales del individuo que en el supuesto poder jerárquico, heredado o adquirido: aquel que conoce mejor las maneras de conseguir caza o quien lee mejor las señales para seguir una presa, pudiendo ser otro quien desempeñe otro papel en otra circunstancia. En los centros de salud puede ocurrir lo mismo: el coordinador del equipo puede ser una figura respetada porque tenga más conocimiento que los demás o porque se le dé más respeto de una manera arbitraria, tal vez incluso por llevar más tiempo en el equipo que el resto. Pero también pueden existir otras personas que no sean el coordinador que, por su conocimiento de los temas, farmacia o salud pública, por poner algún ejemplo, sean quienes influyan de manera más importante en la toma de decisiones.

«Los jefes son de igual manera indispensables en las vidas cotidianas de los trobriand^c. Normalmente las islas pequeñas son ecológicamente inestables y pobres en recursos. Como estrategia de gestión del riesgo, los jefes trobriand actúan como «banqueros tribales», invirtiendo el excedente disponible en un año normal o en un buen año en bienes de capital como las canoas (...). En un mal año,

^a Pueblo bosquimano de cazadores-recolectores que habita el desierto de Kalahari, entre Angola, Botswana y Namibia.

^b Pueblo asentado entre Bolivia y Perú, con una población actual entre 400-800 personas.

^c Pueblo que se extiende entre las islas Trobriand en Papúa Nueva Guinea, siendo de los más estudiados en Antropología a lo largo de la historia.

cuando no hay excedente, la gestión de la producción por parte del jefe garantiza unos mínimos para cubrir las necesidades de subsistencia»⁷.

En otros casos, como en la Melanesia, el liderazgo se establece a través de líderes denominados «gran hombre». Este sistema establece el liderazgo de un individuo en cuanto da a los demás sin recibir nada a cambio (más que poder y prestigio, que no es poco). El gran hombre comienza pidiendo a sus parientes que trabajen un poco más para él para tener un excedente que repartir entre sus acólitos y poder dar un pequeño festín para unos cuantos seguidores. Una vez hecho esto, convence aún a más para conseguir hacer uno más grande todavía con el que sus seguidores queden deslumbrados... y saciados. Así de manera continuada hasta que acaba retando a otros grandes hombres con festines aún mayores que empequeñezcan los de los demás, de manera que estos pierdan seguidores que acaben en sus filas. Se espera que el gran hombre sea capaz de seducir, de movilizar en torno a su persona a los demás seguidores para que accedan a sus deseos y se convenzan de que los deseos del gran hombre corresponden en realidad con el bien común⁸.

Cuando se unen varias aldeas o tribus, la organización se hace más compleja y los líderes pasan a ser considerados jefes. Estos permanecen en el cargo de manera más continuada, sin tener que revalidar su estatus con festines repetidos ni tener que ofrecer a sus súbditos una redistribución generosa ni mostrar cualidades por encima de la media.

En el centro de salud, tal vez una tribu de cazadores recolectores es con lo que guardamos más parecido y en esa franja de igualdad y de decisiones compartidas, liderados de manera transitoria por aquel que más conocimiento puede tener sobre el tema, es donde más se pueden establecer unas relaciones armónicas entre los miembros de nuestra banda. La coordinación del centro debe pivotar sobre la colaboración de todos hacia objetivos más altos que los que pueda alcanzar una sola persona.

Desgraciadamente, en los centros de salud no es extraña la figura de *jefe* verdadero o incluso de *emperador* que de veras creen tener un poder jerárquico sobre el grupo y que sus decisiones no han de ser consensuadas o que no necesitan atraer hacia sus objetivos al resto de sus compañeros de filas a los que ni convencen ni hacen que les teman con amenazas de maldiciones venidas de los dioses. Como en las bandas, los indígenas intentarán buscar otro líder, serlo ellos mismos o, en el peor de los casos, buscar otras tribus que les acojan.

En todo caso, como decía un antropólogo hablando de los yanomamo, «la función del líder político consiste en mantener el nivel de violencia dentro unas normas preestablecidas, es decir, sin sobrepasar el nivel de los golpes mortales»². Y eso, a veces, es de lo que se trata. De no matarnos.

Relaciones tribales

«Entre los tareumiut^d, el máximo exponente de dependencia entre poblados es el «festín del mensajero»: una

ocasión ceremonial importante y de elaboración considerable. Cuando un umaeliq considera que dispone (...) de un excedente grande de comida y de otros tipos de riqueza, invita a los umealit de otros poblados a un festín de estilo potlatch. En estas reuniones se celebran carreras y otras formas de competición ceremonial, y no faltan grandes exhibiciones de generosidad competitiva»⁹.

También la relación con otros profesionales ajenos a nuestro linaje, el de la atención primaria, pareciera propio de una tribu. Con los especialistas hospitalarios nos unimos como si se tratara de un *clan*, unidos todos por medio de un antepasado mítico, que en esta ocasión sería la propia carrera de Medicina compartida por todos. Esta relación con otros profesionales se podría explicar a su vez como la pertenencia a un *grupo segmentario*, que a pesar de tener símbolos comunes a todos sus miembros, poseen prácticas distintivas y se oponen los unos a los otros de manera diferenciada¹⁰: es el clásico «yo contra mi hermano; mi hermano y yo contra mi primo; mi primo, mi hermano y yo contra los demás». Se establece una relación extraña entre atención primaria y los especialistas hospitalarios pues sabemos que partimos de un descendiente común (la carrera de medicina), que adoramos a los mismos dioses (todos dependemos del mismo Servicio de Salud) y que nuestro fin es el mismo (mejorar la salud de la población a la que atendemos) pero el día a día entre nosotros los médicos está orientado más hacia la contienda que hacia la colaboración. Si no a nivel tribal, sí a nivel intertribal, es decir, dentro de un EAP las relaciones suelen ser buenas o como mínimo aceptables, pues no queda otra al habitar el mismo nicho ecológico, pero, saliendo de la frontera de nuestro poblado, las relaciones cambian significativamente. Así, los médicos hospitalarios encuentran a sus colegas del hospital como pertenecientes a una tribu similar a la suya aunque sean de una especialidad diferente, pues el territorio que comparten y habitan, el hospital, con sus recursos también compartidos por todos ellos, les hace asumir una noción de pertenencia a un grupo diferente del de primaria. Y como grupo diferente con el mismo fin que el otro aparece la contienda, aunque también, siendo justos, la colaboración. Pues también se establecen alianzas a través de vínculos matrimoniales que hacen que la otra tribu se vea de una manera más amigable y accesible. «¿Podrías preguntar a tu mujer que es de Digestivo sobre este caso?» y frases similares son las que acercan, aunque sea informalmente, estas tribus mucho más que lo que se consigue desde una manera formal desde las Instituciones a las que pertenecen ambas.

Marshall Sahlins estableció, ya hace casi 50 años, la forma en que la economía tribal funcionaba en relación con el grado de proximidad, ya fuera parentesco o relación social, de los miembros de la tribu⁵. Así, establecía una *reciprocidad generalizada* con los parientes y miembros más cercanos de la casa, que se trataba de un altruismo en el que se producía el intercambio sin esperar nada a cambio: comida, ropa o cobijo, mantener a los ancianos, hospitalidad... Y una *reciprocidad negativa* que, en el extremo más alejado del grupo de parentesco o fuera de la tribu, traducía el intento de conseguir algo de manera gratuita, «transacciones iniciadas y enfocadas hacia una ganancia utilitaria neta», defensores de intereses opuestos que intentan aprovecharse del otro para beneficio personal. Hablando de la tribu del centro de salud, la reciprocidad generalizada es la que vemos en el

^d «Gente del mar», tribu de esquimales de la vertiente norte de Alaska, cerca de la costa, que vive de los productos del mar, en contraposición a los Nunamiut «gente de la tierra».

propio centro: se ven pacientes de otros, se hacen curas de otros ausentes, se asume la atención al público mientras los compañeros paran a desayunar o merendar. ... Todo ello sin esperar nada a cambio. Acaso que sea devuelto en un futuro pero sin ninguna obligación de hacerlo. En el otro extremo se encuentra la reciprocidad negativa, el intento de beneficiarnos del otro con el que intercambiamos. En este lugar nos encontramos los médicos de familia y los especialistas hospitalarios. Los pacientes como objeto de intercambio, pareciendo, en determinadas especialidades, que se intenta que vuelvan a primaria lo más rápido posible y de manera que su vuelta al hospital sea lo más

difícil posible. Pacientes que no son vistos en la consulta del hospital por más de un motivo de consulta y que han de volver para que desde primaria se le haga un nuevo volante, recetas no hechas o hechas sin cumplimentar por completo que se han de rehacer. ... Y al revés, pues la agresividad de la tribu de atención primaria puede ser también de muy alta intensidad: pacientes derivados al ámbito hospitalario sin apenas una prueba o un informe o derivado tan solo por desidia o claudicación. ... En todo caso, los pacientes como sujetos de intercambio de unos actos intertribales de los que apenas son conscientes y sí víctimas secundarias.

Tabla 1 Estrategias para mejorar las relaciones tribales

Hablar el mismo idioma	En ocasiones el lenguaje usado desde atención primaria y especializada parece diferir enormemente. Los dos parecen partir de un ancestro común pero se separaron en algún momento de nuestra historia. La lengua en la que se habla categoriza la realidad y nos hace conformarla, de manera que si el lenguaje es el mismo, será más fácil llegar a objetivos comunes
Tener los mismos objetivos/trabajar colectivamente	Más que formar parte de la misma partida de caza, establecer objetivos comunes como si de un gran imperio se tratara. Las construcciones hidráulicas incas precisaron del trabajo de cantidades ingentes de súbditos de diferentes procedencias. Así los objetivos que se establecen desde el Imperio/Instituciones sanitarias han de ser capaces de englobar a todos los profesionales. Y no de enfrentarlos
Definir fronteras	La definición clara de los trabajos a realizar y de las funciones de cada colectivo (cómo derivar desde atención primaria, con qué pruebas, qué se ha de pedir desde especializada...) facilita el trabajo y disminuye el riesgo de confrontación tribal
Establecer espacios de encuentro comunes y agentes de comunicación bidireccional	Ely Parker era un indio iroqués que renunciando a su nombre original, Donehogawa, trabajó para el gobierno de EE. UU. como Comisionado de Asuntos Indios con el objetivo de establecer acuerdos justos entre ambos. Así, figuras como los Directores de Continuidad Asistencial, a caballo entre la primaria y el hospital pueden facilitar el encuentro entre ambos grupos étnicos O así como en determinadas sociedades se da el fenómeno del avunculado en la que el hermano de la mujer se hace cargo de su sobrino para su educación, entre otras cosas, favorecer rotaciones externas de primaria a hospital y, sobre todo, desde hospital a primaria para conocer el día a día de una consulta, como se hace en algunos programas de residentes
Definir enemigos	El enemigo no es el paciente ni el compañero de otra especialidad. El enemigo ha de ser la enfermedad, la ineficacia, la inequidad y cualquier determinante que no permita acceder a una salud plena a la población y ese ha de ser el objetivo marcado por la administración y no otro
Adorar a los mismos dioses	Los criterios económicos a la hora de seleccionar tratamientos o terapias parecen haber ganado la batalla sobre una visión más global del paciente o la enfermedad. En atención primaria el gasto farmacéutico (IBP, IECA/ARAI, nuevos anticoagulantes...) parece primar sobre otros dioses, impulsado por la contención del gasto como religión adoptada por la Institución, sin que este credo haya sido seguido con devoción por atención especializada, lo que genera fricciones y enemistades tribales ante el tratamiento pautado/recomendado

ARA II: antagonistas del receptor de angiotensina 2; IBP: inhibidor de la bomba de protones; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

La organización en sí misma favorece estos enfrentamientos al dotar de diferente poder a los responsables de las diferentes tribus, al repartir la riqueza de manera desigual entre los poblados-centros de salud y las grandes metrópolis-hospitales y al solicitar objetivos diferentes a ambos. Así, los Jefes de Servicio hospitalario, aquejados también de unos periodos de hambruna que ya duran muchos años y perdiendo año tras año súbditos que no son repuestos a pesar de las plegarias a los dioses, aún ostentan cargos y poder, siquiera nominal, que en los centros de salud no detentan los Directores de centro. Estos, en muchos casos, son tan solo nombrados de manera interina y son vistos como un escalafón inferior en el grado de jerarquías que se podría establecer con los Jefes de Servicio. A la vez, el gasto económico y la separación de ambos sectores (atención hospitalaria/primaria), como compartimentos estancos que no se comunican directamente, favorece esta confrontación que la mayoría de las veces no traduce una lucha de poder clara.

No obstante, para ser algo rigurosos se ha de señalar que la tendencia es precisamente a la búsqueda de la armonía. Protocolos, guías de práctica clínica y documentos de consenso no dejan de ser pactos, tratados de paz con el único objetivo de establecer criterios unívocos con los que manejarnos todos, seamos de la tribu que seamos o hablemos el idioma que hablemos. La [tabla 1](#) muestra posibles soluciones a los diferentes problemas expuestos.

A modo de conclusión

Lewis H. Morgan¹¹ teorizó a finales del siglo XIX que la sociedad evolucionó desde un periodo de salvajismo a uno de barbarie para llegar a la etapa de civilización que conocemos. Algunos, profesionales y sobre todo Administración, podría entenderlo así: el salvajismo se encontraría en la medicina rural, la barbarie en la atención primaria y la civilización en el hospital. Obviamente, esto no es cierto pero no faltan quienes ven en la primaria, ya sea urbana o rural, un estadio inferior de la medicina. Y de hecho, es a ella a la que menor presupuesto se destina pues los bárbaros o los salvajes se sabe que sobreviven como pueden. Estas ideas hace más de un siglo que están superadas y de igual manera se ha de superar esa barrera ficticia que separa a los médicos en diferentes tribus y que, ocasionalmente, provoca luchas entre nosotros. Tenemos símbolos comunes, creencias y rituales que nos unen y que unifican nuestro trabajo. Por ello, una confederación de tribus en situación de igualdad y solidaridad es lo que necesitamos como colectivo y como sociedad para poder avanzar hacia el futuro, abrazando una idea de la que todos nos podamos sentir partícipes, como es la mejora de la situación, sanitaria o social, de nuestros pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Pablo Serrano Morón es médico ejerciente de atención primaria en el Servicio Madrileño de Salud. María Delgado Galán es Jefa de Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid.

Agradecimientos

Los autores querrían agradecer a la Dra. Mónica Yanes su apoyo y aportaciones generosas y certeras y a D. Marcos Contreras su ayuda técnica.

Bibliografía

1. Marshal L. Los bosquimanos Kung del desierto de Kalahari. En: Llobera JR, editor. *Antropología Política*. Barcelona: Anagrama; 1979. p. 167.
2. Lewellen TC. Introducción a la Antropología Política. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 1994. p. 39-50.
3. Fried M. The evolution of political society. New York: Random House; 1967.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Compendio de Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 3.ª ed Barcelona: Elsevier; 2010. p. 12-4.
5. Sahlins MD. Las sociedades tribales. 1ª ed Barcelona: Ed. Labor; 1972. p. 19.
6. Holmberg A. Organización política de los Siniro. En: Llobera JR, editor. *Antropología Política*. Barcelona: Anagrama; 1979. p. 177, comp.
7. Johnson AW, Earle T. La evolución de las sociedades humanas. Barcelona: Ariel Prehistoria; 2011. p. 289.
8. Harris M. Antropología Cultural. Madrid: Alianza Editorial; 2004. p. 92.
9. Johnson AW, Earle T. La evolución de las sociedades humanas. Barcelona: Ariel Prehistoria; 2011. p. 187-8.
10. Balandier G. Antropología Política. 1ª ed Barcelona: Ediciones Península; 1969. p. 66.
11. Morgan LH. La sociedad primitiva. Segunda edición Madrid: Ed. Ayuso; 1971. p. 77.