

La Tradición Popular



Terracota prehispánica encontrada en Kaminal-Juyú, en que destacan las piezas dentarias.

**BOLETIN DEL CENTRO DE ESTUDIOS FOLKLORICOS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**



En Santiago Juliana se reproduce el antiguo símbolo dentario de los mayas con las coronas de oro que se hizo construir en sus prótesis dentales.



1977

LA TRADICION POPULAR

CENTRO DE ESTUDIOS FOLKLORICOS

DIRECTOR:

ROBERTO DIAZ CASTILLO

INVESTIGADORES ADJUNTOS:

CELSO A. LARA - OFELIA DELEON M.

DISEÑO: CABRERA

FOTOGRAFIAS: MAURO CALANCHINA

AVE. DE LA REFORMA 0-63, ZONA 10.

GUATEMALA, CENTROAMERICA.

14



"... la medicina y la odontología tradicionales no pueden ser conceptuadas como exentas de elementos académicos. Se da una mezcla de creencias empíricas y recursos académicos, con predominio de las primeras".

MEDICINA Y ODONTOLOGIA POPULARES: DIALOGO CON EL DOCTOR JORGE SOLARES

ENTREVISTA DE ROBERTO DIAZ CASTILLO



“Frecuentemente he encontrado curanderos de los dientes, dentistas populares trashumantes que inculpan al gusano dentario del origen de la caries de los dientes. . .”

R.D.C.: —¿CUAL ES SU CONCEPCION DE LA MEDICINA (Y DE LA ODONTOLOGIA) TRADICIONAL O POPULAR?

J.S.: —Al igual que los conceptos de folklore, los que atañen a la medicina tradicional o popular tienen toda una gama de elementos que escapan al encierro esquemático de una definición o un concepto. O formulamos conceptos simplistas o tomamos en cuenta factores de la medicina tradicional que dejan innumerables brechas en una de esas definiciones esquemáticas. La realidad dinámica y complicada de la medicina

tradicional rebasa el marco más o menos simple de los conceptos que yo conozco. Por tanto, antes de enunciar un concepto o antes de prestar mi adhesión a algunos de los ya existentes, creo más útil y oportuno hacer unas cuantas consideraciones que, en el fondo, vienen a ser como notas preliminares para una teoría de la medicina popular, adecuada a esporádicas y nuevas tendencias universitarias que están cifrando buenos esfuerzos en la comprensión antropológica, médica y política de aquella realidad social que se llama medicina popular.

R.D.C.: – ¿CUALES SON ESAS CONSIDERACIONES?

J.S.: –En mi opinión, existen muchos riesgos al tratar de establecer un concepto de medicina tradicional o popular. En primer término, porque el fenómeno de la medicina tradicional no es definible en sí mismo; sólo es definible en sentido antitético. Esto quiere decir que para establecer el concepto es necesario remitir explícita o implícitamente, pero en forma constante, a su contrario, a su antagónico, a su antítesis, que al final de cuentas no es sino el concepto de medicina u odontología no tradicional o no popular, no "folklorica", esto es, la medicina académica que es como hemos venido rotulándola. Identificamos una medicina tradicional o popular sencillamente porque identificamos también una medicina no tradicional o "académica" e identificamos necesariamente la interrelación entre ambas que, en lo fundamental, es de carácter antagónico y hasta conflictivo. Ambas medicinas sólo dentro de esta relación recíproca, que opera a niveles de contraste y de conflicto, tienen sentido. Cada una se caracteriza por ser lo que no es la otra. Cada una sólo puede describirse y conceptuarse por la existencia de su contraparte.

Con esto se presenta, en mi opinión, otro de los riesgos al tratar de definir y conceptuar la medicina tradicional: de hecho estamos pensando en una frontera, en una línea divisoria entre la medicina tradicional y la académica, en una línea categórica e impermeable. Este riesgo es común a cualquier intento de clasificación de algo porque si se quiere diferenciar categorías distintas en niveles de exclusión, hay que ubicar fenómenos en una categoría o en la otra para poder ordenar los datos en razón de su diferencia, pero lo real es que se dan traslapes y transfusiones que abren aquella línea divisoria e interrumpen el proceso simplista de situar categorías aquí y allá. Voy a tratar de ilustrarlo con un ejemplo: supongamos, simplistamente, que la medicina tradicional se caracteriza porque las ideas y teorías, los símbolos, los procedimientos, medicamentos y técnicas que le son propios proceden de la experiencia empírica del pueblo discurriendo a lo largo de siglos o milenios y se transmiten de manera formal o informal dentro del seno vivo de la masa popular, mientras que la medicina

académica se enseña formalmente dentro del claustro universitario o en cualquier parte pero mediante personal médico oficializado, quien hace uso de técnicas y medicamentos suministrados por dependencias también técnicamente oficializadas (farmacias, por ejemplo) y explican la naturaleza de la enfermedad a partir de teorías catalogadas como científicas, por aparte y encima de la masa popular. Hasta aquí el cuadro clasificador es limpio y cristalino... , pero irreal. Frecuentemente he encontrado curanderos de los dientes, dentistas populares trashumantes que inculpan al gusano dentario del origen de la caries de los dientes y alivian el mal introduciendo cal viva en la cavidad de las caries o la someten al expeditivo recurso de aplicar un clavo candente, o bien aplican toda una serie de hierbas. Pero esta odontología tradicional se transfunde con una académica, pienso yo, cuando el mismo dentista popular, en otros casos, recurre a instrumental odontológico académico como son los **forceps** para extraer la pieza dañada o cuando utiliza medicamentos que hasta no hace mucho formaban parte de la odontología académica, como la creosota o el guayacol, ahora ya en desuso en la Universidad, para aliviar el dolor causado por la caries... y para matar al gusano (nuevamente lo popular).

De manera, pues, que la medicina y la odontología tradicionales no pueden ser conceptuadas como exentas de elementos académicos. Se da una mezcla de creencias empíricas y recursos académicos, con predominio de las primeras.

R.D.C.: – ¿PODRÍA REFERIR ALGUNA EXPERIENCIA SUYA EN ESTE CAMPO?

J.S.: –Empiezo por subrayar que con esto no quiero decir que sólo la medicina contenga rasgos académicos. Lo contrario también se da y para ilustrarlo me voy a referir a una experiencia que considero interesante y que he venido realizando desde hace 7 años. Todo nació de la sospecha de que, no importando el alto nivel de escolarización que tuvieran las personas en nuestro medio, su criterio basal sobre la caries y otras afecciones bucales podía no corresponder o no ajustarse al criterio médico-odontológico que se supondría deberían tener. En pocas palabras, que gente con alta escolaridad y necesariamente con criterios académicos sobre la enfermedad bucal y general, podrían, sin

embargo, no incluir a la caries ni a otra afección bucal en su catálogo de enfermedades. De ser así, estarían manejando de una manera muy peculiar su idea de salud y enfermedad y sus respectivas clasificaciones o, a la inversa, no estarían considerando a la caries y afecciones bucales como enfermedades. En cualquier caso, eso estaría muy alejado de lo que el conocimiento académico preconiza y podría representar, entre otras cosas, la permanencia profunda de categorías y clasificaciones no académicas, quizás tradicionales, en el sistema cognoscitivo de grupos altamente escolarizados que no sospecharían tener una dualidad semejante. Esto, como pura hipótesis.

La investigación se ha pasado desde 1971 hasta este año en grupos de maestros de educación primaria y media así como a estudiantes extranjeros de postgrado y a profesionales universitarios. En la Universidad del Valle de Guatemala y en el Centro de Estudios Folkloricos (participantes en el curso de Folklore aplicado a la educación, en junio de 1977), con un total de 406 personas. Todas ellas habían padecido caries y sólo la mencionaron 4 (una porque en ese momento se encontraba sufriendo un fuerte dolor dentario). Igualmente estábamos interesados en afecciones visuales de carácter mecánico (miopía, etc.); en este grupo sólo 3 mencionaron problemas de la vista, entre 148 que dijeron padecerlos. En otros ámbitos de educación posterior, como en la Escuela de Historia y en la Escuela de Trabajo Social, los resultados obtenidos en 223 personas encuestadas fueron los siguientes: sólo 6 mencionaron caries (y 1 mencionó problemas de las encías), habiéndola padecido todos; de 97 que dijeron padecer de la vista, sólo la mencionaron 5.

Lo verdaderamente interesante surgió cuando se pasó al estudio en grupos académicos del área de ciencias de la salud. Un total de 121 personas, que incluían estudiantes de medicina, médicos, profesores de la facultad de Ciencias Médicas (entre los que había algunos odontólogos), enfermeras, promotores de salud rural, de diversas nacionalidades (Guatemala, España, México, Estados Unidos, Italia, Argentina, Venezuela, República Dominicana, Centro América, Canadá) y profesionales de enfermería, odontología y medicina que están llevando curso de postgrado en Salud Pública en el

INCAP. De esas 121 personas, sólo 3 mencionaron caries (las 3 eran promotores rurales de salud) y todas la habían padecido; entre 56 que refirieron problemas de la vista, sólo 1 los mencionó. Deliberadamente dejé aparte lo que considero más conspicuo dentro del área de salud. Me refiero a la propia facultad de Odontología, en donde se ha pasado este estudio a 120 personas, 23 de ellas odontólogos catedráticos de esa facultad. Nadie mencionó la caries (habiéndola padecido todos y siendo, a la vez, su objeto de estudio y de negocio) y nadie mencionó tampoco problemas visuales habiéndolos padecido 33.

Creo que el resultado es impresionante, pues de 774 personas de alta escolaridad, y entre ellas 331 pertenecientes al área de ciencias de la salud, (con 120 odontólogos incluidos), sólo 12 mencionaron caries como una parte de su cuadro de enfermedades.

Con esto se hace patente no sólo la escasa o nula importancia que se concede a la caries (y también a los problemas de la vista) como enfermedad y se revela, además, lo que decíamos cuando expusimos las ideas sobre este estudio: lo de la ambigüedad en los sistemas de conocimientos médicos. Como final de esta experiencia sólo voy a mencionar un hecho contrastante: al pasar el estudio a escolares, hijos de campesinos del parcelamiento agrario de La Blanca, en Ocós, de 160 niños escolares de bajísimo nivel económico y muy magra escolaridad, que no iba más allá del nivel primario, 26 de ellos mencionaron la caries verbalizándola como "dolor de muela". Al contrario de lo ocurrido en grupos de alta escolaridad, aquí el resultado fue inesperado pues esos 26 (que formaban el 16.25 o/o del total de niños) mencionaron la caries. El comentario todavía no cabe aquí.

R.D.C.: —¿ALGO MAS AL RESPECTO?

J.S.: —Hasta aquí, hemos mencionado principalmente dos problemas a considerar para dar un concepto de la medicina y la odontología tradicionales y que en resumen son: 1) lo indefinible de la medicina tradicional en sí misma, por su naturaleza antitética, lo que obliga a remitir dicho concepto a su contrario, a su contraparte, a la medicina académica; 2) la imposibilidad de encontrar una línea divisoria nítida e inobjetable entre ambas medicinas por incluir aspectos académicos la medicina



"También he podido observar que en los departamentos del país, estudiantes y profesores, en general, mantienen su esquema teórico sin tomar en consideración el esquema popular".

tradicional, así como aspectos populares la medicina académica. Como tercer problema quiero tratar ahora otro punto que tiene que condicionar cualquier intento de conceptualizar la medicina y la odontología tradicionales. Este punto tiene que ver con la esfera de los conocimientos y con la esfera de los valores. Ahora que la medicina académica ha divergido ostensiblemente de sus raíces populares, se ha vuelto perfectamente evidente que cuando trata de explicar y de curar o prevenir, lo hace en base de juegos nacionales con una lógica amparada en los datos, en lo fáctico, en lo demostrable, en los factores naturales manipulables. Por ejemplo: la medicina académica resuelve sus explicaciones por causas materiales como pueden ser las bacterias —"la salmonelosis es causada por determinados microorganismos"—, por causas psicosomáticas —el caso de la histeria— o por otros factores, todos naturales y clasificables dentro de la categoría de "conocimientos". Pero ya no recurre a

explicaciones que se clasificarían dentro de la categoría de los "valores", como podrían ser las condiciones que ahora llamaríamos sobrenaturales: sortilegios, hechizos, fugas del alma o represalias de Dios. Por el contrario, la medicina y la odontología tradicionales vienen a ser una combinación de conocimientos de índole natural y de valores de índole sobrenatural. La deidad y lo suprahumano se entrelazan con factores físicos y mecánicos en una corriente indiscernible; en el ámbito de la dentadura, por ejemplo, coparticipan en el mismo efecto (aunque en momentos diferentes) el designio de Dios, el remoto y esotérico gusano dentario, el calor y el frío de bebidas y alimentos y la cauterización a clavo ardiente, combinados todos de una manera que se antoja irreal a nuestro sistema cognoscitivo y valorativo académico. O bien, la clasificación popular de enfermedades en "calientes" y "frías", cualidades inmanentes de la enfermedad y de las cosas que no se refieren a estados físicos de temperatura pero que no por ello

dejan de ser cualidades naturales. Estas condiciones de caliente y frío operan con mecanismos de las enfermedades que, a su vez, son expresiones de una distorsión social y de una especie de mensaje divino, de una voluntad de Dios, de una advertencia suprahumana para corregir errores de un castigo sobrenatural. Resumiendo, hay un tercer problema a tratar en la conceptualización de la medicina tradicional que constituye una combinación de ideas cognoscitivas y de ideas normativas —hechos y valores— y que tendemos también a clasificarlos, a separarlos con riesgo de fracturar la integralidad con que la gente los maneja.

R.D.C.: —¿LAS RELACIONES QUE SE DAN ENTRE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA ACADEMICA SON, ENTONCES, DE TIPO ANTAGONICO?

J.S.: —*Sí lo son, seguramente. Por supuesto, hay que hacer la consabida salvedad de que no todo es tan absoluto; así como la medicina tradicional no es netamente pura ni tampoco la académica, en una forma parecida no son netamente absolutos la contradicción y el antagonismo entre ambas medicinas, pero eso no impide hablar de ellas como de fenómenos contrastantes, antagónicos en lo que tienen de fundamental. Esa es mi opinión, al menos.*

En la pregunta anterior me había referido a ciertos factores que problematizan la conceptualización de la medicina tradicional. Esos factores deben verse, si nos damos cuenta, como elementos de antagonismo entre ambas medicinas. Faltaba comentar algunos, pero bien caben en este momento porque ayudarán a responder la pregunta. Los utilizaré como datos adicionales para expresar mi idea del problema de conceptualizar la medicina tradicional y al mismo tiempo me servirán para opinar por qué creo que lo popular y lo académico constituyen campos antagónicos.

El antagonismo con la medicina académica se da en las dos perspectivas en que debe percibirse la medicina popular: 1) como contenido cultural y 2) como sistema de relaciones sociales. Lo expuesto en la pregunta anterior forma parte del contenido cultural de la medicina popular y a eso deseo agregar algo que no dije en ese momento y que puede ilustrar el antagonismo con la medicina académica: ocurre que mientras ésta maneja

concepciones dualistas, la popular maneja además concepciones que yo llamaría dialécticas. Expliquémoslo. El dualismo de la academia se presenta en afirmaciones exclusivas del tipo siguiente: estoy enfermo o estoy sano, tengo caries o no la tengo. En el juego conceptual y en el código verbal de la medicina tradicional pueden darse situaciones, por el contrario, inclusivas, de manera que se puede estar sano y prácticamente enfermo a la vez. Esto ha sido ya bien informado por los antropólogos, de modo que aquí yo sólo voy a poner el ejemplo aquél de la dentadura que tiene "punto de" determinada enfermedad o, lo que es lo mismo, de los dientes que "están a punto de picarse". No es que se sugiera con esto que los dientes no estén "picados", porque para eso recurren a la negación correspondiente, ni tampoco que los dientes ya estén "picados" porque si ese es el caso, así lo dicen sin ambigüedades. El estar "a punto de picarse" es una situación en que no están cariados pero tampoco están exentos de caries. Esa dialéctica del "sí y el no" simultáneos es para la gente completamente comprensible, pero para el sistema cognoscitivo moldeado por la academia es inadmisibles: no entra en su esquema mental. Hay innumerables casos de contenido cultural que podrían dar cuenta del antagonismo entre una y otras medicinas. Para no extender demasiado el tema voy a comentar aquí algo que siempre ha creado situaciones difíciles para el odontólogo universitario en su relación de conflicto con el pensamiento popular. Desde que la odontología institucionalizada en Guatemala se gestó a la sombra de las ideas europeas y norteamericanas, o quizás desde antes, empezó a manejar patrones estéticos a título de norma universal. Para hablar de casos concretos, voy a referir lo que en esa profesión se piensa al respecto, desde que fue aceptada en la Universidad como instituto dental y posteriormente cuando fue elevada a la categoría de carrera facultativa. El profesional es obligado a creer en una norma universal de belleza dentaria, según la cual la reposición de dientes o partes destruidas de los dientes, sobre todo en regiones de la boca muy visibles, tiene que imitar lo más perfectamente posible el color natural del diente; de lo contrario se está trasgrediendo algo fundamental y se está rompiendo "la estética" del trabajo y del paciente. Se insiste mucho en que si hay personas que por simple gusto personal desean

obturaciones de oro, sin que exista de por medio razón técnica curativa, debe convencerseles por todos los medios posibles de que lo conveniente es una restauración no conspicua, que se note lo menos posible. Si el convencimiento no da resultado, hasta se recomienda al futuro profesional que abandone a tal paciente. Hay, por supuesto, razones como la de lo impropio que es mutilar un diente sin necesidad. Ahora bien, se cae en la originalidad de imponer a la gente una protección contra algo de lo que ésta no desea ser protegida. Sucede que la masa popular, en general, manifiesta su deseo de adornarse la boca con materiales suntuarios y el oro cumple actualmente esa función; las experiencias que ha venido acumulando la antropología son abrumadoras como para suponer graciosamente que hay un patrón universal de belleza. Las normas estéticas son numerosas y, en nuestro caso, está fuera de toda razón científica y social el presumir que la gente en nuestra sociedad tiene que mantener el canon estético que utiliza la odontología extranjera y que nuestra odontología académica ha hecho suyo. Las razones populares para desear un material brillante en la boca tienen ancestros venerables: desde el Popol Vuh se proclama el brillo dentario como fuente y símbolo de poder, de un poder que la deidad no se deja usurpar y que para conservarlo en exclusividad desata contra el usurpador la primera manifestación de enfermedad (enfermedad dentaria) como castigo, redención y prevención al hombre que aún no ha sido creado.¹ Ya en el campo histórico y no en el de la mitología, el ancestro más connotado de este canon estético tiene su mejor muestra en las incrustaciones de jade que los mayas hacían en los dientes de los jerarcas, probablemente para simbolizar la delegación del poder divino en la clase dominante.² En la actualidad, argumentamos que la gente prosigue con esa práctica por razones de prestigio, aunque debo mencionar aquí que hay casos

en que el adorno de oro en los dientes parece obedecer a razones más profundas como serían las de protección mágica contra situaciones adversas en cierto aspecto y en cuyo caso el adorno dorado funcionaría quizás como un amuleto.³ Esa relación mágica protectora del oro en los dientes o en medallas, puede ser muy generalizada. La información que, por ejemplo, tuve de San José Chicalquix, jurisdicción de San Carlos Sija, Quezaltenango, sugiere que en otros sitios de la misma jurisdicción como es el cantón "Recuerdo a Barrios" sí se emplean las coronas de oro en dientes para proteger a la persona de malas influencias. Los que informan esto, parece como que eximieran a su propia localidad de este criterio. El uso del adorno simbólico precisamente en los dientes (reproducción del modo antiguo, prehispánico), se dice que protege de intenciones nocivas como puede ser la del hábito de mariguana y el hecho de estar engarzado en los dientes lleva la ventaja de que así no la arrancan, no la roban y, a la vez, no se pierde que es lo que precisamente ocurre a menudo con las medallas (protectoras también) cuando, por ejemplo, se va a lavar al río. Hay deseos de usar varias coronas de oro, pero ahora ya la gente critica mucho esa práctica porque denota derroche de dinero. Todo lo dicho nos permite categorizar a la medicina tradicional como el modelo simbólico de un contenido sociocultural. Sin embargo, cualquier contenido de éstos, en nuestro caso sistemas de ideas, procedimientos y técnicas, no existe por sí mismo. Siendo producto de la actividad de grupos sociales en relación, el concepto de medicina popular tiene que ser transferido al ámbito de las relaciones sociales, en cuyo caso la medicina tradicional y la académica, como reflejo de esas relaciones, expresa en su antagonismo y contradicción, la contradicción que hay entre grupos sociales dominantes y dominados. Con ello estoy entrando en la segunda perspectiva en que debe verse la medicina tradicional, tal como lo dejé dicho al principio de esta respuesta. Pasaremos, pues, de una antropología sociocultural a una antropología política, según la cual, la medicina tradicional constituye el reflejo antagónico y distorsionado que indica la subordinación de grupos populares dominados en sus

1 Jorge Solares. "Acerca del gusano dentario y las tradiciones populares", en Tradiciones de Guatemala, No. 4, 1975.

2 Jorge Solares, Pasado, presente y futuro de la odontología en Guatemala, Guatemala: Centro Mesoamericano de Estudios sobre Tecnología Apropriada (CEMAT), 1977.

3 Raymundo Castillo. Información personal, marzo de 1977.

relaciones antagónicas con un grupo dominante.

Para principiar con este aspecto de la pregunta, hay que hacer notar que según el consenso oficial en el país, la medicina académica es la única oficialmente reconocida por sus méritos científicos en tanto que la tradicional no es reconocida por ausencia de esos méritos. Abierta o encubiertamente se separa la medicina popular de la académica como estableciendo el contraste entre el error y la verdad. No voy a discutir aquí si la una es siempre correcta y la otra es siempre errónea, pero quiero señalar que ideas como ésta, en general, no son producto de un examen previo y objetivo. No negaré el peligro que implican ciertas prácticas curativas populares de que hemos tenido informe, pero sí niego la actitud de la mayoría de los académicos al negar *a priori*, sin análisis previo, toda la medicina popular. Estoy seguro de que lo científico y lo prudente está en no ser dogmático, aunque tampoco crédulo, pues la primera posición lleva a considerar que la medicina tradicional es necesariamente errónea sólo por ser popular, en tanto que la segunda posición lleva a considerar que esa medicina es necesariamente correcta sólo por ser académica. La negación *a priori* cierra las puertas a cualquier intento de estudio enriquecedor; la afirmación *a priori* permite, por el contrario, diferenciar lo correcto de lo erróneo en el ámbito de una medicina no académica.

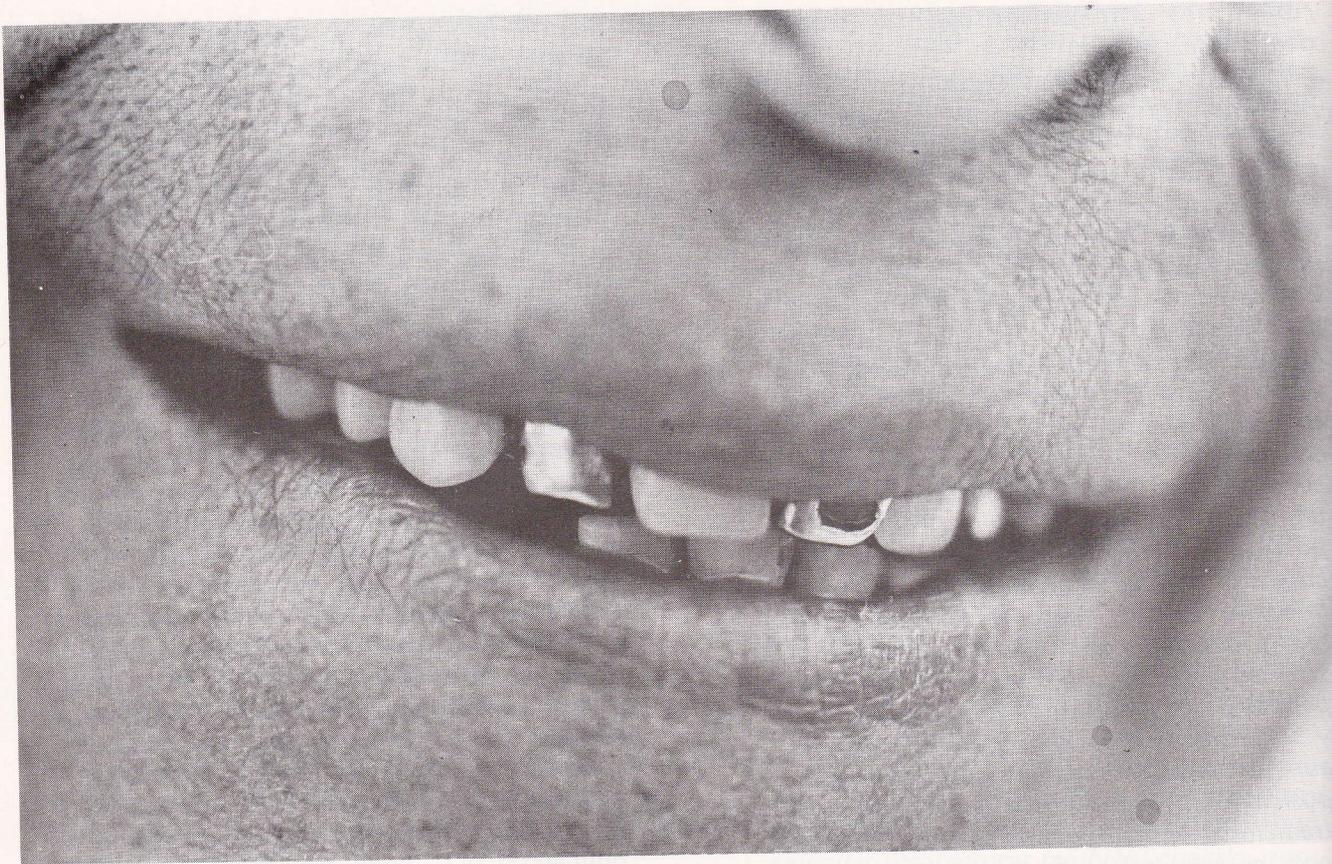
Por cierto que alrededor de estas actitudes, se dan situaciones curiosas. Es sabido que el consenso oficial y la ley no reconocen en la brujería y en la elaboración de maleficios, ningún hecho cierto. Sin embargo, hace pocos años un hombre fue detenido y encarcelado por haber sido sorprendido haciendo maleficios en la efigie del presidente de la república de aquel entonces. ¿Es acaso delictuosa la tentativa de producir daño utilizando para ello medios que no existen?

Queda establecido, entonces, que en la ideología dominante la medicina académica representa a la verdad y la tradicional al error. De esa cuenta es que la medicina académica es la oficial y la legal, en tanto

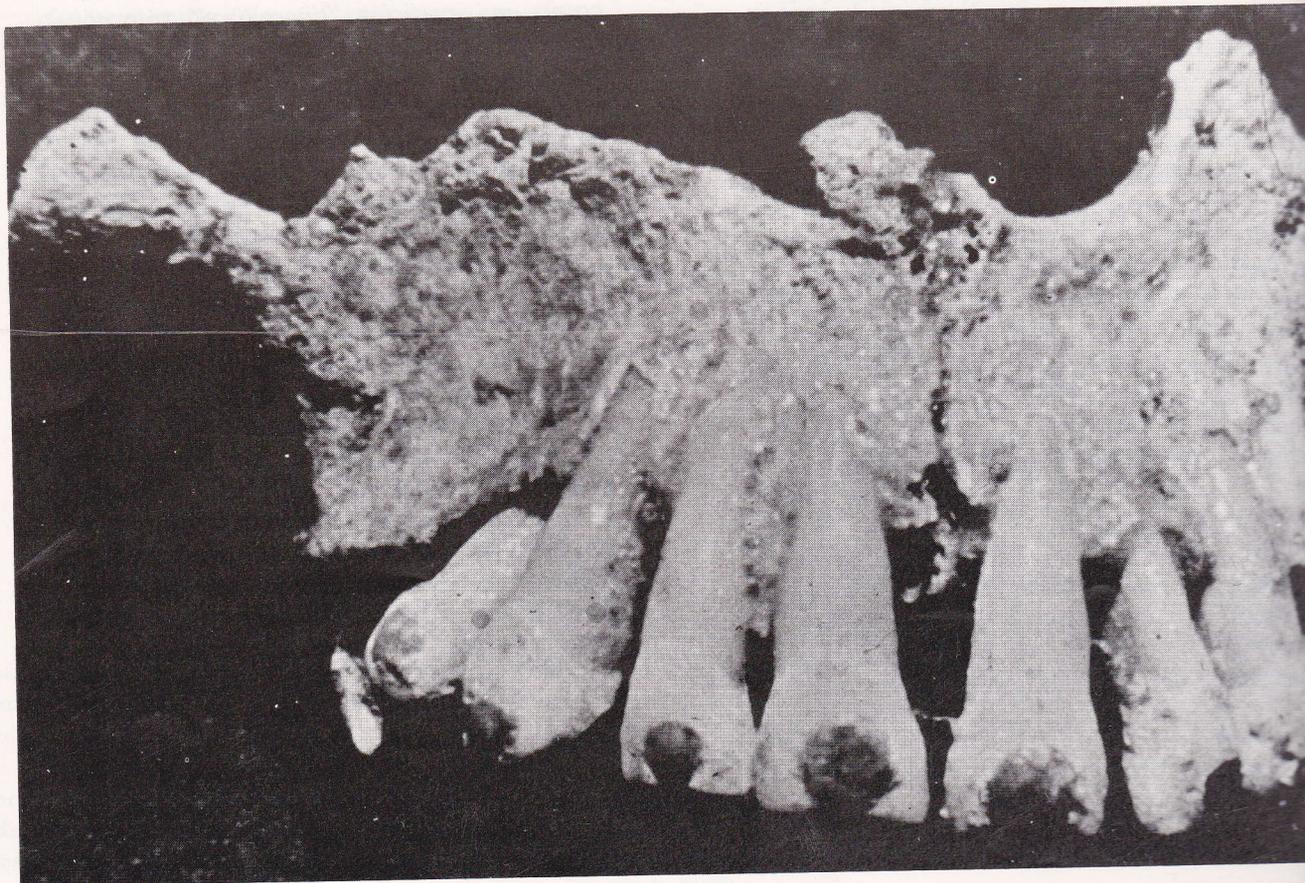
que la popular es la medicina ilícita y proscrita. No es casualidad que, visto *grosso modo*, de las ideas médicas académicas participan las clases dominantes, en tanto que de las ideas médicas populares participan las clases dominadas, también *grosso modo*. Pasando del criterio socioeconómico de clase social al sociocultural de grupo étnico, podemos estimar que de la medicina académica participa la etnia ladina, mientras que de la tradicional participan los sectores más gruesos de la etnia indígena y la ladina. Haciendo abstracción de que hay traslapes y transfusiones entre una categoría y otra, como lo expresé desde un principio, puede postularse que la medicina académica está en función de la clase dominante y de la cultura dominante. Si esto es en cuanto a los sectores que aceptan una u otra medicina, refirámonos ahora a las personas que realizan las actividades curativas. Puede decirse que los curadores académicos aprenden su arte afuera y por encima de lo popular, mientras que los curadores tradicionales lo aprenden adentro de lo popular.

Debo advertir, sin embargo, que, aparte de sus virtudes y errores, la medicina tradicional no debe verse automáticamente como una medicina "liberadora", sólo por ser popular, ya que consta que cumple, en gran parte de los casos, una función ideológica de sometimiento y domesticación. Abundan los estudios que informan de la explicación popular para identificar el origen de las enfermedades, explicación que tiende a ver en la enfermedad el castigo, la advertencia y la redención divinos cuando el hombre ha transgredido un código ético que reclama, entre otras cosas, no desear lo que no se tiene, no envidiar bienes ajenos ni anhelar ser lo que no se es. Esta especie de código no entra a depurar, por lo visto, el proceso histórico por el que una masa popular puede haber sido expoliada y depredada, y de hecho lo fue, de manera tal que las ideas médicas sirven aquí para mantener a la gente en un celestial y quieto conformismo.⁴

4 Jorge Solares, "Acerca del gusano dentario y las tradiciones populares", loc. cit.



Combinación de valores populares y tecnología académica: adorno simbólico de oro sin razón funcional en una dent artificial.



Desde el Popol Vuh ya se proclama el fulgor dentario de las incrustaciones de jade, como fuente y símbolo de poder

R.D.C.: —¿EN QUE MEDIDA CREE USTED QUE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA (O DE LA ODONTOLOGIA) ACADEMICA EN NUESTRO PAIS SE VINCULA CON EL CONOCIMIENTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL?

J.S.: —En lo que atañe propiamente a la medicina, tengo datos pero no totales ni tengo una experiencia directa. Este mismo año, por iniciativa de alumnos y ciertos docentes, se hizo una autocrítica de la enseñanza médica en ese aspecto, pues no se toma en cuenta el substrato popular para adecuar al mismo la enseñanza médica. También he podido observar que en los departamentos del país, estudiantes y profesores, en general, mantienen su esquema teórico sin tomar en consideración el esquema popular. La situación que se da es de choque y el personal médico considera que su esquema debe suplantar sin discusiones al de la gente. Aun en el supuesto que esto fuera deseable y sin que mediara la necesidad de tamizarlo a través de estudios científicos, a nadie debería escapar ya que no es posible que el personal médico, siendo como es, tan escaso y ajeno a la masa popular con la cual trabaja, pueda cambiar por sí los esquemas cognoscitivos de la gente. Es un hecho que la propaganda comercial logra transformar parcialmente las ideas sobre técnica médica de la gente, pero esta propaganda tampoco se adecúa a los postulados de la medicina académica. Con bastante seguridad puedo referirme a la enseñanza de la odontología en nuestro medio. Anteriormente me referí al hecho de inculcar al estudiante con ideas peregrinas sobre una norma universal de belleza y eso puede servir de índice para apreciar la total desvinculación de la enseñanza odontológica con respecto al sentir popular. No sólo no se toman en cuenta las experiencias populares, buenas o malas, para adecuar nuestra enseñanza a la realidad social del país, sino que cuando surgen situaciones antagónicas, se ve con desprecio el pensamiento popular. Una de mis tareas específicas consiste precisamente en tocar esos puntos; sin embargo, el empeño ha sido infructuoso casi por completo, pues no sólo otros sectores docentes critican esta posición sino que, en buena medida, el estudiante no siente preocupación por este tipo de problemas. En general, salvo notorias excepciones, el estudiantado espera tan sólo adquirir las mínimas bases técnicas para prosperar en su futuro negocio; los problemas sólo los

siente después, cuando empieza a chocar con las ideas de sus clientes, pero entonces ya es un poco tarde.

En una forma más bien somera, yo toqué este punto en un pequeño artículo que tengo a la mano⁵ y que más o menos literalmente dice que el tipo de orientación y preparación que la Facultad de Odontología brinda a sus miembros está excesivamente inclinado hacia un atiborrado preciosismo odontológico, cargado de exagerada instrumentación que no corresponde ni concuerda con los pobres resultados que se pueden lograr en salud pública ni con las posibilidades populares. Estas técnicas preciosistas y sofisticadas tienen varias fuentes, pero principalmente parecen provenir de aquella época de la odontología que se inició a mediados del siglo XIX y que se caracterizó por el afán de obtener prestigio para desligarse de lo que entonces se consideraba (y aún ahora) simpleza artesanal. La causa primaria de dicho fenómeno fue la penetración del régimen industrial, sustituto del artesanado, que la odontología de esa época conservaba como herencia colonial. Las actuales teorías odontológicas, también de origen euronorteamericano, chocan rotundamente con las concepciones vernáculas.

R.D.C.: —¿EXISTE, PUES, UN DIVORCIO ENTRE EL PERSONAL MEDICO Y SU PROPIA REALIDAD CIRCUNDANTE?

J.S.: —En un país como el nuestro en que la etnia indígena es verdaderamente considerable, resulta realmente insólito que nuestro personal de salud (que sólo en una proporción muy pequeña habla alguna lengua indígena) no sea capacitado para comunicarse en dichas lenguas. El personal odontológico de cualquier nivel universitario, no habla ninguna lengua indígena, salvo contadas excepciones. Innumerables veces las prescripciones médicas y odontológicas, dadas en castellano a un indígena bilingüe, no son enteramente comprendidas, mucho menos cuando la comunicación se establece por intermedio de un intérprete. Hace cuatro años tuvimos el empeño de que se enseñara cakchiquel a profesores y estudiantes de la facultad de Odontología (no recuerdo que

5 Jorge Solares, "Odontología Social. Un análisis de los factores que la afectan", en Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, año 2, No. 3, Costa Rica, enero-abril de 1976.

se hayan inscrito estudiantes y si unos pocos lo hicieron fue para desertar desde el principio del curso). Algunos contados profesores del pequeño grupo original sobrevivieron, pero, al final de cuentas, el curso tuvo que suspenderse más o menos a los dos meses. Parecería que no me estoy refiriendo justamente a formación odontológica popular, pero de hecho estoy aludiendo a una formación basal, por así decirlo, que posibilita o imposibilita la comprensión del pensamiento popular en el sector indígena.

Las diferencias lingüísticas corresponden a otras tantas diferencias socioculturales. A propósito del factor étnico, hay que admitir que entre las dos etnias más importantes (indígenas y ladinos), sobre todo si se trata de indígenas rurales y ladinos metropolitanos, como es el caso de los odontólogos, se confrontan y chocan dos sistemas conceptualmente diferentes. Si obviamos diferencias subregionales, se hace evidente que los sistemas de conocimientos, creencias y valores entre los indígenas, conforman una peculiar visión del mundo, de la vida, la enfermedad y la salud, con características muy distintas a las de las concepciones ladinas metropolitanas. Por ejemplo, entre grupos ladinos de alta escolaridad en la capital del país (como son los profesionales y estudiantes de la medicina y la odontología), las teorías acerca del origen de la caries, difieren de las teorías que maneja el otro grupo étnico. Para el grupo ladino metropolitano de alta escolaridad, en aspectos como los siguientes:

1) La caries constituye una enfermedad (a nivel consciente y no de inconsciencia, como la mencionada al final de la primera pregunta);

2) es causada por microorganismos organizados en una placa bacteriana;

3) estos microorganismos se alimentan de lo que la persona come, especialmente determinados azúcares;

4) el proceso implica una progresiva destrucción de la pieza dentaria;

5) la destrucción puede evitarse por medio de un tratamiento oportuno;

6) una adecuada higiene oral previene en gran parte el inicio de la caries;

7) cuando se habla de "dientes cariados", se está implicando al mismo tiempo la "fase" (de un proceso) y el "estado" (o situación actual).

Por el contrario, hay grupos indígenas que refieren que la caries constituye:

1) una "picadura", no necesariamente una enfermedad;

2) que esta "picadura" puede ser causada por diversas circunstancias, entre otras el agrietamiento de la pieza dentaria al tomar sucesivamente alimentos muy fríos y muy calientes;

3) esta lesión puede cobijar al "gusano", remoto agente cariogénico que actúa a nivel corporal por designio suprahumano, quizás por haber cometido pecado;

4) la caries es inexorable y como nada se puede hacer, se le acepta resignadamente. En todo caso, su prevención puede depender de actitudes como la de no cometer pecado ni delito, tal el caso de no transgredir códigos éticos que reclaman no rebelarse contra la situación de miseria;

5) en su lengua vernácula los grupos indígenas pueden referirse a la caries denominándola "gusano", o sea "fase" de un proceso;

6) o también pueden llamarla diente "ruin" o "chueco", es decir un "estado". Estado y fase no se confunden.

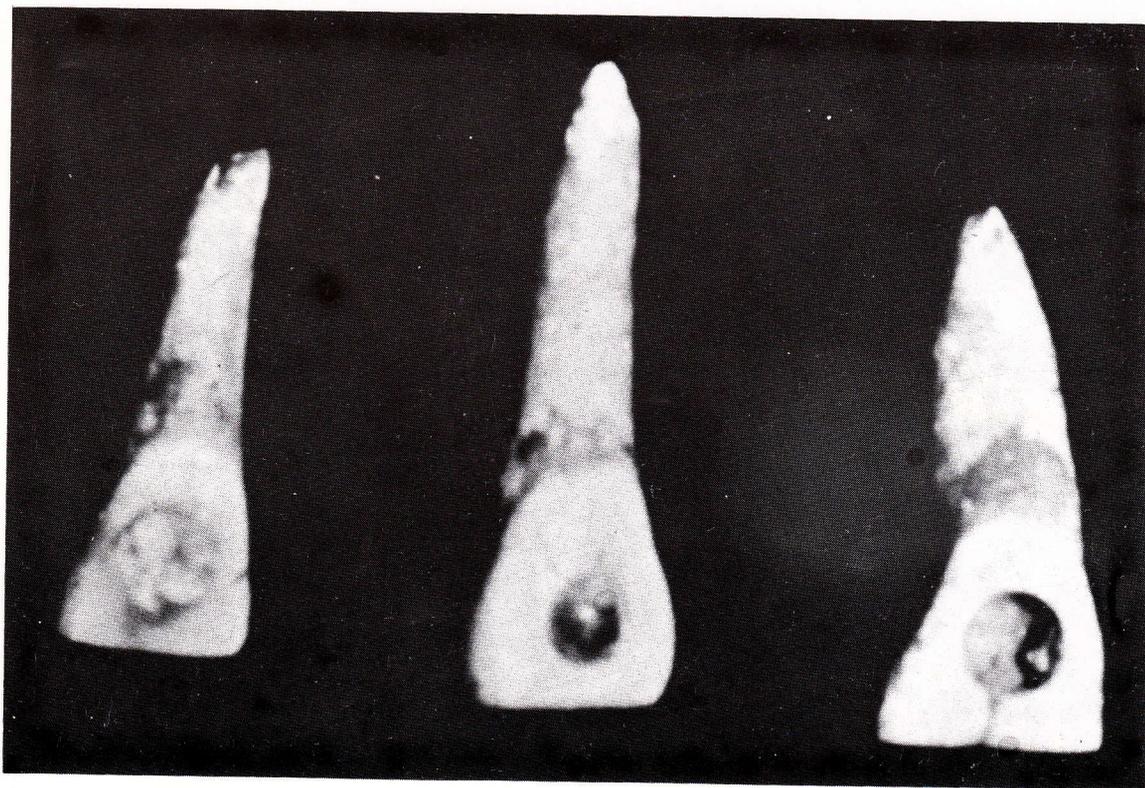
Se puede seguir haciendo una crítica puntualizada y los ejemplos rebasarían el marco que se nos brinda en esta oportunidad. Quiero mencionar apenas el hecho de que, para resolver este problema, podrían proponerse diferentes medidas, de las cuales sólo operarían profundamente aquellas que formarían parte de los factores que determinan este fenómeno: en último término, las causas que mantiene escindida nuestra sociedad en clases antagónicas cuyas ideologías contrastantes, sumadas a las subculturas por clase social y por etnia, hacen del pensamiento médico un algo bastante heterogéneo. Pero esta es una medida que no puede manejarse a este nivel sin caer en abstracciones y quizás en utopías (al menos para este momento). Tenemos, por el contrario, y mientras la resolución profunda llega, medidas concretas en las que sí podemos intervenir. Esas medidas principian con la investigación a fondo del pensamiento popular, tanto en su sentido antropológico como en el médico propiamente dicho. Por ejemplo, buscando las vías para descifrar el pensamiento médico, la cultura médica. La cultura se expresa como un código y hay que entenderlo. Sólo así podremos romper el bloqueo etnocéntrico en que se encuentra inmersa la gran mayoría del personal médico odontológico.

R.D.C.: —¿CUAL ES, ENTONCES, SU OPINION SOBRE LA ACTITUD QUE FRENTE A LA MEDICINA TRADICIONAL DEBEN ASUMIR EL MEDICO Y EL ODONTOLOGO CONTEMPORANEOS?

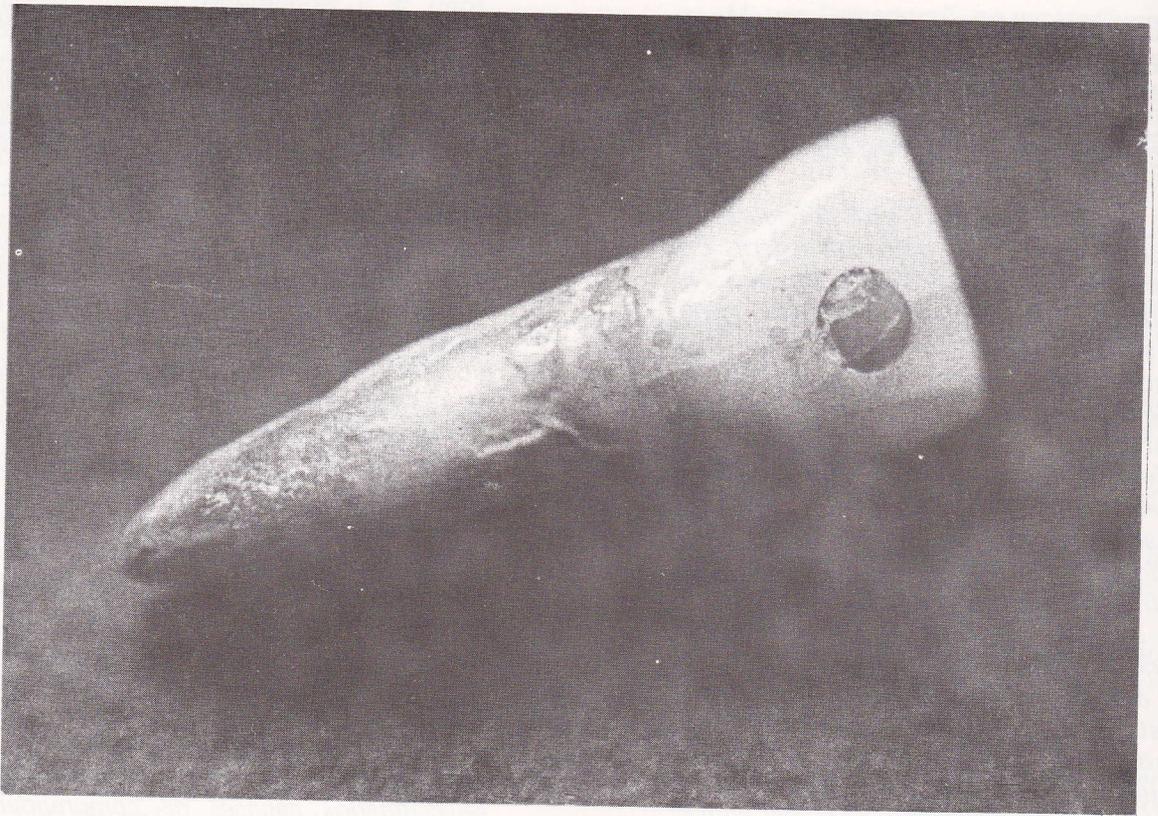
J.S.: —En parte, su pregunta está parcialmente respondida en lo que acabo de sugerir. En pocas palabras, estoy seguro de que las actitudes deben ser tan concretas como éstas: 1) Hacer conciencia entre los estudiantes y profesionales de que el modelo popular de ideas es algo real, existente, hondamente tradicional y masivo. 2) Hacer evidente que la simple presencia del personal médico, con su actuar esotérico y su "incrustación" en el medio popular, no satisface los requisitos mínimos para transformar rotundamente esos modelos populares y, como esa es la intención de casi todos los universitarios que ejercen medidas de salud, inclinarlos a desistir de tales procedimientos a partir del conocimiento efectivo de la realidad popular. 3) Para esa labor, que viene a coincidir con el desciframiento del código en que se expresa la cultura médica popular, es necesario investigar a fin de

llegar a romper en buena medida el bloqueo etnocéntrico del personal de salud. 4) La investigación implicaría, además, otros fines como el de indagar qué de acertado y útil puede haber en los conocimientos y actitudes médicos de la gente. 5) Un fin pragmático y bastante apegado a la realidad, sería el de adecuar el ejercicio odontológico y médico a las posibilidades y recursos del país. Por una parte me estoy refiriendo a los recursos naturales que hay en nuestras regiones, los cuales tienen que ser utilizados con este fin. La liberación de la farmacopea e instrumental extranjeros, aunque sea parcialmente, traería innumerables beneficios.

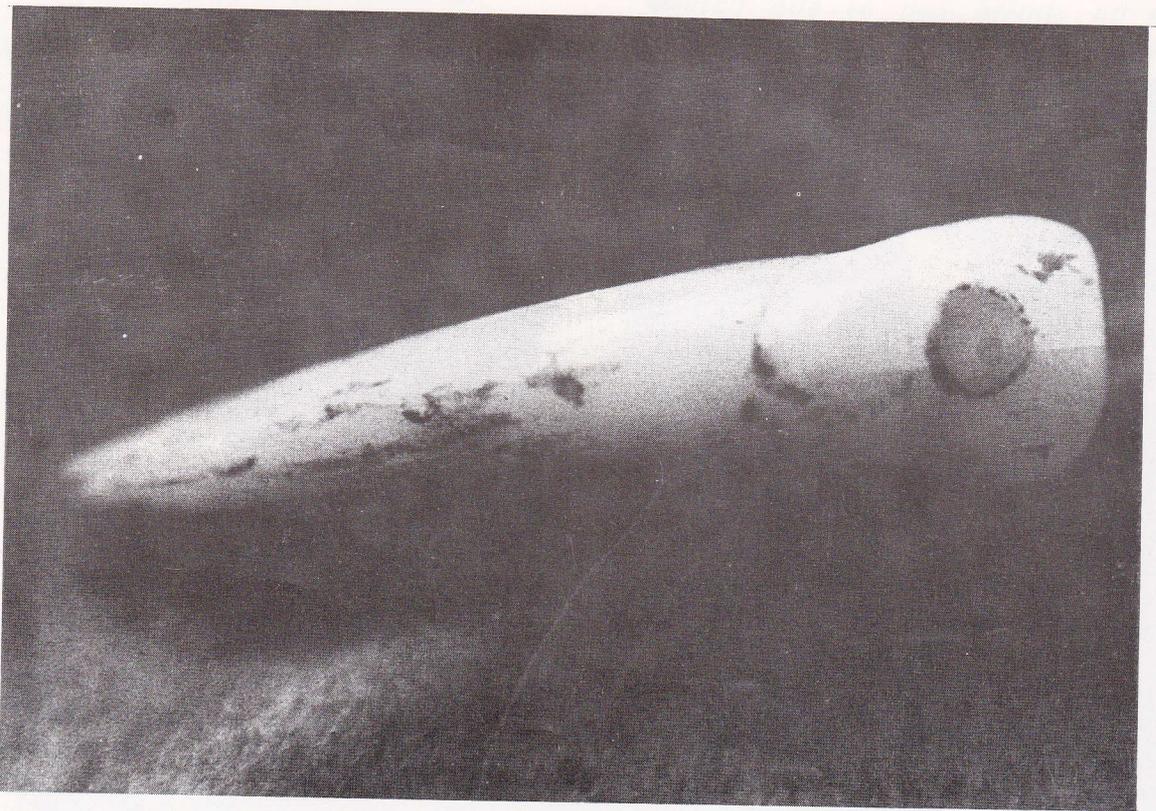
Para terminar, advierto que estas medidas concretas suenan utópicas para quienes conocemos el enorme grado de desinterés de nuestros contingentes universitarios. Pero, al fin y al cabo, nunca he pensado que la totalidad de esos contingentes asuman de pronto una actitud que jamás han tenido. Pienso por ello que bastaría por ahora con formar núcleos universitarios seleccionados capaces de comprender la dimensión de la tarea como el propósito más importante.



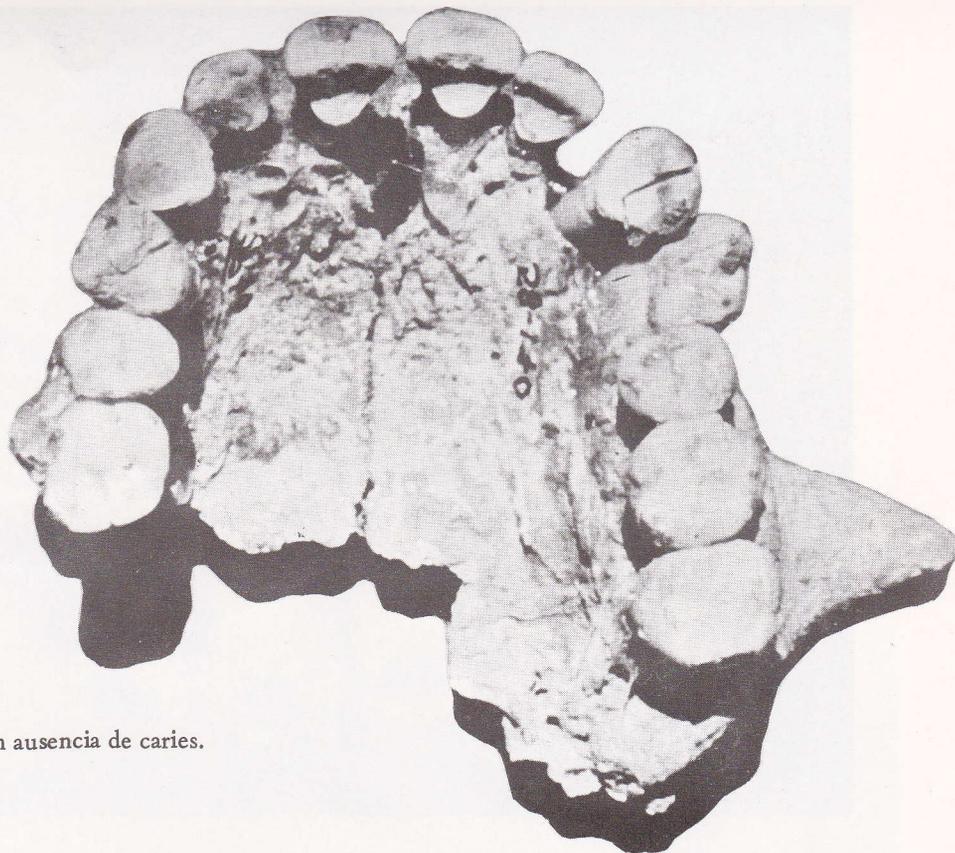
Simbolización del poder divino en la clase dominante entre los mayas: tres incisivos superiores procedentes de El Petén, Guatemala. Dos de ellos lucen sendas incrustaciones de jade; en el otro sólo queda la cavidad de una incrustación perdida.



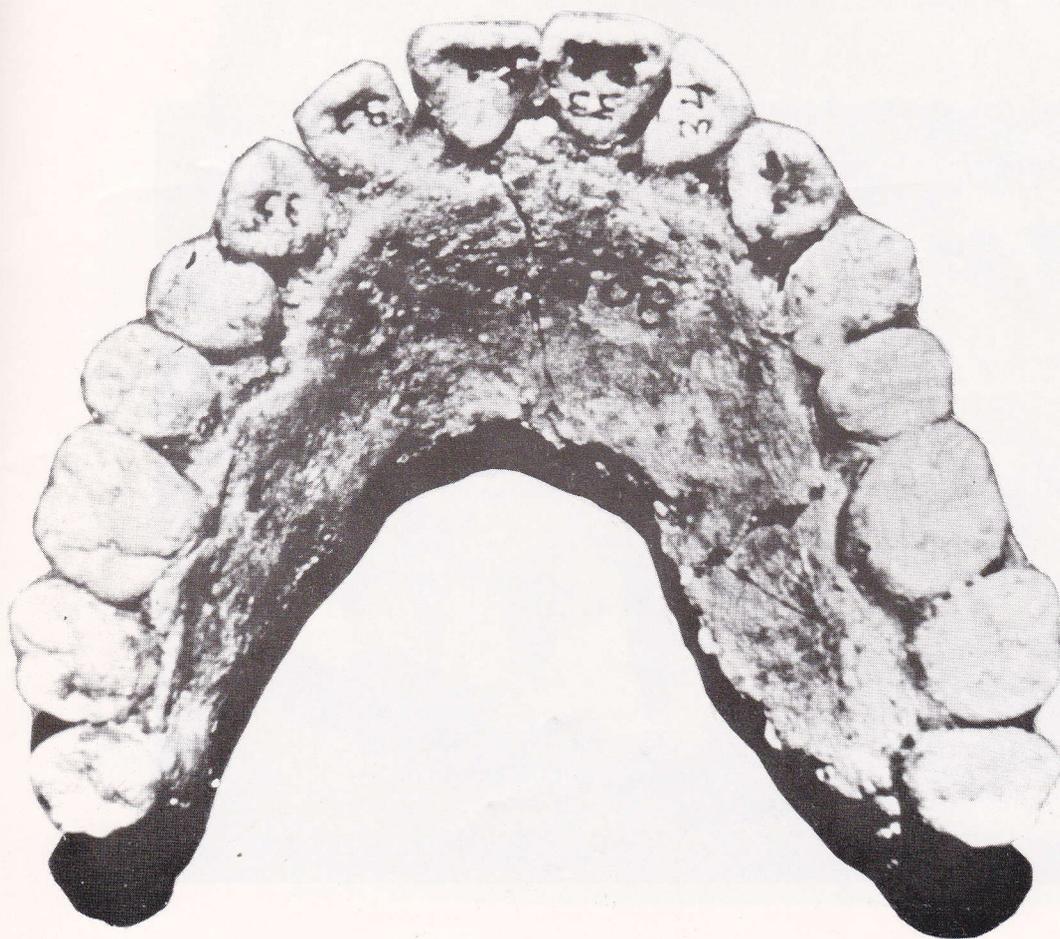
El canon estético de los antiguos mayas reclamaba incrustaciones de color sagrado, del material sacro.



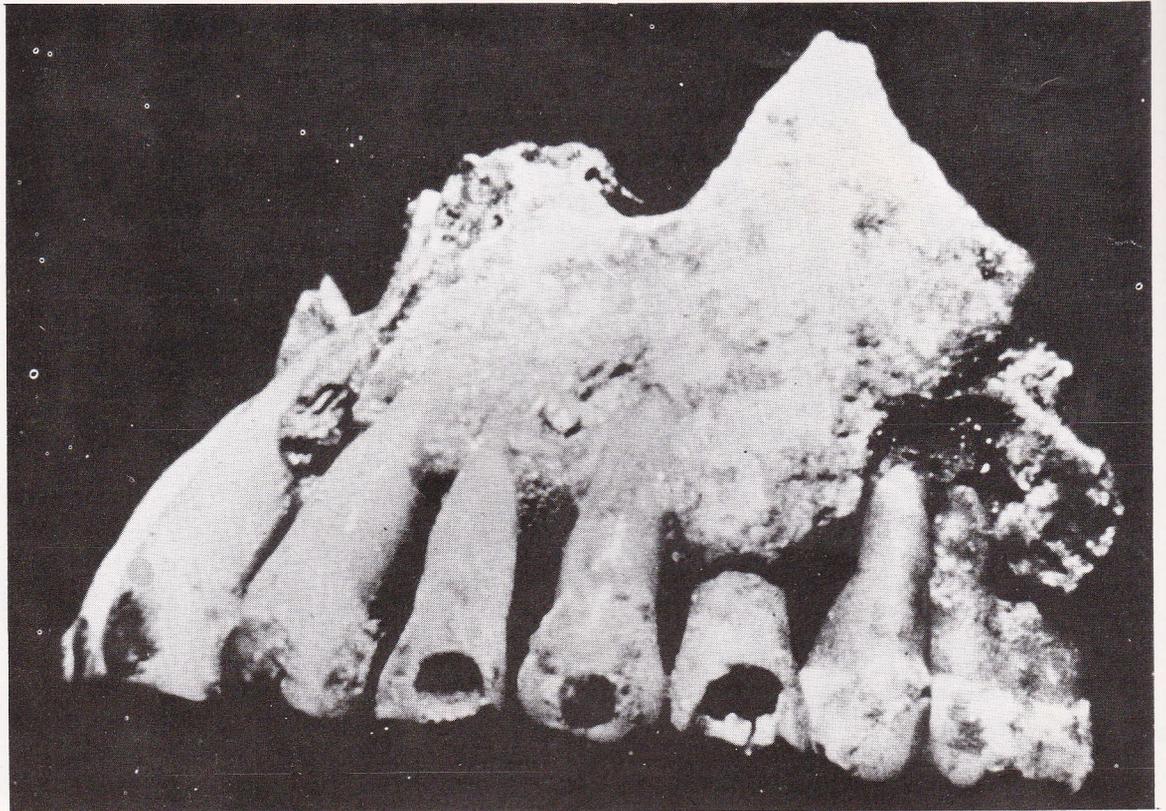
Jade en dientes de jercas mayas. (El Petén, Guatemala).



Los restos mayas examinados demuestran ausencia de caries.



Entre los antiguos mayas, la ausencia de caries demuestra la función simbólica y ornamental del jade en los dientes.



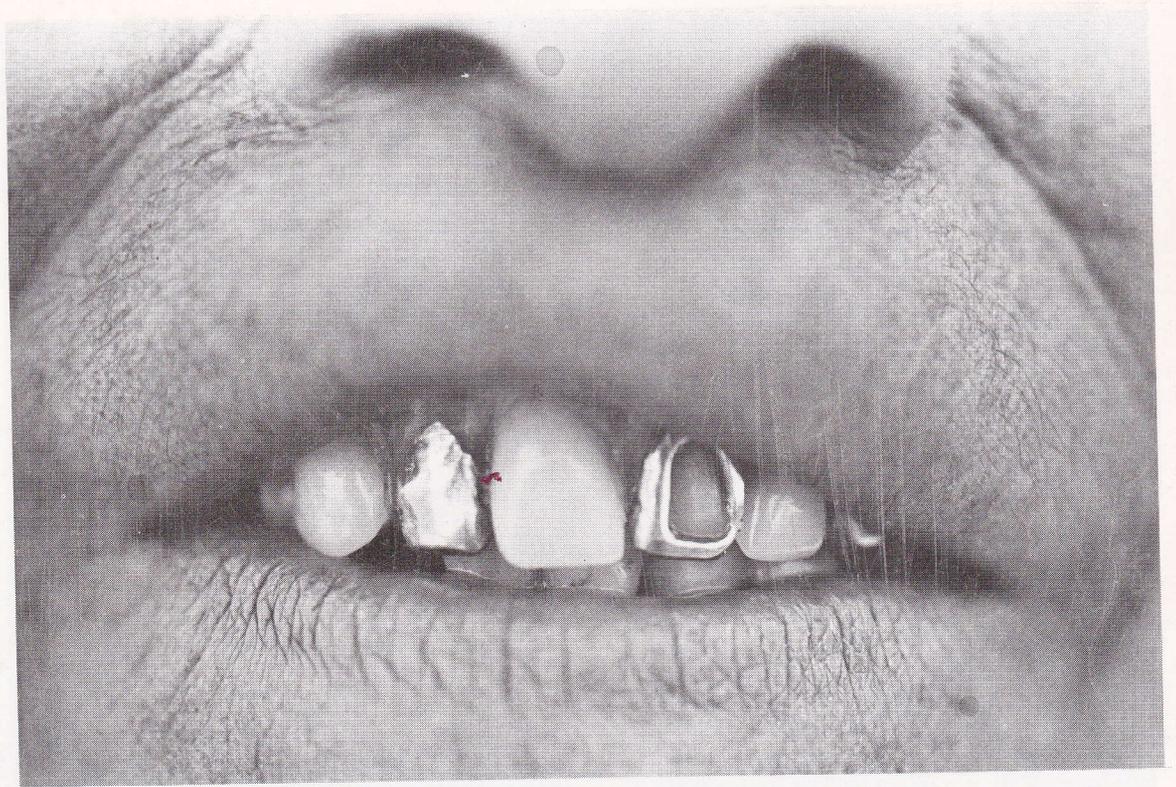
El material suntuario se colocaba en las superficies dentarias más visibles.



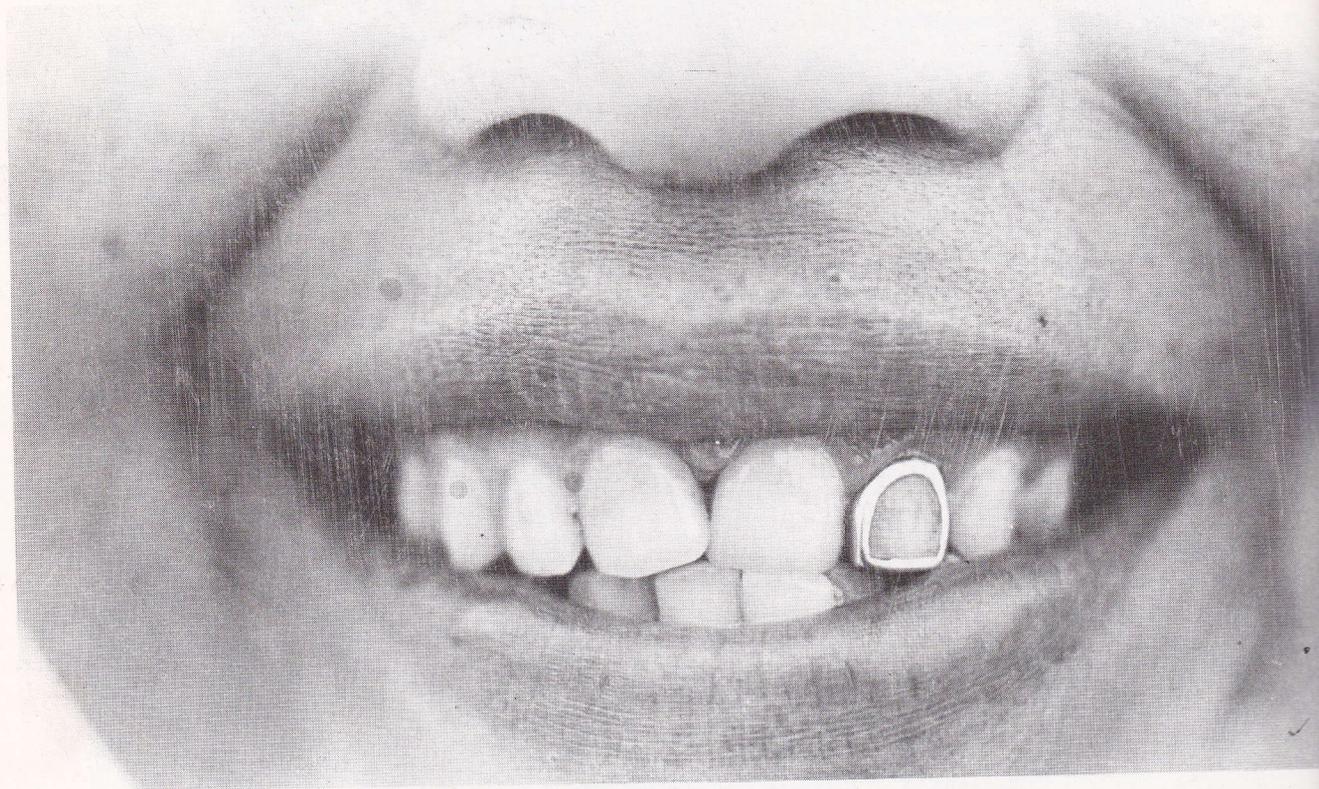
La clase dominante entre los mayas también usaba incrustaciones de pirita de hierro. (El Petén, Guatemala).



Los mayas de hoy: Santiago Juliana Pérez de Vásquez y su hija, Aurora Vásquez. (San José Chicalquix, jurisdicción de San Carlos Sija, Quezaltenango, Guatemala).



El jade de ayer es el oro de hoy. Es ornamento de lujo y protege contra las malas influencias y también contra lo que llaman magia negra. (Corona y "forro", artesanías de Israel Vásquez, hace tres años, en San Carlos Sija, Quezaltenango, Guatemala).



1

2

El adorno y protección que da el oro surte mejor en los dientes que no en medallas porque éstas se las roban con facilidad pierden cuando se está lavando en el río.



Aurora enseña su regalo de cumpleaños: una joya engastada en sus dientes naturales, hecha por mano profesional en Quezaltenango hace cinco años.



Los pobres y escasos beneficios de la odontología académica no justifican el atiborrado preciosismo instrumental en que se encuentra perdida.



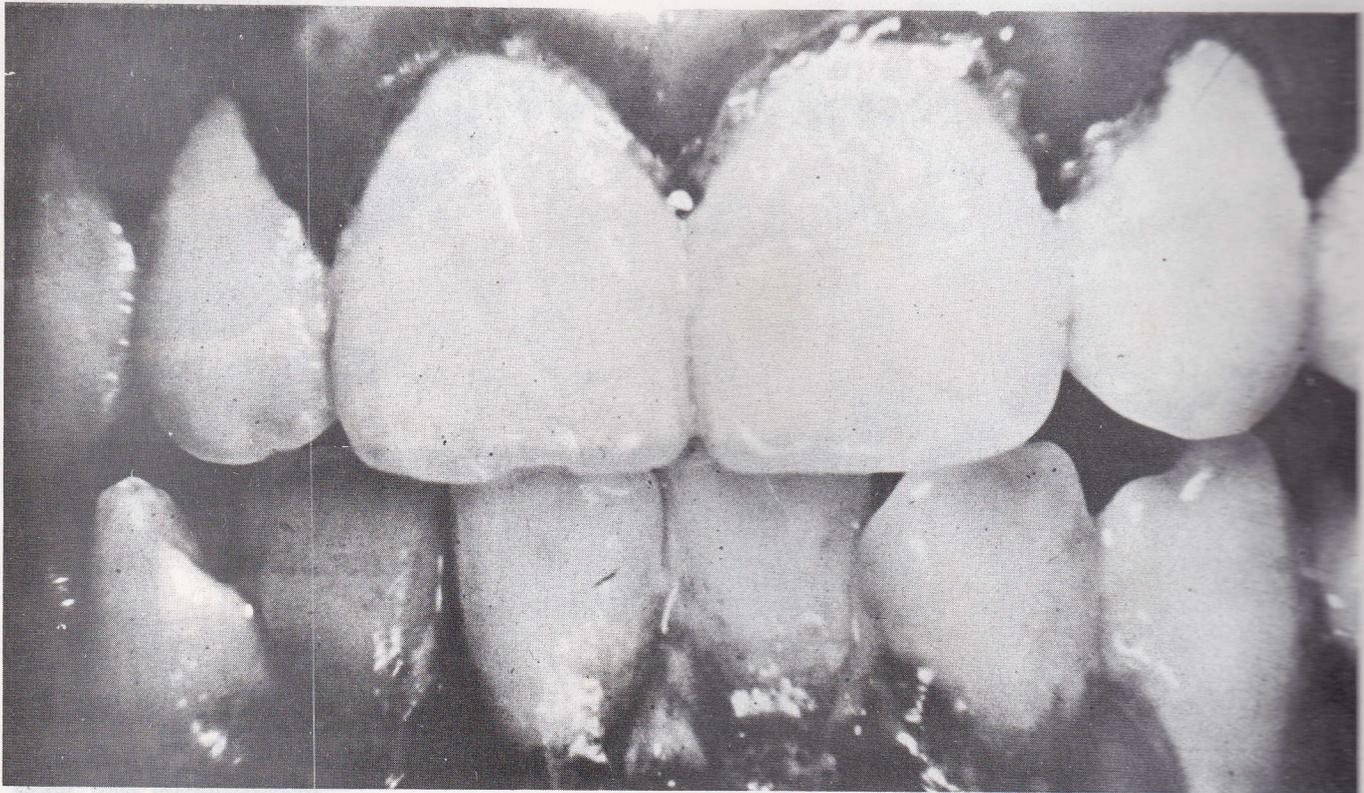
Desatiborrando la odontología: campesinos de Izabal, Guatemala, esperan su turno en la clínica instalada en un rancho.



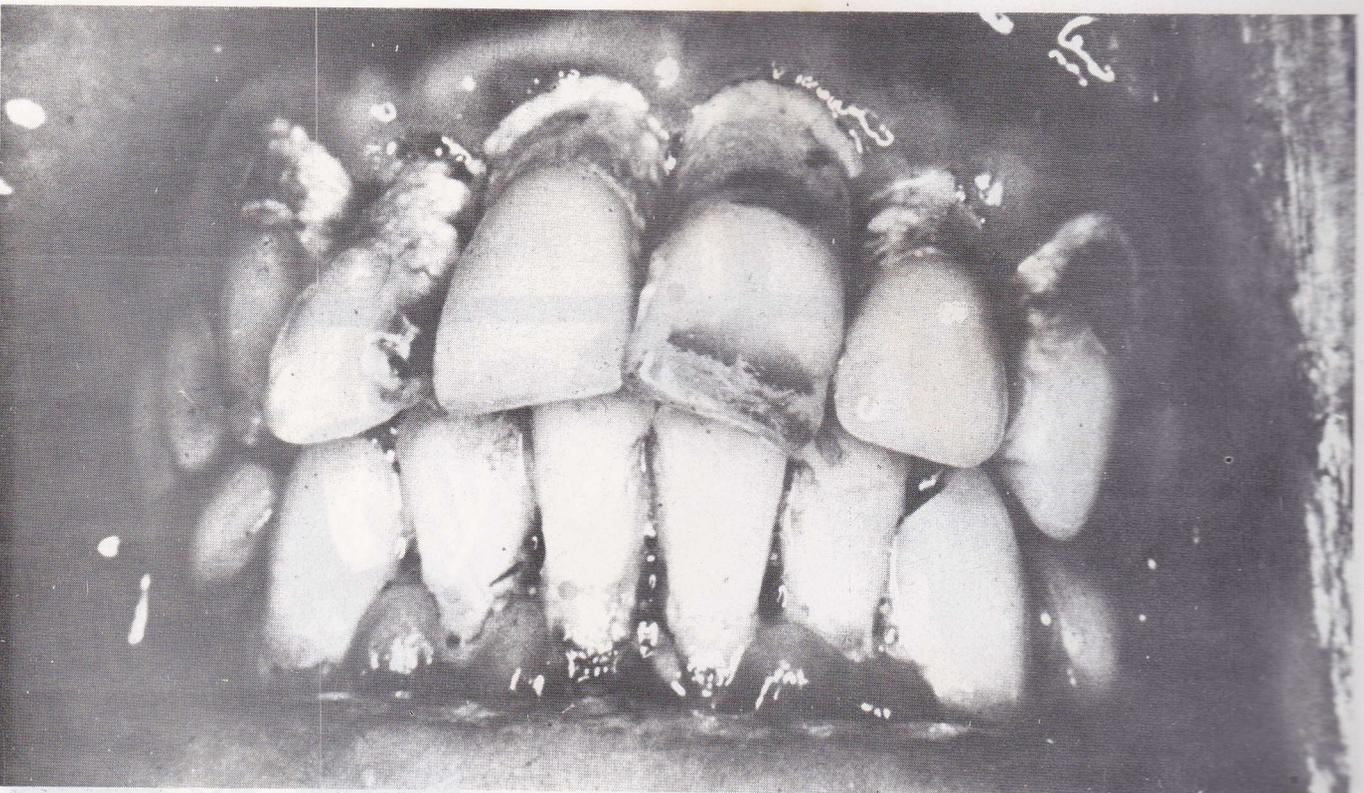
Otro aspecto popular: estudiantes de la Facultad de Odontología en su comedor del parcelamiento Fray Bartolomé de Las Casas, en Sebol, Alta Verapaz, Guatemala.



Algunas acciones odontológicas concretas mientras la resolución profunda llega. (Elena Xocop, promotora de Salud bucal; el director de la escuela y un estudiante de odontología, en la aldea Paley, jurisdicción de San José Poaquil, Chimaltenango, Guatemala).



Para la concepción académica, la caries dentaria y otros problemas de la boca constituyen verdaderas enfermedades causadas por microorganismos.



Por el contrario, para la cultura popular la caries no es necesariamente una enfermedad. En todo caso, puede ser enfermedad originada por el gusano de los dientes.



Realización de uno de los fines pragmáticamente realistas, adecuado a las posibilidades del país: los niños aprenden a impedir sus propias caries. (Aldea Paley, San José Poaquil, Chimaltenango, Guatemala).

