



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

**EL DOCUMENTAL, CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA Y
PRODUCCIÓN AUDIVISUAL DEL GÉNERO.
(REALIZACIÓN DE “MANOS SABIAS”)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA
C O M U N I C A C I Ó N
P R E S E N T A,
G R E C I A I S A B E L D Í A Z R O D R Í G U E Z**



**ASESOR:
MTRO. RUBÉN SANTAMARÍA VÁZQUEZ**

MÉXICO, D. F.

2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi madre, Martha Rodríguez García, por su aliento, apoyo y cariño incondicional, por ser una gran compañera de vida y un ejemplo de lucha.

Gracias por el tiempo y esfuerzo dedicado a este proyecto, eres una gran motivación.

*Gracias por la paciencia y ayuda de quienes
estuvieron cuando más lo necesité:*

A mis primos, que en realidad son mis hermanos:

Hugo, Elizabeth, Javier y Mónica.

*Especialmente a mis tíos Clemente Rangel y María de Jesús Rodríguez,
por enseñarme tanto y ser el principal apoyo para mi familia.*

*A Ramón Alberto Grano Maldonado, por su inagotable optimismo,
nobleza, energía, buen humor, comprensión, paciencia
y espera, por las amenas desveladas y el gran esfuerzo para que
todo funcionara al mismo tiempo.*

A mis grandes amigos Laura, Kitzé,

Iris, Christopher, Víctor Hugo,

*Ranferi, Valeria y Miguel, por sus sabios consejos
y terapias motivacionales, por los buenos, malos, tristes y
divertidos momentos, gracias por estar siempre ahí.*

*A mi asesor Rubén Santamaría Vázquez,
por su motivación para continuar pese a las adversidades.*

*Al Maestro Arturo Guillemaud Rodríguez Vázquez,
por su apoyo, comprensión y solidaridad para llegar al fin.*

*A mis sinodales Elvira Laura Hernández Carballido,
Francisca Robles,
María del Rocío Avendaño Sandoval
y Fernando Munguía Rodríguez,
por su invaluable sabiduría, apoyo y comprensión.*

Y a todos mis maestros por alimentar mi espíritu y enriquecer mi vida.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Conceptualización del Cine Documental	
1.1. Cine de No Ficción.....	7
1.2. Definición y Características del Documental.....	9
1.3. Estructura del Género Documental.....	18
Capítulo II. Carpeta de Producción del Video Documental “Manos Sabias”	
2.1. Consideraciones Previas.....	24
2.2. Investigación y Documentación.....	25
2.3. Primera Escaleta.....	28
2.4. Presupuesto.....	33
2.5. Permisos.....	35
2.6. Investigación de Campo.....	36
2.7. Ruta Crítica.....	41
2.8. Preparativos para Grabación.....	46
2.9. Grabación.....	47
2.10. Revisión y calificación del material.....	52
2.11. Guión de Montaje.....	54
2.12. Diseño Sonoro y Musicalización.....	58
Conclusiones	60
Anexos	
Anexo 1. Investigación sobre el Módulo de Parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla.....	65
Anexo 2. Preguntas Guía.....	89
Fuentes Consultadas	96

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre el género documental y la realización de una cinta desde esta perspectiva, nace de la inquietud por conocer la complejidad de los procesos humanos, no sólo externos y de índole social, cultural o política sino aquéllos internos que anidan en la psicología del hombre, aquéllos que en parte definen la infinita forma de pensarse ante el cosmos, y que influyen en la escala cultural de una sociedad.

La elección del documental radica ante la preocupación de saber de qué manera se puede contribuir, con un producto de comunicación, a un cambio social a partir de la reflexión sobre todo aquello que experimentamos en el contexto contemporáneo, ante la individualización, la inconsciencia, la ceguera social y el desconocimiento de graves problemáticas, algunas cercanas y otras no tanto.

Dado que mi área de especialidad es Producción Audiovisual quise darme a la tarea de realizar un video documental. Me atraía saber qué había en un terreno tan poco explorado para mí en ese momento, ¿Cómo se hace un documental y de qué manera logra el realizador mostrar la profundidad y el significado de un hecho para quienes lo viven?, ¿Cómo le hace el ser humano para ir más allá de sus sentimientos de insuficiencia?, ¿Cómo el artista audiovisual logra mover algo interno en el espectador?, ¿Qué pasa con el director cuando debe captar momentos difíciles de manera espontánea?, ¿Desde cuántas perspectivas se puede mirar un mismo hecho?.

Resulta interesante cómo a partir de un género cinematográfico se logra conjugar la formación ideológica, el interés por cuestiones humanísticas y la conciencia crítica con enseñanzas teóricas, prácticas y técnicas recibidas durante mi estancia en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. La composición es un producto que permite contribuir al análisis, reflexión e incluso crítica social desde la perspectiva universitaria sobre un tema cuya pasión es antigua: la cosmovisión indígena, su herencia y saber ancestral, la construcción social desde la espiritualidad, sus secretos y grandes aportaciones.

Por otra parte, aunque actualmente la industria cinematográfica da mayor relevancia al material de ficción, el video documental está en una etapa

importante de su exhibición, es decir, los festivales enfocados a mostrar este tipo de cintas cada vez tienen mayor audiencia y, por tanto, impacto social.

En este sentido diversas razones justifican el interés de concluir los estudios de licenciatura con un video documental. La de mayor importancia radica en la búsqueda del desarrollo de las habilidades propias del productor de medios audiovisuales, tales como: entender y saber emplear el lenguaje audiovisual; incrementar la capacidad para observar a la sociedad; saber plasmar en imagen y sonido determinado punto de vista sobre los fenómenos que acontecen en ella y ampliar la sensibilidad para captar la realidad de una manera artística.

Por otro lado, algunos temas de videos documentales son producto de la casualidad, es decir, se realizan e impactan por el tema en sí mismo, sin embargo, el sustento de la información, la investigación, el tratamiento y la estructura no alcanzan un nivel profesional. Por ello este tipo de filmes pueden realizarlos comunicólogos, ya que tenemos la formación, los conocimientos y el criterio suficiente para entender la conformación del lenguaje audiovisual, la metodología, los conceptos, la realización y finalidad del producto.

Desde esta perspectiva también se deben valorar las necesidades actuales de la sociedad, donde la producción de este tipo de películas debe tener mayor proliferación para poder analizar y re-crear un nuevo panorama audiovisual, que ayude a afinar este proceso, para originar nuevas intenciones y significaciones.

La importancia y controversia del documental radica en las características que lo delimitan y conforman. Por una parte es relevante debido a que es un testimonio social, un reflejo de acontecimientos sociales que ayuda a comprender las causas y consecuencias de éstos. Por otro lado es controversial porque reflexiona de manera personal, opone la memoria oficial a la memoria viva y marca el punto de vista del realizador, es decir marca una postura que puede concordar o no con la audiencia, ante cualquier problemática social concretizada gracias al uso del lenguaje audiovisual.

En este punto es importante recalcar que aunque la línea divisoria entre el cine documental y de ficción es difícil establecer, ya que ambos suponen una recreación, la visión individual del documentalista está sustentada con la

realidad representada en imagen, es decir se rehace en esencia para presentarse fielmente.

El documental busca crear un conflicto, no sólo reflexionar sino motivar al espectador a ubicarse frente a una circunstancia controversial. Desde una perspectiva social la interculturalidad en las instituciones de salud, especialmente aquéllas que se encuentran en comunidades indígenas, es un tema polémico debido a la susceptibilidad de discusión sobre el nivel de participación, integración, respeto, tolerancia y equidad que implica la relación de dos o más culturas en una misma organización o contexto.

Cabe destacar que dicho tópico no tiene un límite cercano de caducidad, por el contrario tiene posibilidades de ser plasmado a través de un video documental debido a que las nuevas tendencias sociales buscan el reconocimiento de grupos culturalmente diversos y su inclusión en las instituciones de gobierno.

Es aquí donde el documental encuentra su principal justificación, ya que este género cumple una función social, es decir, adopta y plasma una perspectiva específica, representa una parte de la problemática, capta lo escondido, la esencia del entorno en el que acontece el fenómeno, registra lo visible de la invisible dinámica de las relaciones humanas, reflexiona, da alternativas y no juzga, por el contrario, critica con argumentos, analiza y explica problemáticas sociales, culturales y políticas. Es decir, es un testimonio social de todo aquello que refleja la vida interior de la nación en la que se inspira¹.

Poco se ha escrito sobre la realización del documental. La información que se produce de éste se refiere a su análisis, al dilema de fidelidad a la realidad y el estrecho límite y acercamiento al género de ficción. Sin embargo, hay realizadores que destacan puntos importantes sobre el proceso de creación artística, planeación, orden y sentido de este tipo de cintas.

La investigación sobre el género cinematográfico en cuestión comenzará con la definición del cine de no ficción y sus enfoques mencionando algunas características básicas con la finalidad de distinguir al documental, resaltar su función social, mencionar los elementos e intereses que encierra dicha

¹ Citado por Casetti, Francesco. *Teorías del Cine*, España, Cátedra Colección Signo e Imagen, 1994. p.145.

categoría cinematográfica al considerarse la opinión de autores como Michael Rabiger, Robert Edmonds, John Grierson y Richard Meran Barsam.

De manera particular, se abordará el documental como un género donde el realizador muestra su punto de vista ante un fenómeno social y cuya temática se caracteriza por mostrar manifestaciones humanas. En este proyecto de titulación se defenderá la idea de que actualmente en México las instituciones enfocadas al sector Salud no cumplen en su totalidad con los requerimientos necesarios para ser consideradas un Sistema Intercultural.

Para lo referente a la definición y características específicas del documental como práctica cinematográfica se recurrirá a distintas opiniones y textos de documentalistas y realizadores contemporáneos como Eduardo Maldonado, Salvador Díaz, Carlos Velo, María del Carmen Lara, entre otros. Respecto a la estructura se considerará la opinión del director argentino Simon Feldman y Anthony Q. Artis.

De igual forma se realizará una carpeta de producción la cual partirá de una investigación respecto a las posibilidades de realización del video documental. Asimismo se hará una indagación respecto a la institucionalización de la medicina tradicional en el Sistema de Salud y sus implicaciones a nivel intercultural, donde destacarán las opiniones de médicos interesados en las políticas nacionales e internacionales para impulsar modelos alternativos e interculturales de atención para la salud de los pueblos indígenas, como la Dra. María Beatriz Duarte Gómez y Roberto Campos Navarro e investigadores enfocados a la antropología médica como el Dr. Sergio Lerín Piñón, Dr. Eduardo Luis Menéndez Spina y Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán. Esto con el objetivo de iniciar de manera consistente y argumentada los rasgos básicos de la forma del proyecto documental y el contenido del mismo.

Por otra parte, la interculturalidad es una estrategia para eliminar la desigualdad en las instituciones de salud mediante la convivencia y equilibrio ideológico entre dos o más estructuras de pensamiento. Se trata de evitar imposiciones y lograr un diálogo que permita el desarrollo pleno de éstas. Esta relación que involucra dos maneras distintas de construir y representar el mundo, es una relación compleja que debe dar voz y permitir la participación activa de los integrantes de cada comunidad.

En este sentido, el conjunto de datos, textos y materiales que sirven como plataforma de la investigación para el documental sobre uno de los procesos de la *Interculturalidad en el Sistema de Salud* en México, se basarán en las consideraciones y propuestas de los representantes de instituciones de salud como la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, el Sistema Estatal de Medicina Tradicional y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Igualmente se considerarán las opiniones y experiencias de antropólogos, de los prestadores de servicios en el Hospital Integral de Cuetzalan, las usuarias indígenas y las parteras.

Dicha búsqueda permitirá el desarrollo de un plan de trabajo, una investigación de campo, una escaleta previa a la grabación, la planeación de un presupuesto, la consideración de tramitar permisos y la calendarización de actividades. Con ello se busca la preparación necesaria que facilitará la siguiente fase, la producción. Posterior a la producción se planteará la revisión y calificación del material, el guión de montaje, el diseño sonoro y la musicalización de un video documental de aproximadamente 25 minutos de duración.

Debido a que no existe una sistematización del método para la realización de video documentales y que el proyecto visual debe desarrollar en el productor una metodología y estilo propio, se considerarán aquellas opiniones y experiencias relacionadas con las distintas etapas del proceso de producción que son útiles e interesantes para la formación como productora audiovisual y que colaborarán al logro del principal objetivo: realizar un video documental a nivel profesional.

De esta manera se tendrá en cuenta la opinión y recomendaciones de algunos documentalistas como Carlos Mendoza Aupetit a través de su texto *El ojo con memoria: apuntes para un método documental*; las experiencias fílmicas de Armando Lazo, Juan Francisco Urrusti, Carlos Velo, Oscar Menéndez, Eduardo Maldonado, Alfonso Muñoz, Juan Mora Catlett, Nacho López, Nicolás Echeverría, María del Carmen Lara y José Roviroso, narradas en el libro *Miradas a la realidad* y *Miradas a la realidad Volumen II* de éste último; las sugerencias de Anthony Q. Artis plasmadas en su libro *Cállate y Rueda. Guía del Documental*; y aquellas sugerencias dentro de la obra de Michael Rabiger titulada *Tratado de Dirección de Documentales*.

Otra contribución importante será el apoyo de la técnica etnográfica debido al interés por mostrar una perspectiva interna y profunda a partir de un acercamiento y consideración hacia la gente indígena. Es decir, debido a que la relación que implica la interculturalidad es compleja e involucra cuestiones culturales intensas, el soporte de dicho método antropológico evitará ver a la comunidad como objeto de estudio y permitirá “el entendimiento en la organización y construcción de significados de distintos grupos y sociedades; ya sean distantes y extraños para el propio observador o próximos o conocidos”².

Con el apoyo del método etnográfico se podrá tener un acercamiento un tanto más abierto que refleje la naturaleza de la construcción social y cultural, que muestre personas, temas o aspectos relevantes de la vida y visión interna de la cultura náhuatl en el sentido de aspirar al registro de lo esencial y significativo para los pobladores y a la recolección de información de manera natural sin interferir en las actividades de los participantes.

En resumen, el objetivo general de este trabajo es la realización de un video documental sustentado en información, investigación, tratamiento y estructura de nivel profesional. De este propósito se desprenden los siguientes objetivos particulares: realizar una investigación sobre el género documental; elaborar una carpeta de producción y aplicar la metodología de la producción del género documental.

² Citado por Ghasarian, Christian. *De la etnografía a la antropología reflexiva. Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas propuestas*, Argentina, Ediciones del Sol Serie Antropológica, 2002, p. 56.

CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CINE DOCUMENTAL

*“Un país sin cine documental
es como una familia
sin álbum de fotografías”*
Patricio Guzmán

1. 1. Cine de no ficción

El término *películas de no-ficción* abarca diferentes formas de realización cinematográfica: de viajes, educativas, noticieros, reportajes y documentales. Su peculiaridad radica en que éstas se originan y basan en situaciones sociales reales e inmediatas, problemas, acontecimientos o personas, y mediante la interpretación creativa de estos eventos se recrea en el espectador, con gran fidelidad, la sensación de estar presente en el momento que se filma.

Debido a que son distintas las orientaciones fílmicas que se encuentran en la categoría de no ficción y con la finalidad de ampliar el panorama de esta investigación, se abordan los enfoques, sus características y diferencias con respecto al documental.

Desde una perspectiva temporal, una de las formas más antiguas y populares de cine de *no ficción* son las **películas de viajes**. El interés de éstas radica en presentar diferentes formas de vida y costumbres ordinarias lo cual permite a los espectadores adquirir conciencia sobre los demás mediante la información que la imagen proporciona. El objetivo de estas cintas es la promoción del ámbito turístico y el incremento de ganancias en la industria que enfoca su atención a éste. Debido a este propósito, es nulo el intento por reflejar, de manera creativa, al sujeto desde lo social, su naturaleza humana y su comportamiento psicológico.

Al formar parte del género no-ficción, el material básico de los **noticieros** son hechos reales que, entre más novedosos y actuales, tienen más posibilidades de transmisión. Sin embargo, dichos sucesos son relatados con base en la descripción objetiva del reportero y están sujetos a un tiempo reducido, además carecen de una tendencia especial, una reflexión o punto de vista.

En cuanto a los filmes **educativos** su principal función es captar la atención de la gente para influir en su comportamiento. Estas cintas tratan sobre cualquier tema, desde una técnica militar hasta sexualidad, beneficios sociales o ventas. De esta manera su objetivo es informar y educar.

Sin embargo, desde los inicios del cine de no-ficción destacan dos enfoques cinematográficos: el documental y el reportaje.

El **reportaje** es el género periodístico más completo porque reúne opinión a través de la interpretación de los hechos, relato cronológico, entrevistas de opinión, información o semblanza, información noticiosa y notas de columna.

Con la finalidad de ser ameno e incrementar el interés del espectador, éste se apoya en la estructura de géneros literarios, por tanto puede tener una línea narrativa propia de cuentos, novelas o drama, aunque no de manera definitiva pues ésta puede variar de acuerdo al tema y sus objetivos.

Este género periodístico, recurre a registros históricos, archivos y diarios. En este sentido es un trabajo que detalla, profundiza y analiza acontecimientos sociales de interés público así como sus causas y efectos; reproduce ambientes; presenta información, sin distorsionarla, de manera dinámica y atractiva para atraer la atención del público.

El reportaje está impregnado de la experiencia del autor, por ello es una forma de expresión, una creación personal que le da mayor libertad al conjugar revelaciones noticiosas o actuales con opinión. Su característica esencial es el objetivo de informar mediante la respuesta a las preguntas qué, quién, cuándo, cómo, dónde, por qué y para qué del acontecimiento. Por ello, aunque puede recurrir a elementos de la literatura, no se convierte en un escrito de ficción.

El reportaje puede cumplir varias funciones de acuerdo a su contenido: relatar un suceso (narrativo), probar un juicio u opinión (demostrativo), divulgar información científica (instructivo) o retratar situaciones (descriptivo).

Por su parte, el **documental** es un género cinematográfico cuya finalidad es sociopolítica. Debido a su naturaleza, no sólo crea fuertes reacciones y emociones personales, también tiene un gran impacto grupal por su aspecto público. Aunque el documental no siempre influye en una transformación social, puede ser empleado con dicha intención.

Primordialmente, el documental busca persuadir y cambiar a su público a través de la revelación de información. Aunque los propósitos de éste pueden diversificarse, el contenido tiene más relevancia que la forma.

En este sentido la diferencia entre reportaje y documental parten de que el primero carece de un mensaje específico, entendido éste como la falta de motivación a una acción o posición ideológica. Aunque ambos se basan en hechos reales, el primero tiene un sustento en el que la objetividad parte sólo de la descripción de sucesos noticiosos, cumplen un objetivo más inmediato y está vinculado al periodismo con un estilo poco retórico³. Por su parte, el documental implica un punto de vista particular y un análisis donde destaca la naturaleza humana, tiene una estructura científica, su función no sólo es informativa también es educativa, lo noticioso pasa a segundo lugar ante acontecimientos no sujetos a una temporalidad específica.

No se puede negar la relación del documental con el quehacer periodístico, ya que ambos comparten un método de trabajo, objetivos y funciones en común. Sin embargo, aunque el documental utilice otras disciplinas tiene un lenguaje, naturaleza y técnicas propias, su valor aumenta al presentarse como una fuente historiográfica cuya riqueza parte del testimonio y el montaje, asimismo de la vital importancia de la imagen y el sonido.

1.2. Definición y Características del Documental

Es difícil encontrar una definición que precise y englobe toda la experiencia que envuelve al género documental. En primera instancia debido a que éste es una corriente que apela a la libertad de creación, el autor interpreta hechos reales mediante los cuales construye infinidad de historias que tienen sinfín de conclusiones dependiendo de la postura ideológica, intereses, enfoque, objetivos y función que el realizador quiera dar al documental. En segundo lugar porque no existe una receta a seguir para la realización del género, el estilo propio de trabajo y tendencia del cineasta se forma con la experiencia del mismo.

³ Francés, Miguel. *La Producción de Documentales en la Era Digital*, España, Cátedra Colección Signo e Imagen, 2003, p. 29.

Las definiciones de los realizadores son tan variadas como intenciones y perspectivas pueden haber sobre la experiencia de hacer un documental. Sin embargo, en este apartado distintos cineastas proporcionarán su definición ayudando al esbozo y trazo de la enunciación del género y sus elementos característicos desde diferentes enfoques.

De acuerdo con *The Film Studies Dictionary*, cualquier manifestación cinematográfica cuyo tema sean personas, eventos o situaciones que existen fuera del filme en el mundo real, puede considerarse documental.

La palabra “documental” proviene del latín *docere* que significa enseñar. De éste deriva el término latino *documentum* que desprende una serie de acepciones en relación con la recopilación de materiales o documentos escritos, sonoros o de imágenes que tienen carácter probatorio o justificación ante cualquier argumentación.

Los cineastas clásicos tienen diferentes opiniones. John Grierson considera es una interpretación creativa de la vida; para Jean Rouch se trata de la historia cotidiana porque narra cómo viven las personas, lo que quieren y cómo tratan de alcanzarlo; Lindsay Anderson piensa que el documental es una forma que enfatiza las relaciones sociales mientras que Paul Rotha opina es una interpretación de sentimientos y pensamientos filosóficos.

Sin embargo con el desarrollo, práctica y evolución del género documental nuevos cineastas fueron experimentando la realización y con ello otorgando, desde diferentes perspectivas, nuevas definiciones.

De acuerdo a la práctica del documentalista gallego Carlos Velo, define al cine documental como aquél que trabaja con la realidad misma de los hechos de la vida. Lo importante es que se enfrenta a documentos, al hablar de documentos se quiere decir que son hechos reales y serán documentos porque contienen una información cultural, el cine documental se mueve en la órbita del registro de la cultura en todas sus formas⁴.

Para el cineasta político Carlos Cruz, el documental es antropología filmada; su compañero militante Carlos Mendoza Aupetit opina es un género en el que radica la honradez y la ética; el documentalista y fotógrafo tamaulipeco Ignacio López considera que el documental es un género que tiene varios

⁴ Roviroso, José. *Miradas a la Realidad. Ocho entrevistas a documentalistas mexicanos*, México, UNAM Centro Universitario de Estudios Cinematográficos, 1990, p. 20.

ángulos pero siempre debe mostrar un carácter incisivo, político y social, por lo tanto el documental, desde su perspectiva, podría ser un excelente medio de difusión para exponer problemas sociales, humanos y políticos.

Desde otra línea de realización, el antropólogo y documentalista Alfonso Muñoz precisa que el cine documental es el reflejo de la realidad nacional en términos pluriculturales y económicos.

Oscar Menéndez, también documentalista del mundo indígena, lo concibe como una obra que conforma la historia contemporánea de México. Para el realizador, el cine documental es un género que refleja la realidad ideológica del país, una corriente que no miente ni transforma pese a las manipulaciones, sino que capta la realidad en el momento en que sucede, y cuando se registra y traslada al lenguaje cinematográfico adquiere un valor subjetivo. Asimismo el cineasta define al documental como una herramienta cualitativa que permite recoger información, es un informe cinematográfico que permite un acercamiento más íntimo, directo y concreto a una situación a partir del conocimiento de la gente y su psicología exteriorizada en sus gestos y su manera de actuar.

Por su parte, el cineasta Eduardo Maldonado, define al cine documental como un arte cinematográfico que procura la comprensión profunda de los hechos sociales o individuales a los que el hombre actual se enfrenta. No debe ser visto como algo menos que arte; no debe ser visto simplemente como un instrumento de comunicación; no debe ser visto como un simple instrumento de propaganda. Es un arte. Ese es su verdadero nivel y es un arte que aspira a la comprensión de las cosas, a través de las cosas mismas, a partir de la observación, captación y composición final de los hechos de la realidad⁵.

Desde la perspectiva de Maldonado, el género documental contiene el drama mismo de la vida, es decir el cineasta filma hechos tal como se presentan e intenta comprender la red de relaciones sociales implícitas en éstos para concluir en una síntesis que lleve al entendimiento de los eventos. Bajo esta tendencia el documental debe procurar brincar las barreras de la ideología y mostrar la verdadera situación dramática del ser humano ante sus incidentes económicos, políticos, ideológicos, amorosos, emocionales etc.

⁵ *Ibid.*, p. 83-84.

Eduardo Maldonado define al documental a partir de las implicaciones que sugiere la realización, pues destaca que es un género que requiere una investigación seria y profunda basada en la observación y conocimiento de los hechos. El punto clave se da con lo que él denomina la “comprensión estética”, es decir una visualización y sentimiento de cómo podría transmitirse determinada situación a través del lenguaje cinematográfico. Este proceso envuelve un análisis, síntesis y una respuesta ya emocional frente al hecho, es decir el compromiso específico plasmado en cada imagen.

Desde su experiencia antropológica, el cineasta mexicano conceptualiza el documental como un género que da una comprensión y emocionalidad ante los hechos, cualidad carente en los libros, informes y estadísticas. Es por ello que el documental apela a lo humano y a las emociones al entablar una comunicación íntima y profunda entre el espectador y los personajes que experimentan cierta situación, por tanto hay una mayor empatía y simpatía que abre la posibilidad de mover internamente al público para colaborar, unirse o sólo estar de acuerdo con los protagonistas.

Cabe destacar que entre los conceptos que tienen los realizadores documentales contemporáneos llama la atención la definición del realizador Juan Mora Catlett, quien señala que el documental es un instrumento de análisis de la realidad que tiene dos funciones, una función estética y una científica. Aquí es importante recalcar que la categoría científica se da porque el género es un instrumento de conocimiento, de comprensión y de síntesis de la realidad, pero bajo líneas particulares: está impregnado de una visión subjetiva de la realidad pero se basa en elementos objetivos que se encuentran a nuestro alrededor, ya sean personas o sucesos existentes en lo real. “El tipo de análisis que hacemos a través del cine tiene un carácter muy personal, siempre subjetivo, que gusta a otra gente cuando coincide más o menos con sus ideas y que les inquieta cuando las contraviene y las ponen en entredicho”⁶.

En este sentido el documental es un género que da la posibilidad de repetir un evento y analizarlo o estudiarlo, para observar sus elementos y conformar de esa manera un proceso de aprendizaje de la realidad.

⁶ *Ib.*, p. 20.

Desde su experiencia etnográfica, Juan Francisco Urrusti define el género como un cine que pretende perseverar transformándose en un documento con el paso del tiempo, por ello el verdadero documental es aquel que efectivamente trasciende el momento y, que además de tener este valor tiene cierto pensamiento implícito. Asimismo el realizador considera que el género debe ver la vida como lo hacen los filmados en ese momento, es decir que debe poner la cámara y a uno mismo al servicio de éstos.

Para el cineasta Armando Lazo, la definición más auténtica del documental es aquél filme que capta directamente elementos de la realidad, un tipo de cine de testimonio cuyo mayor valor como documento radica en la filmación en vivo, directa, sin recreación ni representación para la cámara. Por tanto en el documental no está la realidad, está un discurso sobre la realidad con un compromiso implícito.

El antropólogo y cineasta americano Scott S. Robinson coincide en que el cine documental es el registro de la realidad que no debería pretender ser necesariamente objetivo ni verídico, ya que siempre se filtra el proceso de creación-realización-producción por medio del filtro ideológico del propio realizador, del propio cineasta. Así el documental establece, digamos, una atención inherente sobre lo objetivo, es decir la realidad, pero a sabiendas que la percepción de esa realidad nunca es objetiva, sino que siempre es un producto subjetivo al traducirse al género cinematográfico⁷.

Por su parte, el realizador Antonio del Rivero define al género documental como el medio idóneo para aproximarse a la realidad social. Esto se entiende como una verdad concreta ya que, a través de la perspectiva documental, el cineasta puede contemplar y mostrar, no solamente cómo viven los seres humanos, también la interrelación entre ellos y las cosas que los rodean.

Un punto de vista femenino respecto al documental lo otorga María del Carmen Lara, quien considera al género como parte del análisis de una realidad. Como un punto de vista de la gente que esté filmando, en un momento dado, una parte de la realidad con muy variados enfoques⁸.

⁷ *Idem, Miradas a la realidad Volumen II: entrevistas a documentalistas mexicanos*, México, UNAM Centro Universitario de Estudios Cinematográficos, 1992, p. 17.

⁸ *Ibid.*, p. 65.

Igualmente importante es la consideración del documentalista político Salvador Díaz, quien piensa que el documental, como todo arte cinematográfico, aborda, representa y analiza la realidad. Sin embargo, el documental se distingue de otras formas de cine debido a la particular manera de tratar, seleccionar, organizar y plasmar ésta. Aunque el género documental debe ser disciplinado, condensado y efectivo en los objetivos que se propone, también debe interesar y atraer al espectador.

Desde la perspectiva de Díaz, el cine documental es un género que, basado en el testimonio directo y una investigación previa, analiza hechos concretos como acontecimientos históricos, problemas sociales, políticos o culturales partiendo indudablemente del testimonio real y la espontaneidad de una realidad perturbadora; es un medio que tiene un compromiso con la transformación social y la divulgación de cualquier situación.

En esta línea, el documental busca la filmación de hechos espontáneos e irrepetibles, aunque puede hacer uso de elementos como la reconstrucción de sucesos específicos con la participación de los protagonistas reales que reproducen y testimonian su propia vida y entorno.

Partiendo de que vivimos una realidad caótica, el cineasta aspira a analizar, sintetizar y ordenar lo real a través del documental. El cine documental no hace un saqueo de los acontecimientos, sino que los organiza en imágenes, define conceptos y sintetiza partes de ellos, de tal manera que uno pueda acercarse al sector que más le atraiga, del que de una u otra forma tenga más capacidad para hablar⁹.

Teniendo en consideración las anteriores aportaciones sobre la definición del documental desde un enfoque de realización, se puede decir que el documental es la práctica cinematográfica que “explora los misterios del comportamiento de la gente real en situaciones reales”¹⁰, es decir, busca que la realidad hable, a través de imágenes, sobre cómo reacciona y se manifiesta la naturaleza del ser humano en circunstancias o acontecimientos cotidianos concretos. De esta forma enfatiza e interpreta de manera creativa las actitudes de las personas y las relaciones sociales desde de la visión particular del autor.

⁹ *Ib.*, p. 66.

¹⁰ Rabiger, Michael. *Tratado de Dirección de Documentales*, 4ta edición, España, Omega, 2007, p. 4.

El género tiene como base la indagación en la estructura de las relaciones humanas y aspira a desarrollar una conciencia cívica en el público, dichas inquietudes le permiten dar nuevas dimensiones éticas y morales. Es por ello que el filme documental se identifica por su preocupación ante la calidad y justicia.

El compromiso de la práctica documental se encuentra en la búsqueda del establecimiento de una crítica social, de “hacer visible aquello que está en el filo de la conciencia de la sociedad”¹¹. En este sentido, el género se concibe en razón de un enfoque más crítico y personal del mundo. Además no sólo manifiesta la riqueza, complejidad y ambigüedad de la existencia, trasciende la observación objetiva al no concretarse representando o describiendo una realidad aparentemente visible, sino que rompe las barreras y muestra un mundo interior de pensamientos, sentimientos, inquietudes, aspiraciones, visiones y conciencia que constituyen la dimensión íntima del hombre.

Gracias a ello, revela aquellos niveles profundos y significados escondidos en lo habitual, lo simple y cotidiano. Su esencia radica en mostrar razones o cualidades del individuo, por ejemplo, dentro de un contexto específico qué sentido tiene el trabajo para un hombre simbolizado a través del esfuerzo que le representa o qué efectos le produce el ritmo y las condiciones laborales.

Con la indagación de los significados de motivaciones o acciones en determinadas circunstancias, el documental invita al espectador a extraer sus propias conclusiones críticas y con ello intenta persuadirlo sobre su visión particular a través de la argumentación visual de valores compartidos que proyecta.

Es así que el documental logra generar una profunda reflexión evitando imponer qué se ha de pensar sobre el tema o la circunstancia, sólo expone situaciones contradictorias y provocadoras que sacudan al público y lo lleven a reflexionar internamente.

De esta manera el género se caracteriza porque “examina lo real a través del prisma de la naturaleza humana”¹² partiendo de la personalidad del autor, de acuerdo a su propio estilo, sus intereses, convicciones, ideología y

¹¹ *Ibid.*, p.5.

¹² *Ibidem.*

conciencia. Es decir, la experiencia documental se identifica por una actitud e implicación nueva, diferente e interesante de algún aspecto de la condición humana.

En este sentido, el cine documental es el resultado de una creación libre cuya esencia se concentra en el compromiso de la defensa de una causa, propuesta de una postura o un pensamiento ya sea político, artístico, social, económico, implícito o explícito a través del uso de las imágenes que muestren la situación de vida de un determinado sujeto. Esto constituye una de las características más importantes de la práctica documental, legado del uso de éste como herramienta propagandística.

Aquí se debe considerar la finalidad sociopolítica del género que, debido a su naturaleza, no sólo crea fuertes reacciones y emociones personales, también tiene un gran impacto grupal por su aspecto público. Aunque el documental no siempre influye en una transformación social, puede ser empleado con dicha intención.

Cabe mencionar que la cinta documental narra hechos reales que sucedieron, acontecen o que pueden pasar como consecuencia. Es así que no tiene un margen concreto de tiempo pues puede hablar del presente, situarse en el pasado o tocar temas del futuro.

El punto de vista es esencial en el documental, ya que la visión personal del realizador sobre cierto hecho permite dejar un legado visual debido a su importancia y significado en la esfera cultural y social con el objetivo de informar y educar a la audiencia sobre ciertos individuos, sucesos o problemas. La intención documental transgrede las barreras de lo educativo o lo periodístico, su fin último es la interpretación de la realidad frente a la lente y persuadir a su público a tomar cierta actitud, postura o decisión respecto a la temática que aborde.

Primordialmente, el documental busca convencer y cambiar a su auditorio a través de la revelación de información. Aunque los propósitos de éste pueden diversificarse, el contenido tiene una función catalizadora para motivar y llevar al público a una acción, a transformar su sistema de valores o conducta, a partir de la necesidad reveladora de la práctica documental, para conseguir la persuasión e influir directamente en la transformación o cambio social.

De acuerdo a mi experiencia el documental es un conjunto de materiales audiovisuales cuya esencia es la vida, los acontecimientos reales, los problemas humanos y cómo los enfrenta y resuelve cada individuo, que unidos crean un documento fílmico de carácter probatorio ante la argumentación del cineasta.

El género tiene como base una profunda y seria investigación que sumerge al director en el tema que le interesa dándole soporte para el conocimiento de los hechos de tal forma que éste llegue a fondo y logre un compromiso específico.

El documental es una herramienta de análisis e interpretación, debido a que el realizador traslada la realidad al lenguaje audiovisual bajo un filtro ideológico, con ello absorbe su visión personal y ya no muestra la mecánica realidad, sino un discurso propio sobre ésta. En esta línea también es un género polémico, ya que el espectador puede o no estar de acuerdo con el punto de vista del realizador.

Así, es característico y fundamental en el género que el autor plasme su interpretación mediante la reconstrucción de una visión personal en la que muestre el mundo interior y la psicología del hombre de acuerdo a su ideología, intereses y creatividad. Igualmente es una herramienta que permite conocer y divulgar las necesidades sociales.

Además de la función estética, lo que define al género de cualquier otra corriente, es su función y estructura científica al ser un instrumento de conocimiento, ya que el cineasta realiza la investigación de la problemática que le interesa comenzando por elegir su tema, plantearlo, delimitarlo, justificarlo, establecer sus objetivos, estructurarlo y trabajar bajo una meta que bien puede llamarse hipótesis, la cual lo guiará durante el tratamiento del tema.

El documental es el producto terminado de la investigación y experiencia del director y, la cual va desde abordar la realidad, filmarla, organizarla y plasmarla.

Es importante recalcar el género exige al cineasta que a partir de su punto de vista, y ante un conflicto necesario en la estructura, manifieste un compromiso y una crítica social que lleven al espectador a una profunda comprensión, emocionalidad, reflexión y a una toma de conciencia para que modifique su conducta y con ello logre, además de sus metas específicas, una

transformación social. Debido a esto el contenido en el documental tiene más relevancia que la forma, sin embargo éste debe tener una estructura científica que permita el cumplimiento de sus objetivos.

1.3. Estructura del Género Documental

El género documental puede abordar una variedad infinita de temas y darle a éstos diversos enfoques. Por ello es difícil hablar de etapas comunes durante la realización de dicho género, ya que el productor desarrolla una metodología y estilo propio. Sin embargo, puede señalarse un aspecto de trabajo común para todos los documentales: la investigación.

La estructura de una cinta documental comienza a trazarse desde la investigación, ya que se debe tener claro los objetivos de un tema que permitan orientarla. Asimismo se debe considerar que pese a la acumulación de gran cantidad de información, los datos obtenidos deben conducir a una estructura narrativa, a un ordenamiento determinado que guíe la investigación de forma precisa.

Con la información recabada se va creando mentalmente una disposición y orden de las partes que conformarán el todo, el documental. Es decir, se crea una estructura base que esboce cómo iniciar, desarrollar y terminar el filme. En este sentido, la estructura base es un ordenamiento tentativo, acorde a la investigación, de lo que podría ser el montaje final. Sin embargo, esta disposición de elementos puede tener modificaciones de acuerdo a las variaciones y sorpresas que se presenten durante el proceso de grabación.

Se sabe que la materia prima del documental son imágenes captadas directamente de la realidad, que debido a su naturaleza, no cuentan con previa organización ni dirección. La organización de éstas y el resultado de la construcción cinematográfica que se realice con ellas durante el montaje, depende del autor quien, de acuerdo a sus intereses y objetivos, da orden y dirección proporcionando su particular percepción.

De esta manera, se considera que durante el montaje se define la estructura de un documental porque es el momento en que todos los elementos, previstos e imprevistos, son conocidos y concretizados en imagen y

sonido. Así el autor dispone de ellos para construir un producto cinematográfico que cumpla con sus objetivos e intereses respetando la estructura científica, característica del género documental, y plasmando su particular forma de narrar y nutrir ese orden científico.

Cada tema, cada objetivo y cada público requiere un tratamiento particular en la estructura, la cual no puede considerarse concluida hasta terminada la edición.

El manejo de una **estructura documental** implica la explicación de un fenómeno social, situaciones reales o sucesos específicos desde su inicio, desarrollo y final, independiente a la estructura dramática del cine de ficción.

En este sentido, la narración del documental puede o no explicar una historia con personajes interesantes y representativos que creen una tensión y proyecten una perspectiva organizadora de lo real. Con ello, el documental señala una estructura subterránea en los hechos mostrados mediante la formación de una serie de causas y efectos dando paso a un aprendizaje vital.

En el documental, la narración se refiere a la exposición de un hecho que necesariamente debe seguir un orden para poder comenzar, continuar y terminar ésta. Es decir, no sólo es describir escenas sin orden ni relación, se trata de la “observación de la realidad pero no su trasposición mecánica”¹³. Asimismo conviene centralizar el interés de la narración en un solo aspecto.

De esta manera el elemento que hila y consolida la narración en el documental es el hecho o conflicto básico que conduce la acción desde el principio hasta el fin. Específicamente en el documental, el término **conflicto** se entiende como un problema, una oposición, una confrontación de diferencias, de acción y reacción: intereses, caracteres y sentimientos interiores opuestos, que se vinculan y oponen en la acción narrativa y que conducen a una conclusión y con ello a una opinión. La contrariedad, la relación entre la voluntad de hacer y la resistencia, externa o interna, que esa voluntad debe enfrentar, son elementos corrientes de la vida cotidiana.

Es fundamental marcar contrastes entre lo que una persona quiere y los obstáculos que encuentran en su camino (un deseo intenso enfrentado a una

¹³ Feldman, Simon. *Guión Argumental, Guión Documental*, España, Gedisa Editorial, 1972, p. 140.

oposición intensa, aumenta el interés) pues sin éstos no hay conflicto y sin conflicto no hay interés.

La acción de la gente presupone un objetivo que tiene una motivación y éstos establecen una conducta. La persona se desarrolla en un contexto y un lugar que incluye a otros, todo ello implica una historia en el transcurso de la cual sus acciones permitirán apreciar sus particularidades y su carácter, pero no sólo como descripción despojada de interés, sino como parte de una narración.

De acuerdo a la estructura (esquema A) el documental se inicia con una **introducción** que es la etapa que abre la exposición planteando el problema que se desarrollará a lo largo de la película, es decir quién quiere qué, y quién o qué se opone o condiciona. Esta introducción es importante porque expone el carácter de las personas y la índole de los hechos que se van a tratar. Asimismo introduce al espectador en el clima de la película, ya que el comienzo debe sacarlo del estado de ánimo previo para sumergirlo emocionalmente en una realidad diferente.

El punto de arranque también puede ser insólito, en algunos casos condicionados hasta por los medios técnicos o las circunstancias particulares del tema.

Posteriormente se da el **desarrollo** donde se muestran los contrastes entre los puntos de vista de las personas relacionadas o ligadas a un problema. Asimismo describe la evolución de las acciones de las personas para alcanzar sus objetivos con todas sus alternativas anecdóticas o la descripción progresiva de los hechos de tal manera que se incremente el interés.

La vinculación que une a los involucrados marca el tipo de conflicto y relación que se establece entre ellos. Esta vinculación puede ser entre dos o más personas, la relación entre uno de ellos y su entorno o el de cualquiera consigo mismo. En esta etapa se muestran las motivaciones explícitas y/o implícitas que permiten conocer las causas que determinan una conducta.

Lo anteriormente señalado conduce la exposición a una **conclusión**, momento en que se define el fracaso, éxito, postergación o continuación de las acciones que darían solución al problema planteado y/o de la lucha por conseguir el objetivo de las personas o los hechos que comenzaron y desarrollaron en la primera y segunda etapa respectivamente. Dependiendo de

imaginación, es decir sujetarse a un modelo narrativo determinado, no cuarta la libertad de cada autor para aportar ideas que nutran dichas estructuras, delinear su estilo o disponer del material filmado de tal manera que represente su perspectiva y cumpla la función deseada. Sin embargo, estas contribuciones deben convenir al objetivo trazado, a la motivación que ha impulsado a seguirlo y a las características del tema.

Asimismo el cineasta debe exponer de manera atractiva, interesante y clara un hecho, debe ser capaz de conducir la atención proporcionando elementos necesarios para seguir la historia, mostrar nudos interiores y despertar a la reflexión más profunda. Para ello se debe estructurar la exposición en los momentos más significativos de la vida, sin apartarse de la médula del asunto, tanto los fuertes como los débiles, de tal forma que los resortes que la van ordenando permitan un énfasis narrativo y un desarrollo completo en el documental.

De esta manera se modifica el tiempo y espacio real, eliminando partes no significativas, concentrando la narración en otras, creando en suma un tiempo y un espacio con estructura propia eslabonada según un ordenamiento totalmente diferente al ordenamiento de la vida real.

Dichos objetivos se logran a partir del uso de elementos narrativos de acuerdo a las necesidades creativas y estéticas como música, silencio, efectos sonoros, voz en off, palabras, material de archivo, fotos fijas, entrevistas, el propio comportamiento humano e incluso al recurrir a la tradición oral, teatral o literaria para lograr que el espectador interiorice lo externo y sea tocado emocional e intelectualmente por hechos y personajes reales, nada extraordinarios.

En el documental existe tanta variedad de estructuras subterráneas como de temas. Por ello no se simplifican o unifican las formas correspondientes de éstas, cada tema tiene su propio orden de acuerdo a éste y en gran medida a sus objetivos, los cuales señalarán cómo debe ser desarrollado. Así, la forma en que se hará la cinta es el resultado de la conjunción de las metas y conclusiones (qué y para qué o para quiénes).

En este sentido, el orden del documental también está definido a partir de los objetivos de la obra: qué se quiere comunicar a quién y cómo. Cada uno de éstos determinará el nivel de conocimientos a presentar y la forma de

exponerlos enfocándose a la claridad y el interés para el público al que está dirigido. Cada hecho descrito en el filme encierra un objetivo determinado pero parcial que no debe contradecir el carácter general de la obra.

Por ello, el género documental puede clasificarse de acuerdo a su temática, función y características elementos representados en una estructura definida por un objetivo específico ya sea político, social, antropológico, etnográfico, etc.

CAPÍTULO II. CARPETA DE PRODUCCIÓN DEL VIDEO DOCUMENTAL “MANOS SABIAS”

2.1. Consideraciones Previas

La etapa de preproducción se inicia con la elección de un tema, continúa con la realización de una investigación y documentación seria sobre dicha problemática, con la elección de qué o quién será el punto central del video, con la localización de un equipo de trabajo e incluso con el intento de conseguir algún tipo de financiamiento.

Es entonces importante señalar que antes de empezar dicha búsqueda se reflexionó un poco respecto a las posibilidades concretas de realización del video documental, es decir si aquello que se desea comunicar es susceptible de ser captado por una cámara y con ello determinar qué película es la que viablemente se podría hacer.

Específicamente el video documental “Manos Sabias” mediante el cual se pretende abordar la incorporación de parteras en el Sistema de Salud como parte de un incipiente esfuerzo del gobierno para crear instituciones interculturales, tiene posibilidades de realización. Aunque la interculturalidad es un tema un tanto abstracto, pues en el terreno antropológico aún se pone en duda las posibilidades reales de aplicación ante los alcances no sólo culturales sino también sociales e incluso políticos, la producción de un video sobre la relación médico-partera puede ser un ejemplo concreto sobre el nivel de aceptación, tolerancia y respeto mutuo, es decir la interculturalidad puede ser captada hasta cierto punto en el trato que les dan a ellas, la manera de relacionarse, la dinámica cotidiana, el trabajo de las parteras, ciertas acciones para con ellas, la grandeza de su esfuerzo y su trabajo.

Ello no deja a un lado la conciencia sobre la dificultad que supone la alteración de la conducta de los participantes ante la presencia de la cámara. Desde esta línea es difícil mostrar cuando la interculturalidad se aplica y cuando no debido a la simplificación de dicho término por parte de las instancias de salud gubernamentales ante la inserción de las parteras como agentes de apoyo externo que trabajan y a la vez no para el gobierno, por tanto estar bajo una dependencia cuantitativa la total libertad desde cuestiones culturales hasta financieras, ello incluye la falta de consideración de las parteras para los

asuntos verdaderamente importantes, la falta de libertad de ser y actuar que encuentran en casa, etc.

Otra posibilidad de hechos susceptibles de ser grabados por la cámara podría ser el contraste entre la manera como atienden las parteras en su casa y las condiciones concretas bajo las cuales lo hacen en el Hospital Integral.

Cabe destacar que pese a lo abstracto que pudiera ser la interculturalidad, el lenguaje audiovisual se muestra como un medio que permitirá entender aquello impreciso, la falta o no de tolerancia, comunicación y respeto entre dos cosmovisiones totalmente distintas.

El trabajo audiovisual estará conformado por imágenes que documentarán el proceso de integración del Módulo de Parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan. Es decir, mostrará las dinámicas utilizadas para lograr el diálogo, la convivencia, retroalimentación, experiencia, complementariedad e igualdad entre ambas prácticas. Se trata de documentar como se forja y qué obstáculos presenta el vínculo entre la alopatía y lo tradicional a partir de lo que acontece dentro de Hospital. Se dará voz a médicos alópatas y parteras para que desde su perspectiva expresen la manera en que se relacionan entre ellos, con sus compañeros de trabajo, durante la atención del parto, durante las ceremonias, ritos, oraciones y ofrendas ligadas al sistema de sanación prehispánico que muestren el sentido que para las y los indígenas tienen éstos. Igualmente se insertarán entrevistas a usuarias indígenas, expertos en desarrollo intercultural, gente ligada a la medicina tradicional e interesada en la aplicación de la interculturalidad en el sistema de salud, a los administradores y académicos que analizan esta práctica.

2.2. Investigación y Documentación

La investigación que sustentará el video documental comenzará por el conocimiento sobre la integración del Módulo de Parteras en el Hospital Integral en la Sierra Norte de Puebla institucionalizado a través del Plan Puebla-Panamá. A partir de las investigaciones de la Dra. María Beatriz Duarte Gómez, el Dr. Sergio Lerín, el Dr. Roberto Campos y las apreciaciones de Gonzalo Aguirre Beltrán y su análisis sobre los programas de Salud en la situación Intercultural, las consideraciones de los representantes de las

instituciones como la Secretaría de Salud, específicamente los encargados de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y el Sistema Estatal de Medicina Tradicional, se entenderá de manera antropológica e institucional cómo se busca la integración de dicho módulo al engranaje del Hospital a partir del proceso cronológico, qué estrategias se emplean, cuáles son las consideraciones de las prácticas, cuáles son sus objetivos, su función, bajo qué criterios y concepción se creó, cuáles son las condiciones de servicio, quiénes lo integran, cómo se maneja, cuál es el programa que lo rige, qué es la medicina intercultural, cuál es el sustento cultural, legal e histórico.

Por otra parte se abordará la concepción y opinión de la población indígena sobre el proceso de integración del Módulo de Parteras en el sistema de salud mixto. A través de su experiencia de vida se indagará cómo este acontecimiento altera o modifica la estructura de su sistema de sanación y los valores sociales, culturales y espirituales que éste envuelve. Por tanto, se trata de mostrar de qué manera el gobierno intenta mezclar dos visiones preponderando el sistema alópata olvidando la satisfacción y comodidad de los usuarios indígenas. La idea que guiará esta investigación previa afirma que el proceso de Integración del Módulo de Parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla, no considera los requerimientos necesarios para un Sistema de Salud Intercultural, es decir no estima la medicina tradicional en su perspectiva más profunda.

Como otra fuente de información referente a las implicaciones culturales se dará voz a quienes no la tienen y se considerará a curanderas y parteras poblanas, gente de edad avanzada que represente y sea portavoz de su pueblo, que funja como paradigma de su más pura cosmovisión. Asimismo se referirá a médicos dedicados a la medicina tradicional en la región y antropólogos especializados en interculturalidad en la salud, se tomará en cuenta las propuestas de algunos médicos indigenistas como Eduardo Menéndez quien dará la dimensión sociocultural.

Por otra parte, debido al impacto que ha tenido en la región la aplicación del trabajo de las parteras del módulo, se retomarán ejemplos como el parto, que representa desde la perspectiva indígena diferentes paradigmas y una barrera cultural. Se considerarán las experiencias de parteras y mujeres

embarazadas que desde su perspectiva interna reflejen cómo han sido beneficiadas o afectadas por el proceso mixto de salud. Asimismo se considerarán sus opiniones, propuestas, críticas, necesidades y aportaciones para el mejoramiento del proceso de integración de dicho servicio al Hospital.

En síntesis la posición ante el fenómeno social es que: El proceso de Integración del Módulo de Parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla, no considera los requerimientos necesarios para un Sistema de Salud Intercultural debido a que no responde a las demandas de autonomía y respeto de los pueblos indígenas ni apoya el desarrollo de modelos de atención definidos por ellos y para ellos. El objetivo general que guiará este proyecto es realizar una investigación sobre la integración del Módulo de Parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla como intento de Sistema de Salud Intercultural. De manera particular se busca mostrar cómo la mezcla de concepciones de salud culturalmente distintas afecta a la cosmovisión indígena, e identificar que la falta de reconocimiento a ciertas prácticas de las parteras es una barrera cultural para el proceso de integración de éstas al diálogo de salud intercultural¹⁴.

De esta forma se definen los parámetros de una investigación previa cuya hipótesis funciona como guía y la cual se sustenta en la recopilación de referencias sobre el tema, en el estudio de publicaciones y en la consulta a antropólogos expertos quienes ayudarán a economizar tiempo. Asimismo se continuará con la exploración del lugar, la familiarización con la gente indígena y las situaciones, con la integración progresiva para descubrir que es usual e inusual en ese contexto. Con ello se busca crear confianza a partir de la comunicación con los tentativos participantes, darles a conocer los propósitos del proyecto, aprender de los involucrados, compartir tiempo con ellos para saber qué se necesitará para la grabación, mostrar cercanía y crear confianza a partir de la aproximación con cada persona, hacer entrevistas y hablar con la gente sobre temas que ellos sugirieran para saber quiénes serán los participantes potenciales, introducir la cámara mediante grabaciones generales o actividades cotidianas, examinar el entorno para asegurar que lo que se

¹⁴ El desarrollo de la investigación se encuentra en el Anexo 1.

quiere grabar es accesible, que la gente cooperará y otorgará el consentimiento. A partir de la obtención de dicha información se realizará una primera escaleta.

2.3. Primera Escaleta

1. PRESENTACIÓN DE LUGAR Y EL PERSONAJE

El documental iniciará con tomas generales de Cuetzalan, la catedral, calles y gente caminando.

2. PRESENTACIÓN DEL PERSONAJE

A cuadro vemos las actividades cotidianas de una partera, ir al molino, alimentar a sus animales, cargar leña, hacer tortilla, curar a una niña en su comunidad. Posteriormente se ve su caminar a nivel de piso, las imágenes son intercaladas con planos que muestran ciertos detalles de ella, su sombra en el pavimento y su llegada a un Hospital.

3. INICIO DE LA RELACIÓN

En pantalla aparecen mujeres con traje típico trabajando dentro del Hospital, haciendo limpias, sobando embarazadas, dando baño de temazcal. De manera paralela se muestran médicos y enfermeras trabajando en su área. La narración en off introduce al tema y explica la incorporación de parteras en el sistema de salud y las dificultades iniciales ante el enfrentamiento de ambas culturas.

4. LOS PRIMEROS ACERCAMIENTOS

Entrevista a un médico que defina lo que para él representa la interculturalidad, que hable sobre cómo ha sido el proceso de integración desde su perspectiva, cuál ha sido su experiencia y qué opina respecto a la participación e inserción de las parteras en el sistema de salud.

5. PERSPECTIVA INDÍGENA

Se insertará la entrevista a una partera indígena que opine sobre la interculturalidad, la relación y trato mutuo entre las parteras y los médicos. De igual manera se mostrará en pantalla a una paciente indígena que dé su

opinión sobre el servicio integral, la diferencia cultural entre la atención de una partera y la de un médico.

6. LA UNIÓN

La partera está en consulta con una paciente que en pocos días dará a luz, la revisa, la soba y la lleva a que la examine el médico alópata. El médico revisa a la paciente, pregunta a la partera sobre el estado general de salud de la misma e intercambian ideas. Se muestra el trato que se da mutuamente entre el médico y la partera, los problemas culturales que pudieran presentarse durante la consulta, por ejemplo el idioma.

7. PRIMER CONFLICTO

Una paciente habla sobre el trabajo de la partera en relación al del médico, explicará porque aún hay cierta resistencia de las mujeres indígenas a los médicos alópatas y el importante papel que ha desempeñado la partera en la unión de ambas cosmovisiones.

9. SEGUIMIENTO DEL PARTO

En pantalla aparece una partera preparando todo lo necesario para ingresar a la paciente próxima a dar a luz, se muestra su trabajo y las prácticas tradicionales que ella tiene hacia la embarazada, se muestra cómo preparan a la mujer para el parto en el módulo de medicina tradicional.

10. LA INTERCULTURALIDAD EN EL PARTO

El médico habla sobre la interculturalidad en su trabajo diario con la partera y durante un parto atendido por ella, bajo sus consideraciones explicará cuáles son las prácticas o acciones que ellos han aprendido de las parteras tradicionales y la disponibilidad de éstos por tomar los conocimientos ancestrales.

10. FALTA DE INTERCULTURALIDAD

Durante la espera del parto la médico tradicional nos comentará su experiencia respecto al intercambio de conocimientos, sobre la aceptación o escepticismo de los médicos a ciertas prácticas tradicionales, y sobre la apertura a la enseñanza de su saber.

11. CONTINÚA EL PARTO

Se muestra la colaboración, complementariedad o distancia entre los médicos en el proceso previo al parto y las condiciones culturales bajo las cuales se desarrolla el trabajo mixto.

12. REPRESENTANTES GUBERNAMENTALES

El Coordinador del área tradicional habla sobre la consideración de las ideas y necesidades de los médicos tradicionales, por ejemplo la capacidad de escuchar qué tipo de muebles, instrumentos o materiales necesitan para sentirse en confianza durante la atención. Una partera narra algunas peticiones respecto a qué le gustaría que hubiera en el hospital, bajo su consideración qué cree necesario para la realización de su trabajo de manera tradicional, por ejemplo un altar separado del espacio de curación, la virgen de su devoción, sábanas de manta, un mecanismo rudimentario que no tengan.

13. INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Se ve como la partera cuida a la embarazada, le da té, le soba el abdomen, la acompaña día y noche, la lleva a revisión con el médico, se muestra la distancia entre ambos mundos, el tradicional y el alópata. Se ve a la partera trabajando sola, la espera y compañía del esposo o el familiar.

15. EL RECHAZO Y SIGNIFICADO

La paciente habla sobre el rechazo que aún existe del médico alópata hacia la partera y la minimización de su trabajo, resalta que dicha profesión es una herencia y un don que se refuerza con la práctica durante muchos años. Lo compara con la responsabilidad, el significado y lo que representa la partera en su comunidad donde tiene el nivel de un sacerdote o de un maestro, además habla sobre el respeto que le tienen pues es la persona que trae la vida al pueblo.

16. LA ACEPTACIÓN

El médico opina sobre el trabajo de la partera, asume tolerancia y aceptación sobre el trabajo de ella con la condición de que éste se realice siempre bajo la vigilancia médica de un ginecobstetra y que cumpla con los parámetros de la

capacitación en parto limpio, factores de riesgo obstétrico, etc, pero no habla sobre lo que él pueda aprender de ellas, únicamente reconoce la importancia de las médicas tradicionales como una herramienta para el acercamiento a la población indígena y con ello reducir la muerte materna.

17. VIGILANCIA MÉDICA

El médico visita a la embarazada y a la partera, minutos antes del alumbramiento, les llama a las enfermeras para que den el apoyo y apliquen el suero. Se muestra el trabajo separado, la falta de un acercamiento coordinado, la interacción ante el manejo distinto de idioma, de creencias, de técnicas y prácticas.

18. INTERPRETACIÓN

El intérprete del Hospital habla sobre la importancia de su trabajo, opina sobre el problema del idioma y los conflictos culturales que atrae el hecho de que los médicos no hablen náhuatl y las parteras y pacientes no hablen español. Resalta la preferencia de las pacientes debido a este factor, ya que es motivo de regaños y diferencias por parte del personal de salud.

19. SOBRE EL IDIOMA

Una partera habla sobre la discriminación que sufren en el Hospital Integral por parte del personal de salud ante el uso de su lengua madre, el náhuatl, y asume que es de vital importancia hablar español para una aceptación por parte de los médicos alópatas, igualmente reconoce que ellos deben aprender un poco de náhuatl para que los pacientes los aprecien. Por su parte el médico opina sobre la importancia o necesidad de hablar náhuatl, sobre el interés o falta de éste por aprenderlo.

20. ENFRENTAMIENTO

Se muestra el momento cumbre, el parto, donde la medicina alópata y la tradicional conviven, se ven cuáles son las funciones del médico en relación con el trabajo de la partera, la calificación médica sobre el mismo, las condiciones bajo las cuales se da la interculturalidad, la indiferencia, el escepticismo y la falta de reconocimiento a la labor tradicional. Se muestra la resistencia de la embarazada a ciertas prácticas alópatas como el parto

horizontal, el corte vaginal, la cesaría o la aplicación del dispositivo. El enfrentamiento se da ante la falta de consideración de la elección de la embarazada respecto a la posición del parto, horizontal o vertical-tradicional, o por el traslado injustificado de la embarazada al módulo alópata ante la falta de confianza y escepticismo al trabajo de las parteras, además hay conflicto con el idioma, el uso de la vestimenta típica, ciertas técnicas y prácticas higiénicas.

21. ALEJAMIENTO

La partera expresa su percepción respecto al trato recibido, la vigilancia médica y el trabajo en conjunto, habla sobre lo que le gustaría que cambiara, sus expectativas y lo que ella quisiera que hubiera en el hospital para mejorar en cuanto a la cuestión de interculturalidad, habla sobre un respeto mutuo y un reconocimiento a su saber.

22. ESPERANZA

La partera concluye en que prefiere atender en su casa, donde todo lo que necesita para trabajar lo tiene a la mano, no necesita pedirlo a los médicos, narra qué tan libre se siente trabajando en el Hospital y conviviendo con los médicos.

23. SOLICITUD

Una paciente reflexiona sobre el trabajo de los médicos, afirma que hacen falta médicos en la sierra junto a la gente indígena pero con vocación, con ganas de trabajar y convivir con la gente y respetar a los médicos tradicionales porque éstos tienen un don, mucha experiencia y una gran sabiduría.

23. REGRESO A CASA

Cansada, la partera regresa a su casa después de varios días de estar en el hospital, y explica con ánimo que pese a los malos tratos y falta de reconocimiento ella sigue trabajando en el Hospital Integral para evitar la desintegración de la organización de médicos tradicionales ahora institucionalizada en salubridad, y conseguir un cambio por bien de la comunidad.

2.4. Presupuesto

1. Personal de producción						
Cod.	Concepto	Nombre	Cant.	x	Tarifa	Subtotal
1.1.	Directora y Productora	Grecia Díaz	30*		\$5,000.00	\$5,000.00
1.2.	Asistente de Producción	Hugo Baños López	7*		\$1,250.00	\$1,250.00
*Días					SUBTOTAL:	\$6,250.00

2. Investigación y Scouting						
Cod.	Concepto	Descripción	Cant.	x	Tarifa	Subtotal
2.1.	Investigación	Viaje a Cuetzalan*	2		\$556.00	\$1,112.00
2.2.	Scouting	Visita a 4 Comunidades*	8		\$26.00	\$208.00
2.3.	Hospedaje	Fin de semana una persona	2		\$150.00	\$300.00
2.4.	Gastos Varios	Alimentación, entrevistas a médicos	--		\$550.00	\$550.00
2.5.	Papelería	Fotocopias, impresiones, escaletas, preguntas guía	--		\$300.00	\$300.00
*Viaje Redondo					SUBTOTAL:	\$2,470.00

3. Equipo Técnico						
Cod.	Concepto	Descripción	Cant.	x	Tarifa	Subtotal
3.1.	Videocámara	Panasonic SDR H100 con Disco Duro de 80 GB*	2		\$3,019.00	\$6,038.00
3.2.	Cámara Fotográfica Digital	Colpix S5100 12.2. MP**	1		\$2,395.00	\$2,395.00
3.3.	Grabadora de voz	Sonny ICD-UX512**	1		\$1,696.00	\$1,696.00
3.4.	Tripié	Cannon	1		\$800.00	\$800.00
3.5.	Laptop	Toshiba AMD Athlon 2 Neo Single con Disco Duro de 250 GB*	1		\$6,500.00	\$6,500.00
3.6.	Disco Duro Externo Portátil	Seagate de 500 GB	1		\$1,000.00	1,000.00
*Incluye accesorios					SUBTOTAL:	\$18,429.00
**Incluye Tarjeta de Memoria SD						

Continuación de presupuesto....

4. Producción						
Cod.	Concepto	Nombre	Cant.	x	Tarifa	Subtotal
4.1.	Hospedaje*	Grecia Díaz	1		\$2,000.00	\$2,000.00
4.2.	Traslado**		1		\$556.00	\$556.00
4.3.	Transporte local		30		\$20.00	\$600.00
4.4.	Hospedaje por 7 días	Víctor Hugo Baños López	1		\$525.00	\$525.00
4.5.	Traslado**		1		\$556.00	\$556.00
4.6.	Alimentación, 3 comidas		1		\$350.00	\$350.00
4.7.	Transporte local		1		\$140.00	\$140.00
4.8.	Imprevistos	---	---		\$1,795.04	\$1795.04
*Estancia durante 30 días. Incluye desayuno, comida y cena.						
**Viaje redondo.						
					SUBTOTAL:	\$6,522.04

5. Postproducción						
Cod.	Concepto	Nombre/Descrip.	Cant.	x	Tarifa	Subtotal
5.1.	Isla de Edición	PC con programa de edición no lineal	15*		\$7,000.00	\$7,000.00
5.2.	Montaje, Edición y Musicalización	Editor	15*		\$5,000.00	\$5,000.00
5.3.	Copias Finales	Material	10		\$100.00	\$1,000.00
*Días					SUBTOTAL:	\$13,000.00

COSTO TOTAL:	\$46,671.04
---------------------	--------------------

2.5. Permisos

Debido a la falta de un permiso por parte del Gobierno Estatal de Puebla, que requería mínimo un año de trámite y mi protocolo de investigación, y ante la negativa y resistencia por hacer un tipo documental comercial que resaltara las bondades del gobierno para con los indígenas bajo los estándares que ellos requerían, decidí realizar mi trabajo fuera del hospital.

Ello implicó un giro radical no sólo en el plan de trabajo de grabación, también en el planteamiento de la problemática y de la estructura pues entonces ya no se podría grabar libre y abiertamente una de las partes más importantes, el encuentro entre las dos cosmovisiones en un mismo espacio de trabajo y en un momento cumbre determinado. A partir de este momento se refuerza el interés y la idea por captar mayormente la visión indígena, el gran trabajo que realizan las parteras en su comunidad y ver el fundamento de ese respeto que los pobladores le tienen por ser quien metafóricamente da vida al pueblo.

Ante dicha circunstancia los permisos necesarios para grabar se redujeron prácticamente a los consentimientos orales de los participantes que serían entrevistados en sus comunidades, y especialmente el de Micaela Pérez Vázquez para que aprobara el seguimiento constante de sus actividades, vida cotidiana y trabajo como partera. Cabe mencionar que a cada participante se le explicó el objetivo del proyecto, la intención y el alcance que tendría, por tanto cada uno de ellos podía elegir libremente respecto a su intervención.

En el caso de tomas en lugares públicos, se acudió al Ayuntamiento, sin embargo éste no pidió ningún tipo de trámite administrativo o autorización al ser Cuetzalan un lugar turístico.

Por otra parte la elección del médico que representara el lado alópata estuvo fundamentada en que éste accedió a la entrevista sin necesidad del permiso gubernamental, únicamente bajo la condición de examinar previamente las preguntas, de evaluarlas bajo su criterio, y de considerar y respetar su derecho a no contestar aquella que le incomodará o que simplemente no quisiera responder. En cuanto al Coordinador del módulo tradicional, accedió a la entrevista sin condiciones ni permisos.

2.6. Investigación de Campo

La investigación de campo comenzó con la visita al Hospital Integral de Cuetzalan, el más importante de las unidades con medicina tradicional en zonas indígenas debido a la disminución radical de la muerte materna en la región poblana.

Físicamente el Hospital Integral está compuesto por dos construcciones, una delantera en la que se encuentran los médicos alópatas, y una trasera en la que se dan servicios de medicina tradicional. La unión de ambas estructuras se da a partir de un pequeño pasillo que conecta a los médicos tradicionales con las zona de hospitalización en la que se encuentran las mujeres y sus recién nacidos.

Sin embargo las parteras tradicionales conciben su área de trabajo separada de aquélla en la que se encuentran los médicos alópatas. Además de que existe una separación física, contribuye la dificultad que representa para las parteras entrar al Hospital Integral, ya que de acuerdo a sus experiencias cuando sus pacientes se alivian con los médicos alópatas en ocasiones no les permiten el acceso para ayudar a las mujeres a bañarse, comer e ir al sanitario, incluso deben esperar hasta que los médicos les den información para poder ir a su casa.

Tanto el Hospital como el Módulo de Medicina Tradicional están dirigidos por la Dra. Sofía Márquez Rojas, quien provisionalmente designó al ciudadano Víctor Lemini Vázquez como Coordinador de dicho módulo. El Sr. Lemini proviene de la región, es de origen indígena, no es curandero, no pertenece a la asociación de médicos tradicionales y habla náhuatl, pero de acuerdo a algunos testimonios recogidos los integrantes de la organización manifiestan que nadie consideró su opinión, ellos no lo eligieron ni les preguntaron si estaban de acuerdo. Lo mismo sucedió con Evangelina, Gabriela y Alberto, quienes colaboran bajo su mando en la administración de dicho módulo.

El grupo de médicos tradicionales está conformado por 54 terapeutas entre los cuales hay hueseros, curanderas/os y parteras, éstas últimas son 27, por lo cual constituyen el cincuenta por ciento de la pequeña población.

Los requisitos para que pueda entrar a trabajar una partera a dicho módulo son el reconocimiento de un médico y el de su comunidad en la que los

habitantes testifiquen su labor e indiquen la calidad del trabajo basándose en el trato y la relación con la gente así como tener cero muertes maternas e infantiles, también se le pide una constancia expedida por el juez de la localidad que indique su profesión.

Ante la lejanía e imposibilidad de estar frecuentemente y por periodos largos en Cuetzalan, visitaba el Hospital y a las parteras cada determinado tiempo. Poco a poco conocí a los doctores que trabajan en el hospital, a las parteras con más experiencia y por tanto más solicitadas, a mujeres indígenas que son usuarias de los servicios de salud pero que frecuentan a las parteras, conversaba con la gente de las comunidades indígenas, con el personal que trabaja en el módulo de parteras, con la joven de la limpieza, con el personal administrativo, así se fueron acostumbrando a mi esporádica presencia.

Con mis visitas quincenales comencé a notar que había algunas parteras interesadas en que se documentara su trabajo tanto en el hospital como en su casa, en que alguien escuchara sobre la medicina que ejercían, sus problemas respecto al trato que recibían en el hospital y cómo los enfrentaban; algunas no querían decir nada respecto a los médicos mientras otras hablaban demás o me pedían dinero para decir lo que yo quería escuchar.

Bajo este panorama pensé en la posibilidad de elegir aquéllas personas que de acuerdo a mi criterio debían aparecer en el trabajo de titulación porque representan una parte importante de su comunidad, son las más grandes de edad, tienen más experiencia y han destacado en su labor como parteras dentro del hospital. Así elegí a Micaela Pérez Vázquez como personaje fundamental del video, ya que es una mujer reconocida y respetada tanto en el hospital y en su comunidad, en parte por su labor así como por su fuerte carácter, honestidad y transparencia. Igualmente Celia Guerrero y Modesta Chávez parteras que, además de ofrecer su participación son de las que más asisten al hospital, además la primera es de las más grandes junto con Doña Mica.

Micaela Pérez Vázquez, es una de las parteras más valoradas no sólo en el hospital ni en su comunidad sino a nivel regional, ella es una mujer indígena de 71 años que atiende partos desde 1967 y cuya experiencia le ha

valido la certificación de su profesión y la invitación para la exposición de sus conocimientos en distintos congresos y países como Canadá.

La señora Micaela ingresó a formar parte de la asociación de médicos tradicionales cuando los servicios de salud en la zona estaban bajo la administración del Instituto Nacional Indigenista y posteriormente se integra al hospital de salubridad y a la clínica regional del Instituto Mexicano del Seguro Social como partera. Dada la permanencia, carácter, y disponibilidad es una de las mujeres que mejor relación tiene con algunos médicos, pues aún existe resistencia de otros para trabajar de manera conjunta.

Doña Micaela muestra gran disposición para trabajar con los médicos, ella entiende la importancia de ciertos tratamientos médicos como las vacunas, la ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo, así como de las revisiones y consultas médicas mensuales. Aunque a veces no está de acuerdo con ciertas prácticas médicas como el corte vaginal, ella respeta a los médicos a quienes mira como sus superiores.

Sus funciones durante los nueve meses son acompañar e incluso convencer a sus pacientes para que acudan al hospital a las revisiones periódicas con los doctores alópatas y se vacunen, en caso de que la mujer no esté afiliada al Seguro Popular ella debe realizar los trámites. En este sentido la partera se muestra como una auxiliar durante la gestación que apoya al doctor en el control de las mujeres, ya que parte de su trabajo es hacer consultas domiciliarias durante las cuales palpa, acomoda al bebé e identifica si el embarazo es de alto riesgo o tendrá complicaciones para que en su caso remita a la mujer con el médico alópata. Sin embargo no sólo van a revisar el desarrollo del embarazo, las parteras se caracterizan por ser humanas, y durante sus visitas se interesan por la situación económica y familiar para saber cómo pueden ayudar durante el parto.

La atención de un parto conjunto, que podría calificarse como el acercamiento más significativo que tienen las parteras con los médicos, se presenta bajo ciertas circunstancias. El doctor debe calificar el parto como normal, la mujer debe elegir que el nacimiento sea en el módulo de medicina tradicional además la partera debe llegar a tiempo. El parto de manera conjunta es aquél que atiende la partera bajo la supervisión de un médico que cuando el

niño nace él se concentra en pesar, medir y realizar el registro del acontecimiento.

Si el doctor determina que el parto tendrá complicaciones o riesgos y la mujer desea ser atendida por él, o bien si la embarazada acude con trabajo de parto cuando la partera no está de guardia o no llega a tiempo, el nacimiento se presenta en el hospital alópata con la particularidad de que no se pregunta a la embarazada qué posición quiere tomar, y aún menos se requiere la presencia de la partera.

De acuerdo a pláticas que tuve con las parteras, a ellas les gusta trabajar en el hospital pese al trato y la falta de una remuneración constante. Debido a que los servicios en el módulo tradicional son gratuitos, el gobierno otorga un apoyo económico de \$50 por cada persona que atienda la partera, el huesero o el curandero, sin embargo el pago constantemente se retrasa, en ocasiones más de tres meses, contrastante si se observa la quincena segura de los médicos.

La investigación incluyó distintas entrevistas con antropólogos interesados en políticas interculturales. Destaca la percepción del Dr. Roberto Campos Navarro, quien a partir de sus investigaciones considera que los servicios de salud aún no logran darles la autonomía suficiente a los médicos tradicionales para crear un sistema de salud desde su cosmovisión que represente sus intereses y en el que tengan la libertad de elegir quién lo dirigirá, dónde estará situado, cómo se organizarán, cómo estará diseñado el hospital desde qué tipo de camas, colores e iluminación se usará hasta cuántos altares tendrá y dónde estarán ubicados¹⁵.

Estos factores llevaron a la conclusión de que la interculturalidad no se presentaba tan fácil como en teoría parecía. Lograr el diálogo sinérgico del que se habla durante la investigación teórica presentó barreras culturales difíciles de tratar ante la sutil distancia entre ambos modelos de atención. En el mejor de los casos es una relación de tolerancia en la que los protagonistas saben la existencia del otro, se respetan mutuamente pero no atraviesan las barreras ideológicas para que se dé la sinergia cultural.

¹⁵ Entrevista al Dr. Roberto Campos Navarro realizada por Grecia Díaz el 3 de marzo de 2011 en un restaurante público.

La verdadera competencia cultural en los organismos de salud pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud. Sin embargo, en el hospital Integral de Cuetzalan, se reduce a la mínima expresión cultural la cosmovisión indígena a través de ejercicios concretos. Es decir no se realiza un esfuerzo por escuchar a los usuarios desde su manera de percibir el mundo, no se indaga en sus expectativas, no se comprende sus códigos culturales, no se modifica los procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura, es incipiente la sensibilización y capacitación intercultural que promueve el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes y por tanto resulta difícil detectar y eliminar las barreras culturales existentes.

Es importante reflexionar sobre ¿cuál es el papel que desempeñan las parteras en el momento del alumbramiento?, ¿a qué tienen derecho?, ¿cuáles son sus funciones?, ¿concretamente cómo se refleja la toma de sus decisiones desde la cosmovisión indígena?. De manera general las líneas jurídicas relacionadas a la interculturalidad hablan sobre el respeto y trato digno de las comunidades indígenas y su cosmovisión a partir de la difusión y aplicación del parto vertical como principal exponente de interculturalidad. Sin embargo ¿qué lugar ocupa concretamente el trabajo de las parteras?, sólo se queda en una especie de auxiliar para los médicos y se olvida la oportunidad de ser dignas representantes de su comunidad en un sistema de salud cosmogónico en el que seguramente superarían el rango simplista.

Aunque existe un fundamento legal, éste no garantiza en su totalidad el desarrollo de la Interculturalidad en un sentido equitativo, respetuoso, libre y eficaz. Hace falta una referencia legal que abra la posibilidad de autonomía para ejercer la medicina tradicional en la que se mencione el desarrollo desde la perspectiva interna, la toma de importantes decisiones por parte de los terapeutas y la consulta de la población, entre otras cosas.

En este aspecto es importante reflexionar sobre el contraste total y el enfrentamiento cosmogónico desde la estructura y el sistema burocrático occidental en el que se encuentran actualmente los médicos tradicionales donde la toma de decisiones es bajo el criterio de un individuo o funcionario y

no consensada. Desde esta línea es importante tener en cuenta lo complejo de la interculturalidad, ya que si en las zonas urbanas los trabajadores del sector salud, que comparten una misma cultura, no son considerados para la toma de decisiones, entonces en las zonas rurales se cierran aún más las posibilidades para los médicos tradicionales pues ellos sólo son considerados y a la vez no como trabajadores, es por ello que se muestra la necesidad de independencia en el sentido estricto, necesidad que en la aplicación práctica se ve más como un utopía ante la diferencia del orden social.

Mientras tanto, continúa faltando la formación intercultural del personal de salud. Se debe estar consciente de que el proceso de modificación de las condiciones de trabajo en un contexto intercultural es todo un reto, que requerirá de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación que hasta ahora se muestran incipientes.

2.7. Ruta Crítica

Posterior a dicha investigación, necesaria para fundamentar el proyecto audiovisual, se continuó con el trabajo previo a la grabación. Con base en la experiencia de campo, la elección de los participantes, las asesorías y orientación del Dr. Roberto Campos Navarro, y el conocimiento de las actividades de los participantes, se planteó la ruta crítica y el cronograma tentativo de las actividades y metas de trabajo durante un periodo de producción de tres meses.

Debido a la negación gubernamental para otorgar el permiso para grabar dentro de las instalaciones del Hospital Integral de Cuetzalan, la organización de éstas se basó principalmente en las ocupaciones, funciones y trabajo externo de tres parteras importantes que representan a su comunidad, así como en las fechas aproximadas de los partos de sus pacientes dentro del mes de producción.

A continuación se muestra el esquema realizado antes del proceso de grabación en la Sierra Norte de Puebla. Posteriormente está el cronograma con la distribución de las actividades de preproducción, producción y postproducción que abarcan el periodo comprendido de marzo a mayo.

RUTA CRÍTICA

PRE PRODUCCIÓN	SCOUTING	6-2 Abril	MARZO	2011
	GRABACIÓN	3-30	ABRIL	
	MONTAJE	1-21	MAYO	
REVISIÓN 1ER CORTE		22		
	EDICIÓN	23-26		
	POSTPRODUCCIÓN	26-29	MAYO	
REVISIÓN 2DO CORTE		30		
	EDICIÓN/POSTPRODUCCIÓN	1-4	JUNIO	
ENTREGA MASTER DVD		5		

**CRONOGRAMA
PREPRODUCCIÓN - MARZO**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Semana Uno	27	28	1	2	3	4	5
	Elaboración de Cronograma. Última asesoría y entrevista con el Dr. Roberto Campos Navarro. Devolución de material académico base de la investigación.						
Semana Dos	6	7	8	9	10	11	12
	Viaje a Puebla para saber resultado de trámites y permisos. Elaboración de Presupuesto y de preguntas guía para todos los participantes. Adquisición de equipo técnico, búsqueda y reservación de alojamiento y transporte.						
Semana Tres	13	14	15	16	17	18	19
	Viaje a Cuetzalán, Puebla. Acomodamiento. Localización y acuerdo de citas con Micaela Pérez Vázquez, Celia Guerrero Cárcamo, María Luisa Ocotlán Amable, Modesta Chávez, Dr. Andrés Barber Mercado, Coordinador Víctor Lemini Vázquez, traductor Alberto Galindo Barraya y la ayudante de partera Juana Galindo Barraya.						
Semana Cuatro	20	21	22	23	24	25	26
	Scouting en Hospital Integral, en las comunidades de San Andrés Tzicuilan, Cohuatichan, San Miguel Tzinacapan y Ayotzinapan.						
Semana Cinco	27	28	29	30	31	1	2
	Localización de pacientes y embarazadas próximas a dar luz: Yolanda Pérez Cruz, Andrea Ramírez Cruz, Eva González y María Josefina Amable						

**CRONOGRAMA
PRODUCCIÓN - ABRIL**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Semana Seis	3	4	5	6	7	8	9
	Involucramiento e Introducción de la cámara, grabación de tomas generales de casa, espacios, vida y actividades cotidianas de Micaela Pérez Vázquez. Visita al Hospital Integral, grabación de la entrevista al Dr. Andrés Barber Mercado, el Coordinador Víctor Lemini Vázquez, entrevista a Celia Guerrero Cárcamo.						
Semana Siete	10	11	12	13	14	15	16
	Grabación del trabajo como partera y curandera de María Luisa Ocotlán Amable y de Micaela Pérez Vázquez en el Hospital, parto de Angélica Martínez Cruz atendido en casa de Micaela. Entrevista a Yolanda Pérez Cruz y Juana Galindo Barraya. Tomas de Generales de Cuetzalan, de ubicación, de la catedral, la gente, el zócalo, artesanos.						
Semana Ocho	17	18	19	20	21	22	23
	Visita y grabación de entrevistas y consultas con Celia Guerrero Cárcamo, el traductor Alberto Galindo Barraya, consultas en el Hospital y entrevista a Micaela Pérez Vázquez y María Luisa Ocotlán Amable, comentarios de la usuaria Eva González, tomas interiores y exteriores del hospital integral y del Módulo de Medicina Tradicional.						
Semana Nueve	24	25	26	27	28	29	30
	Grabación del parto de María Josefina Amable atendido por Modesta Chávez en el Hospital Integral, grabación de entrevista y visitas domiciliarias de Micaela Pérez Vázquez, María Luisa Ocotlán Amable, Celia Guerrero Cárcamo y Juana Galindo Barraya.						

**CRONOGRAMA
POSTPRODUCCIÓN - MAYO**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Semana Diez	1	2	3	4	5	6	7
	Calificación del Material, Realización del Guión de montaje.						
Semana Once	8	9	10	11	12	13	14
	Edición No lineal (offline).						
Semana Doce	15	16	17	18	19	20	21
	Diseño sonoro. Edición Lineal (online).						
Semana Trece	22	23	24	25	26	27	28
	Presentación del Primer corte. Edición y Postproducción.						
Semana Catorce	29	30	1	2	3	4	5
	Presentación del Segundo Corte. Entrega y Presentación de Documental Final.						

2.8. Preparativos para Grabación

Después de la investigación y antes de tomar la decisión de viajar a Cuetzalan y permanecer ahí durante un mes, periodo designado para la grabación, se realizaron los preparativos para ésta con la finalidad de tener al alcance todo lo necesario y evitar incrementar el presupuesto y el tiempo de estancia.

Así se realizó una lista del material técnico que fuera útil para una grabación sencilla que usaría métodos directos, como dos videocámaras, una para uso y otra como repuesto, ambas con disco duro que permita concentración en la grabación por periodos largos de tiempo sin necesidad de estar cambiando el dispositivo de almacenamiento, ligeras y que ayuden a la omisión de cuestiones de iluminación, igualmente una cámara fotográfica, una grabadora de voz, un tripié y su zapata, una laptop y un disco duro externo. Una vez reunido dicho material se revisó y vació todo contenido grabado o capturado en éstos, se repasó los manuales para un mejor aprovechamiento y se comprobó que la totalidad del equipo técnico funcionara, tuviera los accesorios correspondientes y cada pieza estuviera en su lugar.

Posteriormente se verificó la configuración de los mismos, el manejo de formatos compatibles para evitar complicaciones en las transferencias, se revisó el nivel de grabación de sonido y los parámetros de imagen preestablecidos como la proporción del formato, además de hacerse pruebas previas al levantamiento de imagen. Para el sonido se consideró el obtenido por la videocámara y por una grabadora digital así como su ubicación en ciertas áreas para su mejor captura. De igual forma se revisó la computadora portátil, los programas de reproducción de video para el constante almacenamiento y el respaldo del material en un disco duro externo.

En cuanto a los recursos humanos se corroboró la disponibilidad de los participantes y se avisó 15 días antes la proximidad de inicio del proyecto, asimismo se verificaron las locaciones.

Por otra parte, se formuló una serie de preguntas específicas para cada participante enfocadas en la interculturalidad con el objetivo de aproximarse a

la situación real, que éstas fueran el primer acercamiento temático y sirvieran como guía general para iniciar la grabación¹⁶.

En este sentido las preguntas contribuyeron a crear una estructura mental de los puntos importantes que conformarían el documental, por ejemplo de qué manera se atendía el parto conjunto, sobre el respeto a la elección de parto vertical, cómo eran las capacitaciones entre médicos y parteras, si las parteras se sentían libres para realizar su trabajo en el hospital, qué opinaban respecto a que los doctores y ellas estuvieran juntos, si les permitían hacer lo que querían respecto a su labor, si les permitían elegir y tomar decisiones importantes, si los médicos hablaban náhuatl y participaban en sus ceremonias y celebraciones, etc.

2.9. Grabación

Todo ello dio un giro radical en el momento en que llegué a Cuetzalan preparada para grabar. Ahora la primicia era buscar a las parteras en sus respectivas comunidades, pasar días con ellas, levantar imagen y escuchar todo aquello que en un principio decían sobre el aparente buen trato de los médicos (situación que después cambió), grabar sus actividades cotidianas, quién les enseñó y cómo aprendieron, sus experiencias como parteras tanto en la comunidad como en el hospital, cómo atienden el parto, cómo hacen los trámites de registro del niño, cómo viven y cuáles son sus inquietudes, me enseñaron como soban y cuál es su trabajo en general no sólo como parteras, también como curanderas o hueseras según sea el caso.

En un principio no llevaba la cámara, conforme visitaba a la gente comencé a introducir la grabadora para que los protagonistas se acostumbraran paulatinamente a la presencia de ésta, así comencé a grabar cosas generales, paisajes, animales, cosas, etc., hasta después de tener cierta confianza les pedí su autorización para grabar acciones irrelevantes respecto a ellos, a lo que algunos accedieron de manera inmediata y otros prefirieron que fuera después de acordar una cita.

¹⁶ Las preguntas guía elaboradas en preproducción se encuentran en el Anexo 2.

Durante la realización intenté no interferir con sus actividades cotidianas, así mientras platicaba con ellas y les pedía su opinión respecto a su trabajo, las acompañaba al molino, a sus visitas domiciliarias, a la iglesia, a sus juntas comunales, a realizar los trámites de sus embarazadas, a cortar hierbas, a darles de comer a sus animales, mientras cocinaban, lavaban o comían. Conforme más tiempo pasaba junto a ellas, más involucrada estaba con sus verdaderos problemas en el hospital, me contaban lo que ocurría de manera paralela en éste, por ejemplo que no dejaron pasar al Hospital Integral a una de sus compañeras con su embarazada, que corrieron a la joven que les ayudaba durante los partos pese a que la mayoría de las parteras querían que regresara, la falta de consideración y toma de decisiones importantes de las parteras, su trabajo respecto a los médicos, sobre el trámite del servicio popular, los procesos por lo que pasaban sus parturientas y cómo ellas las acompañaban hasta el fin.

En un principio doña Micaela decía que se llevaba bien con los médicos, que ellos la respetaban y no la maltrataban, cuidaba todo aquello que decía respecto a su relación con ellos, decía que el hospital era como su hogar. Sin embargo, cuando se presentó un parto en su casa ella expresó que prefería atenderlo ahí porque tenía todas sus cosas a la mano, nadie le decía nada, sentía mayor libertad, podía estar cerca de la madre y darle lo que ella y su familia comían, o bien lo que apeteciera su paciente antes de alumbramiento para que tuviera fuerzas aunque esto implicara la defecación durante la expulsión, asimismo le gustaba que los familiares de la embarazada podían estar presentes e incluso quedarse con ella todo el día.

Aunque en un principio les expliqué cual era el motivo de mi investigación se presentó un malentendido de comunicación, ya que mucha gente pensaba que yo era médico. Siempre me veían acompañando a alguna partera, ellas me invitaban a presenciar sus consultas, por tanto sus pacientes permitían mi acceso. En realidad no sabía si era algo positivo o negativo, y aunque las parteras sabían lo que estaba haciendo, posteriormente hablé con sus pacientes y les expliqué cuál era mi propósito.

La experiencia de grabar cambió todo aquello revelado en la investigación y la llevó a un nivel más complejo y profundo. En realidad la gente indígena no tiene expectativas respecto al sistema intercultural porque no es un

proyecto en el que se sientan involucrados, se sienten ajenos a todas aquellas decisiones que se toman en el hospital, lo único que hacen es aceptarlas y adaptarse a las circunstancias porque para algunos es su mayor o única fuente de ingresos. Esto recupera lo que dicen los antropólogos, pues desde su perspectiva las instituciones interculturales deberían tener ciertas características entre ellas la autonomía, es decir no sólo se trata de considerar a los médicos tradicionales para la toma de decisiones importantes, y aunque los terapeutas indígenas reclaman sus derechos con su permanencia, éstos se ven cuarteados por las implicaciones del sistema burocrático occidental que contrasta con su cosmovisión en cuanto a la construcción de lo social y lo autónomo.

En este sentido la elaboración de preguntas previas pasó a segundo plano debido a que las parteras se desviaban y me comentaban cosas que yo no había considerado, ellas preferían hablar sobre ciertos problemas con los médicos y sobre todo respecto al coordinador, querían que las escuchara y lo comprobara grabando en el hospital, incluso me decían “Ay Jesucristo!!!, No, deberías entrar y con tu aparato para que veas todo lo que nos hacen”¹⁷. Aunque las preguntas tuvieron menor importancia ante la improvisación, lo espontáneo de las circunstancias y la aparición de nueva información, dichas interrogaciones ayudarían en la última fase a la organización de ideas.

Bajo este panorama, y al observar que el uso de preguntas no funcionaba, opté por dejar que ellas me contaran lo que querían. Así predominó la improvisación durante la grabación, sin necesidad de guiar sus respuestas decían cosas más interesantes respecto a cómo vivían la interculturalidad, los problemas que enfrentaban en el hospital y cómo los solucionaban.

La experiencia de grabar en la Sierra Norte de Puebla, sin un equipo humano mínimo de 1 persona durante todo el proceso de producción, fue un poco difícil, ya que antes de comenzar a grabar, por ejemplo las entrevistas, debía verificar que todo estuviera bien, desde el audio hasta la imagen. Durante las entrevistas ponía atención y miraba de frente a los protagonistas. En ocasiones encuadraba a la persona pero ésta se movía demasiado, al intentar acomodar el encuadre las personas se distraían, desconcentradas

¹⁷ Entrevista a Micaela Pérez Vázquez realizada por Grecia Díaz el 7 de abril de 2011 en casa de la partera en San Andrés Tzicuilan, Cuetzalan, Puebla.

permanecían calladas y perdían la noción de lo que estaban diciendo. En este sentido considero que es necesario tener el apoyo de otra persona que aporte nuevas ideas en la cuestión de realización o que vea lo que el otro tal vez no percibe.

Con la experiencia de otros realizadores como Carlos Mendoza respecto a prever los acontecimientos, intenté seguir sus pasos. Durante la investigación de campo analicé todo aquello que podía filmar con facilidad, sucesos que de cierta manera se repetían a menudo como actividades de la vida cotidiana de las parteras. Sin embargo había acontecimientos espontáneos como los partos que si bien tenían una fecha aproximada, no eran exactos. Algunas mujeres tardaban en parir dos o tres días, mientras que otras inmediatamente sintieran dolor, llegaban a casa de la partera y tal vez en dos o tres horas tenían al niño. En este sentido la naturaleza del documental, las situaciones espontáneas, la improvisación e imprevisibilidad de situaciones que se dan en torno a un tema tan complejo y abstracto como la interculturalidad, hicieron de la grabación una tarea maratónica.

El interés por grabar un parto nació ante la petición de las parteras para llevar su trabajo a aquéllos que no lo conocen en nuestra ciudad. Lo importante era en todo caso filmar el arduo trabajo de las parteras que no sólo se limitaba a la atención del parto sino a un conjunto de acciones humanas y de apoyo emocional para con la paciente que van desde darle de comer hasta bañarlas.

Otro obstáculo fue la falta de un consentimiento informado por escrito pues inicialmente se habló con cuatro personas que se aliviarían durante el proceso de producción y que abrían la posibilidad de grabar sus partos, sin embargo durante éstos pusieron la condición de que su cara se viera lo menos posible o no saliera, por el contrario había otras embarazadas que sí lo permitirían pero estaban lejos de aliviarse dentro de los tiempos de producción.

Por otra parte, las locaciones cambiaban de acuerdo a las ocupaciones de los participantes, algunas actividades previstas a cierta hora y en cierto lugar repentinamente se posponían o variaban. Bajo esta lógica, aunque la iluminación se “solucionaba” hasta cierto punto con la videograbadora, ésta representaba un problema en ciertos lugares ante las fuentes de luz natural no previstas como las ventanas o las puertas. La solución era la búsqueda espontánea de un punto en el que se aprovechara esa fuente de iluminación en

el momento, lo cual implicaba tiempo y pérdida de información pues los participantes continuaban su rutina o plática.

Aunque me encontraba a una distancia de 15 minutos de casa de Doña Mica, ante la falta de medios de comunicación y transporte especialmente durante la madrugada, fue cansado estar alerta ante cualquier circunstancia de emergencia en las que fueran requeridas las terapeutas tradicionales.

El idioma fue otro obstáculo durante la grabación. Había conversaciones que necesariamente debían ser en su lengua materna porque las pacientes o algunas parteras no hablaban español. Sin embargo posteriormente las terapeutas tradicionales con las que estaba trabajando me interpretaban lo que les decían y me explicaban la problemática específica de cada paciente. Considero que eso finalmente era una pérdida de información y obstaculizaba de cierta manera el acercamiento con la población indígena.

Desde mi perspectiva la realización es un proceso en el que se conoce el problema desde una perspectiva más cercana y humana, lejana de interpretaciones académicas y enfocadas a ángulos particulares de personas que rodean el problema. No sé si esto se debe a la falta de una investigación más profunda del tema, pero en este caso conocí más estando cerca de las parteras e involucrándome en su vida.

En general el proceso de realización fue enriquecedor a nivel profesional debido a que simultáneamente enfrentó la teoría con la práctica, y todo aquello adquirido durante la estancia en la universidad y la experiencia en el campo de la producción se mezcló y reforzó mutuamente. Bajo esta lógica ambos remarcaron el valor del compromiso social para contribuir a la transformación y avance como grupo de individuos, no se trata de una perspectiva mesiánica, sino de un acercamiento y conocimiento sobre un problema social desde la visión universitaria.

Por otra parte, es importante admitir que las experiencias, advertencias y consejos sobre metodología y estilo de realizadores consumados, hacen un gran esfuerzo para evitar que las nuevas generaciones cometan errores pasados y orientar el trabajo hacia un mejoramiento en las técnicas. Pese a ello el proceso de falla se repite, no por una deficiencia en las opiniones de éstos, sino porque es necesario cometer los mismos tropiezos que cometieron los grandes documentalistas en sus inicios, pues ello ayuda a la formación de un

criterio, estilo y método de trabajo mismos que, con el paso de los años y la continua actividad documental, se van puliendo y definiendo.

2.10. Revisión y calificación del material

Tras mi estancia durante un mes, con suficiente material y satisfecha con el trabajo de realización, regresé a la ciudad para comenzar el proceso final, la post producción.

Debido a que registré abundantes y diversas tomas que rodeaban un suceso, contaba con mucho material, por ello esta fase comenzó con la revisión y calificación de lo registrado. El primer problema que se presentó fue la acumulación de imagen. Entre el desvío de tema, las situaciones espontáneas y la improvisación se acumuló una gran cantidad de horas de grabación. Sin embargo, lo que ayudó a superar este obstáculo fue la transcripción de todo el material capturado durante el trabajo de producción, así fue más fácil su manejo y ordenamiento de acuerdo al interés y objetivo que se busca.

De manera paralela comencé a analizar lo grabado, todos aquellos hechos o situaciones espontáneas que no tenía previstas y que no había valorado durante la grabación, me familiaricé con el material, lo localicé, sabía con qué contaba y, de acuerdo al enfoque planteado desde un principio, escogí y jerarquicé el material que serviría y nutriría al documental, además de aquellos entrevistados que representarían mi opinión. Por otra parte eliminé todo aquello que no funcionara o desviara el objetivo del mismo.

Durante el proceso de selección y calificación cree una estructura mental que supusiera un orden tentativo. Debido a que el guión de un documental se termina cuando concluye la labor de producción, lo siguiente sería tratar de escribir un guión de montaje basado en el total de la imagen, concretando el trabajo, repasando los objetivos planteados y organizando las ideas de cada bloque temático con el objetivo de revisar el orden y la estructura. Creo que si hubiera seguido los consejos de documentalistas respecto a ir haciendo anotaciones durante el rodaje, este trabajo hubiera sido más sencillo.

Tras ubicar la información requerida y con base en el total de la imagen útil, se comenzó a pensar la combinación e integración de las distintas tomas,

la duración de cada bloque, evaluar el interés de cada suceso y a definir los elementos sonoros a utilizar, esto con el objetivo de dotar al trabajo de una mejor estructura.

Para este proceso seguí las recomendaciones de varios cineastas que usan una técnica que inicia de lo particular. Basada en la transcripción, escribía ciertos puntos temáticos en papel, reacomodaba, revaloraba y colocaba los distintos elementos (como las situaciones, música o datos) modificando su relación interna y detectando los aspectos de cada sucesión con la finalidad de tener una mayor claridad de las distintas posibilidades de ordenamiento en el relato audiovisual, pues de acuerdo a algunos realizadores la versión final del guión es resultado de distintos tratamientos preliminares que ayudan a localizar errores como la reiteración, y a fluir en caso de un estancamiento.

Ante la inevitable tarea de escribir realicé un índice, que debo admitir ayuda bastante para ordenar el producto audiovisual mediante palabras ya que ahorra tiempo al evitar revisar el material constantemente, y por tanto la dispersión. Con este ejercicio previo elegí una disposición inicial de los elementos que conformarían el video teniendo como primicia atraer la atención del espectador con algo que además de interesarlo y retenerlo, se encuentre ligado coherentemente con el tema y establezca el contexto. Posteriormente intenté dar tratamiento al desarrollo, lo cual fue un trabajo difícil por la complejidad de distribuir la información, destacar la opinión que llevaría al resultado final y elegir las mejores situaciones “fílmicas” que dieran al discurso visual coherencia y fluidez. Desde mi perspectiva fue más sencillo valorar el material imaginando el futuro efecto del documental a partir de un orden cronológico o bloques temáticos que lleven la narrativa a un avance progresivo, coherente, interesante y que no deje historias o temas sin concluir.

Cabe destacar que el montaje es la parte más difícil de la producción, ya que es donde se concreta el documental y la que refleja las deficiencias y aciertos durante todo el proceso. Después de recorrer un largo camino, memorizar cada una de las tomas y secuencias temáticas, me di cuenta que el tratamiento del video puede o no topar con un punto culminante previo al final, ello depende en gran parte del enfoque, mientras que lo importante es hacer sentir al espectador que conoce lo suficiente respecto al tema. El método para hacer el desenlace fue relativamente fácil pues ya se presentó el trabajo

esencial previamente, ahora la búsqueda se enfoca en la reflexión final que me gustaría dejar en quienes vean la cinta.

Antes de llegar a la etapa final de la producción documental se elaboró un guión de montaje, el quehacer más importante y complejo pues finalmente durante su realización se ven los aciertos y errores del proceso de grabación.

En este sentido, el guión de montaje es el trabajo que consuma la evaluación y estructuración general, y que además permite preparar y facilitar el trabajo de edición. Es donde el documental se articula, donde se diseña conceptual y estructuralmente a partir de una organización jerárquica, donde se ordenan y aclaran las ideas, y se abandonan aquéllas que nublan y distraen los objetivos y enfoque inicial.

Lo antes expuesto constituye un antecedente para la edición, cuya tarea fundamental es yuxtaponer tomas y escenas elegidas, darles una interpretación y dotarlas de un significado que no poseen por sí misma a partir de la combinación y ordenamiento de recursos visuales y auditivos. De este modo el documental se adapta a un punto de vista mediante el cual se descifra la realidad capturada de manera lógica que transmita e incite a un razonamiento o a una reflexión respecto al tema.

Bajo los criterios anteriormente expuestos, se concretó el guión de montaje que a continuación se muestra:

2.11. Guión de Montaje

1. CUETZALAN Y QUIEN TRAE VIDA

El documental inicia situándonos geográficamente, nos muestra Cuetzalan a través de una secuencia acelerada (*time lap*) donde vemos el cielo y las nubes que lo recorren, la voz en off de una mujer en primer plano narra una oración en náhuatl que se usa como metáfora a partir de un montaje paralelo que muestra imágenes de la cotidianeidad resaltando el papel de las niñas y niños respecto a los adultos, como ejemplo una mujer sentada en la calle comiendo un helado con su nieta, un volador ayudando a su hijo a ponerse el gorro para la ceremonia y unos niños conviviendo en su casa, intercaladas con el andar tranquilo de una mujer cuyo destino se desconoce pero que carga y revisa un

huacal, se lo cuelga en la cabeza y continúa caminando sola entre la sierra.
DISOLVENCIA A NEGRO.

2. *FADE IN* (Entrada) en pantalla aparece el título del video documental “Manos Sabias”. *FADE OUT* (Salida).

3. DESCUBRIMIENTO

FADE IN A cuadro vemos la cotidianeidad de Micaela Pérez Vázquez, una mujer indígena de gran fortaleza pese a sus 70 años, que comienza sobando y revisando el abdomen de una joven embarazada, a partir de planos medios y cerrados se muestran los procedimientos poco conocidos, explorados o usuales en un escenario que aparenta ser un hospital, se ve a ella persignarse frente a un altar, caminar y salir del lugar donde se encuentran estacionados automóviles con el logotipo de la Secretaría de Salud. A partir de planos abiertos se muestra la fortaleza y el carácter de Mica que continúa con las actividades cotidianas en su comunidad va al molino, carga leña, alimenta a sus puercos, acarrea agua, lava ropa mientras dice que así descansa ella, finalmente se sienta a escuchar radio indígena que menciona el nombre de la comunidad en la que ella vive y que crea en ella reacciones de sorpresa ante las noticias que el locutor da.

4. INICIO DEL CONFLICTO

En pantalla aparece Modesta en un lugar oscuro mirando por la ventana la lejanía de unos médicos que dan consulta del otro lado, en la construcción delantera. Modesta está en una cocina sirviendo y enfriando té. Comenta que a los pacientes no les gusta ir al hospital, prefieren en sus casas porque “ellos” se enojan y cuestiona la actitud de los médicos. Se muestra a dos mujeres brindando atención a una embarazada que espera pronto dar a luz. Alberto, el traductor de lengua náhuatl, comenta la confianza que las mujeres indígenas le tienen a la partera. En consulta con una embarazada, Mica se muestra como una líder, autoridad o guía que aconseja y orienta a la mamá de la adolescente embarazada respecto a temas personales. Posteriormente se muestra una

serie de entrevistas que contextualizarán la problemática, mezcladas con imágenes de las parteras trabajando en el hospital y en su comunidad. Las conversaciones son con una paciente que opina sobre la labor de las parteras como lazo entre la población indígena y los médicos alópatas; con el médico obstetra que habla sobre el respeto hacia las prácticas tradicionales de la partera, siempre y cuando se den bajo la vigilancia médica; con Alberto Galindo que narra la experiencia del ingreso de la medicina tradicional al sistema de salud, las capacitaciones sobre interculturalidad, la sensibilización de los médicos y los obstáculos durante el difícil proceso de integración; con Yolanda Cruz quien expresa su punto de vista sobre cómo ven los médicos alópatas a los tradicionales, la discriminación, la falta de reconocimiento a la sabiduría indígena y las diferencias culturales en la atención médica; y con Mica quien da su perspectiva respecto a la interculturalidad y la convivencia mutua aparentando la facilidad de la mezcla entre médicos y parteras. *FADE OUT.*

5. *FADE IN* A cuadro aparecen tomas medias y generales de la vida cotidiana en las calles, la gente y los niños de Cuetzalan que destacan la tranquilidad, las costumbres, la herencia y el contexto en el que se da dicho encuentro.

6. EL SIMPLE CONTRASTE

De manera paralela vemos la preparación de dos partos. Vemos una casa en medio de la sierra donde Micaela prepara con gusto el atole y la comida para la embarazada. Mientras tanto en el hospital Modesta y Celia revisan, le preguntan a su paciente en qué posición se quiere aliviar y la preparan para el momento del parto enseñándole ciertas maniobras. Por su parte Micaela lava sus instrumentos. A la par Modesta abre con dificultad los instrumentos y se prepara para el primer intento de parto. Mica habla sobre cómo se preparó para el momento y esteriliza sus manos. A la par, la paciente de Modesta intenta dar a luz pero la partera la revisa y asume que aún no está suficientemente dilatada para el nacimiento. Un paneo nos muestra las condiciones y la atmósfera del lugar donde Mica atenderá el parto, cómo se prepara, reza y comienza a hablar de las diferencias que existen entre atender en su casa y hacerlo en el Hospital. Modesta se prepara una vez más poniéndose sus

guantes para revisar a la mujer embarazada. Micaela habla y cuida a su paciente mientras espera sentada junto a ella. En el Hospital, mientras la voz en off de una doctora y una enfermera le llaman la atención de manera prepotente y poco amable, Modesta continúa revisando a su paciente, se muestra su trabajo y las dificultades que enfrenta la partera en un ambiente hostil, a la paciente calmando el viento que pega en su cortina mientras espera, a la partera solitaria preparándose para el parto por la noche, la puerta tras la cual sucede el momento cumbre donde se relaciona la medicina tradicional con la medicina alópata: el nacimiento en el Hospital Integral que se da bajo un ambiente tenso ante el regaño de la doctora. Finalmente se nos muestra cómo Modesta logra el bebé sin complicaciones y a la mujer descansando en su cama después de un hostil parto.

7. CONCLUSIÓN, PREFERENCIA EN CASA

Micaela pide a su paciente que puje, el trabajo de parto comienza, por momentos la partera continúa hablando sobre las diferencias que hay entre la atención en su casa y el hospital, entre ellas la comida. Micaela se pone sus guantes y espera. El alumbramiento se muestra de manera sugerida, sólo se ve cómo Micaela maniobra para sacar al bebé, cuida a la mujer, atiende a la niña, la cambia y la acaricia bruscamente tierna, lo acerca a su mamá y recoge sus herramientas de trabajo y sábanas para lavarlas de inmediato. Su voz en off narra lo que hará, lo cual da sentido a las primeras imágenes que muestran su vida cotidiana. Mica limpia y cuida a su paciente. Se toma un descanso durante el cual declara que prefiere en su casa ante los regaños que sufren en el Hospital, y por qué pese al mal trato continúa yendo a trabajar junto a los doctores alópatas, sus declaraciones se mezclan con imágenes del cuidado y el amor para con su paciente. Mica prepara los trámites administrativos para llevar a la niña a la clínica. Mete al bebé al huacal y sale de su casa. A partir de tomas generales y algunas cerradas se muestra la fortaleza y grandeza de Micaela, su soledad al caminar un largo trayecto entre la sierra hasta llegar a la clínica donde vacunan a la recién nacida. DISOLVENCIA A NEGRO.

8. MICAELA PÉREZ VÁZQUEZ, LA QUE TRAE LA VIDA AL PUEBLO

FADE IN Se muestra a Micaela de regreso en su casa bañando al bebé con hierbas, jabón y un método rudimentario. Mica está con la paciente y su familia, le entrega la recién nacida a la abuela, y ésta se la entrega a su nieta. *FADE OUT*.

FADE IN Aparece Micaela diciendo su nombre y edad a la vez que prepara atole. *FADE OUT*.

9. *FADE IN* Créditos. *FADE OUT*.

2.12. Diseño Sonoro y Musicalización

Después de tener un orden y una estructura delimitada continúe con el montaje y la edición. Cabe mencionar que la teoría de aquéllos que tienen una larga trayectoria o experiencia respecto al video documental y al proceso de montaje y edición, contrasta con lo difícil que se muestra en la práctica, ya que sus opiniones hablan respecto a la correcta construcción, hacer una trama interesante y ágil que aumente la intensidad dramática y por tanto la atención, se refieren al ritmo y al equilibrio, elementos difíciles de valorar para quienes apenas experimentamos este género.

Posteriormente con la ayuda del editor evalué el interés de cada suceso a fin de dotar el trabajo de una mejor estructura y definir los fragmentos de música. Durante este proceso lo importante era asociar tomas y escenas y dotarlas de coherencia y significado, con ello buscaba que éstas adquirieran diversas connotaciones de acuerdo a su orden y reforzándolas o combinándolas con recursos auditivos que les dieran cierto sentido que no tenían por sí mismas. Es importante mencionar que en la edición se hizo evidente la falta de ciertas imágenes.

Por otra parte, de acuerdo a lo que se busca crear en el espectador, el ritmo del documental será lento en cuanto a lo que sucede en el plano pero al mismo tiempo será un ritmo analítico y contemplativo en la edición.

En cuanto al audio se procurará utilizar poco la voz en off, ésta será únicamente de Micaela Vázquez Pérez, y se insertará en determinados momentos donde refuerce la imagen, funcione como hilo narrativo o donde se busque un efecto específico como la metáfora, específicamente el recurso de su oración que profundizará en su trabajo y en la cosmovisión indígena al resaltar la unión de dicha población con la naturaleza, por tanto hay una preferencia para que sea la imagen la que hable sustituyendo en gran parte la voz en off o directa. También es importante señalar que el audio será el elemento de transición entre las tomas, permitiendo el corte directo entre las imágenes con el objetivo de hacer más ágil la narrativa audiovisual.

Respecto a las entrevistas, éstas se usarán poco y con ellas se insertará la voz directa debido a la necesidad e importancia de escuchar aquello que la persona dice u opina.

En este sentido se dará cierta libertad, se utilizará mayormente y se aprovechará la riqueza de los sonidos de la sierra, característicos de los tranquilos ambientes rurales. Cabe destacar que se utilizarán ciertos elementos auditivos reales para la ubicación del lugar como es la radio indígena. Asimismo se recurrirá al silencio como un elemento que permita la contemplación profunda de los rasgos, gestos y psicología de los participantes.

Por otra parte, la música fue elegida libre de derechos y evitando caer en el estereotipo y la asociación automática de los videos documentales que abordan una problemática indígena y que usan música regional. Por ello se escogió una sola pieza musical de guitarra de ritmo lento que concuerde con el ritmo de la imagen y que aparezca en momentos claves relacionados a la cosmovisión, así como para profundizar en la reflexión. La música se mezclará con el silencio narrativo, el cual, como anteriormente se dijo, se utilizará para meditar el sonido de la sierra, la profundidad simple que trasciende y engrandece.

CONCLUSIONES

Gracias a las nuevas tecnologías y medios de difusión libres, actualmente se ha dado una fuerte producción de videos documentales por personas que no tienen una formación referente a ello. Sin embargo, la realización del género documental a nivel profesional resultó más compleja de lo que imaginaba.

Debido a la nula experiencia en este ramo cinematográfico, en primera instancia se dio un acercamiento sustancial al cine de no ficción y todo aquello que engloba ésta división cinematográfica, con ello se logró diferenciar el documental de otros productos audiovisuales que tienen como base las actividades humanas pero parten de diferentes objetivos, función, visión y tratamiento de los temas. Así se comprendió de manera general qué papel juega el documental en esa amplia gama de cine de no ficción, cuál es su definición general, sus implicaciones, construcciones, aplicaciones y funciones.

Era entonces inevitable la tarea de encontrar la definición particular del género desde una perspectiva de realización, ardua búsqueda que terminó en saber que no existe una única enunciación concreta que englobe en sí misma toda la práctica documental, sino variadas y contrastantes experiencias de realizadores que contribuyen a conceptualizar de manera general al cine documental de acuerdo a la perspectiva creativa y funcional.

Aunque la mayoría de los directores coincidía en ciertos aspectos como la manera de abordar la realidad, el compromiso social, la construcción subjetiva, la perspectiva individual y creativa, algunos contrastaban en sus funciones, objetivos e intereses, y es que el documental se define en parte como un género que puede ser visto a través del prisma de infinitas experiencias y a su vez es un medio que ve desde distintos ángulos.

Teniendo como base las nociones de los realizadores experimentados y ciertas líneas que vislumbraban qué es el documental desde la perspectiva práctica, debía encontrar la propia a partir de mi estilo en el campo de la producción.

En este sentido el documental da la libertad de creación al director, le permite mostrar su punto de vista respecto a un suceso real sin poner la menor limitante. El autor puede hacer uso de elementos narrativos variados que le ayuden a mostrar el problema y su ubicación respecto a éste con total libertad,

siempre y cuando su perspectiva se manifieste de forma ordenada y de acuerdo a la estructura que el género requiere, con ello se busca tener un acercamiento más certero a los problemas que nos rodean.

La estructura determinada no ata al documental bajo ciertos temas, cualquier acontecimiento humano puede ser narrado bajo la lupa documental. Los problemas sociales tienen distintas aristas, el género documental puede abordar cualquier problemática, desde una cuestión política hasta una etnográfica, sin embargo lo que resulta importante será la manera en que el director aborde dicha problemática de acuerdo a su punto de vista, la narrativa y orden que le dé a los acontecimientos, lo cual obedecerá a sus objetivos particulares, intereses específicos y funciones concretas.

Por otra parte el apoyo de la etnografía fue de suma importancia para la realización documental debido a que mostró las directrices y peculiaridades que se manejan en el campo de dicha técnica principalmente el acercamiento que se debe seguir a partir de un trabajo de índole audiovisual. Ante la falta de una idea clara de aproximación hacia la población indígena, se comprendió cómo el documentalista debe integrarse en una cultura ajena y las complicaciones que esto amerita pues es difícil reconocer cierta incapacidad o imposibilidad de desaparecer las barreras lingüísticas y culturales que una persona ajena a una cultura lleva consigo.

Considero que el apoyo de la etnografía abre el panorama para no cometer errores que ya se han dado en el pasado como mostrar a la cultura de interés como objeto de estudio, y proporciona una perspectiva diferente de cómo realizar un documental que intenta ver la cosmovisión más profunda de culturas ancestrales a partir de cederles la palabra y permitir la expresión y enseñanza de sus valores desde una mirada interna. Asimismo el enfoque social permitió mostrar a la población indígena como parte integral de esta sociedad aún excluyente que proporciona su perspectiva y cosmovisión más profunda.

La visión social aportó grandes conocimientos respecto al enfoque del tema que se desarrollaría en el documental, la interculturalidad. Hacer una investigación previa al documental lleva su tiempo, incluso ésta puede durar años. Existen documentalistas como Eduardo Maldonado que piensa que la investigación debe durar el tiempo que sea necesario hasta que el cineasta

crea que tiene los elementos suficientes para narrarla a partir de lo cinematográfico. Desde mi experiencia considero y reconozco que es mejor retomar investigaciones de personas especializadas en el tema, ya que ahorran bastante camino y ayudan a conocer aún más las aristas de la realidad. En este caso fue de vital importancia las aportaciones y las entrevistas a antropólogos como la Dra. María Beatriz Duarte Gómez y al Dr. Roberto Campos Navarro, quienes a partir de sus investigaciones ayudaron con la fundamentación de la investigación y la guiaron hacia lo verdaderamente importante. Asimismo fue de vital importancia la propuesta de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, ya que aborda el problema de manera integral.

Haciendo una retrospectiva de mi experiencia considero que ciertos aspectos funcionaron durante la realización de mi trabajo. Entre ellas destaca el uso de un cronograma que llevara al cumplimiento de metas por mes, la investigación previa apoyada y orientada por especialistas que aportó a la economía del tiempo y de la cual derivó una estructura mental que en ocasiones me permitía saber qué funcionaba y qué no para fines del mismo. Ello abrió la posibilidad de improvisar y registrar situaciones que fluían de manera espontánea sobre la marcha y como consecuencia el surgimiento y la acumulación de nueva información, de igual forma la investigación de campo permitió un mayor contacto con la población indígena y ganar su confianza. Por otra parte contribuyó la evaluación simultánea de lo grabado y la consideración constante y precisa de lo que hacía falta.

Complementario a ello hubo otros que no funcionaron de la misma forma como el ajuste al presupuesto, en un principio la deficiente comunicación que ocasionó confusión en los participantes, el exceso de la improvisación que a veces provocaba la desviación del objetivo final y el enfoque inicial ante acontecimientos irrelevantes que distraían momentáneamente la atención de éstos, ello representó pérdida de tiempo, dinero y consecuentemente la excesiva acumulación de material, su difícil calificación y ordenamiento. Aunado a ello la carencia de notas durante el proceso de producción sobre la nueva información y su constante ordenamiento dificultó la realización del guión de montaje.

Dichos aciertos y errores me mostraron que efectivamente la realización documental es un proceso que tiene ciertas implicaciones como la necesaria investigación, la constante consideración de propósitos e intenciones, un orden lógico, etc. Sin embargo, a nivel social la realización también tiene ciertas consideraciones. No soy la primera en pensar que el documental enfrenta socialmente un viejo y grave problema: los límites impuestos por los permisos y trámites burocráticos, que pese a dificultar la realización de este tipo de filmes, también tienen un aspecto positivo al mostrarse como un obstáculo que apela a la creatividad de los realizadores para el logro de sus proyectos.

Desafortunadamente no hay un diálogo abierto por parte del Estado ni en lo referente a la intercultural ni en lo cinematográfico ante la ausencia de la participación y expresión de quienes lo representan, y la negación al acceso de cierto tipo de situaciones que lleven a un análisis colectivo. Así, interfiere de cierto modo en la intención del documental respecto a interpretar los problemas para crear una conciencia y lograr un diálogo necesario para el desarrollo en el que las instituciones gubernamentales también estén involucradas.

Pese a ello el cine seguirá reflejando el imaginario colectivo del país donde se produce a través de historias basadas en lo real que lleven a esa profundidad y reflexión que los interesados en la producción audiovisual deseamos transmitir en aquellos que vean nuestro trabajo.

ANEXO

ANEXO 1. Investigación sobre el Módulo de Parteras en el Hospital Integral en Cuetzalan, Puebla.

Históricamente México se distingue por un legado cultural de origen prehispánico que actualmente es sinónimo de una cosmovisión en agonía. Durante el desarrollo de nuestro país las colonizaciones, no sólo territoriales también ideológicas, han enterrado poco a poco la esencia de dicha identidad a través, entre otras cosas, de ignorar y marginar a la población que aún conserva, por voluntad o circunstancia, las virtudes de una manera de ver e interpretar el mundo totalmente opuesta no a la modernidad, sino al olvido de sus raíces.

En este sentido, mostrar la institucionalización de la medicina tradicional en el sistema de salud como parte de los procesos interculturales, específicamente a través de cómo se pretende integrar el Módulo de Parteras, sus prácticas y sistema de sanación en el Hospital Integral de Cuetzalan, encuentra su justificación a partir de lo difícil que resulta ignorar a una sociedad históricamente marginada, protagonista de la pobreza extrema y culturalmente diversa que experimenta un fenómeno complicado, con deficiencias y contradicciones.

Otra razón para la investigación de este tema es la importancia actual de los procesos y dificultades que enfrentan las instituciones públicas de salud ante la precaria y básica concepción de las diferencias culturales como la existencia de distintas costumbres o tradiciones. Así, para éstas es un reto la preparación que implica el establecimiento de un diálogo verdaderamente intercultural cuyos objetivos sean el desarrollo pleno de ambas estructuras de pensamiento a partir de la convivencia y el equilibrio ideológico que evite imposiciones.

En dicho contexto, la convivencia, retroalimentación, experiencia y complementariedad se convierten en un mecanismo complejo que abarca dos formas distintas de construir, representar y reproducir el mundo social y natural. Ello implica la participación activa y creativa de los integrantes de una comunidad para continuar con su legado histórico, con las prácticas y valores que constituyen la percepción de su realidad.

Igualmente es trascendental debido al desarrollo de grupos culturalmente diversos que han hecho oír su voz en demanda del respeto a ser diferente, de la atención a sus inconformidades, necesidades, desarrollo y de la consideración de sus formas de construcción de lo social en la interacción de las estructuras, instituciones y organizaciones.

Desde esta perspectiva, la grabación de este fenómeno valora la necesidad de una sociedad multicultural que reclama un proceso adecuado e incluyente que dote al sistema de salud de características interculturales en la práctica y que dicho proceso no sólo sea entendido por la academia, instituciones y población en general simplemente como el diálogo y coexistencia de dos o más culturas en el mismo marco social o de referencia institucional. Aunque es difícil establecer un juicio sobre la capacidad que tiene el Hospital Integral de Cuetzalan, incluyendo el Módulo de Parteras, para dar servicios médicos de buena calidad y con sensibilidad cultural para satisfacer las necesidades de los indígenas, el material audiovisual funciona como intermediario y contribuye a que dicho concepto sea un acuerdo en común de interpretaciones culturales, un proyecto humanista cuyo objetivo sea desarrollar el potencial de la diversidad sin provocar diferencias y oposiciones étnicas o culturales.

Por otra parte, permitirá a la población indígena expresar qué sentido para ellos tienen los cimientos de su sistema de sanación, qué alternativa de sociedad y pensamiento se puede apoyar para permitirles el desarrollo y crecimiento de acuerdo a sus propios intereses como sociedad diferente. Ello permite cuestionar la monoculturalidad de nuestras instituciones en general, específicamente el sector salud y apoyar la participación real en instituciones significativas de los distintos tipos de ciudadanos que conforman la población mexicana.

Así, es necesario documentar cómo la comunidad indígena vive el proceso de integración a la salud intercultural mediante un rubro tan importante como lo es la concepción. Es decir, cuál es su experiencia en la creación de un hospital que pretende la convivencia entre dos cosmovisiones durante el desarrollo de un contexto socio-político-económico complejo como el que vive actualmente nuestro país donde los tratados internacionales, el libre

intercambio, la eliminación de barreras económicas, políticas y culturales afecta a los diversos grupos.

La integración de las parteras como una manifestación en el sector salud de la búsqueda de interculturalidad está en debate debido a la implicación a nivel de aplicación real, ya que se pone en duda el límite de la convivencia, integración, aceptación, respeto y tolerancia entre las culturas involucradas, asimismo la existencia de los valores en el diálogo del estado mexicano y las poblaciones indígenas.

1. Cronología del Proceso de Integración del Módulo de Parteras, en el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla

Históricamente, la integración de la participación de parteras en el proyecto desarrollado por el sector salud se da a partir de 1978 cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia entregó la unidad al Instituto Nacional Indigenista, quien lo reinauguró como “Hospital de Campo”.

Los servicios de dicho Hospital tenían un enfoque alópata. Sin embargo, la administración de entonces marcó una tendencia, aunque simbólica, de la intervención de parteras. De acuerdo a una entrevista realizada por la Dra. María Beatriz Duarte Gómez, el ex-director del hospital en turno comenta:

... al llegar cambié el manual de normas técnicas por uno más social. Aceptaba que entraran el curandero o la partera si la familia lo solicitaba. Igualmente, permitía que entraran los familiares y aprovechaba para darles pláticas de salud. Apoyé el trabajo de la cooperativa indígena en su programa de salud regional, capacitando promotores de salud y haciendo consulta en las casas de la cultura que se convirtieron también en casas de la “curación”. Había apertura del INI federal para este tipo de propuestas. Sin embargo, fui desautorizado y trasladado por el INI delegacional¹⁸.

¹⁸ DUARTE-GOMEZ, María Beatriz; BRACHET-MARQUEZ, Viviane; CAMPOS-NAVARRO, Roberto y NIGENDA, Gustavo. *Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla*. Revista Salud Pública de México [versión en línea]. 2004, vol. 46, n. 5, [citado 2010-02-18 a las 17:45 pm.], p. 392.

Dicha experiencia muestra cierta limitante para la operación de nuevas tendencias que, aunque no garantizaba una transformación radical en la relación de los indígenas con las organizaciones gubernamentales, era un factor desencadenante para la exigencia de sus derechos en materia de salud.

Para 1990, el Hospital tenía cierta aceptación entre las comunidades indígenas de Cuetzalan. Por ello, se comienza a plantear un programa regional y ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a las localidades, con promotores de salud de la misma comunidad. De esta manera se propuso la integración de servicios de medicina tradicional, incluyendo el de parteras, dentro del hospital como una forma de acercarse culturalmente a la población y facilitar la complementariedad entre la medicina alópata y tradicional.

Las nuevas modificaciones implicaron no sólo la participación de terapeutas tradicionales, también la consideración de sus aportaciones para las adaptaciones físicas que creían pertinentes:

...les preguntamos a los curanderos, ¿qué no les gusta de este hospital?, ahí uno se animó y dijo: que en este hospital no se reza... entonces necesitan que en cada consultorio haya un lugar para rezar. ¿Y las parteras qué dicen? Que cada que venimos a atender una paciente el doctor nos toma de su chacha, ahí él manda, nosotros somos como sus asistentes y no compartimos la forma en que los doctores atienden sus partos...fue cuando metimos el temazcal y el baño de vapor y con las parteras empezamos a diseñar la sala de expulsión¹⁹.

Aunado a esta nueva organización y manera de integración, se creó el jardín botánico y el uso de registro para que los y las terapeutas tradicionales informaran sus actividades y así crear una epidemiología sociocultural²⁰ que incluyera el diagnóstico tradicional y el alópata. Se construyó el anexo para la medicina tradicional, con un consultorio para las parteras y otro para curanderos y hueseros, con su altar, una sala de camas, oficina, baño,

¹⁹ *Ibid.*, p. 393.

²⁰ Término usado para referirse al estudio de las enfermedades que afectan las poblaciones humanas en relación con sus valores socioculturales en el marco de un espacio y tiempo determinados.

temazcal, laboratorio para preparar medicamentos, sala de reuniones y bodegas.

Cabe mencionar que la pertenencia del Hospital al Instituto Nacional Indigenista favoreció en la eliminación de prejuicios sobre la medicina tradicional en médicos y la ruptura del escepticismo en los terapeutas tradicionales.

Otro aspecto que favoreció el proceso de institucionalización e integración de las parteras fue la creación de una organización conformada por 120 médicos tradicionales del municipio y su centro de servicios *Masehualpajti*. Además el INI apoyó económicamente para facilitar las reuniones y traslado de los médicos tradicionales para dar consulta y participó en la capacitación y dotación para la preparación de sus medicamentos. Con ello se lograría la transformación en un Hospital Mixto donde las parteras y curanderos realizaban sus prácticas en instalaciones, organizada y regularmente.

Sin embargo, a partir de 1994 se presentó la disminución anual del presupuesto destinado para la manutención de la clínica. Después de diez años de un precario funcionamiento, el hospital pasa a formar parte de la administración de la Secretaría Estatal de Salud.

A partir del año 2000, la Secretaría Estatal de Salud se hizo cargo del hospital y lo reorganizó funcional y presupuestalmente como un Hospital Integral más sin considerar sus logros, historia y contexto cultural de la región. De esta manera el lazo de interculturalidad se rompió a costa del mejoramiento de instalaciones de servicios alópatas debido a la asignación de un monto presupuestal mayor. Ahora los directivos de las Secretarías de Salud estatal y federal carecían de orientación para seguir las directrices del hospital en el manejo intercultural, (excepto en la continuidad del programa de parteras) y en el área de medicina tradicional. Con ello el funcionamiento se redujo a secundario, con graves deficiencias de comunicación entre los directivos del hospital y los de la organización de terapeutas.

Con el Plan Puebla Panamá la aplicación de ambas disciplinas toma un nuevo cauce. Se desarrolló un proyecto regional de salud: la construcción de un nuevo Centro de Medicina Tradicional en Cuetzalan cerca del hospital de salubridad. Sus objetivos planteaban incrementar el uso de los servicios de hospitales en cinco zonas indígenas de Puebla.

Dicho proyecto contempló el aumento de personal médico, su sensibilización y capacitación para la labor intercultural, el mejoramiento del equipo y la infraestructura. Igualmente se reincorporó a terapeutas tradicionales que fueron consultados para las obras de remodelación y adecuación de los hospitales. En consecuencia se consideró la reestructuración del apoyo económico para parteras y curanderos que no pertenecían a la organización y la presencia de asesores bilingües que sensibilizaran al personal de salud para el trabajo intercultural.

El proceso de integración de terapeutas indígenas continúa con la propuesta de Normas que sugieren que todo el personal de salud que vaya a trabajar en zonas indígenas tenga que certificarse como habilitado para eso. Igualmente se da la creación de una instancia gubernamental que represente los intereses indígenas en el gabinete presidencial, de una Coordinación de Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y de una Dirección de Medicina Tradicional encargada de evaluar el desempeño y el logro de objetivos de los hospitales integrales.

En este sentido, la creación del Hospital Integral de Cuetzalan se rigió bajo el carácter alópata propio de la visión dominante. Dicha característica predominó y no disminuyó ni se equilibró con la incursión y participación paulatina de parteras y curanderos. Es decir, la influencia de elementos del contexto nacional e internacional, la pertenencia a determinados organismos, la influencia de los intereses, prioridades y objetivos de quienes lo han administrado, los cambios sexenales de las políticas de salud y de burócratas que tienen el poder de decisión han dado como resultado un intento insuficiente y poco exitoso de integración de los módulos tradicionales. Esto no implica que todos los funcionarios públicos hayan ejercido mal su labor, es sólo que de manera general ha sido básica la apertura institucional en el ámbito de la salud hacia la interculturalidad.

El proceso de integración del Módulo de parteras ha tenido variaciones en cuanto a su institucionalización debido a elementos de influencia externa. Sin embargo, en ninguna de las etapas del desarrollo del Hospital logra concretarse una verdadera integración, entre otras cosas debido a la falta de autonomía en decisiones de los terapeutas que representan a la sociedad indígena.

Ejemplo de la falta de interés por parte del gobierno, es que el sector salud reporta las enfermedades diagnosticadas, pero no captura la percepción indígena del proceso salud-enfermedad-atención. Tampoco crea el dato y la dimensión sociocultural para contribuir a una auténtica epidemiología socio-cultural, a través de estudios locales, que incluya tanto las enfermedades recogidas por el sistema de salud como las de filiación cultural²¹.

Por otro lado, como parte del proceso de integración del Módulo de parteras se dan acciones aisladas que pretenden dar un enfoque intercultural a través de cambios que no impliquen grandes gastos y a su vez generen gran impacto. Ejemplo de estas estrategias institucionales son los programas de capacitación a parteras sobre los riesgos del embarazo, parto y puerperio, la organización de innumerables encuentros de médicos tradicionales con otros terapeutas indígenas para intercambiar experiencias y la ayuda de Organizaciones No Gubernamentales que buscan complementar las áreas de le corresponden al sector institucional.

En este sentido, la manera en que una partera atiende a su paciente desde la perspectiva tradicional indígena fue ignorado durante muchos años pese a que los servicios de salud conocían el trabajo de ésta. Con la aplicación de programas de salud se pretendía extender la atención a la salud con mujeres que viven en comunidades rurales de difícil acceso, a través de la participación y articulación con las parteras. Se pretende aprovechar un recurso local de salud y elevar su calidad de la atención, capacitándolas en el parto limpio, el enfoque de riesgo y la referencia oportuna²².

Aunque para este momento se daban capacitaciones para el personal médico y del hospital en general, éstas resultaron ser un fracaso pues no se valoró el conocimiento y la experiencia de las mujeres indígenas que podían ofrecer con el modelo de atención tradicional debido a una pequeño problema, a los médicos se les olvido preguntar y mirar los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales²³.

²¹ Lerín, Sergio, 2005, *Interculturalidad y Salud: Recursos adecuados para la población indígena o Propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*, I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina, p. 5.

²² Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, s.f., *La atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*, México, Gobierno Federal. p.18.

²³ *Ibid.* p. 19.

Ante el olvido de los médicos, la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural implanta posteriormente, en el 2004, los “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” que era una especie de taller-encuentro al que debían acudir tanto el personal médico como las parteras activas. El objetivo principal de estos talleres era que los protagonistas de ambos modelos establecieran un diálogo de forma horizontal por lo que se presentaban mutuamente, exponían su modelo de atención sin imposiciones de cómo atender un parto y finalmente hacían una “negociación intercultural”²⁴ en la que ambas partes tomaban lo mejor una de la otra.

Este acercamiento logró cierta sensibilización del personal médico que tuvo la oportunidad de conocer el concepto que se tiene sobre la partera en la comunidad mismo que va más allá de la simple atención de los embarazos y partos, implica el reconocimiento, valor y respeto que la comunidad tiene a las que traen la vida del pueblo.

2. Medicina Intercultural

De acuerdo al médico antropólogo Roberto Campos Navarro la medicina intercultural se entiende como “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes”²⁵.

Desde el enfoque de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural perteneciente a la Secretaría de Salud, Interculturalidad es el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido²⁶.

En el supuesto entendido de la eliminación de barreras culturales y el aumento de sensibilidad y “amigabilidad” cultural, el gobierno implementó la

²⁴ Término usado para referirse a la toma de acuerdos que beneficie ambas partes, y que favorezca la salud y satisfacción de las mujeres y sus hijos.

²⁵ Citado por Duarte. *Op. cit.*, p.389.

²⁶ Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. *Op. cit.*, p. 34.

institucionalización de los médicos tradicionales, (curanderas, hueseros y parteras) en el sector salud. Con ello supone “bondadosamente” el reconocimiento a una sociedad con características multiculturales que necesita ser focalizada por grupos culturalmente diferenciados para poder atender a cada usuario desde sus propias necesidades y percepciones. El verdadero objetivo es la adherencia de la población indígena de nuestro país a los tratamientos médicos, el aprovechamiento de los servicios por parte de ellos logrando así la inserción y aceptación social.

Específicamente, el Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla destaca de entre los cinco centros que imparten servicios mixtos en el estado, debido a que, según información del organismo de Comunicación e Información de la Mujer, gracias a la participación de las parteras después de 8 años de aplicación, las muertes maternas desaparecieron en un municipio que despuntaba en las estadísticas por sus elevadas tasas²⁷.

Se puede señalar que las parteras son protagonistas y fungen como motor en la transformación de las instituciones de salud. En este sentido se considera importante concretizar en la atención del parto como ejemplo de ruptura cultural, pese a los resultados cuantitativos, ya que es uno de los servicios más importantes que brinda el centro integral por el alto índice de demanda.

Desde una perspectiva teórica, el nivel más elevado de interculturalidad es el de una relación sinérgica. Es cuando se logran obtener resultados aprovechando dos visiones diferentes de la realidad, que difícilmente sería posible conseguir desde un solo camino²⁸.

De acuerdo a lo institucional se trata de enriquecer ambos modelos con lo mejor del otro, más no de suplantar los beneficios de la atención del parto moderno por los del tradicional. Ello lograría que las parteras afirmen y transmitan sus saberes ancestrales y los enriquezcan con elementos del modelo médico alópata al igual que los servicios de salud se modificarían de acuerdo a las ventajas del modelo tradicional enriqueciéndose con valores

²⁷ Castillo, Karla. “Modelo de atención será estudiado por Universidad de NY --Medicina tradicional en Hospital de Cuetzalan disminuye MM--” en CIMAC Noticias [en línea], consultado el 23 enero de 2009 a las 22:34 pm.

²⁸ Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. *Op. Cit.* p. 34.

humanos y aprendiendo el respeto al libre ejercicio de los derechos de los usuarios indígenas.

Se considera como atención intercultural aquélla que aprovecha de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, y que pretende evitar o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia²⁹.

Esta nueva visión que mezcla sistemas de salud culturalmente diferentes implica cambios sustanciales en la manera de construir y manejar los espacios de salud. Es decir, la creación de hospitales está sustentada en paradigmas culturales, históricos y científicos basados en su caso en las investigaciones científicas, en la medicina complementaria, alternativa o tradicional. Con la inserción de la interculturalidad en los espacios de salud se tienen que hacer adecuaciones desde físicas hasta administrativas acordes a la cosmovisión tradicional permitiendo la construcción y organización en su totalidad y de manera autónoma de los médicos tradicionales.

El acercamiento al modelo tradicional se da principalmente con la atención del parto. La atención intercultural del embarazo, parto y puerperio resalta en los Hospitales Integrales debido a que es la práctica en la que hay un mayor acercamiento entre ambas visiones, la alópata y la tradicional.

El contexto de esta relación y de la incorporación de las parteras se da bajo condiciones específicas y tiene ciertas implicaciones. Los espacios de salud no sólo concentran el parto vertical tradicional, también otros elementos importantes para la atención de la población indígena que exponen las condiciones y el trabajo participativo.

De acuerdo a la Dirección de Medicinal Tradicional y Desarrollo Intercultural, que proporciona una visión teórica, como parte de la atención intercultural se fomenta la identificación temprana de riesgos en el embarazo, trabajo que permite la colaboración entre médicos y las parteras, y en la que éstas deben recibir buen trato cuando refieran o acompañen a sus embarazadas en trabajo de parto.

De igual manera se debe fomentar la alimentación saludable de las mujeres parturientas a partir de la cultura local, así como informar sobre sus

²⁹ *Ibidem.*

derechos, ejercicios junto a sus parejas y el acompañamiento durante el alumbramiento.

Respecto a la labor de las parteras se busca integrar de “manera segura” los masajes que ésta da durante el embarazo para disminuir el dolor, la tensión y facilitar la circulación sanguínea.

El principal objetivo es la atención conjunta del parto integrando a parteras tradicionales y médicos alópatas ligados con el personal médico. Durante éste se debe incorporar los conocimientos de las terapeutas tradicionales como las técnicas usadas para facilitar la pujada efectiva y permitir la participación de la pareja o un familiar que brinde apoyo emocional y participe en la experiencia si así quiere la madre.

La atención intercultural también debe eliminar agresiones físicas innecesarias como la técnica de rasurada, el uso de lavativas, el corte vaginal o las cesáreas prescindibles. De lo contrario, se debe sancionar al personal que humille a las usuarias y realice cualquier acto de violencia médica sin el consentimiento y autorización de la mujer.

En cuanto al parto, se debe pensar en la modificación del clima y ambiente de sala de expulsión para que sea cálida térmica y culturalmente; el amamantamiento inmediato que crea un lazo psicoafectivo importante entre madre e hijo; se debe evitar la prohibición de amuletos, listones rojos o cualquier protección cultural que lleven las usuarias a excepción de que signifiquen riesgos o alteraciones en cuanto a lo higiénico, de ser así se debe ofrecer sustitutos estériles.

Otro aspecto importante, debido a la situación de ubicación y lejanía de las comunidades, se encuentra en la solidaridad con alojamiento cercano al centro de salud para albergar mujeres embarazadas de alto riesgo días antes y después de la fecha del parto, evitando exponerla al aire cuando “culturalmente” se encuentra caliente, y por tanto al desequilibrio o enfermedad.

La atención intercultural continúa en el puerperio con la promoción que las parteras hacen de las técnicas de masaje postparto como el vendaje y los baños de vapor, además de la enseñanza a los médicos occidentales de los conocimientos y prácticas que facilitan la producción de leche materna.

El principal objetivo de estas acciones es favorecer la dignificación y humanización del parto y acreditar su atención con elementos culturales

partiendo del reconocimiento de los derechos de las mujeres y evitando tratarlas como objetos. Igualmente se busca sustituir las capacitaciones convencionales de las parteras por “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que sensibilicen, capaciten y formen al personal médico en la atención del parto con perspectiva cultural, además de capacitar a las parteras para identificar signos de violencia, síndromes de depresión postparto y de rechazo madre/hijo para que puedan referir a sus pacientes oportunamente.

3. Perspectiva Cultural

En nuestro país según estimaciones del Consejo Nacional de Población, la población indígena a enero de 2011 es de 14,2 millones de habitantes. Oficialmente se identifican 62 grupos indígenas, una de las mayores diversidades en América Latina.

La cosmovisión y comprensión de la salud enfermedad de las comunidades indígenas es diferente a nuestra concepción occidental. Sustancialmente la cosmovisión prehispánica aprecia la salud y la enfermedad como situaciones de equilibrio o desequilibrio entre elementos fríos o calientes. Todo lo que sucede en la Tierra y el cosmos se clasifica como frío y caliente, y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad³⁰. El alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que pueden afectar a la persona, a su familia o a la comunidad.

Desde una perspectiva oficialista los hospitales en zonas indígenas consideran dicha cosmovisión como una oportunidad para atender enfermedades y específicamente las complicaciones del parto. Pese a la consideración gubernamental, la cosmovisión y experiencia de las y los pacientes indígenas respecto a la clínica u hospital, ellos consideran a éstos como lugares que representan un peligro importante para la salud. Concretamente respecto a la atención del parto se manifiesta que:

“...la sala de expulsión es “fría” y puede producir “frialdad” a la madre e inhibir con ello las contracciones que son “calientes”; que se le

³⁰ Ibid., p. 18.

da de alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado “caliente” con lo que se puede “desequilibrar” y enfermar; que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le “roben” el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar; que maltratan y humillan a la mujer produciendo “derrame de bilis” que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche; y específicamente con la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la “bajada del niño”, las contracciones y el pujar, y aumenta los dolores”³¹.

Las observaciones que la población indígena proporciona son ejemplos concretos de cómo se dan las “barreras culturales” que dificultan el uso de los servicios de salud a la par que alejan a los usuarios regionales. De igual forma éstos se reproducen desde la normatividad representada por los programas, espacios físicos y formación del personal de salud. El disminuir o erradicarlas favorece la “amigabilidad cultural”.

En este sentido, las autoridades instrumentaron medidas de salud sin suponer las implicaciones culturales en un ámbito que para la cosmovisión indígena representa más que la ausencia de enfermedad, el equilibrio bio-psico-social.

De acuerdo a la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, se entiende por “amigabilidad cultural” la adaptación de los servicios a la cultura y necesidades de los usuarios, en la que éstos se sientan cómodos y satisfechos.

Para que un servicio de salud sea “amigable culturalmente”, requiere forzosamente de *competencia cultural*, es decir se necesita de la habilidad y capacidad de las personas e instituciones (en este caso de salud) para interactuar y negociar la forma y el tipo de servicios que se ofrecen con y para grupos culturalmente diversos³².

Bajo esta lógica ser “culturalmente competente” implica la disposición de los trabajadores del sector salud para promover el diálogo eficaz en el marco del respeto de acuerdo con la multiculturalidad de los trabajadores y usuarios.

³¹ *Ibidem*. Entrevistas a mujeres que forman parte del personal de salud del Hospital Amigo de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense de Tlapa de Comonfort, en el estado de Guerrero, realizadas por dicha Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

³² *Ibidem*.

Se busca entonces, promover para sí mismo y para los usuarios de los servicios actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza³³.

La interculturalidad se muestra como un reto para las instituciones. El alcanzar la clasificación “culturalmente competente” implica que un organismo gubernamental tenga la capacidad para negociar y dialogar de manera eficaz con comunidades heterogéneas culturalmente. De acuerdo a los especialistas en antropología médica, el camino para lograr dicho objetivo se encuentra en hacer énfasis de las ventajas de la diversidad cultural, elogiar las contribuciones de cada cultura, motivar los resultados positivos de trabajar recíprocamente y apoyar el compartir las responsabilidades y oportunidades.

La consideración del modelo de atención tradicional y su inserción ayudarían a alcanzar la categoría de competencia cultural. Se debe mirar que, en contraste con la experiencia con los médicos y los Hospitales, el modelo de atención tradicional se fundamenta en el conocimiento que se transmite de generación en generación. Usualmente algún familiar, como las abuelas, las madres o tías, compartían su saber no sólo como profesión sino como parte de su cosmovisión.

De acuerdo a la investigación realizada por Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural las parteras tienen el concepto de embarazo bajo la consideración de las fuerzas vitales transmitidas por el hombre, la mujer, sus antepasados, el sol, el aire, la tierra y las divinidades donde todo está conectado³⁴ por ello es común que las parteras encomienden su trabajo y sus pacientes a manos de Dios, los ancestros o a las fuerzas de la naturaleza. Para ellas su trabajo no implica sometimiento, por el contrario es un gran compromiso que manifiestan a través de actitudes de respeto y cariño por lo que se pone mucha atención al aspecto emocional de la mujer y trata de entender lo que siente su parturienta.

De igual modo hacen visitas al domicilio de la embarazada durante los nueve meses para realizarle su “palpadas”³⁵, con lo cual se muestran pendiente de la salud y posición del producto, en caso de que el bebé se encuentre en

³³ *Ibid.* p. 19.

³⁴ *Ibid.* p. 20.

³⁵ Término comúnmente usado por las parteras para referirse a las revisiones mensuales de las parturientas.

una mala postura recurren a procedimientos que favorezcan su acomodamiento como sobadas. Asimismo cuidan el desarrollo del bebé con el uso de plantas medicinales que fortalecen y ayudan a su sana gestación, para lo cual conocen plantas o alimentos que no debe ingerir la mujer durante el embarazo.

Respecto a la embarazada le dan masajes para que esté relajada y preparada para el alumbramiento mientras que le hacen recomendaciones sobre los cuidados que debe tener para no perder el equilibrio entre frío y calor, característico de su cosmovisión.

En cuanto al parto, éste se ve como un evento vital, sagrado y colectivo³⁶, se cuida la temperatura del lugar donde ocurre éste cuidando que no haya fuentes de aire o frío, se procuran lugares con poca luz y el baño previo de la mujer. Durante todo el trabajo de parto, la partera se presenta como un apoyo incondicional que respeta siempre la decisión sobre la posición del parto, da masajes para disminuir el dolor y relajar a la mujer al igual que remedios tradicionales que regularicen su alumbramiento. Su conocimiento les permite saber qué tan próximo está el nacimiento a partir de tocar con sus manos el descenso del bebe así como la observación de la cara, piernas, sudoración y temperatura de la madre. Igualmente conocen y utilizan la gama de posiciones verticales, respeta totalmente la decisión de la mujer en cuanto a la posición, la identificación de ser mujer les facilita la sabiduría del reconocimiento de su cuerpo, preparan el escenario de manera segura con tapetes o cobijas disminuyendo los accidentes durante el nacimiento, se da la oportunidad de cercanía y participación en el parto de su pareja o familiares si la mujer lo solicita, saben de técnicas que ayudan a la mujer a que el pujo sea efectivo y rápido.

Posterior al parto, buscan el amamantamiento inmediato del bebé, se muestran amables humanas y cercanas. Igualmente dan masajes postparto como “apretadas” para la recuperación de ligamentos previniendo la caída de matriz y vejiga, usan el temascal para la recuperación y limpieza de la mujer así como plantas medicinales para la producción de leche materna. Hasta la

³⁶ *Ibid.* p. 21.

recuperación total muestran un apoyo psicoafectivo a partir del contacto cercano.

4. Consideraciones Jurídicas

La aplicación de la Interculturalidad en el sector salud a partir de la institucionalización de la medicina tradicional, y específicamente de la parteras, se da bajo un marco legal en el que se estipulan los derechos y obligaciones bajo los cuales se desarrollarán los protagonistas, por una parte las libertades de la población indígena y de los terapeutas como usuarios, y por otra los deberes de los prestadores de servicios de salud.

Independiente del contexto de las leyes, se da una falta de conocimiento durante la formación del personal que atiende el sector salud sobre las bases legales y científicas de las diferentes posiciones de atención del parto, fundamentadas en perspectivas culturales, por lo que se ocasiona entender otras posibilidades como inexistentes, acientíficas e incluso ilegales.

Pese a ello, existen diversos documentos jurídicos enfocados a reconocer la medicina tradicional y su aplicación como un derecho cultural de las comunidades indígenas. Para fines prácticos se mencionarán sólo los más elementales e importantes bajo el enfoque del desarrollo y derechos de los médicos tradicionales, especialmente en las parteras y su labor con la mujer durante la atención del parto, ya que es uno de los puntos centrales en los que se concretiza la interculturalidad a partir de la trabajo de éstas con los médicos alópatas.

De éstos, el de mayor relevancia es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que, reformada mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 2001, reconoce que nuestro país tiene una composición pluricultural y garantiza el derecho de las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan la cultura e identidad, y asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud aprovechando debidamente la medicina tradicional.

Es importante considerar que la posición vertical del parto constituye una pieza fundamental en los conocimientos y elementos que forman parte de la

cultura indígena y de la atención de la medicina tradicional. Por ello la Constitución da bases para su debido uso y el entendimiento como un derecho constitucional.

Igualmente esto se aborda en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 en las especificaciones de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido donde señala que “se debe respetar sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica³⁷. Ello supone la consideración de las decisiones de las embarazadas como elemento fundamental incluyendo la libertad del aprovechamiento de las posiciones de parto siempre que no haya riesgo para ella y para el producto.

En cuanto a la Ley General de Salud, desde su reforma publicada el día 19 de septiembre de 2006 en el Diario Oficial, respecto a la atención a la salud de las habitantes indígenas y al reconocimiento de la Medicina Tradicional apunta en el Artículo 93 que:

“...La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud... reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos”³⁸.

La importancia de dicho apartado radica en que la atención del parto con posición horizontal, forma parte de la atención básica. Sin embargo, dicha ley da la pauta para otorgar servicios adaptándose a la concepción de salud del paciente y respetando sus derechos humanos. Esto incluye la posición del parto, si es parte de la cultura y si las usuarias lo demandan. Asimismo es relevante porque estipula el impulso a la medicina tradicional y la adaptación a

³⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, 6 de enero de 1985, Especificación 5.4.1.2.

³⁸ Ley General de Salud DOF 10-06-2011, Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, 7 de febrero de 1984, p. 36.

su cosmovisión a partir del respeto a la organización que implica su cosmovisión.

Este desarrollo también se encuentra respaldado en el Artículo 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la cual en sus modificaciones 2004 y 2006 menciona en que desde lo gubernamental, específicamente a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, se debe proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica³⁹, asimismo se debe dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud⁴⁰ y diseñar modelos innovadores de sistemas gerenciales de atención a la salud, en concordancia con las necesidades y características socioculturales de la población y de los servicios de salud⁴¹.

Es decir, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, tiene la facultad de desarrollar nuevos modelos basados en la cultura de la población en la que presten servicios, promover e implementar acciones de sensibilización intercultural y la medicina tradicional.

Por otra parte, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), se tuvo un mayor acercamiento a la población indígena. A partir de éste se tiene acceso a diversos indicadores de carácter intercultural que pueden ayudar a mejorar el trato a la población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica. De acuerdo con la propuesta de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural uno de dichos indicadores es el de respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y los familiares⁴². Este es un rasgo muy importante porque implica que en las Unidades de Salud afiliadas al Seguro Popular en zonas indígenas, la embarazada goza de total libertad en la

³⁹ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Capítulo X de las Unidades Administrativas, Artículo 25, Fracción VII, Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, 19 de enero de 2004.

⁴⁰ *Ibid.*, Fracción XVII.

⁴¹ *Ibid.*, Fracción IV.

⁴² Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. *Op. Cit.*, p. 23.

elección de la modalidad de su parto así como el acceso de su partera y familiar, por tanto los hospitales deben permitir el ejercicio de dicha decisión sin poner obstáculos contribuyendo así a mejorar el trato intercultural y favorecer las condiciones de acceso a los servicios.

En este sentido, debido a la importancia en la cosmovisión indígena de la atención del parto en posición vertical y la compañía de una partera se han convertido en elementos de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud. Esto significa la aproximación a las mujeres embarazadas que pueden presentar riesgos o complicaciones y cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.

Además el parto vertical no es una bondad de las instituciones de salud, es un servicio que, aunque olvidado, cuenta con soporte jurídico que protege a las mujeres y “rige” la labor de los hospitales integrales.

Cabe destacar que la interculturalidad no sólo obedece a la necesidad de un marco jurídico que sustente los derechos de la comunidad indígena. También se debe considerar la potencialidad de los recursos de la medicina tradicional, sus beneficios y aportes que, aunque sometidos a la comprobación científica, no pierden su valor histórico y cultural.

5. Valor Científico

Aún en la actualidad existe cierto escepticismo y desconfianza por parte de los trabajadores del sector salud, respecto a la validez científica del trabajo de las llamadas *parteras empíricas* ante la falta de una formación y sensibilización profesional. No es un síntoma general y, aunque en ocasiones se da en médicos que trabajan en zonas indígenas, principalmente se manifiesta en aquellos médicos de poco acercamiento y experiencia con grupos étnicos.

Actualmente se ha realizado una gran variedad de análisis respecto al impacto que tienen tanto las distintas posiciones de parto vertical como la posición horizontal, en nuestro país y en todo el mundo. Destacan a nivel internacional aquellos elaborados por el Centro Cochrane Iberoamericano, una organización internacional sin ánimo de lucro cuya función es evaluar las intervenciones médicas para valorar si poseen rango científico.

Durante el 2003 dicho organismo elaboró un estudio sobre los efectos de de las diferentes posiciones de la mujer durante el parto. Este análisis refirió que las mujeres pertenecientes a culturas tradicionales paren de forma natural en posiciones verticales contrario a aquéllas de cultura occidental que, gracias a la influencia médica, tienen su parto acostadas. El resultado de la investigación derivó en que las parturientas que permanecieron en posición horizontal perdieron menos sangre pero sufrieron más, la posición ocasionó al recién nacido dificultades con la frecuencia cardíaca, durante el período de expulsión los médicos tuvieron que recurrir al uso de instrumentos y de igual manera se presentó mayor necesidad de corte vaginal.

El estudio concluyó en que se dan mayores beneficios con la posición vertical, a excepción de mayor pérdida sanguínea, no existen consecuencias negativas para la mamá y para el bebé. Con estos resultados se recomendó la motivación de las mujeres para elegir una posición más cómoda, usualmente verticales.

Dicha investigación, consideró también que la influencia del personal y las instituciones de salud con respecto a las posiciones adoptadas por las mujeres durante el trabajo de parto, no toma en cuenta la comodidad de la mujer ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo; es desautorizante, abusivo y humillante.

Igualmente se hace una observación respecto a que el ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe brindar una atención especial a las prácticas médicas que desvaloricen o humillen a las mujeres durante el trabajo de parto⁴³.

La historia de la medicina da cuenta de la división cultural antes mencionada, ya que en casi todos los continentes, exceptuando Oceanía, los partos eran atendidos en posición vertical como un fenómeno natural por mujeres llamadas “comadronas”.

En la edad media el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras. La situación cambió como consecuencia del nacimiento de la

⁴³ *ib.*, p.10.

inserción de la medicina en colegios que tuvieron auge durante el renacimiento principalmente entre varones, y por tanto de la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería.

Al expropiarse la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto como una enfermedad que requería ser atendido por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital. Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentado por otras posiciones sexuales, sociales y religiosas de opresión. El parto horizontal en la cama asemeja la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo a la acción del médico.

A partir de entonces las mujeres abandonaron la silla y acataron el criterio de los profesionales que actuaban con más comodidad si la parturienta estaba acostada. En aquella época, quien recibía al bebé debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente digerible estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo.

De esta manera se comenzó a institucionalizar la egoísta posición horizontal que domina la medicina moderna. La principal razón es la ventaja de ésta para el médico, ya que favorece su comodidad en la atención del parto, la cual es importante para su "óptimo desempeño". Algunas posiciones tradicionales verticales son incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas. Además de ello, favorece la revisión médica y únicamente ayuda a la madre a disminuir el riesgo de pérdida sanguínea.

De acuerdo con la propuesta de la Dirección de Medicina Tradicional, las desventajas de la posición horizontal para la mujer son más que los beneficios que de ella obtiene, ya que puede complicar la expulsión a través de distintos efectos que van desde:

- ✓ Problemas respiratorios provocando inadecuada ventilación pulmonar tanto de la madre como del hijo
- ✓ Sufrimiento fetal que consecutivamente puede provocar al niño daños irreversibles e incluso la muerte

- ✓ No favorece la fuerza de gravedad y por tanto la expulsión final
- ✓ Puede provocar desgarros
- ✓ La compresión de nervios ejercida por la presión de las piernas colgadas en los soportes
- ✓ Posición incómoda
- ✓ Sensación de desvalorización y humillación de la mujer de acuerdo a la experiencia de éstas, ya que no tienen la posibilidad de controlar su cuerpo durante el parto, no ven cómo nace su hijo y no se sienten participes del alumbramiento.
- ✓ Vivencia del parto como un hecho traumático y doloroso por tanto...
- ✓ Favorece la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los ginecoobstetras).
- ✓ Aumento en el índice de cesáreas.

Considerando lo antes expuesto y las implicaciones del parto horizontal para la mujer, es necesario resaltar la posición vertical como un elemento esencial en el equilibrio de la salud dentro de la cultura indígena.

6. Parto en Posición Vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su pelvis oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal. Esta posición es protagonista del llamado parto humanizado debido a que éste considera las necesidades culturales de la población indígena en las que también se encuentra la participación de los familiares como sostén físico y emocional.

Es interesante la variedad de posiciones verticales que aprovechan la gravedad y que además involucran la participación del padre. Éstas pueden ser:

- ✓ sentada (Pueden utilizar silla o banco bajo)
- ✓ hincada (la mujer es sostenida por la espalda de un acompañante mientras que ella tiene otro punto de apoyo para agarrarse y facilitar el pujo)

- ✓ de rodillas
- ✓ en cuclillas (se puede realiza con el apoyo del esposo u otra persona en la espalda o bien sin ayuda)
- ✓ acucillada (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto)
- ✓ parada (Sostenida del cuello de su pareja o de un implemento: barra, rama, hamaca, cuerda, pared etc.)

El transcurrir de la historia ha sido testigo del uso de la variedad de posiciones verticales por las culturas de todo el mundo debido a que es una posición natural, en la que la mujer siente alivio durante todo el proceso de parto. La mayoría de los partos eran atendidos por mujeres, que ante su propia experiencia, adquirirían conocimientos que aplicaban durante su trabajo.

En algunos continentes la posición de cuclillas usada en la atención del parto concuerda con la postura en la que las personas habitualmente trabajan y descansan. Dicha posición es parecida a la de descanso de los mamíferos y es posible que la mayoría de los seres humanos hubieran adoptado la posición en cuclillas en alguna etapa de sus vidas si el cambio de costumbres culturales no los hubiera adiestrado para adoptar otras posturas.

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina por un “parto humanizado” y en Chile, por la “dignificación del parto”⁴⁴.

En este sentido, las ventajas de la posición vertical utilizada en la medicina tradicional indígena superan a la horizontal, pues logra:

- ✓ La perfecta oxigenación de la madre y del hijo.
- ✓ Aprovechar la fuerza de la gravedad favorece el descenso del feto.
- ✓ Los músculos del pubis ayudan al egreso del cuerpo del bebé.
- ✓ Se previene síndromes ocasionados por el sufrimiento fetal.

⁴⁴ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, s. f., *La Posición Tradicional de Atención del Parto Vertical en los Servicios de Salud*. México. Gobierno Federal. p. 20.

- ✓ Disminuye el tiempo del trabajo de parto.
- ✓ Los partos rápidos son más frecuentes, reduciéndose la incidencia de desgarros.
- ✓ Menos complicaciones del alumbramiento.
- ✓ La posición vertical evita el aflojamiento de cordón
- ✓ Beneficios importantes para la madre como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- ✓ La posición vertical activa la memoria de las funciones biológicas naturales por lo que la vagina adquiere su identidad expulsiva⁴⁵.

Todas las bondades que ofrece de dicha técnica a la madre compiten contra desventajas mínimas como:

- ✓ Aumento del riesgo de pérdida de sangre.
- ✓ Las posiciones de quien atiende un parto en posición vertical pueden ser muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- ✓ Aunque estar en cuclillas, representa la posición más natural, puede mostrar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan la fuerza necesaria para permanecer durante un considerable período de tiempo en esta postura.

⁴⁵ *Ibid.* p.11.

ANEXO 2. Preguntas Guía.

La orientación de Especialistas y Académicos, durante la investigación previa a la grabación, se dio a partir de las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es la interculturalidad?, ¿Cuál es su objetivo?
2. ¿Qué tan difícil es la aplicación de la interculturalidad en la práctica? ¿Cuáles son los problemas que enfrenta?
3. Actualmente ¿Cuál es la situación de la interculturalidad en las instituciones públicas? ¿En qué nivel de desarrollo se encuentra? ¿Por qué?
4. ¿Cuáles son los requerimientos para que una institución pública, en este caso el hospital, sea calificado como intercultural?
5. ¿Cuál es el objetivo de la inserción de médicos tradicionales a las instituciones de salud? ¿Cómo debería ser el proceso de su integración al sistema?
6. ¿Qué tipo de capacitación debería recibir el personal del sector salud y los médicos tradicionales para poder desarrollar una relación y diálogo entre ambas culturas?
7. ¿Cómo es la recepción e interés de los médicos alópatas por la medicina tradicional?
8. ¿Cuál ha sido el logro y avance de la práctica de estos hospitales en México?
9. ¿Cuáles han sido sus fallas? ¿Cree que más que una convivencia se trata de un gancho para atraer a la población indígena? ¿Qué tan impuesto está el modelo hegemónico y qué tan difícil es equilibrar la medicina tradicional con éste?
10. ¿Qué se tendría que considerar en las políticas públicas de salud para lograr el desarrollo óptimo de este modelo de salud?
11. ¿Qué opina respecto a las certificación de las parteras?, ¿Sabe cuál es el procedimiento?
12. Respecto al Hospital Integral de Cuetzalan ¿qué indica la reducción a 0% de la mortandad materna con la introducción del modelo intercultural?, en cifras

¿cómo se evalúa la eficacia de un hospital?, es decir esta reducción se debe entender como un éxito en cuestión intercultural? ¿Qué tan cierta es esta cifra?

13. ¿Qué opina sobre el valor que se le da a la medicina tradicional y a las parteras en las instituciones de salud? ¿Cree que están consideradas en el mismo nivel de un médico? ¿Se les dan los mismos derechos y obligaciones?

14. ¿Qué grado de importancia le da el gobierno y el sector salud a la funcionalidad de estos hospitales y a la aplicación real de la interculturalidad? ¿Qué importancia le da al mejoramiento de la atención médica de la población indígena a partir de este modelo de salud? ¿Qué acciones se encuentra desarrollando el gobierno para mejorar éste?

15. De acuerdo a su experiencia ¿Por qué algunas mujeres indígenas prefieren ir al hospital alópata, unas al módulo tradicional y otras ser atendidas en su casa?

Por otra parte, la guía inicial del proceso de producción fueron las siguientes interrogantes:

Médico obstetra:

- 1.- ¿Desde cuándo trabaja en el Hospital Integral de Cuetzalan Puebla?
- 2.- ¿Se debe cumplir con requisitos específicos para ingresar como médico al Hospital?
- 3.- ¿Recibe capacitación por parte del Sector Salud? ¿De qué tipo?
- 4.- ¿Qué tipo de planes y programas existen enfocados a la atención de la mujer indígena?
- 5.- ¿De qué manera se fomenta la participación e integración de las parteras?
- 6.- Desde su experiencia ¿qué es la interculturalidad y de qué manera se aplica en este Hospital?
- 7.- ¿Habla usted Náhuatl? o toma clases para aprender la lengua?
- 8.- Además de la decisión de la madre, ¿Qué factores determinan que un parto sea atendido por una partera o por un médico?
9. ¿Cuáles son las funciones de la partera en relación con su trabajo?
- 10.- ¿Cómo se atiende un parto de manera conjunta?
- 11.- ¿En qué momento interviene el médico en un parto atendido por una partera?

- 12.- ¿Cuáles serían las diferencias esenciales entre una partera y un médico alópata en la atención de un parto?
- 13.- ¿Cuáles cree usted que serían las Fortalezas de este Modelo Intercultural?
- 14.- ¿Cuáles cree usted que serían las Oportunidades?
- 15.- ¿Cuáles cree usted que serían las Debilidades?
- 16.- ¿Cuáles cree usted que serían las Amenazas?
- 17.- ¿A partir de qué circunstancias interactúa usted con la partera?
- 18.- ¿Usted asiste y participa en las ceremonias religiosas que se realizan en el módulo tradicional?
- 19.- ¿En qué se basa la alimentación que se les da las mujeres que son atendidas en el hospital alópata?
- 20.- ¿Cuáles cree usted que razones algunas mujeres prefieren ser atendidas por un médico alópata?

Médico Tradicional (Partera):

- 1.- ¿Desde cuándo atiende partos y quién le enseñó?
- 2.- ¿Cuántos años ha trabajado en el Hospital Integral?, ¿cómo empezó?
- 3.- ¿Cómo se integra una partera al hospital?
- 4.- ¿Cómo y quién certifica a una partera?, ¿qué tipo de documento les dan? ¿qué actividades tiene permitidas una vez certificadas?
- 5.- ¿Usted recibe capacitación por parte del Sector Salud? ¿En qué consiste? ¿Se da junto a los médicos?
- 6.- ¿En el hospital se organizan actividades en las que se busque establecer una relación entre el médico y ustedes?
- 7.- ¿Cuáles son sus funciones en el hospital? ¿Cuál es su función antes, durante y después de un parto?
- 8.- ¿Cuántos partos ha atendido ahí?
- 9.- ¿Cómo se siente trabajando en el hospital? y ¿por qué?, ¿Cuál ha sido su experiencia en el Hospital?, ¿Por qué trabaja ahí?
- 10.- ¿Cómo atiende un parto?, ¿En qué momento interviene el médico en un parto atendido por usted?, ¿Le molesta que intervenga?
- 11.- Para usted ¿qué significa atender un parto? ¿Cómo atiende y sana a sus pacientes? ¿Cuál es la recuperación? ¿Cuál es la diferencia con un médico?
- 12.- ¿Qué se les da de comer a las recién paridas en el módulo tradicional?

- 13.- ¿Qué le gusta y qué no de trabajar en este hospital?
- 14.- ¿Alguna vez se le ha muerto un niño o una madre en el momento del parto?
- 15.- ¿Qué diferencia hay entre atender un parto en su comunidad y atender uno en el hospital?
- 16.- ¿Cómo es el trato y la relación con las usuarias, los médicos, el personal de la administración y la directora?
- 17.- ¿Cómo se administra este módulo?, ¿el personal administrativo es de origen indígena?, ¿Cómo y quién elige al personal de la administración?
- 18.- ¿Usted está de acuerdo en la manera en cómo y quiénes administran, organizan y construyen el módulo tradicional?, ¿Le permiten opinar sobre esto? ¿Quién lo decidió?
- 19.- Desde su experiencia ¿cuáles son los problemas que enfrenta el Hospital?, ¿le permiten opinar para resolverlos?
- 20.- ¿Cómo se lleva con los doctores? ¿Los médicos recurren a usted para saber sobre medicina tradicional, participan en sus ceremonias, ritos y celebraciones?
- 21.- ¿Qué cree usted que le haga falta o necesita el hospital?, ¿Cuándo algo les incómoda a quién acuden?
- 22.- ¿Qué tipo de ayuda recibe del gobierno? ¿tiene un salario?
- 23.- ¿Por qué cree usted que algunas mujeres prefieren ser atendidas en el módulo alópata, otras prefieren venir al tradicional y otras prefieren tenerlo en su casa?
- 24.- ¿Con qué tipo de inmobiliario cuentan para la atención de un parto?, ¿Es cómodo?, ¿Cree que es el adecuado?

Personal Administrativo:

1. ¿Cuáles son los requisitos específicos para trabajar como personal administrativo en el Hospital Integral?
2. ¿Cuáles son los requisitos específicos para ingresar como partera?, ¿Cuál es el proceso de integración de una partera?, ¿Cuáles son sus derechos?, ¿Cuáles son sus obligaciones?, ¿Qué no tiene permitido hacer?
3. ¿Cómo y quién certifica a una partera?, ¿Posteriormente recibe capacitación?, ¿De qué tipo?

4. ¿Cómo es la relación de usted con las parteras?
5. ¿Recibe usted capacitación por parte del Sector Salud? ¿De qué tipo?
6. ¿Le gusta trabajar aquí? ¿Por qué?
7. ¿Habla usted náhuatl?, ¿Qué tan importante cree usted que es para la realización de su trabajo hablarlo?
8. Sé que se dan clases de Náhuatl, ¿De quién fue iniciativa? ¿a quiénes están dirigidas?, ¿Cuántos médicos asisten a la clase?
9. ¿Cómo se organiza y administra este módulo?, ¿quién decidió que fuera así? ¿quién decide a qué se destinan los recursos materiales, humanos y financieros? Quién participó en la estructuración y elección de la ubicación geográfica y construcción del lugar?
10. ¿Cómo es la relación con las usuarias? ¿por qué les gusta venir o no a este módulo? ¿por qué cree que les gusta ser atendidas aquí?
11. ¿Qué tipo de dinámicas se realizan y quién las planea para fomentar y desarrollar una relación más cercana entre los médicos y las parteras?
12. ¿De qué manera se atienden las necesidades de los médicos tradicionales? ¿Se realizan asambleas?
13. ¿Quién toma las decisiones más importantes del hospital?, ¿Cuándo tienen problemas cómo los resuelven?
14. ¿Qué indicaciones tienen las parteras para atender un parto?
15. ¿El personal del módulo alópata participa en sus ceremonias? ¿Cómo?

Directora del Hospital Integral de Cuetzalan:

1. ¿Cómo se creó el Hospital Integral de Cuetzalan? ¿Bajo qué concepto?
¿Qué necesidades había que permitieron su creación?
2. ¿Cuál es su función y objetivos del Hospital Integral?
3. ¿Cómo comienza la integración de médicos tradicionales en el hospital?
¿Qué se busca con la inserción de ellos en el sector salud?
4. ¿En qué ha beneficiado el tener un sistema intercultural a la población indígena?
5. Referente a la interculturalidad, ¿qué problemas enfrenta este hospital y cómo se resuelven?

6. ¿Qué tan difícil es lograr establecer el diálogo entre ambas culturas, entre los médicos y las parteras? ¿cómo se da la relación entre ellos? ¿Cuál es su papel como Directora en dicha relación?
7. ¿Cómo se busca mejorar esta relación? ¿Hay planes, programas o actividades específicas enfocadas al intercambio de conocimiento entre médicos y parteras? ¿Los médicos asisten a las ceremonias y ritos que realizan los médicos tradicionales?
8. Para atender un hospital con expectativas interculturales ¿se da capacitación a todo el personal? De qué tipo? O qué formación se les da?
9. Como Directora de este Hospital ¿Cuáles son sus funciones respecto al módulo de medicina tradicional?
10. ¿Cómo se administra ese módulo? ¿Quién toma las decisiones importantes? ¿Quién plantea los objetivos del mismo?
11. ¿En qué cree que radica el éxito de este hospital? Me refiero entre otras cosas, a la reducción a 0% de la mortandad materna ¿qué elementos cree que han influido para lograr este objetivo? ¿Cuál ha sido el papel de las parteras en este avance?
12. ¿Habla usted Náhuatl? ¿Todo el personal lo habla? ¿Cómo se lidia con la cuestión de la lengua?
13. ¿Cómo es su relación con las parteras?, ¿Cuáles son los principales problemas que se presentan con ellas?
14. ¿Cuáles cree usted que son las Fortalezas de este Modelo Intercultural?
15. ¿Cuáles cree usted que son las Oportunidades?
16. ¿Cuáles cree usted que son las Debilidades?
17. ¿Cuáles cree usted que son las Amenazas?

Usuaris

1. ¿Usted acude al Hospital Integral? ¿Por qué?
2. ¿Con quién acude, con los médicos alópatas o los tradicionales? ¿Por qué? ó ¿Cuándo acude con los médicos alópatas y cuándo con los tradicionales?
3. ¿Cuántos embarazos ha tenido? Dónde ha sido atendida y controlada durante éstos?
4. ¿Por qué decidió que fuera ahí? ¿Por qué quiso ser atendida por una partera?

5. ¿En qué consistieron sus revisiones? ¿Cómo la cuidó la partera antes, durante y después de su embarazo?
6. ¿Alguno de sus partos fue atendido por un médico alópata o de manera conjunta?, ¿Cómo fue? ¿Qué diferencia hay entre ser atendida por un médico alópata y una partera?
7. ¿Qué diferencia hay entre parir en su casa o en el hospital integral? ¿En dónde le gusta más? ¿Por qué?
8. ¿Cuál es su experiencia en el hospital? ¿Por qué con los médicos alópatas no se atendió durante el embarazo? ¿Los médicos la tratan bien?
9. ¿Qué le gusta y qué no le gusta del Hospital?
10. ¿Se siente cómoda cuando está ahí? ¿Le gustó la comida que le dieron? ¿Son cómodas las camas? ¿Se siente como en casa?
11. ¿Cuándo estaba en el hospital le permitieron tener a su esposo cerca?
12. ¿Qué opina de las parteras y su trabajo?
13. ¿Qué opina de los médicos y su trabajo?
14. ¿Qué opina de que el gobierno ofrezca un servicio de salud con médicos tradicionales y alópatas?
15. ¿Qué beneficios les ha traído este tipo de modelos de salud?
16. Desde su perspectiva ¿Qué cree que le hace falta al Hospital para mejorar?

FUENTES CONSULTADAS

BIBLIOGRAFÍA SOBRE DOCUMENTAL

1. AITKEN, Ian. *Film & Reform. John Grierson and the documentary Film Movement*, Inglaterra, Routledge, 1992.
2. ARTIS, Anthony Q. *Cállate y Rueda. Guía del Documental*, España, Ediciones Omega, 2009.
3. BAENA P., Guillermina. *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*, México, UNAM, 1973.
4. BARNOUW, Erik. *El Documental, Historia y Estilo*, Barcelona, Gedisa Editorial, 1998.
5. BLANDFORD, Steve; KEITH G., Barry; HILLIER, Jim. *The Film Studies Dictionary*, London, Arnold Publishers, 2001.
6. BRESCHAND, Jean. *El documental, la otra cara del cine*, España, Paidós, 2004.
7. CASSETTI, Francesco. *Teorías del Cine*, España, Cátedra, 1994, pp. 145. (Colección Signo e Imagen)
8. Cuadernos de Estudios Cinematográficos, No. 8: *Documental*, México, Centro Universitario de Estudios Cinematográficos UNAM, 2006.
9. COLOMBRES, Adolfo. *Cine, Antropología y Colonialismo*, Argentina, Ediciones del Sol, 1985, pp. 192. (Serie Antropológica)
10. ECO, Humberto. *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*, España, Gedisa Editorial, 1986.
11. EDMONDS, Robert; GRIERSON, John; MERAN B., Richard. *Principios de cine documental*, México, UNAM, 1990.
12. FELDMAN, Simon. *Guión Argumental. Guión Documental*, España, Gedisa Editorial, 1993.
13. FRANCÉS, Miquel. *La producción de documentales en la era digital*, España, Cátedra, 2003. (Colección Signo e Imagen)
14. GRIERSON, John. *Postulados del documental por John Grierson*, s.l., s. Ed., Texto publicado en tres artículos entre los años 1939 y 1944.

15. HERNÁNDEZ Corchete, Sira. *La Historia contada en televisión: el documental televisivo de divulgación histórica en España*, España, Gedisa Editorial, 2008.
16. LEÑERO, Vicente; MARÍN, Carlos. *Manual de periodismo*, México, Editorial Grijalbo, 1986.
17. MEDRANO, Adela. *Un modelo de información cinematográfico: El Documental Inglés*, España, Editorial A.T.E., 1982.
18. MENDOZA Aupetit, Carlos. *El ojo con memoria: apuntes para un método documental*, México, Centro Universitario de Estudios Cinematográficos UNAM, 1999.
19. MUNGUÍA Z., Irma; SAUCEDO A., José Manuel. *Redacción e Investigación Documental I*, 2ª edición, México, UPN/SEP, 1985.
20. PAREDES, Elia A. *Prontuario de lectura, lingüística, redacción, comunicación oral y nociones de literatura*, México, Editorial Limusa, 1999.
21. RABIGER, Michael. *Dirección de documentales*, 3ª edición, s.l., Instituto Oficial de Radio y Televisión, 2001.
22. RABIGER, Michael. *Tratado de dirección de documentales*, 4ª edición, s.l., Omega, 2007.
23. ROTH, Paul; GRIFFITH, Richard; SINCLAIR, Road. *Documentary Film, The use of the film medium to interpret creatively and in social terms the life*, Londres, Faber and Faber, 1936.
24. ROVIROSA, José. *Miradas a la Realidad. Ocho entrevistas a documentalistas mexicanos*, México, Centro Universitario de Estudios Cinematográficos UNAM, 1990. (Volumen I)
25. ROVIROSA, José. *Miradas a la Realidad. Entrevistas a documentalistas mexicanos*, México, Centro Universitario de Estudios Cinematográficos UNAM, 1992. (Volumen II)
26. SADOUL, Georges. *El cine de Dziga Vertov*, México, Ediciones Era, 1973.
27. SWANN, Paul. *The British Documentary Film Movement 1926-1946*, United Kingdom, Cambridge Studies in Film Series, Cambridge University Press, 1989.

28. VENTURA, Nancy. Cuaderno de Estudios Cinematográficos No. 26. *La producción documental*, México, Centro Universitario de Estudios Cinematográficos UNAM, 2005.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE INVESTIGACIÓN INTERCULTURAL

29. AGUIRRE Beltrán, Gonzalo. *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.
30. Autores varios. *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*, Ecuador, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010.
31. CAMPOS Navarro, Roberto. *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de salud*. Escrito.
32. GHASARIAN, Christian. *De la Etnografía a la Antropología Reflexiva. Nuevos Campos, Nuevas Prácticas, Nuevas Propuestas*, Argentina, Ediciones del Sol, 2002. (Serie Antropológica)
33. LERIN, Sergio. *Interculturalidad y Salud: Recursos Adecuados para la Población Indígena o Propuestas Orientadas a Opacar la Desigualdad Social*, Distrito Federal, Centro de Investigaciones y Estudios de Antropología Social.

HEMEROGRAFÍA

34. CAMPOS-NAVARRO, Roberto; RUIZ-LLANOS, Adriana. *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios de la Nueva España*, Gaceta Médica de México, 2001, vol. 137, n. 6, pp. 595-608.
35. CAMPOS-NAVARRO, Roberto; RUIZ-LLANOS, Adriana. *La interculturalidad en la práctica médica del doctor Albert Schweitzer*, Gaceta Médica de México, 2004, vol. 140, n. 6., pp. 643-652.
36. CAMPOS-NAVARRO, Roberto; GARCÍA-VARGAS, Fabiola; BARRÓN, Uzziel; SALAZAR, Mariana; CABRAL-SOTO, Javier. *La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1997, vol. 35, n.4, pp. 265-272.

37. CAMPOS Navarro, Roberto. *Derechos Políticas Públicas y Salud de los Pueblos Indígenas. Seminario Taller. Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud. ¿Cómo y cuánto se ha avanzado?*, CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007.
38. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. *La atención intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. Gobierno Federal. Folleto impreso.
39. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *La Posición Tradicional de Atención del Parto Vertical en los Servicios de Salud*. Gobierno Federal. Folleto impreso.
40. VARGAS, Luis Alberto; CAMPOS NAVARRO, Roberto; CASILLAS, E. Leticia. *La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas*, Bol Mex. His. Fil. Méd., 2010, vol. 13, n.1, pp. 21-26.

CIBERGRAFÍA

41. CASTILLO, Karla. *Modelo de atención será estudiado por Universidad de NY --Medicina tradicional en Hospital de Cuetzalan disminuye MM*, CIMAC Noticias [en línea] publicación del 23 enero de 2009. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/site/09012303-Medicina-tradicionala.36370.0.html>
42. DUARTE-GOMEZ, María Beatriz; BRACHET-MARQUEZ, Viviane; CAMPOS-NAVARRO, Roberto; NIGENDA, Gustavo. *Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla*, Revista de Salud pública México [en línea], 2004, vol.46, n.5, [consultado 2010-02-18], p. 388-398. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0036-3634.

REFERENCIAS LEGALES

43. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
44. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

45. Ley General de Salud

46. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS

47. Dra. María Beatriz Gómez Duarte

Videollamada, 1 de marzo, 2011.

48. Dr. Roberto Campos Navarro.

17 de enero, 2011.

19 de febrero, 2011.

3 de marzo de 2011.