



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

ALICIA PARAMITA REBUelta CHO

---

# MADRES y MATRONAS

PRÁCTICAS Y POLÍTICAS REPRODUCTIVAS  
EN EL DISTRITO SIKKA DE LA ISLA FLORES, INDONESIA







Madres y matronas:  
prácticas y políticas reproductivas  
en el distrito Sikka de la isla Flores, Indonesia

Alicia Paramita Rebuelta Cho

Tesis Doctoral UAB/2020

Directora de la tesis:

Diana Marre

Departamento de Antropología Social y Cultural  
Facultad de Filosofía y Letras

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

*A la comunidad sikka y su poderoso conocimiento.*

## Agradecimientos

“Pase lo que pase, no pasa nada”, dice mi madre cuando algo se resiste. “Paciencia y sentido del humor”, solía repetir mi padre. La elaboración de esta tesis ha requerido, sin duda, que ambas frases resonasen a menudo en mi cabeza. Y ahora, con inmensa alegría, puedo decir al fin: “Ya está aquí”.

Esta tesis ha sido, en sí misma, una etapa de crecimiento en mi vida. Miro atrás y pienso en todo lo que ha pasado, sintiéndome profundamente agradecida a las personas que me han acompañado en el proceso y que han contribuido de una forma u otra a la elaboración de esta investigación. La siento una obra conjunta.

En primer lugar, quiero agradecer a mi madre Regina y a mi padre José Luis el estar aquí y haber puesto tanta energía y amor incondicional para hacer de mí la persona que soy hoy. Gracias papá por haberme inculcado tu espíritu aventurero. Gracias mamá por tus consejos, apoyo sin medida y crucial ayuda para esta tesis.

A mi hermana Ana, contigo camino de la mano sea primavera u otoño: “nosotras contra el mundo”. A Mikel, mi compañero de vida. De Oxford a pisar juntos la isla de Flores. En palabras de Amaral: “Hay mares de bruma y mares de luz; mares que me inundan son igual que tú”. Gracias por habernos elegido para crecer.

A Diana Marre, directora de esta tesis y amiga. Gracias por haber creído en mí cuando llamé a tu puerta. Sin tu apoyo y consejos, este trabajo no existiría. Has sido y eres una sabia fuente de aprendizaje para mí. Gracias al grupo AFIN y sus AFINes, por vuestra energía, reuniones, vinos, *deadlines*, risas y apoyo. Especialmente a Victoria, Lynne y Chandra por sus aportaciones a esta tesis. Gracias al grupo por ser, estar y seguir.

A mi familia, amigas y amigos. Gracias por cada abrazo y palabra de ánimo. Especialmente a mis abuelas Oma y Aca y a mis abuelos Aco y Opa; he descubierto cuánto de vosotras/os hay en mí. A Oom Alex por haberme acompañado en mi entrada al campo. A Esther, Ricardo y Áurea por el apoyo constante y haber leído con cariño cada capítulo de esta tesis, aportando las mejores sugerencias.

Gracias a mi familia de Bola y Maumere por haberme acogido y cuidado como a una más. Haber compartido el día a día con vosotros/as es la esencia de esta tesis. Vuestra inmensa generosidad y amor es una de las mayores lecciones que me ha regalado esta experiencia. Os llevo siempre en mi corazón.

Al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte por haberme otorgado la beca FPU. Al Departamento de Antropología Social y Cultural. A Carolina Remorini y Mounia El Kotni por ser las revisoras oficiales de esta tesis. Gracias al Bupati y a la directora del Dinas Kesehatan Sikka por haber permitido esta investigación.

Gracias, y millones de gracias, a las personas que colaboraron conmigo contestando paciente y solidariamente a mis preguntas. Especialmente a las protagonistas: *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales; mujeres que tanto me han enseñado sobre el proceso reproductivo, la *matrescencia*, la intuición y las distintas realidades.

# ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>19</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>23</b>
<b>I. Introducción .....</b>	<b>27</b>
<b>Antecedentes .....</b>	<b>28</b>
Biomedicina, etnomedicina y pluralismo médico .....	29
Modernidad y medicalización .....	33
Gobernanza reproductiva y matronas .....	35
<b>Obras sobre mortalidad materna en Indonesia .....</b>	<b>40</b>
<b>Objetivos, preguntas y capítulos .....</b>	<b>46</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>49</b>
Observación participante .....	53
Entrevistas informales y semiestructuradas .....	56
Consideraciones éticas .....	59
<b>II. Construcción nacional .....</b>	<b>64</b>
<b>Formación del país y llegada de la biomedicina (hasta 1945) .....</b>	<b>68</b>
Primeros reinos: religión y comercio .....	70
Colonización holandesa, biomedicina y <i>dukun bayi</i> .....	71
<b>Soekarno, “padre de la nación” (1945-1967) .....</b>	<b>74</b>
Filosofía estatal: Pancasila y Gotong Royong .....	74
Pronatalismo, <i>dukun terlatih</i> y <i>dukun liar</i> .....	75
<b>Suharto, “padre del desarrollo” (1967-1998) .....</b>	<b>77</b>
Ideal familiar y roles de género .....	78
Medicalización: primeros programas reproductivos .....	79
Mortalidad materna como prioridad .....	80
Cooperación de las <i>dukun bayi</i> .....	81

<b>Era de las reformas (1998-2017)</b> .....	<b>83</b>
Constitución y derechos reproductivos .....	84
(Des)centralización política .....	84
Objetivos internacionales: ODM (1990-2015) y SDG (2016-2030) .....	85
KBDD: cooperación nacional entre <i>bidan</i> y <i>dukun bayi terlatih</i> .....	87
Distintas implementaciones .....	88
<b>Conclusión</b> .....	<b>90</b>
<b>III. El distrito Sikka</b> .....	<b>94</b>
<b>La comunidad sikka</b> .....	<b>97</b>
El subdistrito Bola: infraestructuras y espacios.....	100
Transporte, carreteras y caminos .....	101
Agua y electricidad .....	102
Espacios.....	104
Un paseo por el poblado Bola.....	104
Dialectos y acotaciones.....	107
Orden social: precedencia y jerarquía.....	111
Mitos de origen: autoridad y poder .....	113
La transmisión del Adat.....	116
Rituales, guardianes y guardianas .....	119
Catolicismo, educación y Estado indonesio.....	120
<b>Conclusión</b> .....	<b>122</b>
<b>IV. Las protagonistas</b> .....	<b>129</b>
<b>Presentaciones</b> .....	<b>132</b>
Madres rurales.....	135
Etapas de madurez .....	136
Casa y rutina.....	137
Economía familiar.....	141
<i>Du'a rawin</i> .....	142
Don y aprendizaje .....	143
Voluntad y transmisión .....	144
<i>Dukun terlatih</i> y <i>dukun liar</i> .....	146
<i>Bidan</i> .....	147
Estudios y generaciones .....	148
Vocación y salario.....	150

<b>Mortalidad materna en NTT .....</b>	<b>153</b>
Programas: Revolusi KIA y AIPMNH.....	153
Entrevista a Oom Yose Luis .....	155
KBDD: ¿Igualdad, transparencia y confianza? .....	157
El enfoque NTT: paso de <i>dukun bayi</i> a <i>kader</i> .....	160
<b>El caso sikka.....</b>	<b>163</b>
Mirada colonizadora .....	165
Discursos contra las <i>du'a rawin</i> .....	166
Convivencia en conflicto.....	167
<b>Conclusión.....</b>	<b>168</b>
<b>V. La concepción .....</b>	<b>175</b>
<b>Seguridad cultural .....</b>	<b>177</b>
<b>Frustración y tabú.....</b>	<b>179</b>
Mito sobre concepción y reciprocidad .....	181
<b>Métodos para concebir.....</b>	<b>183</b>
Familiares: rezos y remedios.....	184
Biomédicos: <i>bidan</i> Agustina consulta al ginecólogo.....	185
Ancestrales: viaje a casa de Mama Pampi, <i>du'a rawin</i> .....	188
<b>Medicina local, conocimiento autorizado .....</b>	<b>196</b>
Conflictos y factores.....	197
Cuestión de estatus: contradicciones en las <i>bidan</i> .....	198
Apoyo familiar y clima de confianza .....	200
Herramientas locales: alimentos, masajes, remedios y sueños.....	203
Acompañamiento personalizado y elección del sexo .....	205
Flexibilidad en tiempos y formas de pago .....	206
<b>Conclusión.....</b>	<b>209</b>
<b>VI. El embarazo.....</b>	<b>214</b>
<b>Don e intercambio .....</b>	<b>218</b>
<b>Prácticas y creencias locales.....</b>	<b>221</b>
Protegerse de espíritus malignos .....	222

Normas .....	223
Amuletos.....	224
Restricciones alimentarias .....	225
Alimentos calientes, alimentos fríos: desmitificación y ambivalencia.....	226
Implicación del marido y otras precauciones .....	228
Antojos alimentarios.....	229
Cordón umbilical y placenta.....	230
Tratamientos de las <i>du'a rawin</i> .....	231
Masajes y remedios.....	231
<b>Perspectivas y experiencias .....</b>	<b>232</b>
Visión de las <i>bidan</i> y el personal biomédico .....	233
<i>Bidan</i> Chandra: tratamientos ancestrales en secreto.....	235
Enfermera Agnes: <i>bidan</i> y <i>du'a rawin</i> son complementarias.....	236
Pak Alex: orgulloso de su esposa <i>du'a rawin</i> .....	238
Visión de las madres rurales.....	241
Aurelia oculta que su madre es <i>du'a rawin</i> .....	242
Visión de las <i>du'a rawin</i> .....	244
Mama Esther y la falta de reciprocidad de las <i>bidan</i> .....	245
<b>Falta de reciprocidad, transacción fallida .....</b>	<b>249</b>
Secretismo: estrategia de resistencia y reciprocidad .....	249
Aplicación colonialista de los derechos reproductivos.....	252
<b>Conclusión.....</b>	<b>253</b>
<b>VII. El parto .....</b>	<b>261</b>
<b>Prohibición del parto en casa y proximidad causal .....</b>	<b>265</b>
<b>Modelos de parto y violencia obstétrica .....</b>	<b>268</b>
Parto Normal.....	270
<i>Puskesmas</i> : parto de Linda.....	272
Casa: partos de Tina, Floren y Dome.....	277
Falta de infraestructuras: parto de Úrsula.....	284
Parto de riesgo .....	291
Hospital general: parto de Ori.....	292
<b>Atención al parto: percepciones y observación .....</b>	<b>297</b>
Falta de infraestructuras.....	297

Falta de seguridad cultural.....	297
Límites al apoyo emocional.....	298
Exposición prolongada de los genitales.....	299
Puntos de sutura.....	299
Límites a la posición en fase expulsiva.....	301
Episiotomía, maniobra kristeller y exploraciones.....	303
Cortar el cordón.....	305
Preferencia adaptativa .....	306
¿Cuestión de empoderamiento?.....	308
<b>Conclusión.....</b>	<b>310</b>
<b>VIII. El posparto.....</b>	<b>316</b>
<b>Primeros días en el puskesmas .....</b>	<b>321</b>
Entierro de la placenta .....	323
Primer alimento .....	327
Importancia de la primera leche.....	327
Gachas, huevo, coco y las manos elegidas.....	328
<b>Cuarenta días en casa .....</b>	<b>328</b>
Recibimiento.....	330
<i>Himo me, huler wair y piong</i> .....	330
Sigüientes semanas.....	332
Madre: sangre sucia, baños y masajes.....	333
Bebé: amuletos, masajes y cordón umbilical.....	337
<i>Lodong me</i> : los valores de una comunidad.....	338
Fases.....	339
Conversación con la nueva madre y su <i>du'a rawin</i> .....	340
Comida familiar y encuentro con la <i>bidan desa</i> .....	343
<b>Fuerzas globales, declive de prácticas locales .....</b>	<b>346</b>
Presencias y ausencias .....	346
De rituales multitudinarios a íntimos.....	348
Falta de consideración a la <i>darah kotor</i> .....	349
<b>Conclusión.....</b>	<b>351</b>
<b>IX. La importancia del Adat .....</b>	<b>357</b>
<b>Reflexiones finales y propuestas .....</b>	<b>362</b>

<b>X. Glosario .....</b>	<b>399</b>
<b>XI. Referencias.....</b>	<b>404</b>

## Lista de ilustraciones

1. Mapa de Indonesia.
2. Escudo del Pancasila, filosofía del Estado Indonesio.
3. Mapa que ubica la Isla de Flores y el distrito Sikka en Indonesia.
4. Mapa del subdistrito Bola colgado en el *puskesmas* Bola
5. Mapa del distrito Sikka.
6. Esquema del proceso a través del cual la Fuente de la creación se reconstruye.
7. Bienvenida al subdistrito Bola.
8. Mujer vendiendo calabazas.
9. Iglesia del poblado Hokor.
10. Playa de Tanjung cerca de Maumere.
11. Niñas escalan la piedra *Watu Krus*.
12. Vecino del *dusun* Dokar.
13. Costa de Ipir, subdistrito Bola.
14. Secando cacao.
15. Pescado fresco.
16. Nueva generación de médicos/as residentes del hospital general.
17. En el interior de una cocina.
18. Entrada al vecindario Dokar (poblado Umauta).
19. Gallo.
20. Hombres charlan sobre redes de pescar.
21. Mujer en arrozal.
22. Misa en el 65 aniversario del IBI.
23. Mujer con pendientes de oro.
24. Tiñendo hilo.
25. Mujer tejiendo un pareo.
26. Mujeres en una comunión.

27. *Kembang goyang*, dulce típico para celebraciones.
28. Aprendiendo a usar el machete.
29. Un grupo de *bidan* bailan y cantan en el 65 aniversario del IBI.
30. Mujer cocinando.
31. Haciendo hilo.
32. Vecinas charlan sobre tumbas de familiares.
33. Camino del mercado.
34. Haciendo pompas.
35. Paso del bambú al cemento.
36. Niñas en su Primera Comuni3n.
37. *Bidan* del *puskesmas*.
38. Mujeres hacen un *legen* a una antrop3loga.
39. Las *bidan* bailan y cantan por el 65 aniversario del IBI.
40. Cocinando *kembang goyang*.
41. Enseñando a mascar *siri-pinang*.
42. Bailando en una comuni3n.
43. Mujer prepara arroz.
44. Alrededor del pozo comunitario.
45. *Bidan* del hospital general.
46. Mujer madura.
47. Plantas especiales para la concepci3n.
48. Ceremonia matrimonial *potong-pisang*.
49. Gallina con sus polluelos.
50. La espera en un d3a lluvioso.
51. Flores silvestres rosas.
52. Masaje para facilitar la concepci3n.
53. Preparando la comida.
54. Casa de una *du'a rawin*.
55. Atardecer en la playa de Tanjung.

56. Día de *posyandu*.
57. Desayuno.
58. Embarazada haciéndose un chequeo médico.
59. Madres charlan después del *posyandu*.
60. Embarazada en buena compañía.
61. Mujer y gallinas.
62. Embarazada en el porche de su casa.
63. Flores silvestres rojas.
64. Paseo por playas de Ipir.
65. Imperdible con *kaliraga*.
66. Playas del poblado Ipir.
67. Comida después del *posyandu*.
68. Preparando plátano frito.
69. Embarazada muestra su hoja de *damar*.
70. Día de *posyandu*.
71. Primeras contracciones camino del *puskesmas*.
72. Primera toma.
73. *Bidan* y recién nacido.
74. Abuela baña a su nieto.
75. Llevan a Úrsula a la ambulancia.
76. Mujer de parto acompañada por su marido.
77. Vecinas visitan a la nueva madre.
78. Mujer agarra una cruz mientras da a luz.
79. Primer baño.
80. Matrimonio feliz.
81. Madre y bebé en la sala de posparto del hospital general.
82. *Bidan* y *du'a rawin* hablan del parto de Úrsula.
83. Llevan a Úrsula a la ambulancia.
84. En fase de dilatación.

85. Cachorros.
86. Cúrcuma y ajos.
87. Ritual *piong*.
88. Salsa picante.
89. Preparando comida para el ritual *lodong me*.
90. Primera fase del ritual *lodong me*.
91. Segunda fase del ritual *lodong me*.
92. Amamantando.
93. Madre y bebé.
94. Guardando los cordones umbilicales.
95. Madre mira a su bebé dormido.
96. Cuna de colecho.
97. Despiezando un cerdo.
98. *Du'a rawin*, madre e hijo en el ritual *lodong me*.
99. Ritual *huler wair*.
100. Vigilando sus cachorros.
101. Tercera fase del ritual *lodong me*.
102. Familia en el ritual *lodong me*.

## Resumen

*Madres y matronas: prácticas y políticas reproductivas en el distrito Sikka de la Isla de Flores, Indonesia* analiza cómo las políticas reproductivas globales permean la comunidad sikka generando cambios en las creencias, rituales y prácticas reproductivas locales. Para ello, esta investigación se centra principalmente en las interacciones de *bidan* (matronas biomédicas), *du'a rawin* (matronas con conocimiento local) y madres rurales, para analizar si y de qué manera se han modificado los procesos reproductivos en el distrito Sikka en los últimos años.

Observar las prácticas reproductivas como llave para acceder a la vida social de la comunidad, y, en concreto, de dichos colectivos femeninos, permite mostrar no solo los cambios producidos o en proceso, sino también los aspectos más valorados de sus prácticas reproductivas culturales (Davis-Floyd & Sargent 1997b, Ginsburg & Rapp 1995b); entre ellos, el deber de transmitir el Adat (conocimiento local) como forma de reciprocidad y agradecimiento a la comunidad ancestral por el regalo de la vida (Butterworth 2008).

Sin embargo, a causa de la presión internacional y nacional que ejercen determinadas políticas reproductivas destinadas a reducir la mortalidad materna, la comunidad sikka está preocupada por el creciente abandono de sus prácticas reproductivas locales, entre otras prácticas cotidianas, porque no ven que mejorar la salud reproductiva esté reñido con ciertas prácticas locales y porque “el Adat ilumina el corazón y la mente humana para pensar con corrección, hablar con honestidad y actuar con justicia” (Dasi 2013:1).

Para entender este contexto, es necesario conocer la historia del país. Desde la independencia de Indonesia en 1945, los

diferentes gobiernos han tratado de construir una identidad nacional a partir de la gran diversidad cultural del país a través de mecanismos como el Pancasila, base filosófica del Estado, basado en el lema “Unidad en la diversidad” y el término Gotong Royong o “cooperación mutua”, animando a que las comunidades prioricen una nación común a sus diferencias (Bowen 1986).

En consecuencia, estas herramientas de unificación han tendido a valorar y visibilizar la diversidad en aspectos como la vestimenta, la literatura, la música o la gastronomía de cada lugar, pero a infravalorar otros muy arraigados como la medicina o la educación local, al tener que ser comunes en todo el país (Emmerson 1999). Dicha actitud empezó a impulsarse con fuerza en el gobierno de Suharto (1967-1998) y su Estado de políticas centralizadas, para dirigir al país hacia un ideal occidentalizado (Hildebrand & Barkin 2014).

En los años 80, el país se sumó a la comunidad internacional en el trabajo de reducir su alta mortalidad materna, intentando alcanzar los objetivos internacionales mediante la estrategia global de aumentar el número de *bidan* y remplazar a las *dukun bayi*<sup>1</sup> (Niehof 2014). Sin embargo, en 1999, se produjo un cambio sustancial con la descentralización democrática de sus políticas que daban flexibilidad a la aplicabilidad de las mismas de acuerdo a las necesidades locales (Hull & Adioetomo 2002, Magrath 2016).

Paralelamente, desde los años 2000, se reconoce la importancia de las TBAs<sup>2</sup> en las distintas culturas y se apoya globalmente su trabajo conjunto con las SBAs (Sibley et al. 2004). No obstante, a pesar de que el Ministerio de Salud indonesio diese

---

<sup>1</sup> Ver significados en glosario.

<sup>2</sup> Ídem.

libertad a cada gobierno local, la presión por alcanzar los objetivos internacionales continúa influyendo en el mantenimiento o adopción de mecanismos de recentralización para tener un mayor control del proceso (Magrath 2016).

Por tanto, la imposición de ideas, políticas y prácticas reproductivas impacta de forma multidireccional no solo en las relaciones reproductivas o familiares sino también en las relaciones sociales y la lógica sociocultural de cada contexto (Ginsburg & Rapp 1995b), ya que, aunque la tasa de mortalidad materna del país sea de las más altas y los resultados revelen que la salud reproductiva de las mujeres se ve beneficiada con esta complementariedad, no todos los distritos lo entienden así. ¿Por qué ocurre esto? ¿Cuál es el caso del distrito Sikka y cuáles son sus consecuencias en la concepción, embarazo, parto y posparto?

Para responder a esta pregunta, esta investigación se centra específicamente en las consecuencias que acarrea la tensión actual entre biomedicina y conocimiento médico local en estas fases reproductivas, principalmente a través del concepto de gobernanza reproductiva (Morgan & Roberts 2012), analizando cómo ello afecta a madres rurales, du'a rawin y bidan en sus interacciones personales, el objetivo de reducir la mortalidad materna y la matrescencia (Raphael 1973) por medio de entrevistas a estas mujeres y la observación participante en centros biomédicos y en la vida cotidiana.

Principalmente, la tesis concluye que el conocimiento local es parte de la identidad sikka. Sin embargo, el sector biomédico lo percibe como un rival, concatenando resultados poco positivos para la salud materna, traducidos a grandes rasgos en faltas de escucha, de seguridad cultural y formas de violencia obstétrica hacia las mujeres.

No obstante, la prueba de que este planteamiento parte de una perspectiva eurocéntrica se muestra al constatar que, no solo las madres rurales, sino también las propias *bidan* y otras trabajadoras biomédicas, siguen en secreto los servicios de las *du'a rawin* de forma paralela a los biomédicos, constatando que esta rivalidad se trata de una falacia.

## Abstract

*Mothers and Midwives: Reproductive Practices and Policies in the Sikka District of Flores Island, Indonesia* analyzes how global reproductive politics permeate the Sikka community, generating changes in the local beliefs, rituals, and reproductive practices. This investigation centers principally on interactions among *bidan* (biomedical midwives), *du'a rawin* (midwives with local knowledge), and rural mothers, to ascertain if and how reproductive practices in the regency of Sikka may have changed in recent years.

Observing reproductive practices allows access both to a community's overall social life as well as to the aforementioned female collectives, facilitating the apprehension not only of changes that have already taken place or are in progress, but also of the most valued of a culture's reproductive practices (Davis-Floyd & Sargent 1997b, Ginsburg & Rapp 1995b). Among such aspects in the Sikka context are the obligation to transmit Adat (local knowledge) in order to express reciprocity and gratitude to the ancestral community for the gift of life (Butterworth 2008).

As a result of both national and international pressure to institute reproductive policies designed to reduce maternal mortality, the Sikka community finds itself preoccupied by the ever-increasing abandonment of local reproductive practices, among other everyday behaviors. Their preoccupation stems in large part from their disagreement with the idea that improving reproductive health is at odds with local practices, and because "Adat illuminates the human heart and mind to think wisely, speak honestly and act justly" (Dasi 2013:1).

In order to fully understand the context in which this investigation took place, it is necessary to know the history of Indonesia. Since independence in 1945, various governments have attempted to forge a national identity out of the country's significant cultural diversity through mechanisms such as Pancasila, the philosophical foundation of the state. This philosophy is based on the theme of "Unity in diversity" and the term *Gotong Royong*, or, "mutual cooperation", thereby encouraging distinct communities to prioritize the national commonalities over their individual differences (Bowen 1986).

Consequently, these tools of unification have tended to highlight and place more value on the diversity of different parts of Indonesia in terms of things like dress, literature, music, and gastronomy, while at the same time undervaluing other deeply ingrained and varied aspects like local medicine and education, insisting that these latter should be common to the entire country (Emmerson 1999). This attitude firmly took hold during the government of Suharto (1967-1998) and the implementation of centralized policies that were designed to steer the country toward a Westernized ideal (Hildebrand & Barkin 2014).

In the 1980s, Indonesia joined with the international community in an effort to reduce their high rate of maternal mortality, attempting to achieve international objectives via a global strategy of increasing the number of *bidan* and thereby replacing the *dukan bayi*<sup>3</sup> (Niehof 2014). However, a significant change took place in 1999 with the democratic decentralization of governmental policies, which allowed for a more flexible application of certain policies in accordance with local needs (Hull & Adioetomo 2002, Magrath 2016).

---

<sup>3</sup> See definitions in the glossary.

At the same time, since the early 2000s, the importance of the TBAs<sup>4</sup> to various cultures has been recognized and their work alongside SBAs is now universally supported (Sibley et al. 2004). Nevertheless, despite the fact that the Indonesian Health Ministry gives autonomy to each local government, the pressure to achieve international objectives continues to exert heavy influence via the adoption and maintenance of mechanisms of recentralization, in order to exercise greater control over the process (Magrath 2016).

As a result, the imposition of reproductive ideas, policies and practices has had a multidirectional impact not only on reproductive and family relations but also on social relationships and the sociocultural logic of each individual context (Ginsburg & Rapp 1995), such that, although the country's maternal mortality rate is one of the highest in the world and research shows that women's reproductive health improves with complementary interventions, not all of the country's districts understand the situation this way. Why should this be? More specifically, what is the situation in the Sikka District, including the consequences for conception, pregnancy, childbirth and the postpartum period?

To answer this question, this research focuses specifically on the consequences of the current tension between biomedicine and local medical knowledge in these reproductive phases, mainly through the concept of reproductive governance (Morgan & Roberts 2012), analyzing how this affects rural mothers, *du'a rawin* and *bidan* in their personal interactions, focus on reducing maternal mortality and matrescence (Raphael 1973), through interviews with these groups and participant observation in biomedical centers and in daily life.

---

<sup>4</sup> Idem.

Mainly, this thesis concludes that local knowledge is part of the Sikka identity. However, the biomedical sector perceives it as a rival, concatenating not always positive results for maternal health, broadly translated into lack of listening, of cultural security and forms of obstetric violence towards women. However, the proof that this approach is based on a Eurocentric perspective is shown by noting that not only rural mothers, but also bidan and other biomedical workers, secretly seek the services of the du'a rawin in parallel to the biomedical ones, confirming that this rivalry is a fallacy.

# I. Introducción

## Antecedentes

La antropología social y cultural tiene el cometido de investigar las particularidades culturales en las distintas sociedades del mundo, a la vez que conceptualizar y comprender las similitudes que compartimos como especie humana (Lévi-Strauss 1983). Así, esta tesis se enmarca en un área central para la antropología contemporánea: la reproducción.

Un campo de la antropología que nace relacionado con lo femenino, privado y biológico en la época de industrialización moderna y capitalista euro-estadounidense entre los s. XVIII y XIX, ante la necesidad de reorganizar la vida social a través de distinciones entre cuidado doméstico y trabajo asalariado, es decir, entre lo privado y lo público, la reproducción y la producción y, en síntesis, entre la naturaleza y la cultura (Roberts 2015).

Desde la publicación de *Birth in four Cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* por Jordan en 1978, la investigación antropológica sobre el proceso reproductivo, en cuanto a las fases de concepción, embarazo, parto y posparto, ha ido consolidándose como una rama de este campo denominada antropología del nacimiento por su interés en este proceso como un hecho *biosocial* comparable en todas las partes del mundo (Trevathan 1997, 1999).

La antropóloga física Trevathan (1997) explica el origen de esta doble dimensión, a partir del progresivo estrechamiento de las caderas a consecuencia del bipedismo y el aumento craneal humano, como factores que han ido desencadenado un mayor riesgo vital materno e infantil, especialmente en el momento del parto,

despertando, por tanto, la necesidad de que otras personas ayuden a las parturientas ejerciendo también de soportes emocionales.

En este sentido, lo que convierte este proceso en un hecho biosocial es que serán las propias prácticas obstétricas, enraizadas en la historia de cada grupo social, las que determinen, por ejemplo, dónde parir, con quién, en qué posición y ayudada de qué instrumentos (Jolly 1998). Dichas prácticas se desarrollan en consonancia con las distintas formas de entender la práctica en cada cultura, dando lugar a diversos conocimientos y sistemas de nacimiento (Jordan 1978).

### Biomedicina, etnomedicina y pluralismo médico

Para entender el impulso que tuvo la antropología del nacimiento, es necesario hablar del inicio de la antropología médica a finales del siglo XX, ya que ambos campos suelen ir de la mano (Roberts 2015). La antropología médica surge en el momento en que se empieza a realizar trabajo de campo en la sanidad pública para entender cómo influye la cultura en la construcción e interpretación de las enfermedades y determinados estados fisiológicos (Foster & Anderson 1978).

Kleinman (1978) muestra que los distintos conocimientos médicos se diferencian entre sí por su concepción cultural de la salud y lo que cada cual considera *disease* (enfermedad) o *illness* (padecimiento)<sup>5</sup>. Así, la enfermedad quedaría acotada al mal funcionamiento biológico de una parte del cuerpo y el padecimiento a las interpretaciones y percepciones de una persona bajo ciertos

---

<sup>5</sup> La traducción de estos términos está extraída de Moreno-Altamirano (2007).

estados físicos. No obstante, ambos conceptos convergerían en *sickness* (malestar) debido a la dimensión sociocultural en la que se enmarcan (Kleinman 1995).

La biomedicina, medicina moderna o medicina estatal nace en Occidente de la mano de Morgagni y Bichat con la introducción de la anatomía patológica (Foucault 1977). Esta se desarrolla a finales del siglo XVIII en Alemania, implantándose progresivamente en el resto de Europa. Esta medicina burocratizada y estandarizada tiene como resultado la normalización del conocimiento biomédico, su profesionalización a nivel estatal, la subordinación de una jerarquía médica a la administración general y la contratación de personal médico en las organizaciones médicas estatales (1977).

Este conocimiento basado en el diagnóstico de la enfermedad a partir de un análisis biológico tiene su pilar filosófico en la división cartesiana de cuerpo y mente, por lo que las partes físicas pueden “arreglarse” separadas de la mente y la cultura de una persona (Davis-Floyd 2001). Este conocimiento enmarcado en un contexto capitalista con ánimo de lucro está legitimado por las instituciones globales defensoras de su fundamentación científica y tecnológica, a pesar de que muchas de sus rutinas están basadas en la cultura occidental y no en evidencias probadas (2001).

Por ejemplo, aunque la visión biomédica podría ser igualitaria, proviene de una sociedad patriarcal en la que el funcionamiento del cuerpo masculino ha sido mucho más estudiado que el femenino e, incluso, la obstetricia ha pasado al dominio masculino ante la iniciativa estatal de controlar la reproducción (Davis-Floyd 1992, Merchant 1983). Sin embargo, al ver que el cuerpo femenino mostraba diferencias impredecibles en comparación con el masculino, se le consideró “defectuoso” y en necesidad de constante

manipulación -masculina- (Davis-Floyd 1992, Merchant 1983).

Para referirse a los sistemas médicos de sociedades no occidentales de singular contribución a la salud humana y, particularmente, a la atención primaria de sus comunidades (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2019)<sup>6</sup>, la antropología solía utilizar en el pasado el término *etnomedicina*. Un concepto que invita, también a la antropología, a reflexionar sobre un eurocentrismo implícito, pues la etnomedicina en sí misma se ocuparía del estudio de distintos conocimientos médicos en el mundo entre los que la biomedicina sería la etnomedicina occidental (Levinson & Ember 1996).

No obstante, aun siendo conscientes de su sesgo, el concepto es útil para analizar algunas diferencias recurrentes entre la biomedicina y otras etnomedicinas, como es, por ejemplo, la unión cuerpo-mente en etnomedicinas de peso mundial como la china y la india (Micozzi 2008). El pluralismo médico, por su parte, remite a la convivencia entre sistemas médicos en un mismo lugar, donde distintas especialidades proporcionan servicios de forma complementaria atendiendo a las diferentes necesidades de la comunidad (Kimani 1981, Slikkerveer 1990).

Esta complementariedad es frecuente entre la biomedicina y etnomedicinas de países de ingresos medios y bajos dado que, mientras estas se han desarrollado en los límites de su cultura, la biomedicina se ha expandido a través de movimientos coloniales y globales (Ambaretnani 2012). Una expansión para la que un concepto clave es el de *authoritative knowledge* o conocimiento autorizado (Jordan 1978) al comparar distintos sistemas de nacimiento:

---

<sup>6</sup> Obtenido el 26 de marzo del 2019 de:  
[https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/)

Para un dominio concreto existen varios sistemas de conocimiento, algunos de los cuales, por consenso, tienen más peso que los demás, ya sea porque explican mejor el estado del mundo para los propósitos disponibles (eficacia) o porque están asociados con una base de poder más fuerte (superioridad estructural), y generalmente ambas. En muchas situaciones existen sistemas de conocimiento paralelos igualmente legítimos y la gente se mueve fácilmente entre ellos, usándolos secuencialmente o de forma paralela para propósitos concretos. (Jordan [1978]1993:152).

Por ejemplo, en la cultura occidental el conocimiento autorizado es claramente la biomedicina. Sin embargo, aunque intenta posicionarse como tal globalmente, merece la pena investigar cómo se negocia esa posición hegemónica en culturas con otros conocimientos locales previos en tanto el conocimiento autorizado es aquel cuyo diagnóstico genera más confianza a la población de un lugar, devaluando habitualmente los resultados procedentes de otros saberes (Jordan [1978]1993).

La perspectiva biosocial de Jordan sobre el proceso reproductivo pone énfasis en que cada sistema de nacimiento cobra sentido dentro de su cultura; dejando claro que el impacto de la expansión de la biomedicina en otros sistemas afecta directamente al cuerpo y experiencia de las mujeres (Davis-Floyd & Sargent 1997a). Por ello, Jordan propuso un modelo de acomodación fructífera en el que no solo los sistemas indígenas sean juzgados por el criterio biomédico, sino que la biomedicina también lo sea por el criterio indígena, buscando una acomodación mutua entre ambos y no una imposición vertical de colonización médica ([1978]1993).

## Modernidad y medicalización

En palabras de Ginsburg y Rapp: “mientras los beneficios [de la biomedicina] son innegables, la propagación médica hegemónica, a través de, por ejemplo, la introducción de tecnologías durante el parto en hospitales a menudo desplaza o compite con las prácticas indígenas, pudiendo desorganizar o extinguir formas de conocimiento local” (1991:318). En este sentido, numerosos estudios hablan sobre colonización médica, especialmente en países de renta económica similar a la indonesia (véase, por ejemplo, Hildebrand 2017).

Ram y Jolly (1998) reúnen en su libro *Maternities and modernities* un conjunto de trabajos sobre colonización médica en Asia y el Pacífico explorando no solo cómo viven la maternidad madres de diferentes culturas, sino también cómo la biomedicina establece discursos que impulsan o deslegitiman dicha maternidad, enmarcados en proyectos coloniales y poscoloniales con la intención de “modernizar” y “racionalizar” las prácticas locales asociadas al proceso reproductivo y la maternidad.

Este pensamiento colonial y poscolonial “modernizador” de las comunidades no occidentales confía en que su occidentalización a partir de cambios económicos y educativos conseguirá modificar el comportamiento de su población<sup>7</sup>. No obstante, Foucault (1973), Giddens (1989) y Habermas (1989) se refirieron a la *modernidad* como eurocéntrica y tendiente a la continua apropiación/colonización de otros conocimientos locales a través de mecanismos de poder, en numerosos aspectos cotidianos.

El concepto de *modernidad* empieza a desarrollarse en Europa a finales del s. XVIII, en el periodo de la Ilustración con el principio de

---

<sup>7</sup> Véase, por ejemplo, Harrison (1989).

la soberanía de la razón, expandiéndose desde entonces a nivel mundial (Habermas 1989). Este principio parte, *a priori*, de la “infravaloración” del conocimiento del “otro”, pensando que el propio es superior y, por ello, ha de ser deseado por el otro por “su propio bien” (Jolly 1998). Así, para “mejorar” o “modernizar” la maternidad y el proceso reproductivo de “otras” comunidades han de biomedicalizarse o “racionalizarse”, obviando muchas veces que, en etapas colonizadoras anteriores, fueron las misiones cristianas quienes promulgaron un conocimiento proveniente de Dios, rivalizándolo con otras deidades y saberes (1998).

De esta manera, la modernidad proveniente de una sociedad industrial-capitalista centrada en el crecimiento de la productividad inició la regulación de muchos aspectos de la vida, tales como salud, saber, trabajo, cuerpo, espacio o tiempo con la justificación de la ciencia y la organización administrativa del Estado (Foucault [1963]2001). Así, las normas orgánicas de la vida social pasaron a ser leyes centradas en la producción, incluyendo el reclutamiento de cuerpos y máquinas en fábricas, escuelas, hospitales y hogares ([1963]2001). Una forma de poder estatal que se ha denominado *biopoder* (Foucault 1976).

Así, la reproducción pasa al control biomédico con las personas como entidades biopolíticas cuyos cuerpos constituyen la fuerza de trabajo del Estado (Foucault 1976). La población ha de estar en condiciones óptimas y ser disciplinada a través de políticas y reconceptualizaciones de la noción de “riesgo” (Dreyfus & Rabinow 1983). La industrialización en la reproducción se reproduce en el hospital organizado como fábrica, con médicos/as y matronas como trabajadores asalariados en una jerarquía, la madre como máquina y el bebé como producto (Davis-Floyd 2018).

A finales del s. XVIII, se consolida la *medicalización* (Pitts 1968) como rama de la modernidad, así como su expansión por el mundo, en un “proceso global, mediante el cual la biomedicina ha logrado la autoridad para redefinir y tratar de forma expansiva una serie de momentos vitales individuales, problemas sociales y, en última instancia, declaraciones exclusivas sobre el cuerpo” (Georges 2008:1). Un proceso global sustentado y promovido por la OMS al asumir que la biomedicina y sus procedimientos son aplicables universalmente (Cosminsky 2016).

No obstante, la medicalización también nace en un contexto concreto, encarnando creencias de su cultura, suponiendo así “el proceso a través del cual varios dominios vitales, como la reproducción y el nacimiento, son definidos por el modelo biomédico en términos de enfermedad: una alteración fisiológica, un estado anormal o patológico. Así entendido, una persona en esta condición debería ser tratada a través de la intervención biomédica, poniéndose en manos del sector profesional sanitario o asistentes cualificados” (Cosminsky 2016:2).

## Gobernanza reproductiva y matronas

Como muestran, entre otras, las obras de Browner y Sargent (2011a) y de Ram y Jolly (1998) a partir del análisis de diversos casos de estudio en diferentes partes del mundo, el cuerpo femenino y la reproducción, a lo largo de la historia, han sido, y siguen siendo, un punto de intersección entre programas impulsores de la modernidad, ideologías de género, etnia, estatus social y control político.

Asimismo, una de las llaves para investigar la medicalización del proceso reproductivo en distintas culturas, ha sido el análisis de

las relaciones político-económicas en relación a la distribución sanitaria global y su gestión de la mortalidad materna, poniendo el foco en cómo ello repercute en la vida de las mujeres (Cosminsky 2016, El Kotni 2018, Towghi 2018, Maffi 2013). En relación con ello, el concepto *gobernanza reproductiva*, acuñado por Morgan y Roberts (2012), es una herramienta útil para examinar esta cuestión desde el análisis de cómo:

Los mecanismos a través de los cuales diferentes instituciones históricas de actores -como el Estado, instituciones internacionales religiosas y financieras, ONG, y movimientos sociales- utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa, e incitaciones éticas para producir, monitorizar y controlar comportamientos reproductivos y prácticas de la población. (Morgan & Roberts 2012:243).

Y es que la reproducción constituye uno de los intereses globales, a nivel político, económico y de derechos humanos, capaz de crear activismos que unen sus fuerzas para lograr distintos objetivos, ideando estrategias legales, mediáticas y formas de financiarse. Por ello, la gobernanza reproductiva ha demostrado ser una herramienta útil para diversos estudios, entre ellos las consecuencias de sujetos emergentes de embriones adoptables, congelación ovárica, donación de esperma y su intersección con los derechos humanos (Morgan 2019).

Por ejemplo, en América Latina los derechos humanos han impulsado políticas progresistas, a la vez que la voz de personas que defienden el derecho a la vida desde distintos parámetros (Morán-Faúndes & Morgan 2018). En este sentido, utilizar el de la mortalidad

materna, como indicador de desigualdad social, permite analizar cómo las políticas y los discursos internacionales sobre los derechos humanos permean a nivel local, para dirigirse al sector biomédico e intentar reducir desigualdades (Roberts 2015).

Si bien las causas directas de mortalidad materna son conocidas desde hace años y ciertas técnicas biomédicas han sido probadas claramente como exitosas para reducirla, de ahí que sean consideradas un derecho humano, el hecho de que aún ofreciéndolas haya lugares en los que la mortalidad materna siga sin alcanzar los objetivos internacionales, tiene mucho que ver con la distribución de los recursos mundiales y la forma en la que ciertas políticas reproductivas internacionales son implementadas en contextos poscoloniales con culturas distintas a la occidental (Ram & Jolly 1998).

Parte del activismo de los derechos reproductivos critica la perspectiva gubernamental de entender estos derechos únicamente en relación al acceso biomédico (Laakao 2016, citado en El Kotni 2019). El Kotni (2019) argumenta cómo el derecho a parir en un hospital se ejerce como herramienta para la gobernanza reproductiva, eclipsando otros derechos relacionados con la cultura de las mujeres. Por ello, organizaciones mexicanas trabajan en reconducir esta perspectiva haciendo ver que la mortalidad materna no es consecuencia de las matronas con conocimiento local, sino de la intersección entre diferentes desigualdades (2019).

Hildebrand (2013), por ejemplo, muestra que el discurso del “derecho a la salud” en Indonesia se utiliza para expandir la medicalización, convirtiéndolo en un deber que demanda numerosas obligaciones a la población local, entre otras que las mujeres deban ir a las matronas biomédicas y no a aquellas con conocimiento local. En

esta dirección, la OMS ha permeado en los diseños de los programas de maternidad de cada país, a través del papel de las *Skilled Birth Attendants* (SBAs), denominación con que se refiere a las matronas cualificadas por la biomedicina y limitando a las *Traditional Birth Attendants* (TBAs), es decir, las mujeres con conocimiento local obstétrico de sus comunidades.

Esta forma de categorizar a las segundas implica considerar a estas personas como “no cualificadas”, subordinándolas jerárquicamente a las primeras. Cosminsky (1977) y Pigg (1997) alegan que denominarlas así internacionalmente refleja el eurocentrismo y las formas de control de la medicalización, dando por hecha la inferioridad de estos conocimientos locales respecto al biomédico, delimitándolos en el parto, cuando el rol de estas especialistas puede estar lleno de especificidades en sus culturas.

A lo largo de la historia, la OMS ha ido variando su foco de acción sobre las SBAs y las TBAs. Si bien en los años 70 promovió los programas de formación en técnicas biomédicas básicas para las segundas, como forma transitoria de reducir muertes hasta que el número de SBAs aumentase globalmente, durante los 90 estos programas han cesado por su coste y falta de efectividad, centrándose actualmente en garantizar que toda mujer tenga acceso a una SBA al considerarlo un derecho humano<sup>8</sup>.

Sin embargo, desde los años 2000, la OMS ha reconocido la importancia de las TBAs en sus distintas culturas, apoyando su colaboración con las SBAs (Sibley et al. 2004). No obstante, este trabajo conjunto puede ser aplicado de distintas formas en cada contexto, o no aplicarse en absoluto, mientras la medicalización, de la

---

<sup>8</sup> Para más información véase Goodburn et al. (2000), AbouZahr & Wardlaw (2003).

mano de los imperativos globales, tiene el cometido de expandirse provocando cambios en las prácticas de otros sistemas de nacimiento.

Por ejemplo, Cosminsky (2016) observa cómo en una plantación guatemalteca ciertas prácticas obstétricas locales en el embarazo, parto y posparto han ido desapareciendo en los últimos cuarenta años debido a la presión de la medicalización. El relato de dos matronas con conocimiento autóctono, madre e hija, han revelado cambios generacionales significativos en la partería local como consecuencia de las constantes críticas biomédicas hacia sus prácticas y de la lógica cultural de estas mujeres al integrar o rechazar ciertos elementos biomédicos en su *modus operandi*.

El Kotni (2018) analiza cómo en Chiapas, uno de los estados más pobres de México, las mujeres de etnia maya tienen doble probabilidad de morir en el parto respecto a las que no lo son. La presión del Estado por alcanzar los objetivos internacionales en relación a la mortalidad materna hace que políticas, como proporcionar formaciones a las matronas con conocimiento local para controlar sus prácticas, conlleven consecuencias inesperadas como limitar la salud reproductiva de las mujeres, acentuando un contexto de pobreza, falta de infraestructuras y racismo.

Towghi (2018) señala que en Balochistán, Pakistán, el personal biomédico promueve discursos modernizadores a través de generar terror en las mujeres locales sobre los riesgos de ir a las *dai* (matronas de conocimiento local) y parir en casa, para que acudan a los hospitales. Sin embargo, en las salas de parto, las parturientas son frecuentemente maltratadas, sobremedicadas, intervenidas en contra de su voluntad y mal atendidas. Towghi propone un acercamiento del Estado a las *dai* para comprender quiénes son y

qué necesitan las mujeres locales en sus procesos reproductivos.

Maffi (2013), por su parte, expone cómo en Jordania la salud de las mujeres está muy medicalizada y las matronas con conocimiento local casi se han extinguido, en un contexto muy atravesado por imperativos globales, influido por perspectivas coloniales y poscoloniales, a menudo provenientes de las ayudas y planes de cooperación. Maffi, al indagar en la historia jordana, sus instituciones, salas de parto, personal biomédico y madres, ha dilucidado cómo estas tienen interiorizado que el parto hospitalario es el más seguro a pesar de que se quejen a menudo de los procedimientos médicos y el trato que reciben por parte de las matronas.

## Obras sobre mortalidad materna en Indonesia

Si bien no en la misma magnitud que las prácticas reproductivas vinculadas al nacimiento en sociedades occidentales, algunos trabajos sobre distintos grupos étnicos de Indonesia se han referido a ello. Por ejemplo, en su trabajo sobre Lombok, Hay (1999) señala, tras presenciar dos muertes maternas, que en parte lo que se necesitaría para reducir la mortalidad materna es “confianza, respeto mutuo y comunicación entre representantes biomédicos/as y las mujeres sasak (...). Incluso lo más importante, es que el personal biomédico aprenda a comunicarse con la población rural sasak“ (1999:270).

Años más tarde, Bennett (2017) destaca, en su trabajo en la misma isla, la necesidad de que el sector biomédico valore la importancia de las *belian* (término local para *dukun bayi*) para las mujeres sasak en sus procesos reproductivos, especialmente en

casos de problemas de infertilidad. Un trabajo conjunto que, de desarrollarse, según Bennett, tendría un singular potencial para mejorar la salud reproductiva de las mujeres, pues las *belian* saben proporcionar a las mujeres locales la atención necesaria de una forma cosmológicamente adecuada en su cultura.

Ambaretnani (2012) da cuenta de cómo en Java una eficaz cooperación entre *paraji* y *bidan* tiene gran potencial para reducir la mortalidad materna e infantil, dado que dicho objetivo es común para ambas. Magrath (2016), en su trabajo sobre la misma isla, revela también que en algunas zonas hay interés en esta complementariedad, implementándola y legalizándola a base de reuniones entre el Departamento de Salud, las *bidan* y las *paraji* (término javanés para el oficial y nacional de *dukun bayi*); un trabajo iniciado en 2007 con el que la comunidad parece estar satisfecha y tiene voluntad de seguir mejorándolo. Aquí, el sector biomédico local reconoce abiertamente que las *paraji* son respetadas y tienen un rol espiritual importante en su cultura. En palabras de uno de ellos: “Nosotros no queremos eliminar a las *paraji* como han hecho en otros lugares. Nosotros queremos proteger sus derechos, igual que los de las *bidan*” (2016:314).

En su trabajo sobre Papúa Nueva Guinea, Street (2012) describe también que los fracasos de la modernidad han generado la decepción de muchas mujeres en relación a las rutinas biomédicas y el sufrimiento físico en hospitales. Munro (2016) en Papúa apunta que, en un contexto de altísima mortalidad materna, es necesario ahondar en las experiencias de las mujeres en los servicios de salud para entender la forma en la que estas utilizan la atención prenatal y del parto, en tanto pareciera que, aunque las mujeres están receptivas a estos servicios, les terminan resultando poco atractivos

al estar pobremente equipados y percibir falta de confidencialidad y respeto por parte del equipo biomédico.

En sus estudios sobre los cambios en el grupo etnolingüístico Laujé de Sulawesi en los últimos treinta años, Nourse (2015) señala que uno de ellos se refleja en las razones que la comunidad utilizaba antes para explicar una muerte materna y las que utiliza ahora. Si bien en tiempos de Suharto (1967-1998) atribuían la culpa a elementos que rodeaban a la parturienta, como espíritus malignos o decisiones inadecuadas de familiares, ahora la responsabilidad recae sobre la madre. Sin embargo, pareciera que esta respuesta es la que la población da al personal biomédico al creer que es la que quiere oír, mientras que en la intimidad la relacionan con un sistema médico ineficiente o causas sobrenaturales.

A partir de sus estudios en islas indonesias como Sumbawa, Hildebrand (2017) concluye que los intercambios entre *bidan*, *dukun bayi* y madres, reflejan tanto posiciones sociales y relaciones de poder, como un régimen cultural, social y patriarcal estricto alrededor del nacimiento. Según la antropóloga, en este contexto, el continuo intento por parte del sector biomédico de reemplazar las prácticas obstétricas locales puede verse perfectamente como una forma de colonización médica (2017).

Esta situación parece encontrarse con matices a partir de 1999, cuando se produce un cambio drástico en el país con la descentralización democrática, proporcionando flexibilidad a la hora de aplicar ciertas políticas reproductivas de acuerdo con las necesidades locales (Hull & Adioetomo 2002, Magrath 2016). En este sentido, el Ministerio de Salud indonesio deja vía libre a cada gobierno local para que fomente, como considere oportuno, un trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi*.

No obstante, la presión por alcanzar los objetivos internacionales permea muchas veces en que estos sigan adoptando mecanismos antiguos para sentir más control (Magrath 2016), sobre todo porque la medicalización de los programas reproductivos no obtienen los resultados esperados en muchos lugares del país (Hildebrand 2017) ya que, como han señalado Ginsburg y Rapp (1995a) en su obra junto a diferentes autoras para el contexto occidental, también en este caso, las políticas impactan de forma multidireccional en cada contexto. Por ejemplo, Hildebrand (2009, 2012) ha comprobado que en zonas de Nusa Tenggara Barat, el sector biomédico posiciona a ambas especialistas como competidoras, mientras el “derecho a la salud” se traduce en obligaciones ciudadanas justificadas por discursos sobre la modernidad para que las prácticas locales vayan desapareciendo.

En lo que concierne a trabajos antropológicos sobre mortalidad materna en Flores, la literatura es escasa. Allerton (2013), quien ha trabajado intensamente con el grupo etnolingüístico Manggarai, describe detalladamente distintas prácticas del parto en casa y las relaciones afectivas y de cuidado de los distintos familiares y miembros de la comunidad en este evento. También Nova Nanur et al. (2016) exponen, desde la perspectiva biomédica, que en el distrito Manggarai el trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi* es insatisfactorio por diversas razones, como la falta de fondos y de esfuerzo.

Asimismo, Grayman (2017) analiza cómo el programa nacional Generasi actúa en este distrito desde 2007 para reducir la pobreza y la mortalidad materna e infantil a través de motivar a la comunidad a

ello, priorizando que los partos transcurran en hospitales con SBAs<sup>9</sup>. Sin embargo, en casos como el del poblado Semang en esta zona, la mitad de los partos ocurren en casa con TBAs; un hecho que frustra al sector biomédico local.

Si bien Grayman (2017) utiliza la terminología internacional para designar a ambas especialistas, enfatiza la importancia que tienen las TBAs en cuanto a proximidad física y cultural con las parturientas. Como otros trabajos, también el suyo da cuenta de la presión del sector biomédico local por alcanzar los objetivos internacionales, ocultando una muerte materna en sus datos oficiales con la excusa de que la mujer tenía una enfermedad mental que lo justificaba.

En ese sentido, Grayman (2017) reconoce la necesidad de ahondar en esto, revelando que el programa no profundiza en estudios etnográficos extensos, dado que se desarrolla jerárquicamente, dentro de un marco de donantes internacionales y dependencias centralizadas de Yakarta, que encargan estudios de control aleatorio que analicen su modelo de acción a nivel local. El ejemplo está en el estudio cualitativo del World Bank sobre este programa, que Sacks y Grayman (2018) redactan un año más tarde exponiendo los resultados en Lembata, una isla de la misma provincia que Flores.

Este documento revela que el programa no tiene suficiente éxito en conseguir que la población acuda a los centros de salud. Si bien una propuesta para mitigarlo es el empoderamiento de las *kader*

---

<sup>9</sup> El nombre de esta iniciativa no se menciona en el distrito Sikka. Sin embargo, un equivalente podría ser la denominada SIAGA, acrónimo de SIAP dan JAGA (literalmente “estar preparados/as y alerta”). Esta campaña anima a que toda la comunidad permanezca alerta a nuevos embarazos y signos de riesgo durante el proceso reproductivo, promoviendo el parto hospitalario.

(voluntarias locales para ayudar a las *bidan* a promover el control reproductivo biomédico), exponiendo la importancia que tiene la cultura en dichos resultados, se menciona vagamente a las TBAs como figuras importantes para la comunidad, sin considerar un trabajo conjunto con las SBAs (Sacks & Grayman 2018).

En lo que hace al grupo Sikka de la isla de Flores, Arndt (1932, [1933]2002), Beding dan Lestari Beding (2001), Lewis (1988a, 1988b, 1989, 1996, 1998a, 1998b, 1999, 2003, 2006a, 2006b, 2010, 2016a, 2016b), y Lewis dan Pareira Mandalangi (2008) han trabajado sobre historia, costumbres y orden social; Metzner (1982) sobre las prácticas de la tierra y la agricultura y Orinbao (1992) sobre mitología y tradición<sup>10</sup>.

Si bien, Butterworth (2008) se refiere en el cuarto capítulo de su tesis al entierro de la placenta y al ritual *lodong me* en el posparto, y Dasi (2013), profesor local, ha enumerado muchos de los rituales que rodean la vida de una persona en la comunidad sikka, algunos en el embarazo, parto y posparto, mostrando que los rituales alrededor del nacimiento siguen siendo muy importantes para la felicidad y el bien de la comunidad, aunque algunos hayan desaparecido o cambiado, esta es la primera investigación que profundiza en prácticas locales del proceso reproductivo sikka.

Por tanto, esta tesis es el primer estudio antropológico realizado en la isla de Flores y, concretamente, en el distrito Sikka, que aborda

---

<sup>10</sup> Concretamente dos de estos autores han hecho una gran contribución a esta tesis: Lewis, entre muchas cuestiones, por su descripción del terreno, el concepto de *precedencia* y la traducción de los escritos históricos de los autóctonos Kondi y Boer, y Butterworth (2008, 2009) por su descripción sobre cosmología, prácticas, rituales y tensiones sociales actuales generadas por un contexto histórico-político que dificulta la supervivencia del Adat en distintos ámbitos cotidianos.

esta cuestión desde la gobernanza reproductiva y una perspectiva de género en las fases de concepción, embarazo, parto y posparto, es decir, en el proceso de *matrescencia*, entendida como las prácticas y rituales de la transición hacia sentirse madre (Raphael 1973). Para ello, se parte de la intersección de políticas de género y otros aspectos de las jerarquías sociales para estudiar las “políticas de la reproducción” (Ginsburg & Rapp 1991:331), en especial, de qué manera influyen las interacciones entre *bidan*, *dukun bayi* y madres rurales.

Asimismo, se centra en las consecuencias que acarrea la tensión actual entre biomedicina y conocimiento obstétrico local, analizando cómo las políticas reproductivas permean en los colectivos locales de *bidan*, *du’a rawin* y madres rurales, tanto en sus interacciones personales como en el objetivo común de reducir la mortalidad materna y el desarrollo de la mejor *matrescencia* (Raphael 1973).

## Objetivos, preguntas y capítulos

Partiendo de que gran parte del éxito o fracaso de los programas reproductivos reside en cómo se relacionan las personas que proporcionan los servicios de salud y las que los reciben (Hildebrand 2017), esta tesis analiza la forma en la que *bidan*, *du’a rawin* y madres rurales interaccionan en la concepción, embarazo, parto y posparto. Un objetivo principal que ha dado lugar a diversas preguntas:

¿Qué cambios y continuidades se están desencadenando en las prácticas y rituales locales de la *matrescencia*? ¿Qué opina la

comunidad al respecto? ¿Se fomenta un trabajo conjunto entre *bidan* y *du'a rawin*? ¿Existe una complementariedad entre los servicios que cada una proporciona? ¿Cómo es negociado el conocimiento autorizado y, por tanto, de qué manera utilizan las mujeres ambos conocimientos en sus procesos reproductivos? ¿Cómo influyen ciertas políticas reproductivas en las interacciones de ambas especialistas y madres rurales? ¿Ayudan a reducir la mortalidad materna? ¿Qué quieren y qué no quieren estos colectivos femeninos en sus procesos reproductivos?

Para responder a estas preguntas, el primer capítulo presenta la trayectoria histórica del archipiélago, desde los primeros reinos hasta la colonia holandesa y la introducción de la biomedicina, momento en el que las *dukun bayi* empiezan a ser vistas como obstáculos para la modernidad (Niehof 2014). También se presentan las distintas políticas reproductivas que han promovido los distintos gobiernos tras la independencia del país en 1945 y su inserción en la comunidad internacional junto a una comparativa entre aquellos distritos alrededor de Indonesia en los que se intenta aplicar un trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi* y aquellos en los que no se hace.

El segundo capítulo ahonda, a partir de una entrevista al obispo de la región, en ciertas particularidades históricas, sociales y culturales del grupo etnolingüístico Sikka, así como en el territorio que habitan y en el que se desarrolla el trabajo de campo, sus infraestructuras, así como sus paisajes, dialectos, mitologías, la influencia del catolicismo, la educación pública y la importancia del Adat como patrimonio cultural de la comunidad. Un Adat en declive a causa de los imperativos globales, incluidas las *du'a rawin*, guardianas del conocimiento local obstétrico.

El tercer capítulo presenta a las protagonistas de la investigación: *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales, sus intereses, rutinas, educación y formas de vivir. El texto comienza con la descripción de la celebración del 65 aniversario del IBI (organización nacional de *bidan*), para introducir las aparentes tensiones que despierta el papel de las *du'a rawin* en los intereses del gobierno local, revelando la posición política de la biomedicina como conocimiento autorizado y sus discursos sobre modernidad.

El cuarto capítulo comienza narrando el encuentro con un grupo de funcionarios locales en la oficina del coordinador del subdistrito Bola y cómo estos me dan consejos para poder tener descendencia, asumiendo que tengo problemas de infertilidad al estar casada y aún no tener hijos/as. Este capítulo revela la frustración que supone para un matrimonio no tener hijos/as, enumerando las distintas prácticas y rituales que ayudan a combatir la infertilidad, siendo la forma más efectiva acudir a una *du'a rawin*. Pero ¿reconocen las madres rurales y las *bidan* locales esta realidad de la misma forma?

El quinto capítulo narra, a partir del paseo con Aurelia, una embarazada local del poblado Bola, cómo el embarazo de madres rurales transcurre entre prácticas biomédicas y ancestrales, generando tensiones entre *bidan* y *du'a rawin* en esta fase. ¿De qué manera viven esta realidad las protagonistas? En base a Hildebrand (2017), el intercambio de conocimientos o dones entre *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales se analiza para revelar reciprocidad o la falta de ella, así como posiciones sociales y relaciones de poder.

El sexto capítulo presenta a una *du'a rawin* describiendo cómo transcurría el parto antes de que fuese medicalizado, haciendo una comparativa entre aquello que considera mejor en la actualidad y aquello que debería recuperarse. Desde 2009, parir en el hospital o

*puskesmas* (centro sanitario de atención primaria) es mandatorio al haberse comprobado que reduce la mortalidad materna, pero el personal biomédico está preocupado con aquellos partos que siguen transcurriendo en casa, sospechando que las mujeres no acuden a las salas de parto por motivos que ocultan. ¿Qué está pasando?

Por último, el séptimo capítulo comienza describiendo el *lodong me*, como el ritual que concluye el acompañamiento de la *du'a rawin* en el proceso reproductivo e inicia al bebé en el “buen” camino de la vida. Este capítulo presenta algunas prácticas durante el posparto, tales como dicho ritual y la toma de baños herbales calientes, dilucidando que su continuidad peligra, aun siendo cruciales para la *matrescencia* y la comunidad, dada la progresiva influencia de un afán de modernización que deslegitima y minusvalora las prácticas reproductivas locales y los servicios de las *du'a rawin*. ¿Qué consecuencias conlleva esta situación?

## Metodología

Esta tesis ha sido posible, entre otras cosas y como suele suceder con las tesis, por dos hechos de mi vida personal. El primero es que, aunque he nacido y crecido en España de padre español, mi familia materna es indonesia de ascendencia china y vive en Yakarta, la capital, lo que me ha permitido viajar con bastante frecuencia a Indonesia desde que tengo uso de razón y ser consciente de su diversidad, situación política y discursos sobre modernidad.

El segundo guarda relación con una experiencia que tuve de pequeña. Por cuestiones laborales de mis padres, cuando tenía seis años fuimos a vivir a Timika, en la isla de Papúa, al este del país,

durante casi dos años. Allí, llevábamos una vida rural, asistiendo al colegio local, forjando intensas amistades con familias autóctonas que combinaban cristianismo y animismo y, a menudo, hacíamos escapadas a la selva, adentrándonos en ella para conocer a grupos etnolingüísticos del lugar, lo que me ha dotado de una rápida capacidad de adaptación a contextos culturales muy diferentes y el aprendizaje del *Bahasa Indonesia*, lengua oficial del país.

Esta tesis tiene un enfoque cualitativo y sus resultados provienen tanto de la revisión bibliográfica y teorías de académicos y académicas que han trabajado el tema de esta investigación alrededor del mundo y en Indonesia, como de un trabajo de campo de siete meses en el distrito Sikka de la isla de Flores. En este tiempo, las principales herramientas utilizadas para la obtención de datos han sido principalmente la observación participante y entrevistas. Véase a continuación un resumen de ello:

ESTANCIAS	OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	HISTORIAS DE VIDA
<b>15 febrero - 15 abril (2015)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital General (Consultas de planificación familiar/ 61 partos <i>de riesgo</i>)</li> <li>• Convivencia con médicas/os de dicho hospital y una familia local</li> <li>• Asistencia a rituales religiosos como misas y la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 médicos/as (1 experto en mortalidad materna del distrito Sikka)</li> <li>• 2 <i>bidan</i> del hospital general</li> <li>• 4 madres rurales</li> <li>• 4 padres rurales</li> <li>• Obispo del distrito Sikka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico (experto en mortalidad materna del distrito Sikka)</li> </ul>

	Semana Santa en Larantuka		
<b>1 mayo-1 julio (2016)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Puskesmas</i> Bola (Consultas de planificación familiar/ 11 partos <i>normales</i>)</li> <li>• Convivencia con una familia local en el poblado Bola</li> <li>• Asistencia a los <i>posyandu</i> y <i>puskesmas keliling</i> del subdistrito Bola</li> <li>• Asistencia a misas, rituales matrimoniales, funerarios y reproductivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 <i>bidan</i> del <i>puskesmas</i> Bola</li> <li>• 3 enfermeras del <i>puskesmas</i> Bola</li> <li>• 14 madres rurales</li> <li>• 2 padres rurales</li> <li>• 5 <i>du'a rawin</i></li> <li>• 6 profesores/as de la Escuela Secundaria del subdistrito Bola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 <i>bidan</i> del <i>puskesmas</i> Bola</li> <li>• 3 <i>du'a rawin</i></li> <li>• 5 madres rurales</li> </ul>
<b>1 mayo-1 agosto (2017)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital General (Consultas de planificación familiar/ 19 partos <i>de riesgo</i>)</li> <li>• <i>Puskesmas</i> Bola (Consultas de planificación familiar/ 7 partos <i>normales</i>)</li> <li>• Asistencia a los <i>posyandu</i> y <i>puskesmas keliling</i> del subdistrito Bola</li> <li>• Convivencia con una familia local en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 médicos/as (entre ellos/as 1 ginecólogo y 2 expertas en mortalidad materna del distrito Sikka)</li> <li>• 5 <i>bidan</i> del <i>puskesmas</i> Bola</li> <li>• 3 <i>bidan</i> del hospital general</li> <li>• 1 inmunólogo del <i>puskesmas</i> Bola</li> <li>• 3 <i>kader</i></li> <li>• 14 madres rurales</li> <li>• 8 <i>du'a rawin</i></li> <li>• Coordinadora del centro TRUK-F</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico (el mismo que el de la primera estancia)</li> </ul>

	<p>el poblado Bola. Las últimas dos semanas en Maumere con miembros de la misma familia de Bola con residencia en Maumere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a misas, rituales matrimoniales, funerarios y reproductivos</li> </ul>	<p>(centro para mujeres maltratadas y en riesgo de exclusión social del distrito Sikka)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefe de policía para los subdistritos Bola, Mapitara y Doreng</li> </ul>	
<b>TOTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 partos <i>de riesgo</i></li> <li>• 18 partos <i>normales</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 médicos/as</li> <li>• 21 <i>bidan</i></li> <li>• 3 enfermeras</li> <li>• 1 inmunólogo</li> <li>• 3 <i>kader</i></li> <li>• 32 madres rurales</li> <li>• 6 padres rurales</li> <li>• 13 <i>du'a rawin</i></li> <li>• 9 otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico</li> <li>• 3 <i>bidan</i></li> <li>• 3 <i>du'a rawin</i></li> <li>• 5 madres rurales</li> </ul>

## Observación participante

Como señala Guber (2001), esta técnica, fundamental en una investigación antropológica, permite “observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno al investigador/a, y participar en una o varias actividades de la población” (2001:57). La *observación participante* permite la familiarización con el contexto cultural y sus particularidades y la adquisición de un amplio marco de visión del escenario objeto de estudio a través de la experimentación de las rutinas del lugar, las prácticas, rituales y costumbres de la comunidad, sus preocupaciones, anhelos, conversaciones y reacciones ante distintos estímulos, así como conocer qué despierta enfado, felicidad, miedo... en resumen, entender cómo interactúan entre sí las personas que la forman y por qué.

En el proceso de conocer cómo se desarrolla el proceso de medicalización en el distrito Sikka, así como las particularidades culturales de las fases de concepción, embarazo, parto y posparto, la observación participante ha resultado muy útil también para comparar lo que la gente dice que hace con lo que realmente hace. Esta ha transcurrido en la ciudad de Maumere, única área urbana del distrito, y en el subdistrito Bola, principalmente en el poblado costero del mismo nombre. En ambos lugares he convivido con familias locales, compartiendo sus rutinas, conflictos, alegrías, pérdidas, reuniones familiares y celebraciones, como una más de la comunidad.

En Maumere, mi observación participante se ha centrado principalmente en el hospital general T.C. Hillers al que derivan a las embarazadas de todo el distrito para parir, cuando se anticipan riesgos vitales para ellas y/o sus bebés. El personal dedicado al ámbito obstétrico está formado por cuarenta y seis personas: dos

obstetras, un médico general, un médico a punto de terminar la especialización, un médico/a residente y cuarenta y una *bidan*. Mi observación se ha concentrado en las salas de maternidad y planificación familiar, compartiendo las rutinas de la atención al parto y las relaciones entre el personal sanitario, las parturientas y sus familiares.

En este tiempo, he visto atender unos ochenta partos, participando en todo el proceso de veintiuno. Muchas mujeres llegaban ya en un estado cercano a la fase expulsiva desde los *puskesmas* de sus respectivos subdistritos o eran llevadas allí para realizarles cesáreas, por lo que no era posible seguir el parto de todas las mujeres que estaban en proceso. Por ello, decidí centrarme en una o dos mujeres de la sala de parto en que cabían nueve para recoger los máximos detalles y en el orden en que sucedían.

Los dos primeros meses del trabajo de campo conviví con seis médicas residentes en Maumere en la casa de la familia local que nos proporcionaba alojamiento cerca del hospital, lugar a donde se derivan la gran mayoría de partos de riesgo del distrito Sikka. La convivencia con ellas me permitió no solo interactuar con ellas sino también con otros médicos, además de en las salas de parto, en la vida social, conociendo sus perspectivas y algunos aspectos de su profesión.

Para el trabajo de campo en el subdistrito Bola, tuve como punto base la casa de una familia local, emparentada con la de Maumere con la que he participado en las rutinas diarias, asistiendo a misa cada domingo, a comuniones, rituales, bodas y entierros. Ello me ha permitido acercarme a las mujeres locales y sus familias, conocer sus costumbres y percepciones sobre diversos temas, incluyendo el reproductivo. En el *puskesmas* del subdistrito Bola

transcurre la mayoría de los partos de este territorio, salvo los que son transferidos al hospital general del poblado de Bola, uno de los seis que forma el subdistrito, y los que suceden en casa.

El *puskesmas* fue fundado en 1974 y, actualmente, reúne a cincuenta y cinco trabajadores/as: una médica general, una dentista y su ayudante, veintiuna enfermeras/os, dieciséis *bidan*, una farmacéutica, dos nutricionistas, dos inmunólogos/as, cuatro administrativos/as, una persona en registro, dos analistas, un conductor de ambulancia y dos personas de apoyo que, entre otras cosas, se ocupan de cocinar para los/as pacientes. Además del personal sanitario, este número incluye al personal distribuido por el subdistrito, como las *bidan desa* y algunos enfermeros/as.

Vivir en Bola me ha permitido seguir con detalle dieciocho partos, chequeos a embarazadas, consultas de planificación familiar, observar las interacciones diarias entre el personal biomédico y la comunidad y acompañar a las *bidan* y el resto del equipo a encuentros programados por el subdistrito, como los *posyandu* de los distintos vecindarios (eventos mensuales para chequear la salud de embarazadas y niños/as menores de cinco años) y los *puskesmas keliling* (para informar y chequear la salud de los/as asistentes).

Esta observación participante siempre ha ido acompañada por un diario de campo en el que he ido escribiendo a mano todo tipo de detalles. Ello ha supuesto una herramienta crucial para analizar los datos y escribir la etnografía, al haberme proporcionado, por ejemplo, citas directas de colaboradoras/es en momentos espontáneos, así como reflexionar constantemente sobre el día a día, sin perder detalle de las sutilezas de la situación, ayudándome a mejorar progresivamente mis preguntas o formas de actuar y profundizar sobre ciertos temas con determinadas personas.

## Entrevistas informales y semiestructuradas

Esta herramienta de recogida de datos, dirigida especialmente al personal biomédico (principalmente *bidan* y médicos/as), *du'a rawin* y madres rurales, complementa a la observación participante en el momento de realizar la etnografía; ya que muchas de las preguntas nacen de una observación previa, enriqueciendo la descripción y llevando a un mayor entendimiento del contexto en cuestión, a través del uso de preguntas -concretas libres de prejuicios y la obtención de respuestas y razonamientos similares- (Spradley 1979).

He realizado *entrevistas informales*, aquellas que no siguen un guión, cuyas preguntas surgen de forma orgánica dirigidas hacia las áreas de interés. Como diría Spradley en su trabajo seminal de 1979, estas son como una conversación amistosa entre dos amigos/as que participan del mismo mundo social. Esta tipología se dio con las seis médicas residentes con las que conviví los dos primeros meses en Maumere.

Dentro del sector biomédico, también se dieron valiosísimos momentos cotidianos y entrevistas en profundidad con el Dr. Yose Luis, médico reconocido de la isla, con quien conviví en Maumere y quien conocía bien las políticas reproductivas de la provincia por haber sido durante años *Kepala Dinas Kesehatan Sikka* (responsable del Departamento de Salud sikka) y coordinador local del programa AIPMNH<sup>11</sup> hasta el año 2015, en colaboración con el gobierno australiano para reducir la mortalidad materna e infantil de la provincia.

Este tipo de entrevistas también transcurrió con tres de las

---

<sup>11</sup> Siglas que vienen de *Australia and Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health*. Para más adelante, ver glosario.

dieciséis *bidan* del *puskesmas* Bola, con quienes he compartido mucho tiempo en el centro, eventos oficiales, misas, bodas y funerales entre otros. Ello me ha permitido conocer de una forma individual y grupal sus interacciones, tanto cuando visten sus uniformes blancos como cuando llevan sus pareos tradicionales. A través del contacto casi diario he podido conocer sus preocupaciones, cansancios, deseos, alegrías y, sobre todo, las ganas de hacer un buen trabajo, aunque a veces con ciertas contradicciones.

También he podido conversar en profundidad con tres *du'a rawin* a las que he accedido con relativa frecuencia, ya fuera porque vivían cerca o porque eran madres de alguna vecina y habían venido a cuidarla durante el embarazo o parto, o bien porque yo misma iba en busca de sus tratamientos. Ello me ha permitido hablar con ellas en sus casas o las de algún familiar, en un clima comfortable para ellas, contándome sobre sus vidas, el conocimiento que encarnan, observando sus tratamientos y su interacción con *bidan* y madres rurales durante el proceso reproductivo o encuentros en *posyandu* ejerciendo el rol de *kader*.

Asimismo, pude mantener entrevistas informales en profundidad con cinco madres rurales. En especial con dos de ellas, al ser mis vecinas y estar embarazadas cuando llegué a Bola. Ambas dieron a luz durante mi estancia y viví con ellas su posparto. El hecho de tener una edad y situación vital similar ayudó mucho a que nos hiciésemos amigas, interesadas en cómo eran nuestras vidas, dando largos paseos, compartiendo anécdotas, confidencias, momentos cotidianos, reuniones y celebraciones familiares e, incluso, momentos de pérdida y tristeza.

He apoyado la información obtenida en estas entrevistas con *entrevistas semiestructuradas* pactadas previamente con la persona a

entrevistar siguiendo, como también señala Spradley (1979), un guión de preguntas recogiendo todos los temas que interesan a la investigación, aunque de una forma flexible para que la situación se adapte a las espontaneidades que puedan surgir, y para que la persona pueda contestar ampliamente. Estas han sido realizadas a personal biomédico, eclesiástico, profesores/as de la enseñanza pública, madres rurales y algunos de sus maridos y *du'a rawin*.

Concretamente, entrevisté al Dr. Yose Luis (mencionado anteriormente) en su casa, y a las coordinadoras de salud comunitaria, familiar y nutricional del distrito Sikka (*Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi Kesehatan dan Gizi*) de forma conjunta, en su oficina. También a un ginecólogo y dos médicos/as generales en horario laboral, a once médicas/os residentes (dos queriendo especializarse en obstetricia) principalmente en grupo y en momentos de ocio, a veintiuna *bidan*, solo fuera del trabajo a varias del *puskesmas*, a tres enfermeras y un inmunólogo en sus casas, a una nutricionista en horario laboral, a la cocinera fuera del *puskesmas* y a tres *kader*, en grupo.

Entrevisté también a treinta y dos madres rurales de entre dieciocho y cuarenta y cinco años de edad, todas casadas. Algunas estaban embarazadas en el momento de la entrevista y otras ya tenían uno o varios hijos/as. La mayor parte de ellas se llevaron a cabo en sus casas, de forma individual, salvo en un par de ocasiones en las que participaron conjuntamente un grupo de vecinas. Hablar con las más jóvenes era a veces complicado pues eran más tímidas al hablar de un mundo nuevo para ellas y ser entrevistadas por alguien más mayor y de aspecto y origen extranjero. Las más mayores solían ser más confiadas y espontáneas.

Otro colectivo al que entrevisté fue el de las *du'a rawin*,

especialistas en el conocimiento obstétrico local. A pesar de que estas mujeres querían mantener sus servicios de forma discreta pude entrevistar a trece, individualmente y en sus casas, salvo alguna de ellas que fue entrevistada en presencia de mujeres de confianza. Si bien era frecuente que en cada vecindario hubiese una, fui accediendo a ellas a través de personas de confianza, o contactando con ellas tras haberlas conocido en partos, o a través de otros encuentros fortuitos.

Por último, también me proporcionaron datos interesantes que completaron la visión general del contexto sikka, las entrevistas a seis padres rurales, al obispo del distrito, a una monja coordinadora de un centro de acogida para mujeres maltratadas y excluidas, a seis profesores/as (entre ellos, el director de la escuela de secundaria del subdistrito Bola, el profesor de religión, el de matemáticas, la profesora de inglés, el director de un centro educativo de menores en exclusión social y un profesor jubilado) y al jefe de policía de los sudistritos Bola, Mapitara y Doreng.

## Consideraciones éticas

El acceso al campo se ha producido de una forma oficialmente informada y correctamente protocolaria. Solicité permiso a través de cartas que explicaban el objetivo general de la tesis, firmadas por la directora del grupo de investigación AFIN, el entonces director del Departamento de Antropología y la entonces decana de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universitat Autònoma de Barcelona. Todas ellas fueron entregadas personalmente al *Bupati* (máximo representante político del distrito), la *Kepala Dinas Kesehatan* (directora del Departamento de Salud), el *Kepala Rumah Sakit Umum*

(director del hospital general), la *Kepala Puskesmas* (directora del *puskesmas*), el *Camat* (máximo coordinador del subdistrito Bola) y las *bidan koordinator* (coordinadoras de *bidan*).

A todas las personas que participaron en la investigación se les informó también del objetivo general y dieron su consentimiento informado de forma oral y/o escrita. Aunque no se han ocultado los lugares, los nombres de las personas no son los reales. Desde una perspectiva de reciprocidad hacia ellas por su tiempo y colaboración, proporcionaré la transferencia de los datos obtenidos (Diccico-Bloom & Crabtree 2006). Por ello, esta tesis pretende ser traducida al Bahasa Indonesia para que el sector biomédico y la comunidad sikka tengan acceso a ella.

Además, se tiene el objetivo de hacer una defensa de los resultados obtenidos delante del personal biomédico local en los centros donde ha transcurrido la investigación, proporcionándoles notas informativas que sinteticen los aportes de esta para su difusión gubernamental, así como la organización de talleres que sirvan para abrir diálogos entre el personal biomédico y la población local, concretamente entre *bidan*, madres rurales y *du'a rawin*. No obstante, hasta el momento se han realizado los siguientes productos de transferencia:

### Ponencias en congresos

(2019). Rebuelta Cho, A. Parto en la regencia Sikka, en la isla de Flores, Indonesia. *XI Congreso Internacional AFIN. ¿Hacia la (in)justicia reproductiva?: Movilidades, Tecnologías, Trabajos y Decisiones*. Granada: Universidad de Granada, 4-6 de septiembre.

(2019). Rebuelta Cho, A. De la casa al hospital: Movilidades durante el parto en la isla de Flores (Indonesia). *V Congreso Internacional AIBR. Pensar Culturas, Cambiar Mundos*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 9-12 de julio.

(2017). Rebuelta Cho, A. Sobre decisiones reproductivas en la regencia Sikka de Flores, Indonesia. *XVI Congreso de antropología: Antropologías en transformación: Sentidos, Compromisos y Utopías*. Valencia: Universitat de València, 5-9 de septiembre.

(2016). Rebuelta Cho, A. Making kinship and reproductive justice in Flores island (Indonesia). *II Congreso Internacional AIBR: Identidad: Puentes, Umbrales y Muros*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 6-9 de septiembre.

(2016). Rebuelta Cho, A. Pregnancy and childbirth among the Sikka in Flores, Indonesia. *6<sup>th</sup> International Symposium of Journal Antropologi Indonesia: Post Reformasi Era Indonesia: The Challenges of Social Inequalities and Inclusion*. Yakarta: Universitas Indonesia, 26-28 de julio.

(2015). Rebuelta Cho, A. Salud, derechos y justicia reproductiva en la isla de Flores, Indonesia. *I Congreso Internacional AIBR: El Ser Humano: Culturas, Orígenes y Destinos*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 7-10 de junio.

## Talleres y seminarios

(2019). Reuelta Cho, A. Iniciación de la vida en Flores, Indonesia: ritos y prácticas. *Seminarios: Edades y prácticas culturales: personas, grupos, etapas*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 12 de diciembre.

(2018). Reuelta Cho, A. Mortalidad materna y gobernanza reproductiva en Indonesia: Viaje a áreas rurales de la isla de Flores. *L'Aperitiu del Dijous-Als seminaris AFIN d'Hivern*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1 de febrero.

(2017). Reuelta Cho, A. Traditional birth attendants, midwives and mothers in Indonesia: Respect, secrecy and shame in Sikka. *Atelier d'ethnographie*, Lausanne: Université de Lausanne, 28 de noviembre.

(2017). Reuelta Cho, A. Bidan, dukun and mothers in rural Indonesia: respect, secrecy and shame in Sikka. *Workshop: Care in Asia: beyond and across a clinic*. Copenhagen: Nordic Institute of Asian Studies, University of Copenhagen, 28 de septiembre.

(2017). Reuelta Cho, A. Prácticas y creencias durante la gestación, parto y puerperio en Sikka, Indonesia. *Seminarios: Aperitivos AFIN*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 16 de marzo.

(2016). Reuelta Cho, A. Sobre cambios y resistencias alrededor del embarazo, parto y puerperio en Flores, Indonesia. *Seminarios: Edades y prácticas culturales: personas, grupos, etapas*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 4 de noviembre.

(2015). Rebuelta Cho, A. National Family Planning Indonesia (NFPI). Cuestiones sobre reproducción en la isla de Flores, Indonesia. *Seminarios AFIN*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 14 de mayo.

## II. Construcción nacional y contexto reproductivo

## *Antecedentes históricos*

Tal y como muestran otros estudios sobre el proceso de medicalización en lugares de ingresos económicos bajos, la *gobernanza reproductiva* (Morgan & Roberts 2012) en Indonesia permea desde lo internacional y nacional a través de instituciones públicas, programas reproductivos, diferentes ONG y la regulación del papel de las matronas y, desde lo local, a través de discursos, leyes locales y en la interacción cotidiana de mujeres, matronas y demás personal sanitario.

Actualmente, para reducir la mortalidad materna mundialmente, el acceso a una matrona biomédica se considera un derecho humano para la mujer. Así, el gobierno indonesio lleva trabajando intensamente en ello desde hace más de treinta años. Sin embargo, el informe final de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) entre 1990 y 2015, señala que la mortalidad ha descendido un 44 % y no el 75 % esperado, porque países como Indonesia no lo han logrado (ONU 2015).

Aunque estas muertes han disminuido en los ciento ochenta y nueve países participantes, diez de ellos representan el 59 % de la tasa mundial, siendo Nigeria e India los primeros e Indonesia el octavo (UN 2015). Esto pone de manifiesto, por un lado, la desigualdad distributiva de los recursos mundiales (Filippi et al. 2006) y, por otro, que el éxito o fracaso de los programas internacionales está relacionado con cómo se implementan en ciertos contextos socioculturales (Bhutta & Black 2013, Cosminsky 2016, Hay 1999, Ram & Jolly 1998).

Una variable es la consecuencia de la colonización biomédica y su intento por sustituir las prácticas obstétricas locales en una cultura con sistema médico propio (Hildebrand 2017). En Indonesia resulta conflictiva la regulación de las *dukun bayi* (Niehof 2014). Si bien son queridas en sus comunidades, fueron muy estigmatizadas por la colonización holandesa, que las consideraba contribuidoras de la mortalidad materna (Stein 2007). Aunque esta idea está cambiando, las reminiscencias de este estigma siguen influyendo en la regulación de sus prácticas según la zona del país.

El programa vigente Safe Motherhood Initiative (Iniciativa de una Maternidad Segura) se implanta a finales de los 80 para reducir la mortalidad materna a nivel global, con la estrategia de que todas las mujeres tengan acceso a una matrona biomédica; en el caso indonesio a una *bidan*<sup>12</sup>. Las ideas eurocéntricas sobre la modernidad hacían pensar que esto haría que las indonesias y otras mujeres del mundo dejaran de necesitar a sus *dukun bayi* y equivalentes.

Hasta que ello fuese posible, se implementó una medida transitoria para reducir la mortalidad materna: dar formación biomédica básica a las *dukun bayi* (Jordan 1989, Kruske & Barclay 2004). Pero, para sorpresa de la OMS y el gobierno indonesio, actualmente las *dukun bayi* siguen siendo muy importantes a nivel físico, emocional y espiritual en muchas comunidades (Agus et al. 2012, Hildebrand 2012).

---

<sup>12</sup> Término indonesio para matronas biomédicas. Se utiliza *bidan* a secas para las matronas biomédicas en general, y también para aquellas que trabajan en un hospital o *puskesmas*. *Bidan desa* se utiliza cuando se quiere especificar que son las *bidan* encargadas de un poblado (BI *desa*) concreto, o *bidan pembantu* para las que trabajan habitualmente en el *puskesmas* pero ayudan puntualmente a las *bidan desa*.

Esta realidad hace que resulte llamativo que el gobierno siga concentrando sus energías en aumentar el número de *bidan* alrededor del archipiélago, en vez de estimular y apoyar la cooperación entre *bidan* y *dukun bayi*, y estudiar cómo es su relación con las mujeres a las que atienden, pues gran parte del éxito o fracaso de los programas reproductivos se refleja en las interacciones de las personas que proporcionan los servicios de salud y quienes los reciben (Hildebrand 2017).

Dada la gran diversidad cultural de Indonesia, se necesitan estudios que ahonden en el proceso de (bio)medicalización del país. Esta tesis que tiene el propósito de hacerlo para el distrito Sikka en la Isla de Flores, en este primer capítulo presenta antecedentes que introducen este proceso comparando cómo distintos gobiernos locales gestionan la interacción entre *bidan* y *dukun bayi*.

## Formación del país y llegada de la biomedicina (hasta 1945)



Ilustración 1. Mapa de Indonesia

(Obtenido en: <http://mappery.com/map-of/Indonesia-Overview-map>)

Indonesia se ubica en el Sudeste Asiático y está compuesta por 17.508 islas<sup>13</sup> aproximadamente, formando el archipiélago más grande del mundo. Este país es el hogar de unos trescientos grupos étnicos nativos y más de setecientas lenguas vivas (Lewis [1951]2009), una característica que lo transforma en una fascinante mezcla de paisajes y culturas.

Actualmente, es el cuarto país más poblado del mundo con 261,1 millones de habitantes<sup>14</sup> en una extensión de 2.027.087 km<sup>2</sup>. Su terreno, muy montañoso, se encuentra en el llamado "anillo de fuego" con más de ciento veintisiete volcanes, en su mayoría activos. Tiene

---

<sup>13</sup> El Ministerio de Asuntos Marítimos de Indonesia declaró que oficialmente existen 17.504 islas en el país, de las cuales 16.056 han sido verificadas por el Grupo de Expertos en Nombres Geográficos de las Naciones Unidas (UNGEGN) en 2017.

<sup>14</sup> Obtenido el 10 de febrero de 2020 en:

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=ID>

un clima tropical casi en su totalidad y el monzón hace que existan dos estaciones principales al año: la seca y la lluviosa (Brown 2003).

El idioma nacional es el *Bahasa Indonesia* (literalmente: "idioma de Indonesia"). Proviene del malayo y engloba vocabulario heredado de los distintos períodos de colonización. Esta lengua, popularizada y extendida hace siglos, fue creándose de la mano de comerciantes que necesitaban comunicarse en las diferentes islas. Actualmente, se utiliza entre personas de distintas etnias e islas, en la enseñanza, los medios de comunicación y las instituciones públicas (Brown 2003).

## Primeros reinos: religión y comercio

Este archipiélago, por su posición geográfica y recursos naturales, atrae diferentes períodos de colonización, comercio, migraciones y guerras; teniendo evidencias de ello en el 500 d. C. (Brown 2003). Su clima determinante para su agricultura llama a personas de distintos lugares desde hace más de dos mil años, favoreciendo el intercambio cultural, y su terreno selvático y montañoso impulsa a que las vías fluviales y marinas sean vitales para el comercio (2003).

Entre los siglos I y XVI, los estados y reinos indígenas del archipiélago alcanzaron su cúspide como estados libres en términos geográficos, políticos y culturales. En este periodo, se introducen tres religiones: hinduismo, budismo e islam, contribuyendo a que el archipiélago gire alrededor de la religión y el comercio (Brown 2003). Como gran parte del Sudeste Asiático entonces, Indonesia es muy influida por la cultura india, con reinos hindús y budistas relevantes como Srivijaya (del siglo VII al XV) y Majapahit (del siglo XIII al XVI) (Varma 2010).

El reino hindú-budista Majapahit, el más fuerte de los estados preislámicos en el archipiélago, símbolo de la Edad de Oro indonesia, se extiende hasta el sur de Malasia, Borneo, Sumatra y Bali (Ricklefs [1981]2001). El de Srivijaya forja sus relaciones comerciales con China, India y el Califato de Oriente Medio, favoreciendo la llegada de población musulmana al norte de Sumatra (Varma 2010). Esta empieza a instalarse a finales del s. XIII, haciendo del islam la religión más dominante del archipiélago (Ricklefs [1981]1993).

Durante los siglos XVI y XVII, el interés por las especias produce el auge del comercio nacional e internacional, atrayendo la

llegada de importantes expediciones europeas desde Portugal, Inglaterra, Francia, España y Holanda (Brown 2003). En los siglos XVIII y XIX, la influencia europea alcanza su mayor impacto en el archipiélago, favoreciendo la entrada del cristianismo y desatando cambios decisivos en las sociedades indonesias del momento (2003).

A pesar de la gran extensión del islam por toda Indonesia, islas como Bali siguen siendo mayoritariamente hinduistas, mientras que otras como Flores o Papúa son cristianas por la influencia que tuvieron las misiones portuguesas en estos territorios entre los siglos XVI y XVII (Ricklefs [1981]2001). No obstante, todas estas religiones han sido incorporadas por la población local al sistema de creencias preexistentes en cada comunidad local (Ricklefs [1981]1993).

### Colonización holandesa, biomedicina y *dukun bayi*

La primera expedición europea es portuguesa y llega al archipiélago en 1512, estableciendo su base estratégica en las Islas Molucas con el interés de dominar el comercio de las especias y propagar el catolicismo (Ricklefs [1981]1993). A través de fuerzas militares y alianzas con gobernantes locales, construyen puertos comerciales y fuertes, mandando misiones al este de Indonesia en Solor, Timor y Flores (Miller 1996).

En 1595, llega al archipiélago la primera flota holandesa, cuya aspiración coincidía con la portuguesa, aunque con mejor organización y más dinero (Brown 2003). En 1602, Holanda crea la VOC<sup>15</sup> (*Dutch East Indian Company*) para monopolizar el comercio de

---

<sup>15</sup> Durante veintiún años, los Países Bajos concedieron a la VOC la responsabilidad de llevar los asuntos coloniales en Asia, dándole casi una soberanía total de actuación (Hockings 1993).

las especias y expulsar a la colonia portuguesa, tras varias luchas y acuerdos con jefes locales (Ricklefs [1981]1993).

En 1619, la colonia establece su base en Java, fundando la ciudad de Batavia<sup>16</sup> (Ricklefs [1981]1993). A principios del siglo XX, consolidada como autoridad administrativa única, su influencia es hegemónica en el archipiélago (Elson 2008). En el siglo XVIII, a la vez que la medicina estatal va instaurándose como medicina estatal en Europa, la VOC empieza a introducirla en el archipiélago (Niehof 2014; Nourse 2013; Stein 2005, 2007).

En su insistencia por implantar su conocimiento médico, Holanda comenzó a difundir atributos peyorativos hacia las *dukun bayi*, considerándolas un obstáculo para dicho fin (Niehof 2014). Los médicos holandeses justifican su antipatía hacia las *dukun bayi* minusvalorando sus conocimientos y relacionándolos con magia negra (Stratz 1897, citado en Nourse 2013). Las categorizan de poco inteligentes y primitivas, argumentando que su conocimiento está basado en rituales, supersticiones y escasas técnicas empíricas (De Moulin 1989).

También promueve fuertes campañas contra estas especialistas atribuyéndoles las altas tasas de mortalidad materna<sup>17</sup> (Niehof 2014). A pesar de que la colonia quiere la prohibición de sus servicios, valora que no puede hacerlo por el momento, por no poder proporcionar suficiente cobertura a todas las mujeres del archipiélago, porque la biomedicina suscita desconfianza a la población local, y porque las comunidades confían en sus *dukun bayi* (Stein 2007).

En los años 30 del siglo XX, se decide promover dos estrategias para mejorar la salud materna: promocionar la biomedicina y disminuir

---

<sup>16</sup> Actual capital del país, denominada Yakarta.

<sup>17</sup> Niehof (2014) y Nourse (2013) tratan en profundidad esta cuestión.

el papel de las *dukun bayi*, mandando a *bidan* (matronas biomédicas) alrededor del archipiélago y proporcionando nociones de higiene a las *dukun bayi* a modo de transición hasta que las *bidan* crezcan en número como para poder ocuparse de todo el país (Hydrick, citado en Niehof 2014).

Al margen de estas cuestiones, en 1901, la colonia invierte en educación indígena a partir de una política de ética colonial<sup>18</sup>, que colateralmente engendra un movimiento independentista liderado por los autóctonos Soekarno y Hatta (Elson 2008). Esta iniciativa crece, generando inestabilidad política, hasta que Holanda es ocupada por Alemania, e Indonesia por Japón en la Segunda Guerra Mundial (Ricklefs [1981]2001).

El gobierno nipón, ansioso por conseguir el apoyo indonesio, se compromete a ayudar a debilitar el dominio holandés (Ricklefs [1981]2001). En 1942, Holanda pierde su colonia, y en marzo de 1945, se redacta la Constitución de la República de Indonesia, declarando unilateralmente la independencia del país el 17 de agosto de 1945, dos días después del fin de la ocupación japonesa<sup>19</sup> (Dower 1986).

---

<sup>18</sup> Esta política ética fue creada cuando los Países Bajos decidieron adoptar una política de responsabilidad ética para el bienestar de sus colonias. Esto marcó el inicio de la implementación de políticas de desarrollo moderno. Este tenía la misión de “civilizar” y extender su cultura. Esta política duró cuarenta años hasta la ocupación japonesa en 1942 (Ricklefs [1981]2001).

<sup>19</sup> Esta fecha es conocida como el día V-J (por la victoria de haber expulsado a Japón), cuando el Emperador nipón se rindió en la Segunda Guerra Mundial. Dejando atrás un periodo en el que murieron alrededor de cuatro millones de personas.

## Soekarno, “padre de la nación” (1945-1967)

Históricamente este periodo se conoce como “Viejo Orden”. Soekarno y Hatta se convierten en primer presidente y vicepresidente del nuevo país respectivamente (1945-1967). Soekarno, conocido como “padre de la nación” (BI *bapak negara*), considerando que el movimiento moderno occidental no termina de encajar en su país, consolida una "democracia guiada"<sup>20</sup> basada en tres ejes principales: el ejército, los grupos islámicos y el comunismo.

### Filosofía estatal: Pancasila y Gotong Royong



Ilustración 2. Pancasila

(Obtenido en: <https://naturewhispering.wordpress.com/category/indonesia/pancasila/>)

Con la intención de crear un sentimiento unitario nacional que incorpore la diversidad del país, la nueva constitución define su filosofía de estado: Pancasila, cuyo lema “Unidad en la diversidad” se

---

<sup>20</sup> Este fue el sistema político desde 1957 hasta el mandato de Suharto (1967). Se basaba en la forma tradicional comunitaria en la que llegaban a conclusiones por medio del consenso.

aprecia en un lazo sostenido por las garras de una *garuda* (águila javanesa) y un escudo que contiene sus cinco principios: 1. Creencia en un único Dios (estrella); 2. Humanidad justa y civilizada (cadena); 3. Unidad nacional (árbol); 4. Democracia de la sabiduría y deliberación popular (toro); 5. Justicia para toda la población (arroz y algodón).

Soekarno expresa que el Pancasila se resume en un solo término: *Gotong Royong* (Emmerson 1999). Este concepto, proveniente del javanés, significa “cooperación mutua” entre las culturas indonesias, para priorizar la construcción de una nación sin detenerse en las diferencias culturales irreconciliables (1999). Bowen (1986) argumenta que el Viejo Orden acuña este término para promover una interacción horizontal entre los distintos grupos que formaban el gobierno.

### Pronatalismo, *dukun terlatih* y *dukun liar*

Entonces Indonesia se dirige hacia un nacionalismo similar al de la Unión Soviética y la China comunista, en un contexto cada vez más autoritario, economía en deterioro y aumento de la pobreza (Dayley 2017). A pesar de reformas sustanciales en materia de salud y educación, no se presta excesiva atención a la salud reproductiva de las mujeres, siendo al final del mandato de Soekarno que se introducen algunas iniciativas europeas sobre planificación familiar (Quinn 2004).

Estas políticas reguladoras de la natalidad son recibidas inicialmente por el presidente, políticos y líderes religiosos influyentes del momento, como inmorales (Hull & Hull 2005), en un momento en que Soekarno experimenta en primera persona la delicada salud de

su mujer al volver a quedar embarazada; por lo que se admite la entrada de anticonceptivos en el país (2005).

En lo referente a las *dukun bayi*, en los años 60, algunos estudios extranjeros hacen que el gobierno vuelva a poner el foco en estas especialistas (Nourse 2013). Tuvo gran impacto el trabajo del antropólogo Clifford Geertz (1960), donde argumenta que el conocimiento de estas mujeres se basa en creencias animistas (Nourse 2013). Algo que en aquel momento no agrada al gobierno, pues el Pancasila promueve el monoteísmo y considera el animismo una creencia “menos evolucionada” (2013).

Aquí vuelven a retomarse los prejuicios holandeses y a reactivarse los cursillos biomédicos<sup>21</sup> a estas especialistas, a modo de transición con la ayuda de UNICEF (Niehof 2014). Esta situación hace emerger dos categorías de *dukun bayi*. *Dukun bayi terlatih* para las entrenadas biomédicamente por la clínica, y *dukun liar*, literalmente “*dukun salvajes*”, para aquellas que se niegan a recibir la formación.

Mientras las *dukun liar* están mal vistas desde la perspectiva estatal por su rebeldía, las *dukun bayi terlatih* comienzan a ser más valoradas en sus comunidades; pues a su conocimiento ancestral se le suman nociones biomédicas (Niehof 2014). Especialmente en zonas rurales se consolidan como las principales encargadas de la salud reproductiva de las mujeres (Hildebrand 2012, 2014).

---

<sup>21</sup> En los años 50 y 60, se impulsó como estrategia global para reducir la mortalidad materna, el proporcionar cursos biomédicos sobre riesgos e higiene durante el proceso reproductivo, a aquellas personas (generalmente mujeres) portadoras del conocimiento obstétrico local de sus comunidades. Esta estrategia era vista como una transición, hasta que todas las mujeres pudiesen acceder a una matrona biomédica (Kruske & Barclay 2004).

## Suharto, “padre del desarrollo” (1967-1998)

Tras una violenta transición<sup>22</sup>, Soekarno se ve obligado a transferir la presidencia a Suharto, quien estará en el poder treinta y un años (1967-1998) (Collins 2007). El nuevo presidente habla de sí mismo como "padre del desarrollo" (*bapak pembangunan*), queriendo redirigir el comunismo de Soekarno a una sociedad más occidentalizada y capitalista (Barker 2008, Kitley 2000, Sen 2003).

Esto es respaldado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), y los ideales indonesios empiezan a dirigirse a la modernización del país, el crecimiento económico, la industrialización y el liberalismo (Collins 2007). Este mandato es conocido como el “Nuevo Orden”<sup>23</sup> y promueve el Pancasila y el Gotong Royong, aunque aprovecha la poca concreción de sus principios básicos para aplicarlos como le conviene (Hildebrand & Barkin 2014).

Se empieza a tachar de "anti-Pancasila" a todo lo que contradice los intereses del gobierno (Hildebrand & Barkin 2014); convirtiendo el Gotong Royong en una herramienta nacional para unificar la diversidad del país (Geertz 1983) que actúa de forma vertical desde políticas centralizadas del Estado (Bowen 1986).

Así, se procura enaltecer rasgos de las distintas culturas como el arte, la vestimenta y la cocina, menospreciando otros autóctonos profundos, como la medicina local y la educación; aspectos etiquetados como “primitivos”, que deben homogenizarse en todo el país (Hahn 1999, Pemberton 1994, Hildebrand 2009). Esto ocasiona

---

<sup>22</sup> Tras el golpe de Estado en 1965 por el Movimiento 30 de septiembre, tuvo lugar una matanza masiva anticomunista que duró un año, conocido como “el genocidio indonesio”; en este periodo de tiempo murieron entre dos y tres millones de personas (Gellately & Kiernan 2003).

<sup>23</sup> El mandato de Suharto es conocido históricamente como “Nuevo Orden” (Collins 2007).

que las prácticas locales se perciban como si pertenecieran a otra época y estuviesen obsoletas, cuando la realidad es que van adaptándose al momento presente (Hildebrand 2012).

### Ideal familiar y roles de género

Suharto adopta varias estrategias para expandir su ideología a la ciudadanía y alcanzar los objetivos internacionales; entre ellas, se implementan políticas altamente represivas y se difunden por todo el país, a través de la radio y otros medios de comunicación, discursos sobre modernización, biomedicina y roles de género (Hildebrand & Barkin 2014, Collins 2007).

Nira Yuval-Davis (1997) explica cómo los discursos culturales son utilizados como herramienta para aunar una nación; pues la construcción del nacionalismo va ligada a nociones de "masculinidad" y "feminidad" (1997). Así, se define el ideal indonesio de hombre y mujer (Blackburn 2004), promoviendo el modelo patriarcal de familia nuclear holandesa de la época, formado por un matrimonio heterosexual de clase media con descendencia (Bennett 2015).

Se impulsa con fuerza el "Estado del *ibuismo*", término acuñado por la indonesia Julia Suryakusuma (1987, 1996). La palabra *ibu*, literalmente "madre" en *Bahasa Indonesia*, entiende a la mujer ideal como aquella "madre y esposa dependiente de su marido, cuya misión en la vida es atender a su familia y al Estado, sin buscar recompensa personal a cambio" (1987:44).

Esto indica que la autorrealización personal femenina gira entre la maternidad y el altruismo (Istiadah 1995). Justifican esta misión a través del término *kodrat*, literalmente "naturaleza inherente": por biología las mujeres han de "ser madres, cuidadoras y educadoras de

las generaciones venideras” (Blackburn 2004:25). El principio de familia (*azas Keluargaan*) es básico para el país: las mujeres son madres; los hombres, maridos y cabezas de familia responsables de traer dinero a casa.

Se concibe al Estado como una gran familia, en la que el padre es Suharto (Blackburn 2004). La ausencia en este concepto de una madre por igual, indica que la mujer supone un medio para el poder masculino (Bennett 2005). Este ideal permea hasta el presente, originando que determinadas políticas vulneren e invisibilicen las realidades de las mujeres, generando debates entre lo considerado “derechos de las mujeres” y las “obligaciones de las mujeres indonesias” (White & Ashnor 2008).

### Medicalización: primeros programas reproductivos

Se impulsa con fuerza la (bio)medicalización del país implantando programas reproductivos que sigan las iniciativas y líneas internacionales, para mejorar la economía y promover un modelo nacionalista orientado a modos de vida más occidentalizados, similares a los países tecnocéntricos o “modernos” (Hildebrand & Barkin 2014). Para lograrlo, la ONU y el Banco Mundial tienen como requisito el control de la natalidad y mejorar la salud reproductiva (Hull 2003, Niehof 2014).

En 1967 Suharto firma la Declaración mundial sobre Población, lanzando un programa de planificación familiar, conocido por el acrónimo BKKBN (Hull & Hull 2005). Su éxito alcanza tal fama

mundial, que es premiado por la ONU en 1989<sup>24</sup> (2005). Para mejorar la salud reproductiva, el país comienza a seguir con ímpetu las políticas reproductivas internacionales para reducir la mortalidad materna, una de las más altas del mundo en aquella época (Niehof 2014).

### *Mortalidad materna como prioridad*

En 1987 la OMS crea el programa internacional Safe Motherhood Initiative (IMS) para reducir la mortalidad materna y neonatal a nivel mundial. Un año más tarde, el Ministerio de Salud indonesio se muestra seguidor de dicho movimiento, e impulsa el programa nacional Kesehatan Ibu dan Anak, conocido popularmente como KIA<sup>25</sup>(Shefner-Rogers & Sood 2004).

Este programa, de la mano con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>26</sup> propuestos por la ONU para 1990-2015, recupera la estrategia de promover que todas las indonesias tengan acceso a una *bidan*. Así, en 1989 se pone en marcha la iniciativa *Bidan di desa*<sup>27</sup>, formando y enviando durante los años 90, a más de cincuenta y seis mil *bidan* por todo el archipiélago (Hildebrand & Barkin 2014, Siswanto 2005).

---

<sup>24</sup> Actualmente es de conocimiento público que este decrecimiento poblacional tuvo semejante éxito, en gran parte, por sus prácticas coercitivas, especialmente hacia mujeres rurales (Hull 1991, Hull 2005).

<sup>25</sup> Literalmente en indonesio: "Programa para la salud materna e infantil".

<sup>26</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron ocho propósitos fijados por la ONU, con la intención de ser cumplidos por los ciento ochenta y nueve países que la forman entre el año 2000 y 2015. Uno de sus objetivos globales era el de reducir la mortalidad materna un 75 %. En 2015, tras la evaluación de sus metas, el reducir la mortalidad materna se ha extendido a la lista actual de objetivos para los años 2015-2030, ahora denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

<sup>27</sup> Literalmente traducido del indonesio como: "*bidan* en el poblado".

Este programa pretende colocar a una *bidan* en cada *desa* (BI poblado)<sup>28</sup>, y que estas representen la modernidad hacia la que se dirige el país; empezando por ayudar a que los ciudadanos y ciudadanas nazcan como personas modernas a través de técnicas biomédicas. Estas mujeres son otra herramienta nacional para cumplir con los objetivos internacionales: reducir la mortalidad materna, controlar la natalidad del país e impulsar la economía (Niehof 2014).

### *Cooperación de las dukun bayi*

A pesar del gran incremento de *bidan* por el país, el gobierno se topa con que no es fácil: las *bidan* deben enfrentarse a las dificultades logísticas de las zonas rurales, transmutar la desconfianza que aún despiertan sus técnicas y la poca familiaridad que siente la población local hacia ellas al no compartir cultura y lengua local, y al ser consideradas demasiado jóvenes e inexpertas, por trabajar sin haber experimentado en primera persona un parto (Hildebrand 2009).

Una estrategia crucial para conseguir que las *bidan* sean aceptadas y respetadas por las comunidades es impulsar su cooperación con las *dukun bayi terlatih*, puesto que estas, experimentadas y autóctonas, ya cuentan con el respeto local (Niehof 2014). Así, los centros de atención primaria (*puskesmas*) y los puestos obstétricos (*polindes*) que se van construyendo por todo el país tienen entre sus responsabilidades: tejer una red colaborativa entre *bidan* y *dukun bayi terlatih* (Hildebrand 2012).

---

<sup>28</sup> Especialmente en áreas rurales, pues en aquel momento más del 70 % del territorio indonesio era rural (Hildebrand 2009).

Sin embargo, dado que las organizaciones internacionales y el gobierno siguen viendo a las *dukun bayi* con lentes coloniales, dicha cooperación es considerada una transición hacia un Estado moderno con la biomedicina como *conocimiento autorizado* (Jordan 1978). Pues se da por hecho que, a medida que la cobertura biomédica y educativa aumente, las mujeres dejarán de acudir a las *dukun bayi*, y las *bidan* terminarán siendo las únicas responsables de la salud reproductiva (Hildebrand 2009).

Pero esta medida no produce grandes avances, ni en Indonesia, ni en el mundo, y se decide promover que las mujeres y sus comunidades se impliquen de forma directa en ello (Hildebrand & Barkin 2014). Se crea en 1996 el Gerakan Sayang Ibu, inspirado en el Mother Friendly Movement de la IMS (Cholil et al. 1998), implementándose tras el mandato de Suharto en 1998, por la inestabilidad política emergente a causa del autoritarismo, corrupción y crisis económica asiática (Hildebrand & Barkin 2014).

A finales de los años 90, la IMS deja de apoyar las formaciones a las *dukun bayi* globalmente, centrándose en incrementar el número de *bidan*; justificando que estos cursos son caros para el poco impacto que tienen en la reducción de la mortalidad materna (Goodburn et al. 2000), y que en realidad están retrasando su real cometido, pues en vez de impulsar que la población acuda a las *bidan*, las *dukun bayi* están ganando más prestigio local<sup>29</sup> (Hildebrand 2012, Niehof 2014).

No obstante, es interesante observar la multidireccionalidad que toman las implementaciones de políticas reproductivas en los

---

<sup>29</sup> Este resultado inesperado fue percibido por las organizaciones internacionales también en otras partes del mundo, pues se pensaba que la modernización de las comunidades conllevaría cambios en el comportamiento de sus habitantes (Harrison 1989).

diferentes contextos (Ginsburg & Rapp 1995a). Por ejemplo, El Kotni (2019) explica que, en el contexto mexicano, el gobierno sigue promoviendo estas formaciones llamadas “capacitaciones” como estrategia para limitar sus prácticas locales y controlar los procesos reproductivos de las mujeres.

## Era de las reformas (1998-2017<sup>30</sup>)

A partir de 1998, comienza una nueva etapa para Indonesia, en la que se abren puertas a una democracia y un Estado de derecho más real, la superación de la crisis económica, la descentralización política y las relaciones interétnicas (Montobbio 2010). Tras el Nuevo Orden, las siguientes cinco presidencias llevan a cabo reformas constitucionales importantes<sup>31</sup> con un marco legal que incluye tres tradiciones normativas: la ley *adat* indígena, la ley islámica y la ley civil holandesa (Lindsey 1999).

Siendo oficialmente un estado "secular", el primer valor del Pancasila: “creencia en un único Dios” permanece, uniendo el poder estatal y el religioso (Surjadaja 2008). Esto permea la interpretación del derecho reproductivo, a través de nociones patriarcales sobre inclusión, exclusión, sexualidad y género (Fowler 2013). El Gotong Royong sigue actualmente la misma dirección que anteriormente, impulsando la medicalización de todo el territorio (Hildebrand & Barkin 2014).

---

<sup>30</sup>Aunque la Era de las reformas se extiende hasta el presente, señalo el año 2017, porque fue el último año en el que realicé trabajo de campo.

<sup>31</sup> Presidencias después de Suharto: Bacharuddin Habibie (1998-1999), Abdurrahman Wahid (1999-2001), Megawati Sukarnoputri (2001-2004), Susilo Bambang Yudhoyono (2004-2014), Joko Widodo (2014-Presente).

## Constitución y derechos reproductivos

Indonesia es un país miembro de la OMS y signatario de la salud reproductiva como derecho humano. La Ley N° 39/1999 de su Constitución asocia los derechos humanos a la voluntad de Dios<sup>32</sup>. El artículo 49.3 establece que: "Los derechos especiales de las mujeres, relacionados con su función reproductiva, están garantizados y protegidos por ley". La falta de concreción de estos "derechos especiales", desencadena interpretaciones amoldables a los intereses estatales y locales (Fowler 2013).

Esto dificulta que las indonesias dispongan de este derecho con real autonomía, pues en ocasiones sus propios contextos ponen barreras a ello. Esta realidad se relaciona a que la mortalidad materna no haya disminuido todo lo esperado, pues la ONU afirma que la desigualdad de género, manifestada en leyes, políticas y prácticas, influye directamente en la salud reproductiva de las mujeres y supone una violación de los derechos humanos (UN 2015).

### *(Des)centralización política*

Desde la presidencia de Habibie (1998-1999), el país transita por un proceso de descentralización, en el que cierto poder de decisión política pasa de las autonomías centrales a unidades más regionales (Nilsson 2005). Esta estrategia permite al gobierno manejar la diversidad étnica del país, manteniendo su unidad y dejando dicha autonomía a territorios que, por tamaño, lo tienen complicado para iniciar movimientos separatistas (Hull & Hull 2005).

---

<sup>32</sup> Ley N°. 39/1999, obtenido de: Human Rights Legal Instruments <<http://hrli.alrc.net/mainfile.php/indonleg/133/>> (Citado en Fowler 2013:58)

Así, actualmente Indonesia se compone de treinta y cuatro provincias, divididas en distintos *kabupaten* (regencias o distritos). Estos distritos cuentan con autonomía regional, siendo los gobiernos provinciales los que coordinan y deciden qué tipo de servicios públicos se proporcionan en el territorio, de acuerdo a sus propias necesidades, prioridades y convicciones (Hull & Adioetomo 2002).

Dentro de estos servicios, existen cinco áreas de administración pública que han de ser comunes en el país: la política exterior, la defensa nacional, la autoridad fiscal y monetaria, el sistema judicial y los asuntos religiosos (Hull & Adioetomo 2002). Los gobiernos locales han de proporcionar once servicios obligatorios, entre los que figuran educación y salud (2002).

Pero aunque ciertas políticas reproductivas han de ser comunes para cumplir los objetivos internacionales, otras dependen de lo que considere cada provincia (Cook et al. 2010). Esta variabilidad tiene en cuenta las discrepancias que pueden generar ciertas cuestiones dada la historia en cada lugar. Este es el caso de los métodos anticonceptivos y la cooperación entre *bidan* y *dukun bayi terlatih*.

## Objetivos internacionales: ODM (1990-2015) y SDG (2016-2030)

La ONU establece, entre 1990 y 2015, ocho metas mundiales como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La quinta busca reducir la mortalidad materna a un 75 % globalmente. En esos años, Indonesia no alcanza dicho porcentaje, aunque las muertes disminuyen de cuatrocientas cuarenta y seis en 1990 a ciento veintiséis en 2015 (WHO et al. 2015). Sin embargo, esta significativa cifra varía enormemente entre las distintas regiones del país por sus diferencias geográficas, económicas, sociales y culturales (Hildebrand

2009).

Tras el fin de los ODM, la ONU extiende dichas metas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el periodo 2016-2030, aumentando sus metas a diecisiete. La reducción de la mortalidad materna se recoge en su tercer propósito: "Salud y bienestar", aspirando a reducirla a menos de setenta muertes por cada cien mil bebés que nacen. En enero del 2016, tiene lugar en Indonesia la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar "Compromisos mundiales, acciones locales", con el cometido de que los países miembros revisen los compromisos mundiales.

Joko Widodo (2016), actual presidente de Indonesia, inaugura el evento y dice: "Aquello que garantiza [el futuro] de todas las mujeres y niñas es que estas se empoderen para elegir si desean o no y cuándo tener hijos (...). La discriminación y el estigma de muchas mujeres en el país debe terminar". El Dr. Osotimehin (2016), entonces Secretario General Adjunto de la ONU, añade: "La planificación familiar y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y bienestar es una cuestión de derechos humanos".

Pero estas palabras son complejas de implementar, tanto por la tradición paternalista del gobierno indonesio como por la descentralización política (Niehof 2014). La OMS reconoce el esfuerzo del gobierno indonesio por disminuir la mortalidad materna a partir del aumento de *bidan* y la aplicación de la iniciativa SIAGA<sup>33</sup> desde los años 2000, pues su implementación coincide en fecha con

---

<sup>33</sup> SIAGA es el acrónimo de SIAP dan JAGA, que literalmente significa "estar preparados/as y alerta". Esta campaña pone especial atención en maridos (Suami SIAGA), vecindario (Warga SIAGA), *bidan* (Bidan SIAGA), y el poblado en general (Desa SIAGA) (Hildebrand & Barkin 2014). Propone que toda la comunidad permanezca alerta a nuevos embarazos y signos de riesgo durante el proceso reproductivo, promoviendo el parto hospitalario.

el mayor decrecimiento de mortalidad materna en el país (WHO et al. 2015). Ambas iniciativas siguen siendo las principales en la Indonesia actual.

Pero la implementación de ciertas iniciativas depende del lugar, como la cooperación de *bidan* y *dukun*, pues a pesar de que numerosos estudios muestran las ventajas de su trabajo conjunto, su manera de aplicarse varía por los estigmas eurocentristas provenientes de la época colonial holandesa (Niehof 2014). Por otro lado, el escaso énfasis que los ODM, y ahora los ODS, dedican a estas especialistas tampoco ayuda al impulso de esta estrategia (Che Chi & Urdal 2018).

#### *KBDD: cooperación nacional entre bidan y dukun bayi terlatih*

Los cursos impartidos a las *dukun bayi terlatih* y el aumento del número de *bidan* han tenido un éxito parcial con resultados inesperados; pues si bien se ha conseguido que las *bidan* sean valoradas en sus comunidades como profesionales cruciales para la salud reproductiva, el intento de posicionarlas como únicas especialistas obstétricas sigue quedando lejos, ya que las *dukun bayi* mantienen un papel importante en el proceso reproductivo (Agus et al. 2012, Bennett 2017, Hildebrand 2017, Newland 2002).

La OMS observa que esto no solo ocurre en Indonesia, sino en muchos otros países; por ello, desde los años 2000, se empieza a promover<sup>34</sup> un trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi terlatih* (Sibley et al. 2004). Además, aunque el impacto de su labor sea difícil de medir, distintos estudios demuestran que su ayuda como soportes

---

<sup>34</sup> Aunque esta iniciativa no se especifica en los actuales objetivos de la OMS, esta anima a los países a llevarla a cabo (Miller & Smith 2017).

emocionales impacta positivamente en la reducción de la mortalidad materna (Hodnett et al. 2012, Lane & Garrot 2016, Miller & Smith 2017).

Por ello, en 2007 el gobierno lanza la iniciativa KBDD<sup>35</sup> para promover la cooperación entre ambas especialistas, intentando acotar el rol de las *dukun* al campo emocional en el proceso reproductivo (Niehof 2014). Sin embargo, esta colaboración no tiene el mismo peso en todas las regiones del país, pues depende de los diversos matices contextuales (Hildebrand 2009, Ambaretnani 2012, Niehof 2014).

### *Distintas implementaciones*

En poblaciones rurales de Sumbawa, la antropóloga Hildebrand (2009, 2012, 2014, 2017) presenta cómo una percepción gubernamental estigmatizada sobre las *dukun bayi* en la isla impide que estas y las *bidan* trabajen de forma armoniosa, creando un clima competitivo con discursos biomédicos sobre lo “moderno” como progresista y positivo, y lo “tradicional” como primitivo y negativo.

Sin embargo, sus resultados revelan que las *dukun bayi* siguen siendo las más solicitadas por cuestiones de espiritualidad y cercanía. Y que ello despierta la frustración de las *bidan* al sentir que no hacen bien su trabajo, dudas sobre el purismo de sus técnicas, y contradicción ante la conexión que ellas mismas como mujeres locales sienten hacia las prácticas ancestrales.

En el distrito de Manggarai Este de la isla de Flores, Nova Nanur et al. (2016) argumentan que este acuerdo es insatisfactorio

---

<sup>35</sup> KBDD es acrónimo de Kemitraan Bidan Dan Dukun, literalmente: asociación entre *bidan* y *dukun*.

por razones como la inadecuación de las instalaciones médicas, la falta de fondos destinados al mismo, y la carencia del esfuerzo local, pues no se convocan reuniones entre ambas especialistas y la coordinación es irregular. Este estudio, de la mano de otros similares en la isla de Sulawesi (Sudirman 2006, Yusriani 2014), coinciden en que estas insuficiencias deben ser mitigadas.

El estudio comparativo de Niehof (2014) revela que, en varios poblados rurales de Java, esta cooperación no resulta fácil por la concepción colonial que el sector biomédico tiene de las *dukun*, y la preferencia que las mujeres rurales muestran por ellas (D'Ambruso et al. 2013, Stein 2007). Pero, en poblados rurales del este de Lombok, las mujeres siguen los chequeos biomédicos, a la vez que el seguimiento de las *dukun bayi*, en un clima positivo reconocido por todas las partes implicadas (Iacob 2010).

Esta experiencia satisfactoria sucede también en el distrito Rancaekek, al oeste de Java. Ambaretnani (2012) muestra que las *bidan* y las *dukun* realizan distintas tareas en el proceso y mantienen reuniones con regularidad. Por ejemplo, solo las *bidan* ponen puntos de sutura y administran oxitocina en el parto, mientras que las *dukun bayi* se ocupan del plano espiritual y emocional. Su estudio refleja la voluntad de seguir mejorando, pues el gobierno local ve importante una buena coordinación entre ambas especialistas para mejorar la salud reproductiva de madres e hijos/as.

Aceh Singkil, en Sumatra, recibe el Premio de Servicio Público de las Naciones Unidas (UNPSA) en 2015, en reconocimiento al reducir la mortalidad materna a través de la cooperación entre *bidan* y *dukun*, concretamente en dos poblados del distrito, con la ayuda de la internacional USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). Dada esta experiencia positiva, el plan es

seguir fomentando este acuerdo en veintinueve poblados más del distrito (USAID Kinerja 2015).

Esta muestra de prestigio internacional denota la importancia contextual que algunas organizaciones globales otorgan a dicho acuerdo, mostrando respeto tanto por el conocimiento biomédico como el local, y apostando por sinergias que adapten el potencial de ambas especialistas hacia un fin común: mejorar la salud reproductiva.

En resumen, las *dukun bayi* siguen siendo muy importantes para las indonesias, especialmente en zonas rurales (Agus et al. 2012). Pero pese a que un trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun* revela más signos positivos que negativos, este no se promueve igual en las distintas zonas del país. Pues mientras algunas regiones continúan con estigmas colonialistas, otras sí tienen en cuenta las necesidades locales de las mujeres rurales (Hildebrand 2017).

## Conclusión

Indonesia se caracteriza por su gran diversidad cultural y el esfuerzo de sus diferentes gobiernos en intentar unirla a través de un sentimiento de pertenencia nacionalista. Si bien la filosofía del Pancasila, resumida en el Gotong Royong, ha sido y sigue siendo la herramienta principal del gobierno para crear dicha unidad, su control político y social tiende a invisibilizar las realidades culturales locales como estrategia de intervención y control sobre zonas rurales (Bowen 1986).

Durante su gobierno (1967-1998), Suharto y sus políticas centralizadas dirigen al país hacia un ideal occidentalizado y

capitalista. Entre otras iniciativas, Indonesia se hace miembro de la comunidad internacional y promueve construcciones patriarcales. La interacción constante y autoritaria entre Estado y poblaciones locales, permea, la mayoría de las veces, en una resistencia pasiva por parte de las distintas comunidades, debido a nociones locales de legitimidad y obligación (Bowen 1986).

En los años 80, el Ministerio de Salud indonesio comienza a trabajar en reducir la mortalidad materna intentando alcanzar los objetivos internacionales<sup>36</sup>. Sin embargo, dicha mortalidad materna en Indonesia sigue siendo una de las más altas del mundo (Niehof 2014); realidad que guarda relación con la forma en la que determinadas políticas reproductivas se implementan en ciertos contextos poscoloniales (Ram & Jolly 1998).

El gobierno sigue la estrategia global de incrementar el número de *bidan* por el país, para posicionarlas como principales guardianas de la salud reproductiva remplazando a las *dukun*. Sin embargo, desde los años 2000, se fomenta globalmente el trabajo entre SBAs y TBAs<sup>37</sup>, dada la importancia de estas últimas en sus culturas (Sibley et al. 2004). Indonesia sigue esta iniciativa, pero su descentralización política permite a los gobiernos locales promoverla o no según la sensibilidad que despierte *in situ* (Hull & Adioetomo 2002).

En zonas de Sumbawa, (Hildebrand 2012), Java (Niehof 2014),

---

<sup>36</sup> El análisis de la mortalidad materna y el papel de las conocidas “matronas tradicionales” en el lenguaje internacional, ha sido estudiado en diversas partes del mundo, como en México (Jordan [1978]1993, Cosminsky 2016, El Kotni 2018), Jordania (Maffi 2013), Brasil (Scheper-Hughes 1992), e Indonesia (Ambaretnani 2012; Hay 1999; Hildebrand 2009, 2012, 2014, 2017; Nourse 1999; Magrath 2016); entre otros.

<sup>37</sup> La OMS utiliza el término SBAs para referirse a las *Skilled Birth Attendants* o matronas biomédicas, y TBAs para referirse a las *Tradicional Birth Attendants* o matronas formadas en el conocimiento médico local de sus culturas.

Flores (Nova Nanur et al. 2016) y Sulawesi (Yusriani 2014), el trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi* está sujeto tanto a nociones eurocentristas sobre lo “moderno” atribuido a las primeras, y lo “primitivo” atribuido a las segundas, como a la falta de esfuerzo local, infraestructuras y fondos para ello. Esta situación enfrenta a ambas especialistas en la legitimación de sus respectivos conocimientos (Hildebrand 2009).

Sin embargo, en áreas del oeste de Java (Ambaretnani 2012, Magrath 2016), Lombok (Iacob 2010) y Sumatra (USAID Kinerja 2015), la compenetración entre *bidan* y *dukun bayi* responde como el Estado espera, resultando más satisfactoria y positiva para las partes implicadas. Ambas mantienen reuniones con regularidad y admiten que sus prácticas son complementarias. Estas zonas experimentan mejorías en la salud de las mujeres, y la voluntad local revela la intención de seguir caminando en esta línea.

Teniendo en cuenta que las interacciones entre la persona que proporciona los servicios de salud y la persona que los recibe habla del éxito o fracaso de las políticas reproductivas (Hildebrand 2017), un lugar clave desde el que analizar el grado de satisfacción de estas relaciones y sus consecuencias reside en esta tríada de mujeres: *bidan*, *dukun bayi* y madres rurales. Su comparativa revela que en zonas donde la relación entre ellas es positiva, los resultados son más beneficiosos que en aquellas en las que no lo es; de ahí que las investigaciones recomienden mejorar esta situación.

Los debates y políticas sobre matronas en los distintos contextos muestran cómo las concepciones globales, nacionales y locales sobre lo moderno y primitivo se configuran mutuamente (Hildebrand 2012). El caso de Aceh Singkil (USAID Kinerja 2015) ejemplifica el impulso que puede dar aspirar al prestigio internacional

con los fondos necesarios para una buena cooperación entre *bidan* y *dukun*, mostrando respeto y reconocimiento al conocimiento biomédico y al local, apostando por sinergias que adapten el potencial de ambos hacia la mejora de la salud materna.

Esta realidad muestra que en un país como Indonesia, donde la mortalidad materna es alta y los recursos limitados, las consecuencias de la modernidad, la tradición, el control político y las desigualdades étnicas, de género y estatus social convergen en el cuerpo de las mujeres (Browner & Sargent 2011b).

El presidente de Indonesia está de acuerdo en que para mejorar la salud reproductiva de las mujeres hay que empoderarlas en sus procesos reproductivos, y la discriminación que sufren muchas de ellas ha de cesar. Un claro ejemplo de esta cuestión es la necesidad que muestran las mujeres por las *dukun bayi* y la estigmatización que sufren estas especialistas en distintas zonas del país.

En estos casos, revisar ciertas nociones de modernidad es importante para escuchar y visibilizar las necesidades de las mujeres (Harding 2008), pues prácticas como las de las *dukun bayi* son frecuentemente juzgadas como opuestas al progreso. Para propiciar una buena cooperación entre *bidan* y *dukun* se debe contar con recursos y voluntad local; algo que en ocasiones se complica por la economía descentralizada y la forma en la que cada provincia distribuye el dinero que tiene (Niehof 2014).

Esta investigación se suma a la revisión en la que ambas especialistas y madres rurales se relacionan en el distrito Sikka, para dilucidar las consecuencias de sus interacciones (in)satisfactorias durante el embarazo, parto y posparto. Así, el próximo capítulo contextualiza de forma general algunas particularidades históricas, sociales y culturales de este grupo etnolingüístico.

### III. El distrito Sikka

## *Encuentro con el obispo*

Al inicio de mi estancia, entrevisto en su residencia oficial en Maumere<sup>38</sup> al obispo del *kabupaten* Sikka (BI<sup>39</sup> distrito Sikka). Gerulfus Kherubim Pareira tiene unos setenta y cuatro años de edad y nació en Lela, un poblado rural muy cercano a esta ciudad. Tras una larga conversación sobre temas variados, el máximo representante de la religión católica del distrito quiere añadir dos cosas sobre su comunidad.

La primera: “La gente sikka tiene fama de ser clara y directa a la hora de hablar”. La segunda: “Esta comunidad está muy orgullosa de ser católica; pero es el Adat<sup>40</sup> lo que tienen grabado a fuego en el corazón”. Esta declaración compara de forma directa la *agama katolik* (BI religión católica) con el Adat.

La palabra *adat* se traduce a nivel nacional como “costumbres tradicionales”; proporcionando flexibilidad en la vida diaria de la población indonesia en general, y de la sikka en particular, “pues permite que las personas puedan ir a misa los domingos, y sacrificar

---

<sup>38</sup> Maumere es la capital del distrito Sikka, y tiene casi cincuenta mil habitantes. Es la única zona urbana de este distrito y es la ciudad más grande de la Isla de Flores.

<sup>39</sup> A partir de ahora, para traducir al -y del- indonesio utilizaré las siglas BI (*Bahasa Indonesia*) y SS (*Sara Sikka*) para aquellas en lengua sikka. (En general se ha mantenido el idioma original en el texto con la traducción al español entre paréntesis, pero en algunos casos se ha escrito a la inversa para facilitar el texto).

<sup>40</sup> Siguiendo la propuesta de Butterworth (2008), a lo largo de esta tesis, la palabra *adat* se escribe de dos formas distintas. Por una parte, se utiliza *adat* (una palabra que según la fuente puede también encontrarse escrita con “h”: *hadat*) para hacer referencia de manera genérica a la palabra indonesia de origen árabe utilizada en el país para englobar a aquellas creencias, prácticas y costumbres locales de un determinado lugar. Y, por otra parte, se utiliza Adat, con mayúscula, para hacer referencia a la cosmología sikka, ya que, al no tener una palabra local para ello, es la palabra que la comunidad sikka también emplea.

un cerdo para sus ancestros los lunes sin ocasionar ninguna tensión” (Butterworth 2008:244).

Ya que, si los rituales y creencias autóctonas también se categorizasen como *agama* (BI religión), el Adat y el catolicismo se posicionarían en competición directa contradiciendo el principio monoteísta<sup>41</sup> del Pancasila.

No obstante, a pesar de que el obispo deja claro lo importante que es el Adat para la comunidad sikka, el sincretismo entre Adat y catolicismo es aceptado de forma selectiva, según los intereses estatales y fuerzas globales como la religión católica, la biomedicina, la educación y la economía. Ello, asociado al Pancasila y al Gotong Royong, alerta a este grupo etnolingüístico de que su Adat está en crisis.

Sin embargo, en sintonía con Butterworth (2008, 2009), a lo largo de este capítulo y de la tesis en general, se verá cómo a pesar de un contexto histórico-político que dificulta la supervivencia del Adat en ámbitos como las prácticas y creencias alrededor del embarazo, parto y posparto, su persistencia sigue siendo esencial para la identidad sikka, especialmente en zonas rurales.

---

<sup>41</sup> El catolicismo es una de las religiones oficiales del país.

## La comunidad sikka



Ilustración 3. Mapa que ubica la Isla de Flores  
y el distrito Sikka en Indonesia.

(Fuente: Butterworth 2008)

El distrito Sikka se encuentra en la parte este-central de la Isla de Flores<sup>42</sup>, una de las islas que componen la provincia de Nusa Tenggara Timur<sup>43</sup>, situada en la mitad oriental de la línea de Wallace<sup>44</sup>. El nombre “Flores” proviene de principios del siglo XVI, cuando un grupo de expedición portuguesa la denomina inicialmente “Cabo das Flores” (Ricklefs [1981]2001).

<sup>42</sup> Flores tiene una extensión de 13.504 km<sup>2</sup> y según el censo de 2010, 1.831.000 habitantes con una densidad poblacional de 135/km<sup>2</sup> hab.

<sup>43</sup> Según señala la Cámara de Comercio e Industria de Indonesia en 2008, la provincia de Nusa Tenggara Timur se compone de unas 566 islas de las cuales solo 42 están habitadas. Así, en cuanto a número de habitantes, según el censo de 2016, la provincia tiene una densidad poblacional de 104,08/km<sup>2</sup> hab. y una población total de unos 5.203.514 habitantes.

<sup>44</sup> Término acuñado por los británicos Alfred Russel Wallace y Thomas Henry Huxley en 1859, la “línea de Wallace” divide Indonesia en dos zonas ecológicas distintas. De estas, la mitad occidental comparte más similitudes con la fauna y flora asiática, mientras que la mitad oriental, además de con la asiática, también con la australiana (Gallardo 2013).

Esta isla de naturaleza exuberante, valles profundos, volcanes activos y amplias playas comprende una gran diversidad cultural, pues en ella habitan distintos grupos etnolingüísticos que, durante siglos, se desarrollaron sin contacto entre sí debido a la dificultad que presenta el terreno montañoso y selvático de la isla (Moser 2011).

Maumere cuenta con el aeropuerto nacional Frans Seda. El mayor tránsito es el recorrido Kupang<sup>45</sup>↔Maumere para personas que cada día trabajan entre estas ciudades. También es popular el vuelo diario Makassar↔Maumere, y casi diario Denpasar↔Maumere; pues si se aterriza en Yakarta, la capital del país, se puede llegar a Maumere haciendo escala en una de estas ciudades.

Según el censo de 2016 del *BPS* (BI centro estadístico local, llamado *Badan Pusat Statistik Kabupaten Sikka*), este distrito tiene un total de 315.477 habitantes, un porcentaje de pobreza del 40 % aproximadamente, y una esperanza de vida de unos sesenta y seis años. Está compuesta por veintiún *kecamatan* (BI subdistritos), en dos de los cuales se basa principalmente el trabajo de campo de esta tesis: Bola y Alok.

Con la intención de conocer las particularidades del proceso reproductivo, esta investigación se centra en zonas rurales con foco en madres rurales, *du'a rawin*<sup>46</sup> y *bidan*. El subdistrito Bola<sup>47</sup>, con zona costera, resulta idílico. Aquí, gracias a contactos locales en la ciudad de Maumere, conozco a una familia con la que convivir, y sumergirme en la vida local.

---

<sup>45</sup> Kupang es la capital de Nusa Tenggara Timur (NTT), la provincia en la que está Flores.

<sup>46</sup> Término local para referirse a aquellas mujeres especialistas en el conocimiento obstétrico autóctono.

<sup>47</sup> La ciudad de Maumere es la única zona urbana del distrito.

Mi día a día transcurre mayormente en *desa* Bola<sup>48</sup> (BI poblado de Bola) y su *puskesmas*<sup>49</sup>. Aquí observo partos, pues por ley casi todas las mujeres del subdistrito dan a luz aquí, y también me desplazo por los distintos poblados que componen este *kecamatan*, para realizar entrevistas y observación participante en casas y distintos puntos sanitarios<sup>50</sup>.

Así mismo, este trabajo se complementa con la observación de partos en el hospital general T.C. Hillers en Maumere (subdistrito Alok). Aquí se deriva a las parturientas de todo el distrito, cuando se considera que hay riesgos vitales para madre y/o bebé. No obstante, dado que Maumere es la única zona urbana del distrito Sikka, las mujeres que llenan estas salas de parto viven en zonas rurales.

A continuación, este capítulo se centra en la descripción general del subdistrito y el poblado Bola; pues aquí es donde convivo con una familia local y establezco el punto base desde el que desplazarme a los demás poblados. Más adelante, se describirán en cada capítulo los espacios concretos según vaya conviniendo.

---

<sup>48</sup> Realicé trabajo de campo en el subdistrito Bola. Este está compuesto por diferentes poblados (BI *desa*), entre ellos, uno se llama *desa* Bola, compartiendo nombre con su subdistrito.

<sup>49</sup> Centro de salud comunitario de atención primaria (solo hay uno por cada subdistrito).

<sup>50</sup> Para apoyar al *puskesmas*, cada poblado tiene una pequeña oficina donde la *bidan desa* de dicho poblado (*polindes*) está disponible, y otra en la que atiende un enfermero/a (*pustu*).

## El subdistrito Bola: infraestructuras y espacios



Ilustración 4. Mapa del subdistrito Bola colgado en el *puskesmas* Bola. En él, pequeños iconos indican: colegios, iglesias, centros de salud y número de embarazadas en cada poblado.

Autora: Alicia Paramita

El *kecamatan* Bola (BI subdistrito Bola) está compuesto por seis *desa* (BI poblados): Hokor, Wolonwalu, Wolokoli, Umuta, Ipir y Bola. Tiene una población aproximada de 11.987 personas (censo de 2016). La mayoría se dedica a la agricultura, combinada con la pesca en la zona costera. Entre los productos de cultivo están el coco, cacao, café, maíz, mango, aguacate, plátano, casava, papaya y guayaba.

## *Transporte, carreteras y caminos*

El subdistrito Bola se encuentra a unos 26 km de la ciudad de Maumere. Según el medio de transporte, se tarda en llegar una hora aproximadamente. Tanto para este trayecto como para desplazarse por el distrito Sikka y Flores en general, existen tres formas principales de transporte.

La más utilizada y económica es el *bemo*, un mini-bus de unos doce asientos; en el que entran todas las personas que consigan encontrar un hueco, incluyendo el suelo y el techo. Sus propietarios los personalizan con colores vivos y siempre conducen con música local a todo volumen. En el día suele haber varios *bemo* que hacen ida y vuelta Maumere-Bola.

Otra forma común de desplazarse es el *ojek*; hombres que utilizan sus motos particulares para llevar a personas de un sitio a otro tras pactar un precio previo. La tercera opción es el coche de particulares. Solo algunas personas del *kecamatan* tienen uno, por lo que es habitual aprovechar los viajes de estos vecinos/as.

La carretera que conecta Maumere con el *kecamatan* Bola está asfaltada y tiene dos direcciones. Al salir de la ciudad, el mar queda a la izquierda y se ven diferentes indicaciones. Si se sigue recto, la carretera lleva a Larantuka; se ha de coger una de las desviaciones a la derecha en dirección a Bola, dejando el alto y solitario volcán Egon a la izquierda. La carretera se va haciendo progresivamente estrecha y serpenteante.

Debido al terreno montañoso, hay bastantes subidas y bajadas. La vegetación es muy abundante, la temperatura fresca y agradable. Se van pasando imponentes valles de palmeras cocoteras y pequeños poblados. Hay que poner atención en cada curva, pues

aunque las condiciones de la carretera son relativamente buenas, hay que esquivar los agujeros y baches que hacen las raíces de los árboles y el desgaste del tiempo.

Hay diversas tonalidades de verde, diferentes arbustos y grandes árboles de mango, papaya y nangka entre otros. A lo largo del camino, la carretera va ramificándose en diversos senderos de tierra que conducen a los distintos *dusun* (BI vecindarios) de cada poblado. Normalmente cada *desa* o poblado está formado de tres y cinco *dusun*.

Los *dusun* pueden estar alejados los unos de los otros, incluso en numerosas ocasiones tener un acceso difícil entre ellos, dependiendo de la densidad selvática y la dificultad del terreno que los separa. Por fin, se llega al *kecamatan* Bola, en el que un mural de bienvenida ornamentado con motivos étnicos en relieve recibe a las personas visitantes indicando el nombre del lugar.

### *Agua y electricidad*

La luz y el agua son cruciales para la vida diaria de la comunidad<sup>51</sup>. En *desa* Bola la electricidad llega en 1992, aunque algunos vecindarios siguen utilizando velas de cera, lámparas de batería recargable y de *minyak tanah* (BI queroseno). Su cobertura varía según la proximidad de los distintos *dusun* (BI vecindarios) al *jalan raya* (BI carretera principal); por tanto, los vecindarios cercanos a esta carretera tienen mayor y mejor cobertura que los que están más lejos.

---

<sup>51</sup> Según la OMS, ochocientos cuarenta y cuatro millones de personas no tienen un servicio básico de suministro de agua potable, lo que puede dar lugar a numerosas enfermedades.

Al caer la noche, una oscuridad casi total baña el subdistrito; tanto, que las estrellas pueden verse de forma muy nítida, al no haber sistema de iluminación en la carretera principal y sus caminos. No obstante, la electricidad nunca está garantizada, pues la señal eléctrica, proveniente de la ciudad de Maumere, se pierde con frecuencia varias veces al día, e incluso días completos. Esto repercute en los quehaceres diarios.

En el caso del agua, la compañía estatal de aguas (BI PDAM, *Persusahaan Daerah Air Minum*) no suministra a todos los poblados. Algunas casas y establecimientos tienen suministro propio, mientras que otras acceden a los *sumur* (BI pozos comunitarios). El agua corriente proviene de un *mata air* (BI manantial), que se encuentra en el *dusun lan*, uno de los tres vecindarios que forman *desa Bola*.

En *desa Bola*, cada casa tiene un grifo a ras de suelo, al que se conecta una manguera que facilita la distribución de agua hasta el *kamar mandi* (BI cuarto de baño), la *dapur* (BI cocina), la zona delantera y trasera de la casa (donde se lava ropa a mano). Este servicio también llega a la mayor parte de casas de *desa Wolokoli*, *Umauta* y parte de *Ipir*. El resto utiliza pozos y agua de lluvia almacenada.

Al igual que ocurre con la electricidad, aunque con menos frecuencia, es posible que el agua deje de salir durante varios días; por lo que en lugares como el *puskesmas* (el centro sanitario de atención primaria), se ha de tener tanques de agua de lluvia reservados para estos posibles imprevistos.

## Espacios

Viniendo de Maumere, pasando por *desa* Wolokoli, se llega a *desa* Bola. La carretera atraviesa la mayor parte del poblado conduciendo a la playa donde está *desa* Ipir. El camino sigue hasta la frontera con el *kecamatan* Doreng. A los costados de la carretera, se construyen distintas instalaciones gubernamentales para que las personas del subdistrito puedan acceder fácilmente. Principalmente: colegios, iglesias, centros médicos y oficinas que administran y coordinan cada poblado.

### *Un paseo por el poblado Bola*

El subdistrito Bola está compuesto por tres *dusun*: Ian, Tarunggawan y Rota. Nada más entrar al poblado, a mano izquierda, se encuentra la sede del *posyandu*<sup>52</sup> (BI puesto móvil de salud comunitaria) de *dusun* Tarunggawan. Aquí se reúnen una vez al mes *bidan*, embarazadas, bebés, niños y niñas de este vecindario para chequearse la salud. Al lado, hay un huerto de plataneros y arbustos de *ubi* (BI casava).

Al pasarlo, se presenta la posibilidad de girar a la izquierda por una empinada cuesta. Al subirla, una estatua de color plateado de Santo Martinus a caballo da la bienvenida a la parroquia de Bola<sup>53</sup>;

---

<sup>52</sup> *Posyandu*, viene de *Pos Pelayanan Terpadu*. Hay uno por *dusun* o vecindario, y es un espacio reservado para realizar reuniones mensuales con embarazadas y madres con hijos/as menores de cinco años.

<sup>53</sup> Cada *desa* suele tener su iglesia.

fundada originalmente en los años 20<sup>54</sup> y hogar de un grupo de monjas filipinas de la Orden de los Padres Somascos.

De nuevo en la carretera principal, al lado izquierdo está la *Sekolah Dasar* o *SD* (BI escuela pública primaria); fundada en 1916<sup>55</sup> y a la que asisten niños y niñas de entre seis y doce años. Al seguir caminando, se ven casas particulares y algún quiosco pequeño. A la derecha hay varias oficinas, entre las que se encuentra la de la *kepala desa* (BI la máxima autoridad gubernamental a nivel *desa*), actualmente una mujer.

Estas oficinas cumplen con gestiones administrativas y de registro general del poblado. Dentro de sus tareas, se encuentran aquellas relacionadas con el programa *Pembinaan Kesejahteraan Keluarga* o *PKK* (Desarrollo de Bienestar Familiar); en el que se resaltan principios del Pancasila, Gotong Royong, educación, gestión familiar y sanitaria. Gradualmente el camino va descendiendo y empieza a oler a mar.

Cada mañana hay mujeres que venden dulces recién hechos en la puerta de sus casas. Destacan las rosquillas con azúcar y el *pisang goreng* (BI plátano frito); suelen agotarse pronto por el éxito que tienen entre niños y niñas. A la derecha, está el *puskesmas* (BI centro de salud comunitario), donde un equipo biomédico está disponible las veinticuatro horas del día para aquellas personas del *kecamatan* que lo necesiten.

---

<sup>54</sup> Aunque en cada poblado suele haber una iglesia, el año de construcción varía. Por ejemplo, en Watublapi (un poblado cercano), su construcción fue en 1938 (Butterworth 2008).

<sup>55</sup> Aunque la escuela primaria es fundada en Bola en 1916, los demás colegios de primaria del *kecamatan* no. Por ejemplo, en *desa* Ipir (el siguiente poblado por el que pasa la carretera principal después de Bola) no se construye hasta 1956.

Debido a que solo existe un *puskesmas* por subdistrito, cada *desa* tiene un *polindes*<sup>56</sup> y un *pustu*<sup>57</sup> pudiendo fusionarse ocasionalmente en un solo espacio denominado *poskesdes*<sup>58</sup>. Estos puestos sanitarios están coordinados y en comunicación constante con el *puskesmas*, en este caso ubicado en *desa* Bola.

Justo en frente, está la oficina del Camat (BI coordinador y máximo responsable de los diferentes poblados del *kecamatan*. Actualmente un hombre local). Cerca hay un pequeño banco nacional, el único en todo el subdistrito. No tiene cajero automático y recibe el salario mensual (frecuentemente impuntual) de trabajadoras y trabajadores públicos: personal administrativo, sanitario y escolar.

Al seguir avanzando, se pasan varios puestitos hechos con caña de bambú. Algunos hombres lugareños venden hortalizas e ingredientes rutinarios como guindillas, jengibre, tomate y algo de pescado fresco. Sigue una curva larga y cerrada que lleva a la *Sekolah Menengah Pertama* o *SMP* (BI escuela de estudios intermedios); donde llegan diariamente chicos y chicas de entre doce y quince años, que suelen reunirse por las tardes para jugar al vóleibol en frente del colegio.

Al terminar este tramo, a la izquierda está el *posyandu* de *dusun* Bola Rota; a diferencia del anterior es un recinto casi por completo al aire libre. Casi seguido, hay un desvío a la izquierda que sube por un caminito estrecho y asfaltado que conduce a la *Sekolah Menengah Atas* o *SMA* (BI la escuela de secundaria) del *kecamatan* Bola.

---

<sup>56</sup> *Polindes* de: *Pondok Bersalin Desa*, traducido como “centro del poblado para la atención al parto”. Atendido por una *bidan* encargada del ámbito de salud reproductiva.

<sup>57</sup> *Pustu* de: *Puskesmas Pembantu*, traducido como “centro de apoyo al *puskesmas*”. Atendido generalmente por una enfermera/o para cuestiones sobre salud general.

<sup>58</sup> *Poskesdes* de: *Pos Kesehatan Desa*, traducido como “puesto del poblado para la salud”.

Fundada en el año 2003, aquí vienen jóvenes de entre quince y dieciocho años de todas partes del subdistrito.

De nuevo en la carretera principal, poco antes de llegar a la playa, a la derecha sube una pronunciada cuesta que conduce al *pasar* (BI mercado) de los lunes. Este mercado es el más importante del subdistrito Bola. Aquí la gente local trata de vender parte de sus cosechas y comprar la comida de la semana.

De nuevo en la carretera, se llega a un mural que despide a las personas visitantes deseándoles *selamat jalan* (BI buen viaje) e indicándoles que ya están en *desa* Ipir. En este poblado costero se encuentra la sede policial local encargada de los *kecamatan* Bola, Mapitara y Doreng. En este primer tramo de playa, se encuentra incrustada en una roca, una gran cruz de hierro de tres metros de altura conocida como *watu krus* (literalmente, SS piedra cruz).

Aunque no se tiene conocimiento exacto del tiempo que tiene, la comunidad y otras fuentes (Beding dan Lestari-Beding 2001) dicen que representa la propagación del catolicismo en Flores y el bautismo del *kecamatan* Bola como miembro de la Iglesia. Se habla de que, en este proceso, son sobre todo dos clérigos portugueses quienes impulsan la religión al llegar a Flores en el s. XVII: padre Dominicus y padre Fransiskus Xaverius.

## Dialectos y acotaciones

La identidad, unión y compromiso de la comunidad sikka con su cultura, está relacionada con su noción de pertenencia a determinados lugares, clanes y al sincretismo cotidiano de catolicismo

y Adat<sup>59</sup>. Tres cuartas partes de la población habla Sara Sikka<sup>60</sup> o alguno de sus dialectos compartiendo un patrimonio cultural común; mientras que el cuarto restante lo forman otras etnias: lamahlot-hablantes al noreste, lio-hablantes al oeste, una comunidad musulmana en la costa norte, habitantes de China y otras partes de Indonesia.

Según los académicos Lewis (1994) y Metzner (1982), la lengua Sara Sikka está influida por determinados matices culturales que dividen a la comunidad en cinco grupos: Ata<sup>61</sup> Sikka, Ata Tana 'Ai, Ata Krowé, Ata 'Iwang y Ata 'Iwang Geté. No obstante, debido a las numerosas similitudes que existen entre ellos, ambos autores aúnan los tres últimos en uno solo: Ata Krowé.

Estos etnónimos son a veces difusos, como lo corroboran más adelante Butterworth (2008) y Lewis (2006a); pues señalan que realmente solo los utiliza el grupo Ata Sikka, no el resto. Esto también se constata en esta tesis. Se intuye que puede tener relación con el hecho de que el grupo Ata Sikka, fundadores del *kerajaan Sikka* (Bí reino sikka), empleasen estos nombres para diferenciarse a sí mismos del resto. Esta teoría Ata Sikka-céntrica se refleja en el propio nombre del actual distrito: *kabupaten Sikka* (Butterworth 2008).

---

<sup>59</sup> A lo largo de esta tesis, se ve que en el distrito Sikka, Adat y catolicismo conviven en sincretismo de una forma complementaria en muchos ámbitos. Esto se refleja tanto en el día a día de la comunidad, como también en rituales muy señalados como el matrimonio, las etapas vitales de madurez, los ritos funerarios (Butterworth 2008) y, en el caso de esta investigación, durante el proceso reproductivo.

<sup>60</sup> Así lo indican también Butterworth (2008) y Lewis (2009) en sus trabajos. *Sara* significa "camino" o "método" y está relacionado con el término *cara* en indonesio (Butterworth 2008). Es una lengua que, en 1983, Wurm y Hattori ubican dentro del subgrupo Flores-Lembata (Lomblen), a su vez dentro del subgrupo Malayo-polinesio centro-oriental de las lenguas austronesias no oceánicas.

<sup>61</sup> *Ata* significa "gente" en Sara Sikka.

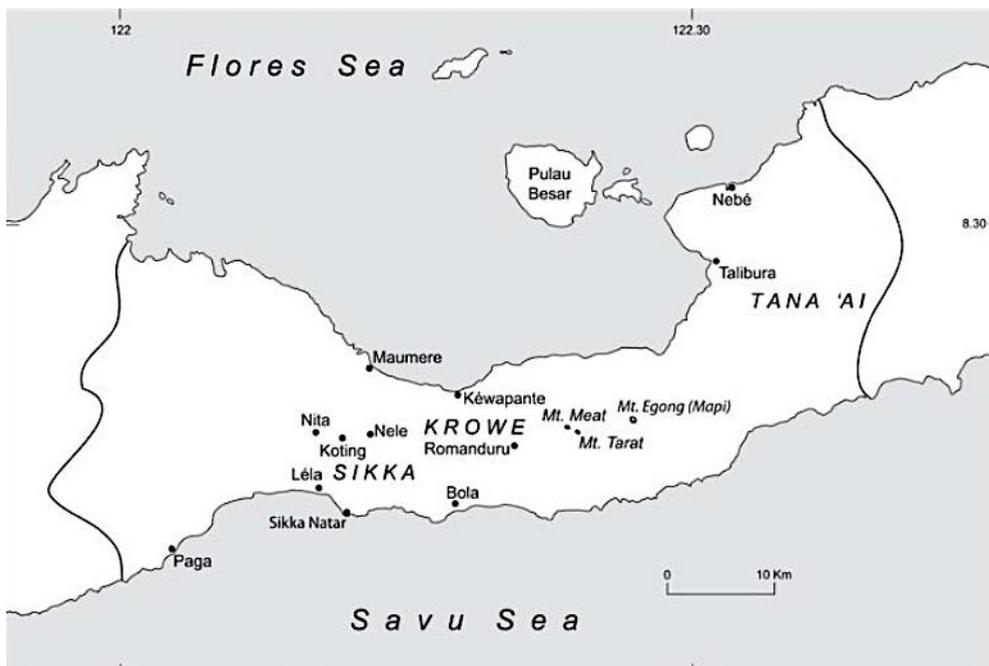


Ilustración 5. Mapa del distrito Sikka indicando las zonas de los tres dialectos de la lengua Sara Sikka:

Sara Sikka, Sara Krowé y Sara Tana 'Ai.

(Fuente: Butterworth 2009)

Dicho reino inicia su asentamiento en el poblado de Sikka Natar<sup>62</sup>, en la costa centro-sur del distrito; ejerciendo su poder político hasta finales de los años 50 tras el nacimiento de Indonesia como país (Lewis 1996). En su momento de esplendor, este reino es poderoso e influyente y subordina a otros grupos cercanos, creando de un paisaje cultural policéntrico y policósmico, uno monocéntrico y monocósmico (Lewis 2006a).

La población Ata Sikka denomina Ata Krowé a las personas del subdistrito Bola (Lewis 1994). Sin embargo, aunque hay personas de Bola que conocen este etnónimo, ninguna se refiere a sí misma como

<sup>62</sup> Sikka Natar significa en SS “el poblado de Sikka”.

tal. Cuando dos o más personas se presentan hacen referencia a acotaciones político-geográficas y familiares. Entre personas del mismo poblado<sup>63</sup>, se indica en qué casa viven y la relación de parentesco con su *kepala keluarga* (BI cabeza de familia). Si son de poblados distintos, facilitan el nombre del mismo.

No obstante, estos etnónimos revelan diferencias culturales significativas entre ellos. Por ejemplo, el grupo Ata Tana 'Ai tiene un sistema de descendencia matrilineal, mientras que el Ata Sikka y Ata Krowé patrilineal con un Adat similar en sistema de alianzas, contraprestaciones y rituales (Lewis 2009, 2010); por lo que las diferencias entre estos últimos no son rápidamente identificables (Arndt [1933]2002; Butterworth 2008, 2009; Lewis 1996, 1998a, 1998b, 2006a, 2006b).

Estos matices también permean en los tres dialectos sikka que hay en el distrito. El Sara Tana 'Ai, hablado por el grupo Ata Tana 'Ai y ubicado al este del distrito (Fox & Lewis 1993). El Sara Sikka, hablado desde la costa norte de Maumere, pasando Nita y Koting hasta la costa sur, en los poblados de Lela, Sikka Natar y Bola. Y por último, la parte restante habla Sara Krowé, en un área comprendida geográficamente entre los subdistritos Kéwapante y Bola (1993).

Aunque en el subdistrito Bola no hay una opinión unificada sobre qué dialecto se habla. Algunas personas dicen que Sara Krowé, otras que Sara Sikka. La mayoría admite que la diferencia entre la forma de hablar de Bola y la de Sikka Natar, es la ausencia de una "g" final en ciertas palabras. Así, algunas personas opinan que esto es suficientemente notorio para considerar que el dialecto es

---

<sup>63</sup> Un poblado o *desa*, está compuesto por diferentes *dusun* (BI vecindarios), que no tienen por qué estar cerca los unos de los otros, y pueden estar separados por bastante terreno selvático.

Sara Krowé, mientras que otras lo consideran un simple matiz lingüístico del Sara Sikka<sup>64</sup>.

El mapa anterior muestra que la comunidad queda acotada en tres zonas y grupos: Ata Sikka (costa sur), Ata Krowé (zona central que comprende la costa norte y sur) y Ata Tana 'Ai (zona montañosa al este) (Butterworth 2009, Lewis 2009). A continuación, aún con conciencia de la imperfección de estos límites, este capítulo utiliza el etnónimo Ata Krowé para hacer referencia a las personas del subdistrito Bola y marcar así sus diferencias históricas respecto al grupo Ata Sikka<sup>65</sup>.

### *Orden social: precedencia y jerarquía*

Fruto de un contexto histórico compartido a la vez que único, todos los poblados del distrito Sikka comparten un origen y patrimonio cultural común, que se caracteriza también por la riqueza de los matices de cada lugar. Esta diversidad se debe en parte al grado de interacción que los distintos poblados han tenido a lo largo de los siglos con el reino Sikka y el intercambio cultural a través del comercio.

Por ejemplo, mientras la zona de Sikka, y algunas de Krowé, han tenido una interacción política y comercial muy intensa, la zona de Tana 'Ai no tanto (Lewis 2009). En relación al orden social dentro de los distintos grupos del distrito, es necesario mencionar que estos

---

<sup>64</sup> Vuélvase a observar el mapa que abre este apartado en el que se indican los dialectos y las zonas.

<sup>65</sup> En los capítulos venideros, no se utilizan estos etnónimos. Independientemente del poblado dentro del distrito, a las personas locales se las denomina "personas sikka", pues así se refieren a sí mismas.

nacen y expanden hace cientos de años a través de la incorporación de diferentes grupos de origen extranjero (2009).

El origen de esta comunidad se narra a través de mitos e historias que antaño se contaban exclusivamente de forma oral; hasta que dos miembros del gobierno de Don Thomas Ximenes da Silva, el último rey sikka, deciden escribirlas entre 1925 y 1960: Mo'ang<sup>66</sup> Dominikus Dionitius Pareira Kondi y Mo'ang Alexius Boer Pareira.

Kondi, nativo de Sikka Natar, y Boer, de Bola, son parientes lejanos. Sus obras, consideradas enciclopedias, se conocen por el nombre de *Hikayat kerajaan Sikka* (BI La saga del reino sikka); un compendio formado por dos extensos manuscritos y unos cien documentos, que trazan la historia del patrimonio cultural sikka (Lewis 1999, 2009). Esta saga, estructurada en una cronología de personas y eventos considerados históricamente reales, se divide en cuatro partes.

La primera, cuenta la creación del reino sikka. La segunda, explica cómo el reino se expande territorialmente a través de acuerdos entre reyes y *tana pu'ang* (SS Fuentes de la Tierra) de otros territorios. La tercera narra la vida de uno de los primeros reyes sikka, Don Alésu da Silva, considerado un héroe por haber traído el catolicismo al reino. Y la cuarta, documenta la subordinación del reino sikka a la colonización holandesa desde mitad del s. XIX hasta la Segunda Guerra Mundial (Lewis 2009).

Estos eventos explican las *estructuras originarias* (Fox 1988) de esta comunidad, así como su orden social (Lewis 1996). Así, para comprender cómo percibe la comunidad sikka el mundo y su lugar en él, es necesario adentrarse en la historia desde sus orígenes y

---

<sup>66</sup> El término *mo'ang* se emplea en Sara Sikka como honorífico para los hombres. En el caso de la mujer, es *du'a*.

comprender el concepto de *precedencia*; término que Lewis traduce de la palabra *Oda* en Sara Tana 'Ai (Lewis 1988).

### *Mitos de origen: autoridad y poder*

La cosmología sikka atribuye a todos los elementos del mundo un espíritu<sup>67</sup> (SS *uhek manar*) (Dasi 2013). En la historia de la creación existe una Fuente originaria, así como la obligación de realizar rituales por parte de los seres humanos como símbolo de reciprocidad hacia esta energía creadora (Butterworth 2008). Todo comienza cuando de esta Fuente nace una primera dualidad energética masculina y femenina.

Esta genera un principio de dualidades complementarias, creando un mundo regido por ellas hasta llegar a la dualidad hombre y mujer. Entre las primeras, se forman el cielo y la tierra, primeros ancestros o deidades en la cosmología sikka: *Ina Niang Tana Wawa* (SS Madre Suelo Tierra Abajo) y *Ama Lero Wulang Réta* (SS Padre Sol Luna Arriba) (Butterworth 2008, Lewis 1999).

El mito continúa trazando una profundidad temporal de treinta y cuatro generaciones, narrando desde el inicio del reino sikka. En la costa central del sur de la isla, dos barcos extranjeros provenientes de un lejano lugar de Asia (Kondi indica Siam, antiguo nombre de Tailandia, y Boer señala Bengala, al noreste de India) atracan cerca de las orillas de Sikka Natar. La tripulación del primer barco se adentra en la isla y forma la sociedad Ata Tana 'Ai. La del segundo, se relaciona con la población local costera y crea el reino sikka.

---

<sup>67</sup> Esta forma de entender el mundo encaja con un tipo de religiosidad animista (Van Gennep [1909]2013).

La historia comienza con el matrimonio autóctono de Ria Raga y Soru Dédong, quienes tienen una hija: Du'a Sikka. Entre la tripulación del segundo barco, está el capitán Rae Raja y su mujer, Rubang Sina, quienes tienen un hijo: Sugi Sao. Du'a Sikka y Sugi Sao se casan a través del ritual local, caracterizado por ofrendas a la familia fallecida y a la dualidad *Ina Niang Tana Wawa* y *Ama Lero Wulang Réta*. Tras esta unión, ambas familias fundan la real *Lepo Geté* (SS la gran casa).

Sugi Sao, marido extranjero de Du'a Sikka, es llamado *raja* (Bl rey, gobernante). A la tierra en la que está el reino se le llama *Sikka*, pues Du'a Sikka es la autóctona y quien tiene precedencia temporal sobre dicho lugar. Du'a Sikka es llamada *ratu* (Bl reina) y hereda el título de *tana pu'ang*<sup>68</sup> (SS fuente viva de dicha tierra) (Lewis 1996).

Este mito marca una primera división entre autoridad y poder, donde la precedencia del *tana pu'ang* como autoridad espiritual sobre un territorio, legitima y “autoriza” a un segundo un poder secular de acción. En este caso a su marido y posteriormente a sus descendientes varones, los reyes de Sikka<sup>69</sup> (Lewis 1996). Ello quiere decir que:

Uno de los corolarios prácticos de esta división entre autoridad y poder, y uno de los resultados prácticos del principio de delegación, es que en aquellas sociedades como las de Timor y Flores, la persona que aparentemente tiene la facultad de

---

<sup>68</sup> A pesar de que, en el mito, el *tana pu'ang* está representado por una mujer (Du'a Sikka), según mis colaboradores, esta posición dentro de la comunidad era usualmente ejercida por un hombre, quien deja en herencia su lugar a alguno de sus hijos, idealmente al mayor (véase también Butterworth 2008).

<sup>69</sup> Sin embargo, los/as Ata Sikka trazan la descendencia por la línea paterna, por lo que estos descendientes que fueron reyes de Sikka, seguirían siendo considerados como *Ata péhang* (SS extranjeros) a lo largo de la historia del reino (Lewis 1999).

actuación no es la que tiene la autoridad de llevarla a cabo. (Lewis 1996:171).

Esta división, asidua en sociedades de Indonesia oriental, es conocida como *diarquía* (regla de pares) y establece que la precedencia temporal es la que autoriza y relega el poder de acción a otros. Así, Du'a Sikka, *tana pu'ang* y *ratu* (BI reina) de Sikka, tiene la labor de perpetuar su autoridad espiritual hasta el presente, en nombre de la Fuente originaria y su comunidad ancestral (Lewis 1996).

De esta alianza matrimonial entre autóctonos e inmigrantes, nace Lai Sao, al que siguen varias generaciones de descendientes que van casándose estratégicamente con hijas de distintos *tana pu'ang* para expandir el reino. Sin casualidades, entre los nombres de dichas esposas figuran: Du'a Krowé y Du'a Bola, nombres de áreas que son incorporadas posteriormente al reino.

De esta manera, la forma en la que distintas zonas de Krowé (entre ellas Bola) se adhieren al reino muestra cómo la expansión territorial se produce principalmente a través de alianzas matrimoniales y acuerdos entre el rey de Sikka y determinados *tana pu'ang* de tierras próximas; siendo a partir de ellos, que la mayor parte de la población traza sus orígenes en la actualidad (Lewis 1996, 2009).

Para consolidar el territorio, el reino forja una jerarquía política (Lewis 2009). Sin embargo, aunque las comunidades están bajo el poder político del rey, cada una mantiene el poder espiritual de su *tana pu'ang*, y por tanto su Adat, conservando sus particularidades identitarias. Así, el rey sikka construye una unidad política

jerarquizada, a la vez que relaciones basadas en la complementariedad (2009).

En resumen, para la formación y disolución del reino sikka son necesarios históricamente cuatro pasos: una primera casa que aspira a gobernar, la adhesión de las *negeri* (BI localidades semiindependientes), la introducción del cristianismo y las colonias portuguesa y holandesa (Lewis 2009). Por ello, aunque el principio de precedencia prima originariamente en el orden social sikka, las cosas pueden haber evolucionado por las administraciones que han gobernado el territorio hasta hoy (2009).

### La transmisión del Adat

En el orden de precedencia sikka, el Adat nace de la Fuente originaria. No obstante, el devenir histórico hace que en la actualidad la identidad sikka no solo incluya este sistema cosmológico y ancestral, sino que también es inseparable del catolicismo y muchas ideas nacionalistas indonesias; elementos que van eclipsando cada vez más ciertas áreas del Adat ya desde finales de los años 70:

En Sikka existen hoy pocas personas que puedan recordar fragmentos de aquellos mitos que en su día fueron magníficamente conservados a través de la literatura oral. Ya en 1977, cuando empecé mi trabajo etnográfico en Sikka, la narración en lenguaje ritual y su uso en la vida ceremonial de la comunidad, había casi desaparecido y apenas quedaban especialistas en rituales que pudiesen narrar de forma completa y coherente fragmentos de aquellas historias orales; ni siquiera para el beneficio de un antropólogo. (Lewis 1998b:458).

En una ocasión, entrevisto al escritor local Simplysius Dasi<sup>70</sup>. El encuentro se produce en su casa, en uno de los poblados del subdistrito Bola. Este me muestra orgulloso su libro *Mengenal budaya leluhur* (Bl “Conociendo la cultura de los ancestros”); me explica que su cometido principal es: transmitir a las generaciones venideras las enseñanzas del Adat.

Dasi siente que es su deber, pues entiende al Adat como la base desde la que la comunidad sikka ha de conocerse a sí misma y enorgullecerse de su identidad. Afirma: “El Adat nos enseña a ser autosuficientes, a vivir con lucidez y armonía con el mundo”. Lee el prólogo de su libro en alto: “El Adat ilumina el corazón y la mente humana para pensar con corrección, hablar con honestidad y actuar con justicia” (2013:1).

Su libro argumenta que esta herencia cultural perpetuada a lo largo de los siglos de forma oral a través de relatos, canciones y rituales engloba un tipo de conocimiento caracterizado por ser participativo al implicar lenguaje, acción y elementos que convergen en rituales (Dasi 2013, Butterworth 2008).

Turner define *ritual* como la realización de una secuencia estereotipada de actividades que involucran gestos, palabras y objetos, en un lugar concreto con la intención de influir en determinadas entidades o fuerzas sobrenaturales para cumplir ciertos objetivos e intereses por parte de las personas que la llevan a cabo ([1969]1988s).

Davis-Floyd y Laughlin (2016) complementan dicha definición, añadiendo que un *ritual* supone “una representación estructurada,

---

<sup>70</sup> Simplysius Dasi es un educador y profesor de origen sikka. También es pintor, escultor, poeta y músico. Ha compuesto canciones sobre temática local y nacional.

repetitiva y simbólica de una creencia o valor cultural, cuyo propósito principal es la alineación de un sistema de creencias para con el individuo y la sociedad” (citado en Davis-Floyd 2018:46).

El papel del ritual es esencial para la comunidad sikka, pues a través de este, el *mundo de los vivos* (Ata bian) actúa con reciprocidad hacia la Fuente originaria (la unidad) por haberle brindado el don la vida (Butterworth 2008). Así, el ritual constituye un proceso circular simbólico en el que el *Ata bian* (SS mundo de los vivos) llama al *Ata nitu* (SS mundo de los muertos) para reunificar juntos la Fuente originaria en gratitud por la creación de vida y la sabiduría ancestral heredada (2008).

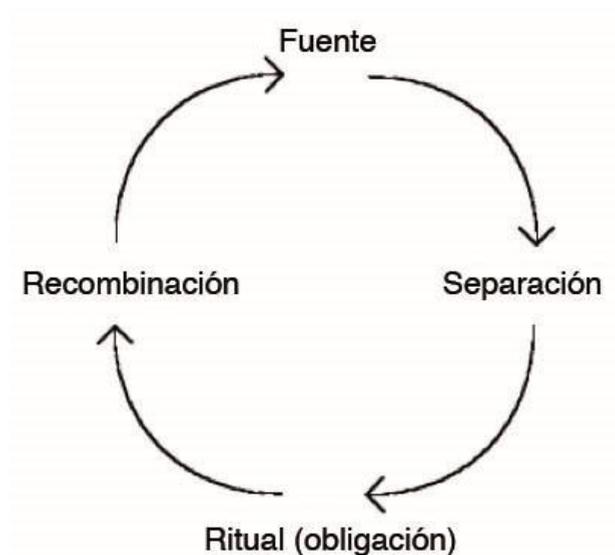


Ilustración 6. Proceso circular en el que la Fuente de la creación se reconstruye a través de la obligación humana del ritual.

(Fuente Butterworth 2008: 200, traducido del inglés por Alicia Paramita)

## *Rituales, guardianes y guardianas*

Van Gennep (1909) señala que existen rituales concretos que ejercen de *ritos de paso* y suelen estar relacionados con momentos importantes en la vida de una persona: el nacimiento, el matrimonio, el convertirse en madre y padre, la muerte, etc. Estos ritos aportan estabilidad a la sociedad regulando la posición que las personas ocupan en la comunidad.

Dasi (2013) indica que los rituales vitales sikka se concentran en tres etapas: el Adat kelahiran (proceso reproductivo, embarazo, parto y posparto), Adat perkawinan (alianza matrimonial) y Adat kematian (muerte). Lewis (1996), Butterworth (2008) y Dasi (2013) coinciden en que, para la representación y transmisión de estos rituales, existen personas específicas “guardianas” y expertas del Adat (Fox 1988, Butterworth 2008).

Estas personas ocupan una posición reseñable dentro de la comunidad al ser consideradas canales que comunican y permiten la reunificación de la Fuente a través del ritual (Fox 1988, Butterworth 2008). Son conocidas como *pewaris budaya* (BI herederos/as culturales) (Dasi 2013). Un ejemplo es la figura del *tana pu'ang*, autoridad espiritual de un terreno, y también lo son las personas del grupo de “sanadores y sanadoras”: los *mo'ang rawin* y las *du'a rawin* (SS hombre y mujer que sanan) (Butterworth 2008).

Estos guardianes y guardianas son quienes antaño oficiaban muchos de los rituales del Adat en su conjunto y narraban los mitos de la comunidad. A pesar de ello, en la actualidad estos son cada vez más olvidados. Lewis (1998, 2006) y Butterworth (2008, 2009) relacionan este hecho con la progresiva influencia de imperativos mundiales como la religión católica, la educación pública, la economía

y la ideología de un Estado indonesio moderno enmarcado en un mundo cada vez más globalizado.

### *Catolicismo, educación y Estado indonesio*

Lewis (1998b) argumenta que este progresivo decaimiento cultural se origina con la evangelización del reino sikka, pues su influencia territorial abarca todo el distrito, menos la zona de Tana 'Ai. El catolicismo se instala en el reino a iniciativa de Don Alésu da Silva<sup>71</sup>, el tercer rey sikka, quien, a raíz de un viaje formativo a Malaca, aprende sobre *ilmu politik* (BI política) y *agama katolik* (BI religión católica) (Butterworth 2009).

Don Alésu regresa a Flores empapado de este nuevo conocimiento junto al hijo del rey de Malaca, Don Augustinyu da Gama, un personaje importante para la historia sikka considerado cofundador y primer profesor de catolicismo en el reino (Lewis 2009). Así, Don Alésu va convirtiendo a su reino a la nueva religión, dejando claro que la relación del reino y la Iglesia es también política (2009).

Posteriormente, Flores se convierte en colonia portuguesa por más de trescientos años (del s. XVI al s. XIX), influyendo mucho en el reino sikka. Con todo, la interacción entre comunidad local y clero católico europeo no comienza a ser regular hasta 1859, cuando los portugueses, faltos de fondos, ceden Flores al poder holandés a través del Tratado de Lisboa, con la condición de mantener la isla como territorio de misiones católicas (Lewis 1998).

---

<sup>71</sup> Don Alésu, considerado el tercer rey sikka según las genealogías reales, se ubica en la onceava generación de descendientes de Lai Sao, hijo de Du'a Sikka y Sugi Sao. Es el primer rey en usar el apellido portugués "da Silva", utilizado posteriormente tanto por los reyes que le siguen como por sus descendientes (Lewis 2009).

A partir de entonces, la colonia holandesa, la Iglesia y el reino sikka, trabajan conjuntamente con la política *zelfbestuur* (en holandés “autogobierno” o “poder indirecto”), reconociendo el distrito como territorio semiindependiente (Lewis 2009). En 1863 la Iglesia proclama que Flores es territorio de misión jesuita (Lewis 1999). Entonces, programas educativos de la Iglesia empiezan a construir colegios en Sikka Natar y otras partes del reino, propiciando una relación más estrecha entre autóctonos y europeos (1999).

Fruto de esta iniciativa, nacen las primeras generaciones nativas alfabetizadas de las que vienen los escritores Kondi y Boer. En este periodo, las liturgias cristianas empiezan a ganar protagonismo, contribuyendo al progresivo decaimiento del Adat y la transmisión de sus mitos populares (Lewis 2009). La independencia parcial del reino continúa en la Segunda Guerra Mundial hasta unos años después de la independencia de Indonesia.

En 1942, con la colonia holandesa focalizada en Europa por la guerra, las tropas japonesas ocupan el territorio del que será el último rey sikka, Don Thomas da Silva<sup>72</sup>, y en 1945 Soekarno proclama finalmente la nueva República de Indonesia. Tras unos años de incertidumbre política, muere Don Thomas en 1954 y la semiautonomía sikka pasa al estatus de *kabupaten* (BI distrito); un sistema gubernamental liderado por la nueva figura del *Bupati*<sup>73</sup> (BI regente) dependiente administrativamente de la nueva provincia Nusa Tenggara Timur.

---

<sup>72</sup> Don Thomas da Silva, quien nace en la década de los años 20 en tiempos de la colonia holandesa, es el último rey sikka. Este monarca supone la última de unas aproximadamente dieciocho generaciones reales. Este, aun teniendo un heredero legítimo, nunca llega a gobernar (Lewis 2006).

<sup>73</sup> Paul Samador da Cunha es nombrado primer *Bupati* del nuevo *kabupaten* Sikka, cuya legislatura dura desde 1959 a 1969 (Lewis 2006). Es la figura de más responsabilidad dentro de la jerarquía política de un distrito.

Su capital se establece en la ciudad de Kupang, subyugada al gobierno central con sede en Yakarta (Lewis 2006). Entonces, el distrito experimenta cambios importantes, entre ellos: una jerarquía eclesiástica, la proliferación de colegios y el paso de un gobierno local independiente a uno burocratizado y centralizado. Estos antecedentes históricos dan forma a la identidad sikka en el presente, haciendo de ella una intersección entre Adat, religión católica, y un Estado-nación con aspiraciones modernas.

No obstante, los estudios de Dasi, Lewis y Butterworth presentados en este capítulo, indican que el Adat peligra, y que la comunidad sikka está preocupada por su transmisión; pues teme que las generaciones venideras no aprendan lo que decían sus ancestros a través de los rituales. Esta realidad refleja la alta valoración y estima de estas prácticas y creencias.

## Conclusión

La comunidad sikka siente la obligación de actuar con reciprocidad a través del ritual, para agradecer el don de la vida a la Fuente y los ancestros (Butterworth 2008). El obispo de este *kabupaten* afirma que “los corazones” de esta comunidad siguen respetando el orden de precedencia del Adat.

Sin embargo, el presente revela que, aunque el sincretismo entre Adat y religión católica funciona con cierta armonía en la vida diaria, la magnitud del Adat como patrimonio cultural es aceptada de forma selectiva, según los intereses y fuerzas hegemónicas nacionales globales, tales como la biomedicina, la educación y la economía; aspectos unidos al poder de la Iglesia y la política.

Lewis (2006) indica que, ya entre los años 80 y 90, los rituales ancestrales son abundantes en la zona de Tana 'Ai, pero no en Maumere, hasta tal punto que la mayoría del colectivo urbano los percibe como “experiencias novedosas”. Esta tesis corrobora que los discursos locales reflejan dicha pérdida; ya que las personas se refieren a los distintos poblados del distrito como: lugares donde el Adat sigue siendo fuerte (*BI Adat masih kuat*) y lugares en los que ya no (*BI Adat sudah tidak kuat lagi*).

La ciudad de Maumere es identificada como un lugar con un Adat débil, pero muchos poblados siguen teniendo un Adat fuerte. La comunidad del poblado de Bola admite sentir responsabilidad y deseo por perpetuar las prácticas del Adat, pero remarcan con frecuencia que el coste económico que suponen ciertos rituales, tales como los relacionados con el matrimonio, lo pone difícil a las familias.

El declive del Adat también está sujeto a los matices históricos de cada lugar y al nivel de persistencia de los guardianes y guardianas del mismo. Por ejemplo, Metzner (1982) afirma que la figura del *tana pu'ang* ha desaparecido en la mayor parte del centro del distrito desde inicios de los años 80. En mi experiencia, en Maumere nunca oigo hablar de esta figura, mientras que en el poblado Bola sí, aunque no en demasía.

Aquí, el último *tana pu'ang* es Mo'an Wodon, un hombre ya fallecido desde hace unos once años. Las lenguas hablan de “los últimos *tana pu'an*”<sup>74</sup> como figuras casi extintas en el *kecamatan* debido a la falta de renovación generacional tras sus muertes. Pero Butterworth (2009) encuentra, en 2006, que la figura del *tana pu'an*

---

<sup>74</sup> Como se señala inicialmente, una diferencia entre los dialectos Sara Sikka y Sara Krowé es la ausencia de la última “g” final en muchas palabras. En Sara Sikka por ejemplo es *tana pu'ang* o *mo'ang* y en Sara Krowé *tana pu'an* o *mo'an* (Butterworth 2008, 2009).

sigue siendo muy relevante en *dusun* Romanduru (subdistrito Kewapante) en la frontera con el subdistrito Bola.

El motivo principal se debe a que, como en otras zonas de Krowé, este lugar ha experimentado una evolución histórica ligeramente distinta a la de Sikka Natar. Primero, se ha mantenido al margen de las jerarquías del reino, y segundo, el catolicismo empieza a instaurarse de forma activa hace unos setenta años; lo que ha permitido una mayor conservación del orden inicial de precedencia (Butterworth 2009).

Para ejemplificar la importancia de esta figura, Butterworth (2009) relata un episodio en el que la comunidad de Romanduru tiene que decidir sobre la construcción de una carretera. El problema reside en que esta ha de atravesar el centro del poblado, donde se hay unas rocas y altares ancestrales. La decisión despierta opiniones diversas. Mientras algunos apoyan su construcción, otros defienden que ello supone la reubicación de dichas rocas y altares, algo que desagradará a la comunidad ancestral.

Finalmente, es el *tana pu'an* quien decide que la carretera no se construya, constatando la relevancia de esta figura y el triunfo de los valores tradicionales. Pero Butterworth indica que este episodio refleja una tensión mayor: una balanza entre el valor de los lugares sagrados y los imperativos del crecimiento económico, revelando que el concepto de precedencia es “estructural y agencial”:

La precedencia se torna legítima y relevante para una comunidad a través de sus acciones, ya que estas intentan impugnar (o preservar en respuesta a la impugnación) un orden de precedencia. Dichas acciones pueden ser fundamentales para las motivaciones y el comportamiento de las personas de

la comunidad en diferentes esferas de la vida social. Ahora debemos centrar nuestra atención en producir una etnografía más detallada que indague en la relación entre estructura y agencia, tal y como se expresa en los procesos y resultados de la impugnación. Esto no solo aumentará nuestra comprensión sobre la precedencia (...), sino que también ampliará nuestra comprensión sobre la vida social contemporánea de aquellas sociedades en las que toda la influencia de la precedencia está aún por descubrir. (Butterworth 2009:186).

Esta situación muestra contradicciones y tensiones entre costumbres locales y modernidad, extrapolables a otros lugares de Flores<sup>75</sup> y a muchos ámbitos de la vida cotidiana (Butterworth 2009). Así, esta tesis indaga en los encuentros y desencuentros entre Adat kelahiran y biomedicina. Pues tras el ejemplo del *tana pu'an* como guardián del patrimonio cultural sikka: ¿Qué ocurre con las *du'a rawin*, guardianas de la salud reproductiva? ¿Cómo permea la medicalización en el embarazo, parto y posparto? ¿Y en la vida de madres, *bidan* y *du'a rawin*? ¿Qué rituales y prácticas permanecen y cuáles no?

---

<sup>75</sup> Por ejemplo, en la comunidad Ngada (Schutz 2016, 2019).



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20



21

Ilustración 7. Bienvenida al subdistrito Bola.

Ilustración 8. Mujer vendiendo calabazas.

Ilustración 9. Iglesia del poblado Hokor.

Ilustración 10. Playa de Tanjung cerca de Maumere.

Ilustración 11. Niñas escalan la piedra Watu Krus.

Ilustración 12. Vecino del *dusun* Dokar.

Ilustración 13. Costa de Ipir, subdistrito Bola. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL

<https://www.youtube.com/watch?v=zBD5za85BPK&t=10s>

Ilustración 14. Secando cacao.

Ilustración 15. Pescado fresco.

Ilustración 16. Nueva generación de médicos/as residentes del hospital general.

Ilustración 17. En el interior de una cocina. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/6pVgAP2gDxs>

Ilustración 18. Entrada al vecindario Dokar (poblado Umauta).

Ilustración 19. Gallo.

Ilustración 20. Hombres charlan sobre redes de pescar.

Ilustración 21. Mujer en arrozal.

## IV. Las protagonistas

## *El 65 aniversario del Ikatan Bidan Indonesia*

Es 24 de junio de 2016, día en el que se celebra el 65 aniversario del IBI (la organización de las *bidan* de Indonesia) en Rokowolon, una playa cerca de Maumere. Esta institución forma parte de la International Confederation of Midwives (ICM). Las *bidan* del *puskesmas* Bola y yo nos dirigimos hacia allí. Es un evento muy esperado por ellas y llevan ensayando semanas para hacer una actuación de baile y cante local.

Una misa solemne inaugura el acontecimiento. La lengua vehicular del evento es el *Bahasa Indonesia*. El sacerdote, un hombre local, elogia el trabajo de estas especialistas: “Las *bidan* son la mano derecha del Señor, pues ayudan a otras mujeres a parir trayendo personas al mundo. Eso es solo tarea de estas mujeres, muy devotas y guiadas por Dios”. Tras fuertes aplausos, concluye: “Las *bidan* solo tienen un fallo: no piensan en ellas mismas, solo en los demás”.

A continuación, la *bidan* coordinadora del distrito Sikka muestra a las asistentes, *bidan* representantes de todos los subdistritos, unas diapositivas sobre las muertes de madres y bebés durante este año en el distrito Sikka. La matrona remarca los objetivos nacionales y añade: “Aún hay mucho por hacer, aún tenemos mujeres y bebés que mueren. Este es nuestro trabajo y nosotras somos ‘una’ en toda Indonesia”.

Tras la ponencia, las asistentes comen juntas,<sup>76</sup> cerrando el encuentro con bailes locales. Para ello, las *bidan* se cambian de ropa y se ponen las blusas y *sarong* (BI pareo) tradicionales cosidos. Por turnos, cada grupo baila y canta canciones relacionadas con la

---

<sup>76</sup> Cuando la comunidad sikka se reúne para comer, siempre suele haber varios boles con comida de los que los/as comensales se van sirviendo.

mortalidad materna y neonatal en Indonesia y Nusa Tenggara Timur (NTT). Llevan ensayándola desde hace semanas. Entre las más exitosas está la de Revolución KIA NTT<sup>77</sup>:

Sedari dulu hingga sekarang  
Banyak ibu hamil dan bayi meninggal  
Sebenarnya tak perlu terjadi  
Kalo kita mau selamatkan mereka  
Ada cara mudah bagi kita semua  
Antarkan ibu hamil untuk melahirkan  
Ke fasilitas kesehatan memadai  
Ibu dan bayi sehat, Bapak pun  
senang  
Para Suami, Om dan Tanta  
Basodara kita semua  
Jangan lupa bantu ibu hamil  
Periksa kehamilan ketahui bahaya  
Kalo ibu sehat, tentu bayi pun sehat  
Semuanya sehat, pasti sejahtera  
Ayo mari revolusi  
Revolusi kita, Revolusi KIA  
Kesehatan ibu dan anak NTT  
Motto revolusi kia NTT:  
Jika datang satu pulang harus dua  
Tiga pun boleh asal jangan satu  
Apalagi semua tak ada yang pulang  
Para Suami, Om dan Tanta  
Basodara kita semua  
Jangan lupa bantu ibu hamil  
Periksa kehamilan, ketahui bahaya  
Kalau ibu sehat tentu bayi pun sehat  
Semuanya sehat pasti sejahtera  
Ayo mari revolusi

Desde antes hasta ahora,  
Muchas madres embarazadas y  
bebés mueren, pero en realidad, no  
tendría que pasar.  
Si queremos salvarlos,  
Hay una manera sencilla de  
conseguirlo: acompañar a las  
madres embarazadas a dar a luz al  
centro de salud adecuado.  
Así madres e hijos estarán sanos, y  
los padres contentos.  
Queridos maridos, tíos y tías  
Todos juntos somos una familia;  
no hay que olvidar ayudar a las  
madres embarazadas a chequear  
sus embarazos para detectar  
peligros, pues si la madre está sana,  
el bebé también.  
Así, todos estaremos sanos y felices.  
Venga, ¡a por la revolución!  
Nuestra revolución, la revolución  
KIA,  
La salud de madres y niños de NTT,  
el lema de la revolución KIA NTT:  
“Si llega una persona, tienen que  
salir dos, o incluso tres, pero nunca  
una sola, y menos, ninguna”.  
Queridos maridos, tíos y tías,  
todos somos una familia

---

<sup>77</sup> El programa KIA es el programa nacional que se encarga de la salud reproductiva de las mujeres, y por tanto de reducir la mortalidad materna y neonatal en Indonesia. Tras la descentralización política, los gobiernos provinciales implementan este programa con cierta flexibilidad para poder cumplir con los objetivos internacionales adaptándose a sus particularidades contextuales. En el caso de la provincia NTT, donde se encuentra Flores, este programa se denomina Revolución KIA NTT.

Revolusi kita, Revolusi KIA  
Kesehatan ibu dan anak NTT  
Motto revolusi kia NTT  
Jika datang satu pulang harus dua  
Tiga pun boleh asal jangan satu  
Apalagi semua tak ada yang pulang  
Para Suami, Om dan Tanta  
Jangan lupa bantu ibu hamil  
Periksa kehamilan ketahui bahaya  
Kalo ibu sehat, tentu bayi pun sehat  
Semuanya sehat pasti sejahtera

No hay que olvidar ayudar a las  
madres embarazadas a chequear  
sus embarazos para detectar  
peligros, si la madre está sana, el  
bebé también.  
Así, todos sanos y felices.  
Venga, ¡a por la revolución! Nuestra  
revolución, la revolución KIA, la  
salud de madres y niños de NTT, el  
lema de la revolución KIA NTT: “Si  
llega una persona, tienen que salir  
dos, o incluso tres, pero nunca una  
sola, y menos, ninguna”. Queridos  
maridos, tíos y tías Todos somos  
una familia; No hay que olvidar  
ayudar a las madres embarazadas a  
chequear sus embarazos para  
detectar peligros, pues si la madre  
está sana, el bebé también. Así,  
todos sanos y felices.

## Presentaciones

En el capítulo anterior, si bien el obispo del *kabupaten* Sikka afirma que “los corazones” de esta comunidad respetan el orden de precedencia del Adat, el presente revela que el Adat como patrimonio cultural es aceptado por el gobierno de forma selectiva, por el marco filosófico nacional del Pancasila y el Gotong Royong en sintonía con los imperativos globales (Butterworth 2008).

El 65 aniversario del IBI pone de manifiesto la unidad de la Iglesia y la política en el distrito Sikka, y cómo ambos poderes interactúan al mismo nivel posicionando la biomedicina como su *conocimiento autorizado*<sup>78</sup> (Jordan 1978). Este hecho muestra la

---

<sup>78</sup> Concepto definido en el capítulo 1.

realidad selectiva del Adat, ya que mientras la vestimenta y la música locales se impulsan, la medicina local respecto al Adat kelahiran<sup>79</sup> y las *du'a rawin* se invisibiliza.

A lo largo de esta investigación se corrobora que la ausencia de estas guardianas del Adat kelahiran en el evento refleja las tensiones y contradicciones que despierta el papel de estas especialistas ancestrales en los intereses del gobierno local.

Esta marginalización del conocimiento local por parte del Estado es manifestada también en otras partes del mundo. Por ejemplo, El Kotni (2018) presenta a través de la comparación entre tres matronas de diferentes generaciones y conocimientos en México, cómo el Estado obstaculiza especialmente el papel de aquellas con conocimiento local, resultando en distintas formas de negociación con el gobierno para ejercer sus prácticas, influyendo negativamente en las necesidades de las mujeres y su salud reproductiva.

Así, este capítulo se centra en aspectos descriptivos de tres colectivos que intervienen estrechamente en el proceso reproductivo: madres rurales, *bidan* y *du'a rawin*. ¿Cuál es el caso de las *du'a rawin*? ¿Se implementa el KBDD en este distrito? ¿Qué rituales y prácticas locales permanecen y cuáles no? En sintonía con Dasi (2013), Lewis (2006) y Butterworth (2009), esta tesis comprueba la voluntad local de la continuidad del Adat, revelando el amor hacia sus prácticas y creencias como símbolo de reciprocidad hacia sus ancestros. Por ello, el grado de declive del Adat emerge, en parte, al analizar la persistencia o no de sus guardianes y guardianas, en este caso en el ámbito reproductivo.

---

<sup>79</sup> Dentro del patrimonio cultural sikka aunado en el Adat, el Adat kelahiran supone aquella parte de rituales, prácticas y creencias alrededor del proceso reproductivo.

La siguiente información se ha obtenido, principalmente, de mujeres locales que residen en el subdistrito Bola, aunque no todas han nacido y crecido allí. La comunidad sikka es patrilineal y patrilocal<sup>80</sup>, por lo que la mayoría de mujeres se muda tras casarse al lugar de residencia del *suami* (El marido). Así mismo, estos datos se han complementado con los proporcionados por otras *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales que conocí en el hospital de Maumere.

Lewis señala que el concepto de *precedencia* implica “estructura y acción, una guía temporal sobre cómo deberían ir las cosas en el futuro” (2009:160). Butterworth (2008), por su parte, argumenta que es estructural, a la vez que agencial, pues los debates sobre tradición y modernidad generan distintas opiniones y acciones locales que marcan el futuro de la comunidad sikka:

Junto a la precedencia, algunas personas de la comunidad se convierten en guardianas del *hadat* (tradiciones), mientras otras desafían las viejas costumbres; algunas se convierten en gobernantas y otras en sujetos de dicho gobierno, pero sin perder toda la libertad de acción. (Lewis 2009:160).

Esta afirmación visibiliza dos formas locales de entender el camino del futuro de la comunidad sikka, ¿con cuál se identifican las protagonistas de esta investigación? Los tres grupos mencionados comparten un patrimonio cultural común e interactúan estrechamente durante el proceso reproductivo. Sin embargo, las *du'a rawin* y las *bidan* emplean métodos y prácticas de conocimientos distintos, lo que repercute directamente en cómo actúan y producen diálogos sobre

---

<sup>80</sup> Como también constataron previamente Lewis (2010) y Butterworth (2008).

tradición y modernidad.

Esta tesis revela cómo ambas especialistas, a pesar de ser expertas en un conocimiento distinto, convergen en un vértice común en el que de algún modo reconocen la contribución de ambos saberes en la salud materna. Las madres rurales, si bien también piensan igual, valorando y encontrando indispensable el conocimiento de las *bidan*, se sienten más cercanas al saber de las *du'a rawin* al ser parte de su *ilmu warisan* (BI conocimiento de su herencia ancestral).

La siguiente descripción responde a rasgos generales de las madres rurales, por lo que en su mayoría también resultan aplicables a las *du'a rawin* y *bidan* locales. Y es que, aunque existen diferencias entre estos colectivos, sobre todo relacionadas con la educación que han recibido y el nivel adquisitivo de sus familias, todas son y se perciben a sí mismas como *orang sikka* (BI personas sikka).

## Madres rurales

La mayor parte de madres entrevistadas habla fluidamente el indonesio, lengua que aprenden principalmente dentro de las aulas escolares. No obstante, se sienten más cómodas con el Sara Sikka o *Bahasa daerah* (BI idioma local), utilizándolo diariamente en sus interacciones sociales.

Su día a día transcurre en un sincretismo entre catolicismo y Adat. Los siete sacramentos de la Iglesia Católica tienen mucho peso en sus vidas, siendo las celebraciones más festejadas: los ritos del bautismo, la primera comunión, el matrimonio y el entierro funerario, y

las festividades de Navidad y Semana Santa<sup>81</sup>.

### *Etapas de madurez*

Las diferencias de género están muy presentes desde el inicio vital de hombres y mujeres. Esto se refleja en los rituales del Adat y en la educación pública. La *puher oha* (SS placenta) se entierra<sup>82</sup> de forma diferente si es de un niño o una niña. En ambos casos, siempre va acompañada de un cuaderno y un bolígrafo para que la persona sea estudiosa. Pero, si es niña, se añaden materiales de costura y una flor para que además sea bella y buena tejedora de *sarong* (BI pareo local).

Alrededor de los seis años, las niñas empiezan a ir a la escuela primaria,<sup>83</sup> y su *mama kandung*<sup>84</sup> (BI literalmente “madre de vientre”) les va enseñando las tareas del hogar: aprender a calentar agua, barrer, lavar los platos y alimentar a los animales de la casa.

Cada domingo, va con su familia a misa. A los diez años aproximadamente recibe junto a sus amigos y amigas el *Sambut Baru* (BI Primera Comunión), un evento en el que la comunidad celebra la

---

<sup>81</sup> Debido a la herencia colonial portuguesa, en el distrito Sikka esta semana es también conocida como “Semana Santa”, siendo especialmente celebrada con procesiones en Larantuka, al este de la isla.

<sup>82</sup> Mientras en algunos lugares de este distrito las placentas se cuelgan de un árbol -cercano preferiblemente a una corriente de agua-, en la mayor parte, se entierra. Se profundiza más detalladamente en esta cuestión en el capítulo del posparto.

<sup>83</sup> Según el centro estadístico (BPS) del *kabupaten* Sikka, en el 2015 la tasa de participación neta de todo el distrito era del 95,45 % en la escuela primaria (SD), 57,26 % en la escuela intermedia (SMP) y 42,47 % en la escuela secundaria (SMA).

<sup>84</sup> El término *mama kandung* se utiliza para referirse a la madre biológica. En Flores, y en NTT en general, a las mujeres que tienen hijos/as, o son de edad avanzada, se les llama *mama* como signo de respeto seguido de su nombre.

religión católica con ofrendas a sus ancestros, comida, música, bailes y vestimentas típicas.

A los doce años, aproximadamente, se inicia la *remaja* (BI etapa adolescente). La chica ingresa en la escuela de estudios intermedios y empieza a aprender tareas domésticas más complejas como cocinar, lavar la ropa, planchar, tejer y utilizar el machete<sup>85</sup>. Esta etapa suele durar hasta los veinte años.

Tras terminar los estudios de secundaria, se inicia la edad adulta (BI *dewasa*). Comienza su madurez física y se consolidan sus habilidades. Es el momento en el que se empieza a esperar la aparición de un pretendiente. Es ahora cuando puede casarse y formar una familia. Empieza a lucir de forma más habitual el *sarong* como prenda de vestir en espacios públicos, pudiéndolo acompañar del moño tradicional (SS *legen*) en eventos puntuales.

### *Casa y rutina*

La *rumah* (BI casa) es el espacio más importante para la mujer rural y donde pasa la mayor parte del tiempo. Ya casada, las tareas familiares se reparten de la siguiente manera: el marido se responsabiliza principalmente de *mencari nafka untuk keluarga* (BI buscar dinero para la familia), mientras ella se dedica a *mengurus anak, mengurus rumah* (BI cuidar de los niños y la casa).

La familia nuclear compuesta por el padre, la madre y los hijos/as suele vivir en una casa propia. En ocasiones, también pueden vivir con el padre y la madre del marido, sobre todo en los casos en

---

<sup>85</sup> Tanto hombres como mujeres suelen tener habilidad del uso de un machete para diferentes funciones como por ejemplo cortar ramas, fruta, carne y hacerse paso entre la densa naturaleza.

los que este es el *anak pertama* (BI primer hijo varón) de su familia. Los matrimonios jóvenes tienen una media de tres a cuatro hijos/as, aunque sigue siendo frecuente encontrar a parejas más mayores con seis o más.

Muchas casas están construidas con caña de bambú y hojas de palmera, y su suelo es de tierra. Aunque especialmente en zonas rurales este es el caso de muchas viviendas, cada vez son más las que tienen tejado de chapa y paredes de ladrillo y cemento, pues desde el maremoto que sufrió Flores en 1992<sup>86</sup>, las familias ahorran para reconstruir sus viviendas.

En el porche frontal de la casa, suele haber varias tumbas con lápidas familiares con velas y flores. Así, *Ata bian* (SS la comunidad viva) y *Ata nitu* (SS la comunidad fallecida) conviven con naturalidad cada día a través de ritos, oraciones individuales y comunitarias. Al entrar y salir de casa, se ha de pasar antes por dichas tumbas para saludar a los difuntos/as en señal de respeto y gratitud por su hospitalidad.

Los ancestros son muy importantes para la comunidad sikka, de ahí que sus tumbas se coloquen obligatoriamente en la parte frontal o lateral de la casa, nunca detrás. Algunas personas dicen: “¿Cómo te sentirías tú si tus familiares te colocasen detrás de tu casa? ¡Pensarías que te quieren esconder y te enfadarías!”

La puerta de entrada tiene escrito con tiza el *Nomor Tiga Raja* (BI Número de los Tres Reyes). De acuerdo con el calendario católico, cada 6 de enero se celebra el *Hari Tiga Raja* (BI Día de los Tres Reyes). Aquí, los profesores, profesoras, monjas, tres niños y

---

<sup>86</sup> Este acontecimiento destruyó casi el 90 % de los edificios de Maumere y dejó a más de noventa mil personas sin hogar (Marano et al. 2009).

una niña de cada poblado van de puerta en puerta interpretando a los Reyes Magos y la Estrella de Oriente vestidos con ropa local.

Con alegría este grupo va renovando la inscripción escrita en cada puerta año tras año: “20+c+m+b+18”. Estos números y letras bendicen la casa durante el nuevo año. El 20 y el 18 indican el año (en este caso 2018), las tres últimas cruces, la figura de la Santísima Trinidad (Padre, Hijo y Espíritu Santo) y las consonantes, las iniciales latinas: *Christus Mansionem Benedicat* (en castellano, “Cristo Bendiga esta Casa”) o *Caspar, Melchor y Baltasar* (nombre de los Reyes Magos en latín).

El tamaño y el número de habitaciones de cada casa varían en función de los familiares que viven en ella y su poder adquisitivo. Los compartimentos suelen ser contiguos y delimitados por cortinas de tela. Al entrar, hay un pequeño recibidor con algunas sillas para las visitas. En la entrada, suele colocarse una piedra que representa a los antepasados y se utiliza para invitarles a las celebraciones a través del ritual *piong tewok* (Butterworth 2008, Dasi 2013).

Los colchones de las habitaciones son poco mullidos comparados con los occidentales y están rellenos de un material extraído del interior de una fruta llamada *kapuk*, visualmente parecida al algodón. Durante la noche, se oye al *toke* (nombre científico: *gekko gecko*), un lagarto nocturno común en países asiáticos, que puede llegar a medir hasta 35 cm. Es un animal muy querido en la casa, símbolo de suerte y protección.

La cocina y el cuarto de baño suelen estar aparte, separados por una puerta, o ubicados en la parte trasera de la casa. Para cocinar suele haber un par de hornillos que se encienden con *minyak tanah* (BI queroseno), o también pequeñas cavidades adecuadas para hacer fuego. Acostumbran a tener el mismo número de platos

que personas en la casa, y los cubiertos para comer son el tenedor y la cuchara, aunque disfrutan mucho usando solo las manos.

En la casa en la que vivo, solo hay un cuchillo para laminar y cortar alimentos como patatas, tomates y ajos, en general, se utiliza el machete. El ingrediente principal de todas las comidas es el arroz, por lo que una arrocera eléctrica es obligatoria en las casas con electricidad. Una de las tareas más frecuentes de la mujer consiste en apartar los granos de arroz que no son comestibles; hacer esto se denomina *pilih beras* (BI elegir arroz) para que el *nasi* (BI arroz cocinado) sea agradable de masticar.

Tener o no suministro de agua individual condiciona la vida en la casa. En aquellas con agua compartida, lavar la ropa y ducharse son eventos sociales que giran alrededor de los pozos comunitarios. En las viviendas con abastecimiento propio, la ducha se realiza en el *kamar mandi* (BI cuarto de baño) y la ropa se lava sobre una piedra o tabla lisa detrás de la casa.

Dependiendo de las posibilidades económicas, detrás de la casa se cría uno o varios cerdos. Estos son caros y valiosos, pues comer carne es considerado un lujo que se reserva para ocasiones especiales, sacrificando también otros animales que conviven en el jardín de la casa como perros, gallos y gallinas.

Debido a que no hay un sistema de recogida de basuras, los residuos que se van almacenando se queman diariamente en la parte delantera o trasera de la casa. En cuanto a tecnología, las casas no disponen de línea telefónica ni internet. Algunas tienen televisores, por lo general pequeños y antiguos, a través de los que disfrutan de noches comunitarias viendo telenovelas y programas nacionales.

## *Economía familiar*

Según el centro estadístico local (BPS), en 2013, la línea de pobreza se sitúa en las doscientas treinta y una mil rupias mensuales por persona, unos catorce euros. Esta cifra concuerda con la información proporcionada por estas mujeres. Las familias obtienen la mayor parte de sus ingresos a través de la venta de productos cultivados en el campo. Algunos maridos combinan estos ingresos con los obtenidos vendiendo pescado y trabajando de *ojek*.

Estas ganancias son variables y limitadas, repercutiendo en que, por ejemplo, estudiar en la universidad sea un lujo. Por ello, si las tareas domésticas lo permiten, la mujer también contribuye a la economía familiar, ayudando en la colecta y secando las semillas de cacao y maíz para venderlas posteriormente en el mercado. También la venta de *sarong* tradicionales que ella misma teje supone una fuente de ingresos.

Estas telas de distintos dibujos según la zona geográfica sirven para prendas de vestir y sacos de dormir. Cada *sarong* suele tardar en confeccionarse unos cuatro meses y se intenta vender posteriormente en algunos mercados por unas trescientas mil o cuatrocientas mil rupias. Sin embargo, si la situación lo requiere, la mujer puede ofrecerlos a tiendas turísticas, donde no suele recibir más de doscientas mil rupias por *sarong*.

Otra forma que tienen las familias de reunir ingresos es a través del *Arisan*, una costumbre que consiste en que el dinero dentro de un determinado círculo fluya. Cada persona tiene diferentes círculos en los que colabora. Uno suele formarlo la familia, otro los amigos/as y otro más los compañeros/as de trabajo. Así, cada cierto tiempo, cada persona aporta al círculo una suma pactada de dinero que va dirigida

a la persona que le corresponde por tiempo o a quién lo necesita para algo puntual como casarse.

## Du'a rawin

Las *du'a rawin* hablan con soltura el indonesio, especialmente las más jóvenes, aunque igualmente se sienten más cómodas con la lengua local. En el día a día visten orgullosas sus *sarong*. La principal diferencia con respecto al colectivo anterior reside en que estas mujeres son herederas del conocimiento obstétrico ancestral y son consideradas guardianas del Adat Kelahiran.

Más allá de eso, la vida de este colectivo de mujeres se asemeja mucho a la anterior, teniendo ingresos humildes y variables, provenientes prácticamente de las mismas fuentes. Las generaciones previas suelen tener un nivel de estudios muy bajo o inexistente, mientras que las actuales han completado la escuela primaria y hasta, a veces, la secundaria.

*Du'a rawin* significa literalmente “mujer que sana” (SS). La demanda de sus servicios viene habitualmente de mujeres que viven en su mismo *dusun* (BI vecindario). Sin embargo, si sus logros y servicios son especialmente reseñables, su fama puede trascender por el boca a boca a otras partes del distrito Sikka.

Los rezos son la base para cualquiera de sus herramientas y técnicas, como los masajes con aceites especiales y la toma oral de preparados elaborados a partir de plantas concretas (BI *ramuan*). Si bien estas mujeres son especialistas del ámbito obstétrico, sus conocimientos abarcan otros aspectos de la salud, como dolencias, curaciones del mal de ojo, rotura de huesos o fiebres.

## Don y aprendizaje

La *du'a rawin* es respetada en la comunidad, pues desde tiempos inmemoriales supone una figura muy importante para el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres y familias de su poblado. Ella porta el denominado *ilmu warisan* (BI conocimiento heredado de la comunidad ancestral), la sabiduría que ha ido pasando de generación en generación.

El acceso a esta sabiduría es restringido y solo las mujeres de determinadas familias pueden heredarlo. Según el orden de precedencia del Adat, su conocimiento ocupa un lugar previo respecto a otros posteriores como el biomédico.

La transmisión del *ilmu warisan* puede producirse de varias maneras. Algunas lo aprenden a través de la observación y práctica acompañando a sus abuelas y madres, otras tienen un “despertar”<sup>87</sup> en un momento concreto de sus vidas y simplemente, de repente, “lo saben” (BI *langsung tahu*). Mama Pince, una *du'a rawin* del *kecamatan* Mapitara, madre de una de las embarazadas que vive cerca de mi casa, explica:

Tras la muerte de mi abuela, esta se lo pasó [el conocimiento] a mi madre y cuando mi madre murió, me lo pasó a mí. Yo no sabía nada mientras ella vivía, pero cuando murió, de repente, sin saber por qué, a los dieciocho años una mujer se puso de parto cerca de mi casa y fui a ayudarla. No tuve miedo, pues cuando queremos ayudar nos sale valentía, ¡y mira que era muy pequeña! Quizás alguien me estaba empujando a hacerlo

---

<sup>87</sup> Butterworth (2008) y Lewis (1988) también hacen referencia a esto.

aunque no le viese, quizás mi madre y mi abuela estaban conmigo.

Dasi (2013) señala que esta última vía se conoce como *Nasiang Tawa Tana* (SS) y es una habilidad que la Fuente otorga a algunas personas para conectar con el conocimiento ancestral a través de un instinto que nace del interior de la persona en cierto momento vital. Algunas *du'a rawin* dicen que no pueden compartirlo con nadie, ni siquiera con sus herederas, pues es un conocimiento secreto (BI ilmu rahasia) que se revela a la persona adecuada en el momento oportuno.

### *Voluntad y transmisión*

El *ilmu warisan* no es considerado propiedad de nadie, por lo que aquellas a las que se les ha otorgado el don de acceder a él, han de compartirlo ayudando a quien lo necesite. Decidir ser *du'a rawin* es una decisión difícil, pues es una labor exigente de ingresos bajos y variables. Es una iniciativa vocacional que depende de los deseos y posibilidades individuales de la mujer en cuestión.

Se decide ser *du'a rawin* “desde la propia voluntad” (BI *dari kemauan sendiri*). A veces, las mujeres deciden no heredar el *ilmu warisan* por falta de vocación y necesidad de generar ingresos para sus familias. Por ejemplo, Mama Neldis, mi vecina, encajaba con este caso. Tenía casi sesenta años y era madre de seis hijos. Su madre fue muchos años *du'a rawin*, pero ni ella ni sus hermanas quisieron *terima ilmu* (BI recibir el conocimiento): “Ninguna de mis hermanas lo queríamos [*terima ilmu*] bajo ningún concepto, son demasiadas

molestias y problemas, la gente va a tu casa a cualquier hora y tienes que ir de aquí para allá, ¡Ninguna queríamos eso en absoluto!”

Mama Esther, una de las *du'a rawin* actuales de *desa* Bola, cuenta que su hija no ha querido heredar su legado por motivos económicos, porque prefiere trabajar como peluquera en Maumere y asegurarse un salario para pagar la educación de sus hijos/as y construirse una casa mejor<sup>88</sup>. Su madre explica que, aunque ella acepta su decisión, no pierde las esperanzas, porque tiene una sobrina con “ciertas aptitudes”. Sin embargo, antes de esto, Mama Regina cuenta que se sentía así:

Si ella quisiera [su hija], yo estaría contentísima. Pero ella no quiere. Eso me hace sentir decepción, porque eso significa que el conocimiento de los antepasados morirá conmigo. Algunas noches me encuentro sola llorando. Me siento muy triste, muy, muy triste.

Suele haber una *du'a rawin* por *dusun*. Dentro de una misma familia, no puede haber dos al mismo tiempo; siempre hay una sucesora que hereda el conocimiento de otra. El traspaso del don conlleva dos cuestiones: primera, la *du'a rawin* ha de decidir que es momento de retirarse y traspasar su don; segunda, que una sucesora quiera *terima ilmu dari hati* (Bl “recibir el conocimiento desde el corazón”) asumiendo su responsabilidad como *du'a rawin*.

La entrega del *ilmu warisan* se produce cuando la *du'a rawin* se considera muy mayor para seguir y su receptora está preparada para recibirlo, normalmente, tras haber experimentado por sí misma un

---

<sup>88</sup> La falta de interés en seguir la tradición por motivos económicos es también mencionada por Bennett (2017) en el caso de las *belian* en Lombok.

parto. Algunas cuentan cómo lo recibieron cogiendo las manos de sus madres o siendo tocadas por ellas de alguna forma específica. Otras *bayar* (BI “pagaron”) simbólicamente por él, entregando una pequeña suma de dinero a sus madres para “comprar” el don y que este pasase a ellas.

### *Dukun terlatih y dukun liar*

Cuando las *du’a rawin* están entre locales, estas se refieren a sí mismas como tal. Dentro del marco de salud nacional se conocen como *dukun bayi*, término hegemónico para mujeres que encarnan un conocimiento obstétrico local no biomédico. Estas especialistas se distinguen entre *dukun bayi liar* o *dukun bayi terlatih*.

La categoría *dukun liar* (BI curandera salvaje) suele despertar cierta desconfianza entre algunas personas de la comunidad; por lo que si se es *dukun liar* se intenta omitir. Algunas tienen fama de “rebeldes”, pues se dice que no quisieron seguir los cursos de formación biomédica en su momento, alegando que no los necesitaban o excusándose porque vivían muy lejos.

La categoría *dukun terlatih* (BI curandera entrenada) tiene mejor acogida, ya que lleva implícito el hecho de que la persona maneja tanto el conocimiento local como ciertas nociones del biomédico. Las *dukun terlatih* se presentan con orgullo y remarcan que *kita kerja sama dengan orang kesehatan* (BI “nosotras trabajamos junto al personal de salud”). Todas las *du’a rawin* entrevistadas son *dukun terlatih* y tienen entre cuarenta y sesenta y cinco años.

Las madres de estas mujeres constituyen la primera generación de *du’a rawin* que han recibido dicha formación y han trabajado de manera conjunta con las *bidan*. Así, años más tarde, el personal de

salud llama también a sus hijas para seguir con la causa conjunta de mejorar la salud reproductiva. Pero, actualmente, las *dukun terlatih* están en peligro de extinción, pues estos cursos formativos han cesado y las siguientes generaciones serán consideradas *du'a rawin* a secas y/o simples *kader*<sup>89</sup>.

## Bidan

Actualmente hay unas trescientas *bidan* trabajando en el distrito Sikka. Estas mujeres del sector biomédico son las principales encargadas de supervisar la salud reproductiva de las mujeres. Los diferentes espacios en los que trabajan son: el hospital general T.C. Hillers, el hospital St. Gabriel Kewapante, el hospital St. Elisabeth Lela, los veintitrés *puskesmas* repartidos entre los veintiún subdistritos y los diferentes *polindes* o *poskesdes* que se ubican en cada *desa*.

Las *bidan* están supeditadas al Departamento de Salud del distrito Sikka (BI Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka), liderado por una mujer desde hace unos años (BI *Kepala Dinas Kesehatan*). Este departamento, coordinado a su vez por el Departamento de Salud provincial (BI Dinas Kesehatan Provinsi NTT), está relacionado con el Ministerio de Salud estatal (BI Kementerian Kesehatan) e influido por la comunidad de salud internacional.

---

<sup>89</sup> Mujeres rurales que se ofrecen voluntarias para ayudar a las *bidan*, fomentando y vigilando la salud reproductiva de las mujeres de su *dusun* o vecindario, a cambio de una compensación económica simbólica y variable (BI *sukarela*).

## *Estudios y generaciones*

Las *bidan* son contratadas tras obtener el título universitario, normalmente a los veintiún años de edad. Las primeras generaciones estudiaron cuatro años de enfermería más uno de especialización, mientras que las siguientes recibieron una formación de tres años específicamente orientada a esta profesión. Las que trabajan en el hospital general y el *puskesmas* Bola son en su mayoría de origen sikka. En el caso del *puskesmas*, además, más de la mitad son originarias de los poblados del propio subdistrito Bola.

Los estudios universitarios son considerados caros entre la población local. Pero las *bidan* argumentan que sus familias no son especialmente *kaya* (BI ricas), ni tampoco *miskin* (BI pobres). Alegan que, aunque la cuestión económica es importante, la clave de que hayan estudiado en la universidad reside en que sus padres ahorraron conscientemente para ello. Admiten que es poco habitual, pues el dinero se prioriza para la educación primaria, secundaria y el *Adat perkawinan* (matrimonio).

Las profesiones de sus padres son variadas. Algunos están metidos en política como *kepala desa* (BI coordinador de poblado), *kepala dusun* (BI de vecindario) o directores de colegio. Dentro del equipo de *bidan* se distinguen actualmente tres generaciones. Estas se caracterizan por distintos rangos de edad, experiencias vitales y momentos históricos del país.

En el primer grupo se encuentran las más veteranas, las *bidan senior*<sup>90</sup>, quienes tienen entre cuarenta y cincuenta años y forman parte de la iniciativa *bidan di desa* de principios de los 90. Estas

---

<sup>90</sup> Este término era utilizado de forma informal entre el personal de salud para referirse a aquellas *bidan* más veteranas.

narran sus inicios en una época en la que su profesión era difícil y escasa. Al terminar sus estudios, las enviaron a distintas áreas del país, siendo apenas dos *bidan* por subdistrito. Jóvenes y alejadas de sus familias, fueron abriéndose paso entre la población local con esfuerzo y constancia.

Esta es la generación que lo tuvo más difícil en sus comienzos: 1. No hablan la lengua local; 2. A su corta edad, recién tituladas y miedosas, carecían de experiencia en la materia; 3. Su estatus social de solteras sin descendencia no ayudaba, pues no habían experimentado por sí mismas un parto; 4. El servicio se proporcionaba principalmente en las casas, sin buenos caminos por los que acceder, medio de transporte, agua corriente o electricidad, y 5. La comunidad ya tenía a especialistas locales en la materia, las *du'a rawin*.

Estas *bidan* cuentan que gracias a *Tuhan* (BI Dios), su disciplina, diligencia e intervenciones exitosas en situaciones de urgencia, empezaron a ser reconocidas, respetadas y queridas por la comunidad. Ellas llaman a las *bidan* de la siguiente generación “Adik”<sup>91</sup> (BI hermana pequeña), pues estas empezaron más tarde, sobre un terreno allanado y menos hostil en el que ya: *masyarakat mulai mengerti* (BI “la comunidad comenzaba a entender”).

Las protagonistas de esta tesis son en su mayoría de esta segunda generación. Tienen entre veinticuatro y treinta años de edad y son de origen sikka, dominando la lengua local a la perfección. Suelen empezar a casarse y a tener sus primeros/as hijos/as.

---

<sup>91</sup> De forma cariñosa y respetuosa, las *bidan* se denominan informalmente entre sí como lo hace la comunidad en general, por el estatus de la edad más el nombre individual de cada una. Por ejemplo, si la *bidan senior* Sarti llama a *bidan* Amel (de la generación intermedia o nueva), esta lo hará como: “Ade Amel”, mientras que si esta llama a la *bidan senior* Sarti, lo hará como: “Mama Sarti”.

Respetan mucho a las *bidan senior* y cariñosamente se refieren a ellas como “Mama *bidan*”. Estas mujeres empiezan ya a ser respetadas por la población local, al considerarse que ya tienen cierto bagaje.

La generación más reciente está muy motivada, pero aún es insegura; siente que aún tiene mucho que aprender. Tienen entre veinte y veinticuatro años de edad, son *sikka* y no han parido nunca. Se refieren respetuosamente a la generación anterior como “Kakak *bidan*” (BI hermana mayor) y a las *senior* como “Mama *bidan*”. Recién empiezan sus prácticas en el *puskesmas* y/o algún *polindes* de Bola. Perplejas ante la experiencia de las generaciones anteriores, escuchan los testimonios de las *bidan senior*.

Entre ellas, Mama Tina, nacida en Java, cuenta numerosas aventuras y desventuras de cuando empezó como *bidan desa*<sup>92</sup> en Sumba y posteriormente en Flores, a principios de los años 90. La *bidan senior* quiere concienciar a las nuevas generaciones de la suerte que tienen: ambulancias, teléfonos, motos, carreteras, cooperación de la comunidad... “Ahora todo es más fácil. Por eso tenéis que trabajar más aún, ser más fuertes, diligentes y dar lo mejor de vosotras mismas”, les dice.

### *Vocación y salario*

Las *bidan* se quejan en ocasiones de sus horarios y falta de tiempo libre; no obstante, se sienten muy orgullosas y afortunadas por

---

<sup>92</sup> En este capítulo, y los demás, se utiliza *bidan* a secas para referirse tanto a las matronas biomédicas en general, como a aquellas que trabajan en el hospital o *puskesmas*. Se utiliza *bidan desa* cuando quiere especificarse que son las *bidan* encargadas de un poblado (BI *desa*) concreto, o *bidan pembantu* para las que trabajan habitualmente en el *puskesmas*, pero ayudan puntualmente a las *bidan desa*.

su profesión. Identifican su trabajo como una labor que viene de Dios, ayuda a los demás, está bien pagada y despierta respeto y admiración en la comunidad y sus familias, pues su salario supone para muchas de ellas una base económica importante o, incluso, la principal.

Predominan dos factores para que una mujer quiera ser *bidan*: vocación y salario. Las *bidan* se refieren al sentimiento de vocación como “la llamada” (BI *panggilan*). Muchas reconocen haber sentido admiración por algún familiar que trabajaba como personal biomédico y utilizan expresiones como “tuve la llamada desde pequeña”, “era un sueño desde mi infancia” o “me lo decía mi corazón”. *Bidan desa* Lani, de veinticuatro años, explica su caso:

Mi tía era *bidan* y cuando la veía trabajar con su chaqueta blanca pensaba: ¡¡Qué guay!! [Utiliza el término *cool* en inglés] Me gustaba verla hablar con la gente y darles medicinas. Además, la gente pensaba que ella era muy guay porque ayudaba a los demás.

Otra razón recurrente por la que decidir ser *bidan* es el salario<sup>93</sup>. *Bidan di desa* Ros, de cuarenta años, explica:

Además de que quería ayudar a las mujeres, por aquel entonces era muy fácil encontrar trabajo como personal de salud y mis padres me dijeron que me metiera para ganar dinero pronto. Así que les hice caso y aquí estoy. Me gustase o

---

<sup>93</sup> Estas informalmente comentan que el salario actual de las *bidan* dependiendo de su categoría suele rondar entre dos y cuatro millones de rupias al mes.

no, les tenía que hacer caso, siempre hay que obedecer a los padres.

Las *bidan* reconocen que su trabajo es eficaz porque se realiza en equipo. Están en constante contacto a través de sus teléfonos móviles con internet. En sus ratos libres, les gusta estar activas en redes sociales (especialmente Facebook e Instagram) y compartir fotos sobre sus vidas personales y laborales con una amplia red de contactos.

Debido a su educación y poder adquisitivo, las *bidan* tienen un vocabulario más rico y refinado en *Bahasa Indonesia* que los colectivos anteriores. Viajan a distintas islas del país y sueñan con conocer Europa y América. Se compran ropa occidental por internet y en el día a día visten sus uniformes blancos; aunque también les gusta vestir sus *sarong* en ocasiones especiales y cuando están cómodas en casa.

Este colectivo es el que presenta mayores diferencias visuales y de comportamiento respecto a madres y *du'a rawin*; mientras las *bidan* tienen un sueldo bueno y fijo por sus estudios universitarios, las madres y *du'a rawin* tienen un nivel educativo y adquisitivo similar, un acceso tecnológico escaso y redes mayoritariamente locales. Estos factores influyen en distintas posibilidades y metas vitales.

Tras la presentación de estos tres colectivos, esta investigación revisa la forma en que la *bidan*, *du'a rawin* y las madres rurales se relacionan durante el embarazo, parto y posparto; pues el grado de (in)satisfacción en sus interacciones revela consecuencias en la salud reproductiva de las mujeres al ser detonante de dinámicas de poder, desigualdades, exclusiones, acuerdos y tensiones entre estos colectivos.

## Mortalidad materna en NTT

El gobierno de Indonesia lleva trabajando intensamente en la mejora de la salud reproductiva los últimos cuarenta años; sin embargo, la mortalidad materna del país sigue siendo una de las más altas del mundo (Filippi et al. 2006). Esta varía enormemente entre sus provincias, siendo Nusa Tenggara Timur (NTT), donde se encuentra Flores, una de las más altas del país (Revolusi KIA NTT 2016).

### Programas: Revolusi KIA y AIPMNH

El Departamento de Salud de NTT lanza en 2009 el programa Revolusi KIA NTT, versión provincial del nacional KIA (para la salud materna e infantil) y su iniciativa MPS<sup>94</sup> (Conseguir un Parto Exitoso), para reducir la mortalidad materna y neonatal de esta región dentro del marco global de la Safe Motherhood Initiative y Making Pregnancy Safer (Revolusi KIA NTT 2009).

A partir de entonces, Revolusi KIA NTT determina como medida principal que todos los partos han de tener lugar en los *puskesmas* y hospitales de la provincia, atendidos dentro de un servicio de disponibilidad 24/7 por un grupo de *bidan* y, en caso de emergencia, un obstetra.

Esta estrategia prohíbe a las *dukun bayi* de la provincia asistir partos, limitando su papel. En este momento se les pide personalmente que colaboren con las *bidan* a través de un trabajo

---

<sup>94</sup> La iniciativa nacional Menuju Persalinan Selamat responde a las siglas MPS, y significa en *Bahasa Indonesia* “conseguir un parto exitoso”.

conjunto y ayuden a promover en sus comunidades la campaña *Desa Siaga*<sup>95</sup> para cumplir con esta medida y mejorar la salud reproductiva.

Paralelamente, el programa AIPMNH<sup>96</sup> apoya a Revolusi KIA NTT volcándose también en dicha iniciativa entre los años 2009 y 2014, trabajando en catorce de los veintiún distritos de NTT, entre ellos el distrito Sikka, abarcando aproximadamente el 78 % de la población provincial (AIPMNH 2015).

Siguiendo la línea en la que AusAID ha trabajado en esta parte de Indonesia, la proposición principal de AIPMNH es promover un enfoque interseccional en el que se consideren factores como la desigualdad de género en la provincia, al ser detonante de la mortalidad materna; por ello, el empoderamiento de las mujeres se considera crucial (AIPMNH 2015).

Según el informe final de AIPMNH de 2015, en NTT la mortalidad materna ha pasado de doscientas sesenta y una muertes por cien mil bebés nacidos (ciento ochenta y seis casos), en 2009, a ciento cincuenta y una muertes por cien mil bebés nacidos (ciento nueve casos), en 2014; suponiendo una disminución del 40 % en dicha franja temporal. Sin embargo, tras la finalización del AIPMNH, la cifra sube a ciento setenta y ocho casos en 2015, volviendo a bajar a ciento sesenta en 2017 (Minggu 2018).

Si bien las cifras parecen descender, la provincia aún está lejos de alcanzar el objetivo internacional de menos de setenta muertes por cien mil bebés nacidos. En 2016, fallecieron en el distrito Sikka trece mujeres, siendo el segundo *kabupaten*, junto con Alor, con más

---

<sup>95</sup> SIAGA es el acrónimo de SIAP dan JAGA, que literalmente significa “estar preparados/as y alerta”. Propone que toda la comunidad permanezca alerta a nuevos embarazos y signos de riesgo durante el proceso reproductivo, promoviendo el parto hospitalario.

<sup>96</sup> AIPMNH son siglas que vienen de *Australia and Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health*.

mortalidad materna en la provincia, después de Timor Tengah Selatan, con veintisiete muertes (Revolusi KIA NTT 2016).

En 2017, se indica que estas muertes en el distrito Sikka disminuyen a cinco casos. A pesar de esta gran mejora, el vaivén de cifras de un año a otro indica que la situación no está estabilizada; por ejemplo, si bien en 2016 se indican cero muertes en distritos como Sumba Barat Daya, en 2017 se señalan dieciséis (Kode Mete 2017, Minggu 2018). ¿Qué puede estar ocurriendo?

En este sentido, el enfoque de AIPMNH parece acertado, ya que esta realidad está relacionada con factores difíciles de medir que necesitan ser analizados. Algunos estudios apuntan a la falta de recursos, cuestiones geográficas, desigualdad de género y la forma en la que los programas reproductivos, gestados desde una perspectiva occidental, se implementan en determinados contextos (véase, por ejemplo, Ram & Jolly 1998).

A su vez, parte del éxito o fracaso de estos programas se revela en las interacciones que se producen entre las personas que brindan los servicios de salud y aquellas que los reciben (Hildebrand 2017). Tomando este parámetro, esta investigación profundiza en dicha cuestión, para dilucidar respuestas al problema de la mortalidad materna en esta provincia y, concretamente, en el distrito Sikka.

### *Entrevista a Oom Yose Luis*

Entrevisto en su casa<sup>97</sup> a Yose Luis, responsable local del programa AIPMNH. Oom Yose Luis<sup>98</sup>, de origen manggarai<sup>99</sup>, cuenta

---

<sup>97</sup> Durante mi estancia en Maumere, este médico me acoge como a un miembro más de su familia, ofreciéndome, no solo alojamiento en su casa, y en casa de sus difuntos padres, sino también contactos e información para

que se vino a este distrito cuando era pequeño, porque su padre y su madre, ambos enfermeros, fueron trasladados aquí. A sus casi sesenta años, Oom Yose Luis, de profesión médico, tiene una larga trayectoria profesional en este distrito y domina perfectamente la lengua local.

Su personalidad, generosa y profesional, hace de él un hombre muy querido y respetado en toda la provincia. Antes de que le encomendaran su actual cargo en AIPMNH, fue el director del Departamento de Salud del distrito Sikka<sup>100</sup> durante años, por lo que tiene un gran recorrido y experiencia en intentar reducir la mortalidad materna en la provincia.

El médico pone énfasis en que, desde que el programa AIPMNH ha concluido, la mortalidad materna del distrito Sikka, y en general de la provincia, ha aumentado por “falta de supervisión”. Argumenta que ciertos aspectos se están descuidando, como el papel de las *kader* y el empoderamiento femenino.

Argumenta, también, que las *kader* representan la figura más cercana a las madres, pues ellas mismas son vecinas que viven en los *dusun* (BI vecindario) y por tanto forman parte de la comunidad. Por eso, son ellas las que pueden obtener más información a nivel local y alertar sobre posibles peligros a su *bidan desa* correspondiente; desde su experiencia, aquellos lugares en los que la

---

mi investigación, compartiendo además, generosamente y con cariño, su rutina y eventos familiares conmigo.

<sup>98</sup> Oom en *Bahasa Indonesia* es el equivalente a la denominación familiar y de parentesco “tío”, palabra heredada de la colonia holandesa.

<sup>99</sup> El distrito Manggarai es otro de los distritos que componen la Isla de Flores.

<sup>100</sup> En *Bahasa Indonesia*, este puesto se denomina *Kepala Dinas Kesehatan*, y supone el puesto más alto de la jerarquía biomédica dentro de cada distrito.

comunicación entre *kader* y *bidan* es buena, la mortalidad materna es menor.

Su observación está en sintonía con el parámetro de esta tesis: analizar el grado de (in)satisfacción en la interacción de *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales para dilucidar posibles contribuidores en la mortalidad materna; ya que, si como dice Oom Yose Luis una buena relación entre *bidan* y *kader* es esencial, el primer capítulo de esta investigación revela que en lugares donde la relación entre *bidan* y *dukun bayi* es buena, la salud reproductiva es mejor.

Además, analizar la interacción entre estas especialistas es doblemente relevante, pues las *du'a rawin* suelen trabajar como *kader* al mismo tiempo,<sup>101</sup> motivadas por el personal biomédico. No obstante, estas mujeres respetan el principio de precedencia del Adat y su verdadera vocación, por lo que antes que *kader* son fieles guardianas del conocimiento ancestral. Por este motivo, para analizar la relación entre *bidan* y *kader*, es necesario saber si el KBDD se implementa positivamente en el distrito Sikka.

### KBDD: ¿Igualdad, transparencia y confianza?

En el año 2007, la OMS empieza a promover<sup>102</sup> un trabajo conjunto entre *bidan* y *dukun bayi* en Indonesia, así como a nivel mundial, dado que se demuestra que estas siguen siendo importantes

---

<sup>101</sup> Aprovechando la influencia y respeto de las *du'a rawin* en sus comunidades, cada *puskesmas* fomenta, en nombre del Departamento de Salud sikka, que estas sean *kader* en sus comunidades, para avisar de cualquier riesgo y animar a las mujeres a hacerse los chequeos médicos durante el embarazo.

<sup>102</sup> Paralelamente, la OMS lo empieza a promover mundialmente, aunque dicha iniciativa no se especifica en los actuales objetivos de la OMS (Miller & Smith 2017).

para las mujeres en sus respectivas culturas (Sibley et al. 2004), además de que su acompañamiento favorece la salud emocional y reproductiva de las mujeres<sup>103</sup>.

Sin embargo, la descentralización política que lleva transitando Indonesia desde 1998 permite que los gobiernos locales puedan adaptar la aplicación de ciertas políticas como esta a la sensibilidad que despierten *in situ* (Hull & Adioetomo 2002). El documento KBDD nacional dice en sus primeras páginas: “El acuerdo entre *bidan* y *dukun* supone una forma de cooperación entre ambas, a partir de los principios de igualdad, transparencia y confianza para el esfuerzo común de salvar a madres y bebés (...)”<sup>104</sup> (KBDD 2008:4).

Esto establece que ningún rol es más importante que otro. Sin embargo, mientras el documento detalla y enumera las tareas de las *bidan* durante el embarazo, parto y posparto, las de las *dukun bayi* se resumen así: fomentar que las mujeres realicen los chequeos correspondientes con las *bidan*, detectar riesgos y comunicarlos a las *bidan*, promover el parto en instalaciones médicas y, por último: “realizar los correspondientes rituales tradicionales, siempre que la familia lo pida y sea saludable”.

La última frase es la única que contempla la posibilidad de que las *du'a rawin* realicen sus rituales y tratamientos siempre que “la familia lo pida y sea saludable”. La falta de especificidad sobre qué prácticas son “saludables” deja un amplio margen al sector biomédico local para apoyarlas o desincentivarlas según considere. Este apunte

---

<sup>103</sup> Para más información sobre la importancia del acompañamiento en relación con las prácticas tradicionales en la salud emocional y reproductiva de las mujeres véase, por ejemplo, Hodnett (2002), Lane & Garrot (2016), Miller & Smith (2017).

<sup>104</sup> Traducción propia.

pone en cuestión uno de los tres principios básicos del acuerdo: la confianza en las *dukun bayi* y sus tratamientos.

La desigual repartición de funciones entre ambas especialistas deja claro que la biomedicina es el conocimiento autorizado del Estado. Pues, a pesar de iniciar el acuerdo con una declaración de equidad entre ambas, a efectos prácticos, la disparidad de responsabilidades denota que las *dukun bayi* están posicionadas en un escalón por debajo de las *bidan*<sup>105</sup>; un hecho que desestabiliza el principio de igualdad que, supuestamente, persigue el acuerdo.

Esta realidad, relacionada con la diversidad selectiva del Gotong Royong, desenmascara el KBDD como una herramienta transitoria para posicionar a las *bidan* como principales guardianas de la salud reproductiva (Hildebrand 2009). Aun así, con la descentralización política, la provincia de NTT tiene como el resto de provincias la capacidad de aplicar, según le parezca, este acuerdo si lo considera importante para mejorar la salud materna.

Pues del mismo modo que zonas de Java tienen una implementación del KBDD positiva (Ambaretnani 2012), NTT también puede poner en valor los servicios de las *dukun bayi*, o por el contrario desfavorecerlos e invisibilizarlos. Así, cada subdistrito y cada poblado pueden crear sus propias *perdes* (BI leyes locales) para alcanzar los objetivos del distrito en relación a la mortalidad materna (Revolusi KIA NTT 2009).

Por ello, ¿cuál es la situación en NTT y, concretamente, en el distrito Sikka? Esta tesis corrobora la hipótesis de que cuando el gobierno local de un distrito implementa el KBDD de una forma muy desfavorable para las *dukun bayi* se rompen los principios de igualdad

---

<sup>105</sup> También mencionado en Hildebrand (2009).

y confianza, detonando por su propio peso la caída del principio de transparencia.

La ruptura de estos tres principios propicia opacidad y tensiones en las interacciones de madres, *bidan* y *dukun bayi* durante el proceso reproductivo; una situación que no impulsa la mejora de la salud de las mujeres, sino que precisamente va en contra del objetivo común de ambas especialistas, la comunidad sikka, el gobierno y la OMS.

### *El enfoque NTT: paso de dukun bayi a kader*

Varias investigaciones conducidas en NTT demuestran la confianza que la población local tiene en las *dukun bayi* de sus comunidades (Riskedas 2007). Por ello, el programa Revolusi KIA NTT<sup>106</sup>, en su primera agenda de 2009, señala las tareas que *bidan* y *dukun bayi* han de llevar a cabo en el embarazo, parto y posparto para reducir la mortalidad materna de la provincia.

Dicha lista de tareas se corresponde con las descritas en el KBDD, salvo que la frase “realizar los correspondientes rituales tradicionales, siempre que la familia lo pida y sea saludable”, o alguna referencia a las prácticas de las *dukun bayi*, ni siquiera aparece<sup>107</sup>. Llama la atención que las tareas asignadas a las especialistas ancestrales son casi idénticas a las atribuidas a las *kader*.

El documento resalta la necesidad de que *bidan desa* y *dukun bayi* se reúnan con frecuencia y que parte del presupuesto del

---

<sup>106</sup> En relación a la mujer, este programa comprende el periodo desde que esta está embarazada, hasta cuarenta y ocho días después del parto.

<sup>107</sup> Desde el lanzamiento de esta agenda, hasta 2015, este programa estuvo apoyado a niveles económicos y cooperativos con la asociación australiana AIPMNH.

Jamkesmas (BI Seguro de salud público) vaya destinado a pagar a las *dukun bayi* por su colaboración<sup>108</sup> (Revolusi KIA NTT 2009). Sin embargo, en la agenda del 2016, el énfasis se pone en la relación y trabajo conjunto de *kader* y *bidan desa*.

El nombre de las *dukun bayi* aparece solo una vez en sus doscientas setenta y dos páginas, para decir que: “Los indicadores señalan el logro del declive del papel de las *dukun bayi* en el parto, y por tanto el aumento del papel de las *bidan*” (Revolusi KIA NTT 2016:34). Esta referencia relaciona sin justificación que la disminución de muertes maternas se debe en parte al intercambio de roles. No obstante, precisamente en el 2016, la mortalidad materna aumenta en la provincia.

Dicha transición de aparición a desaparición del nombre y rol de las *dukun bayi* en NTT proporciona pistas sobre los resultados que el Departamento de Salud provincial pretende alcanzar a partir de la utilización del KBDD en 2009: posicionar a las *bidan* como conocimiento autorizado del proceso reproductivo. Esto revela que el Departamento de Salud de NTT podría estar invisibilizando y desfavoreciendo las prácticas de las *dukun bayi*. Sin embargo, ¿lo ha conseguido?

La provincia propone a numerosas *dukun bayi terlatih* que ejerzan de *kader* al considerarlas mujeres influyentes en sus comunidades. Ahora el programa propone que parte del presupuesto vaya destinado a las *kader*. Así, esta tesis muestra que no es que las

---

<sup>108</sup> Este incentivo es frecuentemente denominado *uang transport* (BI literalmente “dinero por el transporte”). Se denomina así, pero se entiende como una pequeña compensación, recompensa, o incentivo económico a las *dukun bayi*, por promover que las mujeres acudan a las *bidan* durante el proceso reproductivo. Se trata de una cantidad de dinero variable. El organismo que estaría encargado de asegurarse que estos incentivos se cobren es cada *puskesmas* en los cálculos de su presupuesto. Las *bidan desa*, por su parte, tienen un sueldo fijo como trabajadoras del Estado.

*dukun bayi* hayan desaparecido en el proceso reproductivo, sino que en el marco de este programa provincial sus responsabilidades quedan aunadas en la labor de *kader*, invisibilizando la identidad y colaboración de estas mujeres como expertas del conocimiento obstétrico local.

Esta realidad queda clara en el mismo hecho de pasar de referirse a ellas como *dukun bayi* (reconociendo en ellas un conocimiento local) a incluirlas en la categoría *kader*, un término que las identifica como personal biomédico y las posiciona en el último escalón de dicha jerarquía. Pero ¿qué consecuencias tiene este enfoque y cómo permea en la forma en la que los distintos distritos de la provincia implementan el KBDD en sus localidades?

Por ejemplo, en el caso de México, El Kotni (2018) argumenta que las tensiones entre el Estado y las matronas con conocimiento local no solo no ayudan a disminuir la mortalidad materna, sino que obstaculizan la salud reproductiva de las mujeres, especialmente en zonas rurales donde la biomedicina ni siquiera puede garantizarse. Al igual que el caso mexicano, las particularidades culturales dentro de Indonesia son muy diversas; incluso la propia provincia NTT está compuesta por distintos grupos etnolingüísticos repartidos en más de 1100 islas<sup>109</sup>.

La mayor parte del terreno de estas islas es rural. Por ello y por motivos de patrimonio cultural, al menos en el caso sikka, las *du'a rawin* son muy necesitadas por las madres rurales para su salud reproductiva. No obstante, por ejemplo, en el distrito Manggarai Timur en Flores, Nova Nanur et al. (2016) argumentan que la aplicación del KBDD es insatisfactoria por la falta de fondos económicos destinados al mismo, la inadecuación de sus instalaciones, la ausencia de

---

<sup>109</sup> Número extraído de la agenda Revolusi KIA NTT del 2016.

coordinación y reuniones entre ambas especialistas y, en resumen, la escasa voluntad local para llevarlo a cabo.

Este estudio, de la mano de otros similares en otras regiones de Indonesia (capítulo 2), coincide en que dichas insuficiencias deben ser mitigadas para mejorar la salud materna. ¿Cómo se implementa el KBDD en el distrito Sikka? A continuación, se presentan en líneas generales indicativos sobre la forma en la que este distrito aplica esta iniciativa.

## El caso sikka

Las *du'a rawin* entrevistadas, todas ellas *dukun terlatih*, narran cómo el sector biomédico las animó inicialmente a cooperar con las *bidan* poniendo énfasis en una relación igualitaria para *kerja sama* (BI trabajo conjunto) y lograr el objetivo común de reducir la mortalidad materna y neonatal.

Sin embargo, actualmente el sector biomédico parece no solo no necesitar su ayuda, sino que suele desacreditar el conocimiento local de estas mujeres en espacios públicos como los *posyandu*<sup>110</sup>. Esta manera de actuar revela que el sector biomédico local considera a estas especialistas competidoras. Una *du'a rawin* expresa resignación y nostalgia: “Hubo un tiempo en el que trabajábamos juntas. Les enseñamos todo lo que sabíamos [a las *bidan*] y sin embargo ahora parece que no quieren saber nada de nosotras” (*du'a rawin* de 65 años, *desa Waigeté*).

---

<sup>110</sup> Reunión mensual en cada *dusun* (BI vecindario) de embarazadas y madres con hijos/as menores de cinco años, *bidan desa*, *kader*, y otros miembros del personal biomédico.

Gracias a una colaboración entre *du'a rawin* comprometidas y una primera generación de *bidan* muy trabajadora, actualmente las *bidan* del subdistrito Bola<sup>111</sup> reconocen que “el trabajo en equipo con la comunidad en general es bueno” (BI *kerja sama dengan masyarakat baik*); pues las mujeres confían en ellas, casi todas realizan sus chequeos, asisten cada mes al *posyandu*, siguen las pautas de sus correspondientes *bidan desa* y dan a luz en instalaciones médicas.

Esta percepción por parte de las *bidan* podría explicar que el sector biomédico encuentre innecesario un vínculo con las *du'a rawin*, ya que además de que las *bidan* ya se sienten legitimadas por la comunidad, su segunda y tercera generación es autóctona. No obstante, la necesidad de seguir utilizando discursos contra las *du'a rawin* revela que el deseo de posicionar a las *bidan* como únicas guardianas de la salud reproductiva aún no se ha cumplido.

En las entrevistas *bidan* y *du'a rawin* admiten estar muy ocupadas atendiendo a madres rurales durante el proceso reproductivo, a pesar de que el papel de las segundas se haya limitado en el parto por la obligatoriedad de parir en un *puskesmas* u hospital. Este hecho, corroborado por las propias madres, muestra que tener confianza en unas especialistas no resta tener confianza en las otras, intuyéndose que ambas especialistas no ofrecen exactamente lo mismo.

Esta situación constata que, aunque las *bidan* cuenten con la confianza de la comunidad, siendo valoradas y necesitadas por las madres rurales, también lo hacen las *du'a rawin*. Por ello, el sector biomédico utiliza activamente discursos que deslegitiman los

---

<sup>111</sup> Existen quejas puntuales de mujeres que, viven lejos del *puskesmas* (*dusun* Hokor-Iligai y *dusun* Ipir-Watudenak).

tratamientos de las segundas para conseguir sustituirlas. Sin embargo, ¿de dónde viene dicha iniciativa y qué fundamentación empírica tienen estos discursos?

### Mirada colonizadora

En la actualidad, la ciudadanía indonesia atraviesa una etapa en la que diferentes aspectos de descentralización y (re)centralización coexisten, debido a un mix de secuelas coloniales, gobiernos pasados y la presente presión de los valores nacionales (Magrath 2016). Ideas relacionadas con la reproducción, provenientes de la colonia holandesa, son promovidas durante el gobierno de Suharto<sup>112</sup> y siguen permeando en el presente a nivel estatal y en muchos lugares de Indonesia (Butt & Munro 2007).

Una de las concepciones que se impulsan con fuerza en dicho mandato es la estigmatización de las *dukun bayi* en el país, considerando sus prácticas “atrasadas” (BI *kurang maju*) y contrarias a aquellas “modernas” (BI *modern*) y “desarrolladas” (BI *maju*) de la biomedicina occidental (Hildebrand 2012).

En consecuencia, actualmente los trabajadores/as estatales de sectores como la salud y la educación se forman en estos valores. Su visión y acción hacia aquellas prácticas locales que no entran en la diversidad aceptada del Gotong Royong es denominada por Butt y

---

<sup>112</sup> El área reproductiva es una de las áreas trabajadas con más insistencia durante su presidencia. Sus políticas reproductivas, provenientes del marco de salud internacional del momento, tienen una concepción de la modernidad que encaja con la visión occidental.

Munro (2007) como la *mirada colonizadora*<sup>113</sup>, pudiendo manifestarse, como en este caso, en ciertas leyes y discursos.

Estos discursos buscan la deslegitimación del conocimiento obstétrico local, como estrategia de control reproductivo de las mujeres, bastante común en países en los que el papel de las matronas con este conocimiento sigue siendo fuerte. El Kotni alega que estos discursos, sumados a las formaciones biomédicas que el gobierno mexicano proporciona a estas especialistas, suponen una forma de gobernanza reproductiva al intentar “controlar las elecciones reproductivas de las mujeres pobres, a través del control de las mujeres que cuidan de ellas, sus matronas” (2019:140).

### *Discursos contra las du’a rawin*

El Estado necesita diferentes estrategias de microcolonización en el día a día local como el uso de narrativas sobre desarrollo y buena ciudadanía (Butt & Munro 2007). A pesar de que los tratamientos de las *du’a rawin* son parte del conocimiento ancestral, despiertan la desconfianza del sector biomédico, a la vez que entorpecen su objetivo de posicionarse como conocimiento autorizado en la comunidad.

Por ello, el equipo biomédico-obstétrico trata de desaconsejarlos por diferentes vías, al tratarse, según sus palabras frecuentes, de métodos *berbayaha* (BI “peligrosos”) y de *resiko* (BI “de riesgo”) para la salud materna y fetal. Este sector difunde que las *du’a rawin* no realizan sus tratamientos correctamente, alegando que

---

<sup>113</sup> El concepto original que emplean Butt y Munro (2007) es *settler-gaze*, la traducción del inglés al castellano como “mirada colonizadora” es propia.

usan técnicas *sembarang* (BI “aleatorias”, “sin sentido”) al no tener una formación reglada.

Durante mi trabajo de campo, no logro encontrar a ninguna persona (incluyendo *bidan*, médicos y altos cargos del Departamento de Salud sikka) que argumenten dichos discursos con estudios concretos o casos conocidos. A su vez, observo que la circulación de rumores negativos sobre determinadas *du’a rawin* son puntuales en la comunidad, al igual que también circulan sobre ciertas *bidan*.

El equipo obstétrico defiende que estos tratamientos ponen en riesgo la salud de las mujeres, y que por tanto contribuyen a la mortalidad materna e infantil del *kabupaten* Sikka. Por ello, consideran que difundir dicha información es su responsabilidad<sup>114</sup>; ya que no encuentran lógico que, a pesar de que sus servicios sean gratuitos, las madres rurales continúen solicitando paralelamente a las *du’a rawin*. Un hecho que justifican con la falta de educación e ignorancia de la población local.

### *Convivencia en conflicto*

La jerarquía biomédica está encabezada por médicos/as que lideran cada especialidad, a quienes les siguen sus ayudantes. En el distrito Sikka la gran mayoría de los médicos/as vienen de otras partes del país portando una mirada colonizadora, de familias con ingresos económicos altos, sin hablar la lengua local y sin estar familiarizados/as con las particularidades culturales del Adat kelahiran.

---

<sup>114</sup> Esta forma de ver los tratamientos de las *du’a rawin*, encaja con la manera de pensar del gobierno de Suharto, heredada de la colonial holandesa, y posteriormente la OMS antes de los años 2000.

En el caso del proceso reproductivo, el puesto más alto de dicha jerarquía lo ocupan dos obstetras. A pesar de pertenecer al mismo país, la población local les considera de otra cultura, utilizando el término *orang luar* (BI persona de fuera) en conversaciones cotidianas.

Las personas autóctonas son *orang asli sikka* (BI persona originaria del distrito Sikka)<sup>115</sup>. Las *bidan* de la segunda y tercera generación lo son, una diferencia clave respecto a la primera, de *bidan senior*. Haber nacido y crecido aquí, a la vez que encarnar el conocimiento biomédico, hace que ocupen una posición híbrida dentro de la población: tienen una identidad local, a la vez que una mirada colonizadora.

A ojos del Departamento de Salud, estas profesionales tienen la misión de promover activamente las concepciones nacionales sobre lo correcto e incorrecto. Las *bidan* son adoctrinadas para conseguir ser las únicas guardianas del ámbito reproductivo y reemplazar a las *du'a rawin*. Sin embargo, el hecho de que estas mujeres sean respetadas por sus familias y vecinas, con las que han crecido, trae situaciones inesperadas para el sector biomédico.

## Conclusión

El 65 aniversario del IBI en el distrito Sikka pone de manifiesto la unidad del poder de la Iglesia Católica, el gobierno local, el Estado y la biomedicina. Aquí, la realidad selectiva del Adat es clara: se fomentan aspectos locales como la vestimenta y la música, pero se

---

<sup>115</sup> Butt y Munro (2007) explican que esto también ocurre en Papúa.

invisibiliza la medicina local y concretamente la contribución de las *du'a rawin* y el Adat kelahiran en la salud reproductiva sikka.

Nusa Tenggara Timur (NTT), donde se encuentra Flores, es una de las provincias con más mortalidad materna del país, lejos de alcanzar el objetivo internacional de menos de setenta muertes por cien mil bebés nacidos (Revolusi KIA NTT 2016). Para combatirla, hasta el momento los programas provinciales que más se han ocupado de esta cuestión son Revolusi KIA NTT y AIPMNH.

Según el informe final de AIPMNH de 2015, la mortalidad materna disminuye un 40 % entre 2009 y 2014. Sin embargo, tras su finalización, esta sube y baja de manera inestable. Yose Luis, como director, señala que esto se debe a la “falta de supervisión” desde que este programa ha terminado.

Según el médico, mantener una comunicación óptima entre *kader* y *bidan* es clave; pues aquellos lugares en los que es buena, la mortalidad materna es menor. Esta investigación demuestra que la relación entre *bidan* y *du'a rawin* es igual de crucial, pues además las *kader* suelen ser, en numerosas ocasiones, *du'a rawin* a la vez.

La forma en la que la agenda actual de Revolusi KIA NTT invisibiliza a estas especialistas permea en que el gobierno local sikka también lo haga; otorgando a las *bidan* el *conocimiento autorizado* del proceso reproductivo, incluyendo a las *du'a rawin* en la categoría de *kader* y deslegitimando su conocimiento local a través de discursos públicos. Esta realidad pone en competición a *bidan* y *du'a rawin*.

¿Qué consecuencias tiene este enfoque y cómo permea en la relación de madres, *bidan* y *du'a rawin*, durante momentos de infertilidad, embarazo, parto y posparto? ¿Qué ocurre cuando *bidan* locales han de difundir dichos discursos? ¿Se perciben ambas

especialistas como competidoras realmente? ¿Qué rituales, prácticas y creencias del Adat kelahiran permanecen y cuáles no?





31



32



33



34



35



36



37



38



39



40



41



42



43



44



45

Ilustración 22. Misa en el 65 aniversario del IBI.

Ilustración 23. Mujer con pendientes de oro.

Ilustración 24. Tiñendo hilo.

Ilustración 25. Mujer tejiendo un pareo.

Ilustración 26. Mujeres en una comunión.

Ilustración 27. *Kembang goyang*, dulce típico para celebraciones.

Ilustración 28. Aprendiendo a usar el machete.

Ilustración 29. Un grupo de *bidan* bailan y cantan en el 65 aniversario del IBI. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/Pkk0XpSUXvs>

Ilustración 30. Mujer cocinando.

Ilustración 31. Haciendo hilo.

Ilustración 32. Vecinas charlan sobre tumbas de familiares.

Ilustración 33. Camino del mercado. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/V0cDSEdxykE>

Ilustración 34. Haciendo pompas.

Ilustración 35. Paso del bambú al cemento.

Ilustración 36. Niñas en su Primera Comunión.

Ilustración 37. *Bidan* del *puskesmas*.

Ilustración 38. Mujeres hacen un legen a una antropóloga. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/A6U9RgZisu4>

Ilustración 39. Las *bidan* bailan y cantan por el 65 aniversario del IBI.

Ilustración 40. Cocinando *kembang goyang*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL [https://youtu.be/tNM\\_sL0uVZY](https://youtu.be/tNM_sL0uVZY)

Ilustración 41. Enseñando a mascar *siri-pinang*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/Ax0TpdkM-Gg>

Ilustración 42. Bailando en una comunión.

Ilustración 43. Mujer prepara arroz.

Ilustración 44. Alrededor del pozo comunitario.

Ilustración 45. *Bidan* del hospital general.

## V. La concepción

## *Primer consejo sobre infertilidad*

A la mañana siguiente de instalarme en la que será mi casa en el poblado Bola, voy con la directora del *puskesmas* (BI centro de atención primaria), tal y como esta sugiere, a presentarme ante el Camat; pues el coordinador del subdistrito Bola ha de saber de mi investigación autorizada por el *bupati* del distrito Sikka.

Son las 8:00 a. m. Entramos en el vestíbulo. Algunos trabajadores y trabajadoras nos saludan enérgicamente. Nos informan de que el Camat aún no ha llegado. Nos invitan a que nos sentemos para esperarle. Observo el lugar. Dos elementos resaltan en la sala: un gran crucifijo de madera y el escudo del Estado indonesio representado por la mítica *garuda* dorada y el lema del Pancasila: “Unión en la diversidad”.

Tras darnos la mano<sup>116</sup> y presentarnos, me preguntan de dónde soy, cuántos años tengo y qué hago aquí. Muestran mucho entusiasmo y curiosidad al ver que podemos comunicarnos en *Bahasa Indonesia* (el idioma nacional) y que mi padre es español y mi madre indonesia, datos que sirven para que me categoricen como *blasteran*<sup>117</sup>.

Al contarles que estudio el proceso reproductivo sikka, surgen comentarios sobre supersticiones y prácticas ancestrales, seguidas por las preguntas de turno<sup>118</sup>: “¿Estás casada? ¿Cuántos hijos/as

---

<sup>116</sup> El saludo inicial entre dos personas que no se conocen, o no son cercanas, es estrecharse la mano derecha con mucha suavidad.

<sup>117</sup> El término *blasteran* suele usarse en indonesio para referirse a aquellas personas que tienen padres y madres de diferentes países, comúnmente cuando alguno de los dos es indonesio/a. Suele estar relacionado con la expresión *darah campur* (BI mezcla de sangres).

<sup>118</sup> Rápidamente comprobé que, habitualmente, en el inicio de una primera conversación introductoria, a una mujer mayor de veinte años se le pregunta

tienes?” Respondo que tengo marido, pero aún no descendencia. Sin valorar otras posibilidades, mi respuesta despierta expresiones de compasión, asumiendo que yo no deseo esta situación y que estoy triste por ello.

Uno de los hombres toma la iniciativa de compartir su historia personal. Cuenta que su mujer y él lo pasaron fatal; pues, tras casarse, tardaron más de dos años en conseguir que ella quedase embarazada. Él insiste en su condición de *anak sendiri* (BI hijo único), argumentando que ello incrementaba su presión por tener *keturunan* (BI descendencia), ya que de él depende la continuidad familiar.

Afortunadamente, el sufrimiento de la pareja ha tenido final feliz y ahora tienen un hijo y una hija. El hombre atribuye dicho éxito a la ayuda de una *du'a rawin*, a quien agradecen el estado actual de su dicha familiar. Así, por su experiencia, este hombre me recomienda encarecidamente que valore esta opción.

## Seguridad cultural

El tratamiento de la infertilidad no es prioritario para la biomedicina en países de ingresos económicos bajos, habitualmente por factores relacionados con alcanzar los objetivos mundiales a través del control poblacional: reducir la natalidad, la mortalidad materna e infantil, enfermedades como el VIH y mitigar la escasez de

---

si está casada y si tiene hijos/as. La respuesta puede ser: “ya casada” (BI *sudah menikah*) o “aún no casada” (BI *belum menikah*). En el caso de casada, esta añadirá si tiene o no hijos/as: “casada aún sin hijos” (BI *sudah menikah, belum punya anak*) o casada más el número de hijos/as que tenga, por ejemplo “casada con un hijo varón” (BI *sudah menikah, punya anak laki satu*). Estas preguntas también están generalizadas en el país (Bennett & De Kok 2018).

recursos (Inhorn & Birenbaum-Carmeli 2008, Okonofua 1996, Ombelet 2009, Van Balen & Gerrits 2001, Gerrits & Shaw 2010).

A pesar de ello, en el distrito Sikka, las narrativas de madres rurales, *bidan* y otras trabajadoras biomédicas que sufren o sufrieron problemas de infertilidad, muestran cómo la *seguridad cultural* es determinante en esta situación; pues, mientras todas consultan a una *du'a rawin* en estos casos, solo las trabajadoras biomédicas lo compaginan también acudiendo al ginecólogo del distrito. Este concepto<sup>119</sup>, utilizado inicialmente por enfermeras maoríes en Nueva Zelanda, se define como:

La garantía de un entorno que es seguro para las personas; donde no hay asalto, desafío o negación de su identidad, de quiénes son y qué necesitan; se trata de respetar, compartir significados, un conocimiento compartido, la experiencia de un aprendizaje común con dignidad y escucha verdadera. (Williams 1999:214).

En su libro sobre la cultura sikka, Dasi (2013) señala que la *budaya leluhur* (BI cultura ancestral) tiene distintas áreas de conocimiento que han de ser adaptadas al contexto actual por parte de la comunidad. La primera concierne al Adat Kelahiran. Si bien solo las madres rurales solicitan los servicios de las *du'a rawin* en el proceso, las trabajadoras biomédicas se suman a ello cuando surgen dificultades para concebir.

No obstante, reconocer la demanda de estos tratamientos no supone lo mismo para madres rurales que trabajadoras biomédicas. Pues las primeras lo hacen sin impedimentos morales, pero las

---

<sup>119</sup> Del inglés *cultural safety* (Williams 1999).

segundas sienten contradicciones al tener que transmitir a la comunidad que los servicios de las *du'a rawin* son contrarios al progreso que busca el país. A pesar de ello, este capítulo analiza por qué las *du'a rawin* son la elección principal de las mujeres en circunstancias de infertilidad, mostrando los casos concretos de dos *bidan*: Agustina y Chandra, para indagar en las cuestiones anteriores:

¿Qué consecuencias tiene este enfoque biomédico y cómo permea en la relación de madres, *bidan* y *du'a rawin* en momentos de infertilidad? ¿Qué ocurre cuando son *bidan* locales quienes han de difundir dichos discursos? ¿Se perciben ambas especialistas como competidoras realmente? ¿Qué rituales, prácticas y creencias del Adat kelahiran permanecen y cuáles no en esta fase previa al embarazo?

## Frustración y tabú

La densidad emocional que acarrearán las decepciones reproductivas es contextual y ha de ser medida con relación al peso que tiene el deseo reproductivo en cada cultura (Bennett 2017). El primer contacto con trabajadores y trabajadoras de la oficina del Camat hace suponer *a priori* que hablar de infertilidad en espacios públicos resulta una cuestión naturalizada.

No obstante, comprobé que no era así, sino más bien un tabú, una situación sensible que suele tratarse entre personas de confianza. Al reflexionar sobre este primer encuentro, y a medida que fui familiarizándome con la importancia de tener descendencia, llegué a la conclusión de que aquel hombre, tras su enorme sufrimiento, quería darme una solución a mi supuesto problema de infertilidad.

Convertirse en padre y madre es una responsabilidad de hombres y mujeres para con la comunidad sikka, la religión católica y la ideología nacional. Por ello, este deseo reproductivo nace de una emoción personal construida a partir de determinadas normas, creencias, ideologías locales y nacionales que rigen este contexto social (Bennett & De Kok 2018).

El concepto *sentimientos normativos* (en inglés *feeling rules*) acuñado por Hochschild en 1979, está estrechamente ligado al deseo, entendiéndose como “las reglas que determinan qué sentimiento es apropiado en un entorno social concreto” (1990:122). Esto explica por qué el grupo de trabajadores y trabajadoras dan por sentados mis problemas de infertilidad y tristeza.

El Estado indonesio proyecta una ideología familista basada en un matrimonio heterosexual con hijos e hijas, idealmente dos. Esta visión generalizada en el país lleva a que un matrimonio sin descendencia sea considerado como “una familia en espera”, en la que mujer y hombre permanecen “incompletos” (Bennett et al. 2012).

Con todo, el Estado no propone soluciones a estos matrimonios a pesar de que el 21 % tenga problemas de infertilidad y los métodos de reproducción asistida sean inaccesibles para la mayoría (Bennett & De Kok 2018), reforzando la interseccionalidad entre género, etnia y clase (Petchesky 1990, Bennett & De Kok 2018).

Para la comunidad sikka, las relaciones sexuales están legitimadas solo dentro del matrimonio y tienen una finalidad reproductiva. Las parejas anhelan tener tanto hijos como hijas<sup>120</sup> y el ideal oscila entre tres y cuatro. Hombres y mujeres han de casarse, tener descendencia y formar una familia para ser *sempurna* (BI

---

<sup>120</sup> Más adelante se especificará la preferencia del varón en determinados casos, guardando relación con el sistema de descendencia patrilineal y patrilocal sikka.

perfectos/as). Así, esta “perfección” implica saltar al estatus de *ibu* (BI madre) y *bapak* (BI padre) o reafirmarlo con los siguientes hijos/as.

Alcanzar este estatus supone cumplir recíprocamente con la Fuente,<sup>121</sup> en agradecimiento por haberles dado el don de la vida. Así, aunque la sexualidad de un matrimonio es una cuestión íntima para los miembros que lo componen, la infertilidad comporta que este tema se trate fuera de la pareja, en tanto que requiere de la intervención de terceras personas, ya sean familiares o especialistas (Bennett & De Kok 2018).

### Mito sobre concepción y reciprocidad

En la cosmología sikka, las personas y todo lo vivo proceden de las deidades supremas *Ina Niang Tana Wawa* (Madre Suelo Tierra Abajo) y *Ama Lero Wulang Réta* (Padre Sol Luna Arriba), primera dualidad (femenino-masculino) proveniente de la Fuente de creación (Butterworth 2008).

La vida comienza a brotar con los primeros rayos solares, lunares y la lluvia de *Ama Lero Wulang Réta*, que caen sobre *Ina Niang Tana Wawa*, regando y nutriendo su tierra fértil. Esta visión, trasladada en escala a la reproducción humana, es representada en la vida que crean un hombre y una mujer cuando se une el semen (agua) con el óvulo (semilla) y crecen en el útero (tierra).

Pero el sincretismo entre Adat y catolicismo permea en cada aspecto cotidiano y pocas personas hacen referencia únicamente a este mito para hablar de la creación, mencionando también la intervención de Dios. En el caso concreto de la concepción, los

---

<sup>121</sup> Fuente originaria a partir de la que se crea el mundo (se describe en el capítulo 3).

matrimonios verbalizan que para la creación de un/a bebé se necesita la armonía entre el hombre y la mujer en cuestión, Dios<sup>122</sup> y la comunidad ancestral.

Los dos posteriores elementos tienen la última voluntad de dar el don de la vida a un nuevo ser. Por ello, las personas se sienten en deuda con ambos al estar vivos, necesitando corresponderles con símbolos de reciprocidad a través de rituales (Butterworth 2008) y teniendo descendencia; de esta manera, contribuyen a la cadena vital y la perpetuación familiar. Así, el ideal de ser madre, padre y formar una familia está estrechamente relacionado con esta forma de entender el mundo.

En el distrito Sikka, la filiación patrilineal-patrilocal que estructura la sociedad establece que el marido como *kepala keluarga* (BI cabeza de familia) y *anak laki* (BI hijo varón) debe perpetuar su legado asegurando traer a nuevos miembros que lo sigan en el futuro. Esta misión genera presión, especialmente cuando este es *anak sendiri* (BI hijo único), pues sobre él recae toda la responsabilidad de dicha continuidad familiar.

Ser madre supone también un requisito fundamental para ser buena esposa y una mujer completa. No serlo implica no cumplir con la finalidad principal de casarse: proporcionar descendencia. Tras la entrega de *belis* (SS la dote), la mujer se traslada a la residencia del marido para formar una familia nuclear propia.

El anhelo por ser madre es muy fuerte, y cuando ven que puede no cumplirse se frustran consigo mismas y temen no corresponder ni a su marido, ni a su familia. Trisia, madre rural dice: “La *belis* es símbolo de que la familia de nuestro marido nos compra. Las mujeres

---

<sup>122</sup> Se refieren a *Tuhan Yesus* (Dios Jesús).

tenemos miedo de no poder darles descendencia y de que a la larga nuestros maridos se vayan con otras mujeres que sí puedan”.

## Métodos para concebir

Tras la celebración del casamiento y todos sus pasos (Adat perkawinan), la pareja espera con mucha ilusión el embarazo, idealmente durante el primer año de casados<sup>123</sup>. Pero en ocasiones las cosas no suceden como se espera y cuando transcurren más de doce *bulan* (BI lunas, meses) sin señal alguna, el entusiasmo se va convirtiendo en preocupación.

Si bien los matrimonios tienen presente la cuestión biológica: el *esperma* o *agua* del marido (BI *sperma*, *airnya suami*) ha de unirse al *huevo* o *sangre* de la esposa (BI *telur*, *darah*) a través de las *relaciones* (BI *berhubungan*), está claro que de Dios depende que se produzca la vida. Por ello, cuando parece que este pone dificultades a la concepción (BI *konsepsi*), comienzan los repasos de conciencia<sup>124</sup> y es momento de establecer una comunicación directa con él y la comunidad ancestral.

---

<sup>123</sup> En este contexto, se percibe como moralmente correcto tener descendencia tras casarse. El uso de anticonceptivos está concebido para el espaciamiento de embarazos para la salud materna y neonatal. Aunque no todas las mujeres los utilizan, se empiezan a utilizar habitualmente tras el nacimiento del primer hijo o hija.

<sup>124</sup> En ocasiones, las parejas atribuyen las trabas puestas por Dios para tener descendencia como castigo por acciones moralmente erróneas del pasado, provocándoles grandes sentimientos de culpa. Esto ocurre en otras culturas, Remorini et al. (2018) por ejemplo hablan sobre las mujeres de comunidades vallistas de Salta (Argentina), y cómo durante sus procesos reproductivos pueden sufrir enfermedades a causa de un desequilibrio cuerpo-espíritu relacionado mayoritariamente con el incumplimiento de tabús culturales.

Esta comunicación se realiza a través de prácticas y tratamientos que sigue el matrimonio, pero principalmente la mujer. Hay métodos familiares y profesionales entre los que se diferencian: los ancestrales y los biomédicos. Primero se prueban remedios que implican al círculo familiar más próximo, y si estos no funcionan, se comienza a valorar la intervención de otros/as especialistas.

### Familiares: rezos y remedios

En el primer año de casados, la pareja practica distintos métodos para propiciar el embarazo, más allá de intentar mantener relaciones sexuales con la máxima frecuencia. Uno de ellos es la *novena*<sup>125</sup>, que consiste en rezar a *Bunda Maria* (BI Madre María) pidiéndole perdón por las faltas cometidas, transmitiéndole el deseo de la concepción. Arrodillados frente a su imagen, estas plegarias se realizan siempre a las doce de la noche durante un determinado número de días, siempre impar y, generalmente, nueve.

Paralelamente, los familiares más cercanos, habitualmente padres y madres, le preparan a la mujer un remedio herbal (BI *ramuan*) para favorecer su fertilidad. La receta varía según la familia, pero los ingredientes suelen ser: arroz crudo, raíces y hojas específicas. La mezcla se machaca y forma una pasta densa que se extiende sobre el vientre de la mujer, mientras esta reposa boca

---

<sup>125</sup> Del latín *novem* (nueve) es una oración de tradición católica que se suele practicar durante nueve días para realizar alguna petición. Puede estar dedicada a Dios mismo en alguna advocación o a algún santo. Cuando se pide la intersección de, por ejemplo, la Madre María u otro santo es porque se busca adquirir alguna de sus virtudes. En este caso, este método estaría enfocado a lograr la fertilidad y la concepción, aunque también es utilizado para la petición de cualquier tipo de anhelo.

arriba esperando a que su *kandung* (BI matriz) absorba las propiedades de dicha pasta hasta que se seque.

Estos tratamientos de fertilidad relacionan el *ramuan* con el abono que vuelve *subur* (BI fértil) a la tierra, representada por el *kandung*. A la mujer que no puede concebir se le llama *madul* (BI infértil) o *kurang subur* (BI poco fértil), un estado considerado *tidak normal* (BI anormal) que ha de remediarse para devolver a la mujer su estado “normal” (BI *normal*) de fertilidad.

Biomédicos: *bidan* Agustina consulta al ginecólogo

Actualmente hay dos ginecólogos<sup>126</sup> en el distrito Sikka, ambos de nacionalidad indonesia, y, uno de ellos, de origen sikka. Han crecido en ciudades grandes de Java y no hablan la lengua local. Trabajan entre los tres hospitales del distrito ubicados en Maumere, Lela y Kewapante. Han viajado por distintas islas del archipiélago, incluso por otros países y tienen un poder adquisitivo alto. Para la mayoría de las mujeres del distrito, son figuras desconocidas con las que interactúan pocas veces en la vida<sup>127</sup>.

Ellos son los principales encargados de detectar posibles causas de infertilidad en el matrimonio. Las consultas tienen lugar en un centro de prácticas de Maumere y sus métodos consisten en

---

<sup>126</sup> Estos dos especialistas habían empezado a trabajar hacía pocos meses cuando realicé mi última estancia de campo en 2017 por lo que durante la mayor parte de mi trabajo de campo, hubo uno solo, quien por cuestiones familiares fue trasladado a otro distrito de Flores. Se considera que existe una gran falta de especialistas biomédicos en el distrito, lo que afecta negativamente a la salud reproductiva de las mujeres y los bebés (AIPMNH 2015).

<sup>127</sup> Durante mi tercera estancia de campo, en 2017, estos ginecólogos llevaban meses trabajando en el distrito aunque ninguna de las *bidan* del *puskesmas* de Bola los había visto personalmente.

analíticas, ecografías, toma de fármacos y cálculo de días fértiles. Estas pruebas se testan en la mujer. El seguro de salud nacional no cubre estos tratamientos, por lo que son considerados altamente costosos.

La posibilidad de nuevas tecnologías reproductivas queda fuera del alcance de la comunidad, siendo poco conocidas, económicamente inalcanzables y de realización externa a la isla. En este espacio, los métodos obstétricos ancestrales y sus correspondientes especialistas locales, las *du'a rawin*, no se mencionan en ningún momento.

Agustina lleva un año de casada y está impaciente por quedarse embarazada. Tiene treinta y tres años de edad y se empieza a considerar mayor para ello. Su marido es *anak sendiri* (El hijo único) y ambos sienten por ello mucha presión familiar. Agustina ha crecido en Maumere y es *bidan* de profesión. Tras haber probado previamente los anteriores métodos familiares, su siguiente opción es visitar al Dr. Dermawan.

Su hermana mayor la acompaña a este centro de prácticas, donde las reciben dos *bidan* que las conducen al despacho del ginecólogo. Es la primera vez que se encuentran. Se presentan e intercambian datos sobre dónde trabajan. Las hermanas se sientan frente al médico separados por una mesa. La consulta tiene una duración aproximada de veinticinco minutos y transcurre en indonesio.

Hilvanada por un tono amable, la interacción es propia de dos personas que, a pesar de trabajar dentro del mismo sector, no tienen confianza, ni comparten costumbres. El Dr. Dermawan le pregunta sobre su último día de regla y calcula sus días fértiles. Le sugiere mantener relaciones sexuales durante el periodo de ovulación y la

invita a tumbarse en la camilla para realizarle una ecografía y comprobar que no tenga ningún mioma o quiste que pudiese estar dificultando el embarazo.

El médico mira la pantalla y le comunica que todo está bien. Agustina no hace ninguna pregunta. Para terminar, se vuelven a sentar y el médico le receta vitamina E, ácido fólico y leche prenatal; medicamentos que dice la ayudarán, aunque no explica por qué. Agustina no pregunta. Acuerdan verse más adelante, pero no concretan cuándo.

El Dr. Dermawan le hace un descuento por ser ambos del ámbito biomédico. Aun así, Agustina lo considera un precio alto (cien mil rupias cada ecografía más los fármacos) y necesita recuperarse económicamente antes de volver, ya que varios familiares dependen de sus ingresos.

Al poco de realizar esta consulta, Agustina baraja la posibilidad de ver a una *du'a rawin*. Pero hablar de ellas es un tabú entre las paredes de las clínicas, pues las *bidan* no pueden recomendarlas ni mencionarlas a pacientes con problemas de fertilidad que acuden al *puskesmas*. Aunque, paradójicamente, cuando Agustina está entre amigas, algunas de ellas *bidan* locales, las recomendaciones sobre diversas *du'a rawin* sí surgen en sus conversaciones privadas.

Así, Agustina y su marido contactan con una *du'a rawin*, amiga de una tía suya. Ella percibe que desde hace tiempo un *roh jahat*<sup>128</sup> (BI espíritu maligno) le dificulta la vida, a la vez que está intranquila por algunas acciones que hizo en el pasado y por las que siente

---

<sup>128</sup> La comunidad Sikka entiende que los espíritus malignos (BI *roh jahat*) pueden ser tanto personas vivas como fallecidas que pretenden herir con sus deseos y/o rituales a personas por las que albergan sentimientos negativos como los celos y la envidia.

remordimientos de conciencia. Una de ellas está relacionada con su pérdida de virginidad.

Cuando ella y su marido eran más jóvenes mantuvieron alguna relación sexual prematrimonial con exparejas, lo que implica que ambos llegaron en un estado de “imperfección” (BI *tidak sempurna*) a su matrimonio. Por ello, Agustina y su marido temen que Dios y la comunidad ancestral les estén castigando por ello para que aprendan la lección. El matrimonio sabe que la *du’a rawin* puede ayudarles.

### Ancestrales: viaje a casa de Mama Pampi, *du’a rawin*

Chandra es considerada una *bidan* carismática y ejemplar. Tiene veintisiete años y su familia es de Bola y Maumere. Su padre fue durante años *kepala desa*<sup>129</sup> de Bola. Ambas llevamos varios días hablando de querer ser madres. Ella lleva ya año y medio de casada y tiene miedo de no poder quedarse embarazada. Cuenta que su marido está preocupado por ser *anak sendiri* (BI hijo único). La familia les pregunta constantemente cuándo tendrán descendencia.

Son las 8:00 a. m. Chandra llega al *puskesmas* en moto con sus labios pintados, chaqueta blanca impoluta, pendientes de oro, pulseras y anillos de marfil<sup>130</sup>. En la reunión matinal diaria<sup>131</sup> se recuerdan los tres principios del servicio: “Sonreír, dar la mano y

---

<sup>129</sup> *Kepala desa* es el máximo representante político de un poblado.

<sup>130</sup> En Flores, en general, los complementos decorativos de marfil son culturalmente muy valorados. Por ejemplo, uno de los objetos más importantes de la dote por parte de la familia del futuro marido a la familia de la mujer es un cuerno de elefante.

<sup>131</sup> Esta reunión es liderada por la directora o *kepala puskesmas* y es conocida como *apel*. Durante esta, se reza a Dios, se recuerdan los principios del centro y se repasa la agenda.

saludar” (Bl *Senyum, sapa dan salam*). Al terminar voy con Chandra a la oficina de planificación familiar.

Entran las primeras pacientes, generalmente mujeres que buscan anticonceptivos. A media mañana, *bidan* Siska repasa la lista y comunica a Chandra que ya no hay más por hoy. Aprovechando que las salas de parto y posparto están tranquilas, algunas *bidan* se unen a nosotras para charlar. Es un momento que todas esperan, ya que las ganas de Chandra por quedarse embarazada son conocidas y quieren hablar de ello.

*Bidan* Lidia asoma la cabeza a la zona común para comprobar que nadie escuche lo que hablamos. Siska corre la cortina y cierra la ventana que da al exterior. En voz muy baja, Lidia cuenta a Chandra que conoce a una *dukun*<sup>132</sup> vecina suya que la puede ayudar. Siska menciona que su madre le ha hablado de otra cerca de Maumere con muy buena reputación.

Chandra narra la experiencia de una conocida suya sin revelar su nombre. Cuenta que esta, tras casarse bastante mayor (a los cuarenta años), consiguió quedarse embarazada gracias a la ayuda de una *du’a rawin* amiga de la familia. Ahora tiene dos hijos preciosos. A pesar de este final feliz, Chandra no deja claro a sus compañeras si irá o no a alguna *du’a rawin*, pues es una cuestión discreta.

Son las 14:00 p. m., momento del cambio de turno. Chandra se ofrece a llevarme a casa. En el camino se sincera y admite que la mujer que consiguió quedarse embarazada es su hermana mayor, a través de Mama Pampi, una *du’a rawin* amiga de la familia. Está valorando ir a verla y me pregunta si yo también estoy interesada.

---

<sup>132</sup> A pesar de conocer la lengua local, las *bidan* utilizan mucho el *Bahasa Indonesia* para comunicarse entre ellas. En este contexto utilizan el término *dukun* en vez de *du’a rawin*.

Digo que sí. Me dice que no se lo diga a nadie y que pronto me confirmará el día.

Tras una semana y varios días, hoy vamos a casa de Mama Pampi. Son las 10:20 a. m. Pak Bode, el padre de Chandra, nos recoge en su pick-up roja de hace más de veinte años. Mamud<sup>133</sup> y yo subimos al vehículo. Pak Bode nos recoge sin la *bidan*, quien no quiere levantar sospechas. Su casa está a las afueras del poblado y subirá la última para que nadie la vea.

Ambas nos sentamos de copilotas al lado de su padre. En la parte trasera que va descubierta, van sentadas Mamud, la hermana mayor de Chandra que quedó embarazada gracias a la *du'a rawin*, y sus dos hijos pequeños. Estamos listas para iniciar el viaje. Pak Bode pone música típica de Maumere a todo volumen. Chandra se ríe y me hace gestos de que su padre está bastante sordo.

Tarareando, Pak Bode empieza a contarme que tiene cuatro hijas y un hijo. Orgullosa, dice que tiene ya trece nietos y que está deseando tener nietos/as de Chandra, su hija pequeña: “¡Ojalá esta *du'a rawin* consiga darnos nietos tanto a nosotros como a tu familia! Ya lo consiguió con mi hija mayor una vez y seguro que también con vosotras”. Las dos nos miramos y respondemos alegremente: “¡¡Amén!!”.

Al llegar a Maumere, nos desviamos a la derecha en dirección a Larantuka y paramos unos minutos en el mercado de Geliting. Aquí compramos provisiones para el camino, más algunos obsequios para Mama Pampi en señal de gratitud: azúcar, galletas y café. Tras casi

---

<sup>133</sup> Mamud es una de las mujeres con las que convivo, dueña de la casa desde que su padre falleció en septiembre del 2016. Mamud es una manera cariñosa de llamarla y viene de *mama muda* (BI mamá joven). Ella misma me pidió que la llamase así.

dos horas de viaje, llegamos a nuestro destino: una zona muy tranquila situada bajo las faldas del volcán Egon.

Nos bajamos del coche y nos dirigimos a la casa<sup>134</sup> donde vivió la hermana de Chandra, enfrente de la casa de Mama Pampi; ambas fueron muchos años vecinas. Pak Bode se disculpa y se adentra en la selva por la parte trasera de la casa para recolectar frutas con su machete. Nosotras nos dirigimos a casa de la *du'a rawin*.

La hermana de Chandra llama a la puerta. Mama Pampi nos abre acompañada de su hija y sus nietos, aún pequeños. La hermana de Chandra y la familia de Mama Pampi se saludan con gran afecto. La casa es muy humilde y tiene pocos muebles; entre ellos, varias sillas de plástico, una mesita y dos camas.

Amablemente nos ofrece sentarnos, pero están quemando basura y el humo entra en la casa. La hermana de Chandra sugiere que vayamos al porche de su antigua casa y nos sentemos al aire libre. Los niños trasladan las sillas y la mesita. Mama Pampi prepara té, café y abre las galletas que hemos traído. Pak Bode trepa un cocotero, deja que caigan varios cocos y les hace una ranurita para que bebamos el jugo.

Empezamos a charlar sobre nuestras vidas. Gran parte de la conversación se produce en Sara Sikka. La hermana de Chandra cuenta con nostalgia sus años vividos en esta casa y la gratitud que siente hacia Mama Pampi por haberle ayudado a quedarse embarazada. Ambas intercambian miradas cariñosas.

A continuación, la *du'a rawin* nos da pautas alimentarias, indicando por ejemplo que no van bien las piñas, el picante ni las

---

<sup>134</sup> En esta casa, propiedad de Pak Bode y su familia, vivieron hace años Chandra, su marido y sus hijos. Actualmente no vive nadie, pero Pak Bode sigue viniendo de tanto en tanto para recoger los frutos que crecen en el bosque que la rodea. Mama Pampi, la *du'a rawin*, vive enfrente.

*sayur licin* (BI verduras resbaladizas). Nos recomienda la papaya y las hojas de casava. Quedan prohibidos tabaco y alcohol, e insiste en que es importante que el marido siga también estas pautas, además de que ha de venir en la próxima visita.

En mi caso, comento que mi pareja no puede venir porque no vive aquí, pero que estoy interesada en seguir sus pautas. Mama Pampi sonrío y asiente. Hace hincapié en que lo primordial es tener de forma frecuente relaciones con nuestros maridos y “creer y confiar” (BI *percaya*) en que estos métodos van a conseguir que quedemos embarazadas.

Tras compartir experiencias e inquietudes diversas, nos pregunta cuándo nos suele venir el *haid* (BI periodo). Pak Bode dice que este es tema de mujeres y anima a los niños a que se vayan a jugar. Él vuelve a adentrarse en la selva y sigue recolectando fruta. Mama Pampi nos dice que ahora palpará la posición de nuestro *kandung* (BI matriz) y lo recolocará si es necesario.

Pak Bode vuelve para dibujarnos una cruz con su dedo pulgar en la frente como símbolo de bendición. Terminamos el té y vamos a su casa. Chandra me susurra que va a darle cincuenta mil rupias por su ayuda, por si yo también quiero hacerlo. Me dice que Mama Pampi es una *dukun cinta-kasih* (BI *dukun* a la que se paga desde el amor), que se dedica a esto para ayudar, no por negocio.

Mama Pampi nos lleva a su habitación. Entramos Chandra, su hermana y yo. El orden de intervención está claro. Mama Pampi se sube a la cama y llama a Chandra para que se tumbe. Las dos están sobre la cama, sus pies no tocan el suelo. La *bidan* se levanta la camiseta y se santigua nerviosa diciendo: “¡Ojalá me quede embarazada! ¡Por favor, Dios!”.

Mama Pampi coge un bote y lo abre. Un olor intenso y agradable inunda la habitación. El líquido es de color rojo y tiene una raíz flotando. La *du'a rawin* empieza a masajearle todo el vientre y concretamente la zona del útero. Chandra pone cara de dolor en determinados momentos y me pregunta si lo podré aguantar. Mama Pampi dice que siente que todo está bien, en su sitio. Chandra tiene que tener más paciencia. Para terminar, masajea su espalda y la zona de los riñones.

Han sido unos veinte minutos. Llega mi turno. Me tumbo donde Chandra y me levanto la camiseta. Mama Pampi se vuelve a impregnar los dedos del líquido. Empieza a masajear mi vientre con bastante fuerza. No me parece doloroso, me resulta agradable. En algunas partes me hace cosquillas. Dice que tengo todo bien colocado, pero mi ovario derecho está algo duro. El picante no me va bien.

No ve problema en ninguna de las dos, afirma que nos quedaremos embarazadas. Insiste: “Lo más importante es hacerlo mucho”; todas reímos. Mama Pampi dice que nos va a preparar un *ramuan* concreto para que nos masajee a nosotras mismas dos veces al día, mañana y noche. Nos indica que los movimientos han de ser rectos bordeando el vientre, de fuera a dentro, dejando por último la parte central del ombligo.

Chandra recogerá nuestro *ramuan* en su próxima visita, que será justo tras su siguiente regla, y en compañía de su marido. La base de este preparado herbal es aceite de coco, plantas, raíces, y lo más importante: rezos. No puede revelar qué plantas utiliza, pero sí cómo es el proceso de recogida.

Mama Pampi cuenta que su don lo heredó de las mujeres de su familia y consiste en una conexión especial con *Tuhan* (El Dios),

*nenek moyang* (BI sus antepasados) y *alam* (BI la naturaleza). Antes de ir a la selva a recoger las plantas que necesita, reza a Dios. Luego camina por las tierras de sus antepasados esperando a que la planta en cuestión se comuniquen con ella.

Cuando llega el momento, la planta le *goyang* (BI baila) para que la coja. Mama Pampi se santigua y la saca de la tierra con delicadeza, pues ha de conseguir que la raíz salga entera, sin partirse. En el borde del hoyo, deja un billete de cinco mil rupias para hacer un intercambio con la naturaleza: dinero a cambio de las propiedades deseadas en dicha planta. Cuando reúne los ingredientes necesarios, elabora el *ramuan*.

Conversamos un rato más. Mama Pampi cuenta que sus conocimientos abarcan más: saber el sexo del bebé, espaciar embarazos, no tener más descendencia o propiciar tener un niño o una niña. Desea que todo salga bien y que la *bahagia* (BI felicidad) que anhelamos nos sea concedida. Le agradecemos su ayuda y le entregamos cariñosamente el dinero. Sin mirar cuánto es, lo acerca a su corazón y nos da las gracias.

Al salir de la habitación, Mama Pampi nos pide discreción, no quiere que digamos dónde hemos estado, solo quiere ser conocida por gente de confianza. Al salir de su casa, Chandra y yo nos miramos con emoción. Pak Bode y Mamud nos reciben con ojos de esperanza. Nuestra suerte puede cambiar a partir de hoy.

Nos sentamos en el coche respetando la misma distribución. Agitando nuestras manos, despedimos efusivamente a la familia de Mama Pampi, quienes también mueven sus brazos hasta perderlos en la lejanía. “¡Ojalá todo salga bien!”, dice Chandra. Seguidamente, me susurra que si se lo cuento a alguien de mi familia esconda el hecho de que es *bidan*.

Reconoce que se siente avergonzada y culpable: "¿Sabes? Es que en teoría si eres *bidan* esto no se puede hacer. Pero es que... como sabes, este tipo de conocimiento no lo tenemos nosotras". Le pregunto si me permite contar la historia cambiándole el nombre, a lo que sí me da su consentimiento<sup>135</sup>.

Al llegar a casa, Mamud me aconseja que no digamos a nadie dónde hemos estado. Me advierte de que lo mejor es evitar cotilleos, para no estar en los pensamientos de la gente, pues a veces pueden no ser buenos e interferir negativamente en quedarme embarazada. Mamud se refiere a los *roh roh jahat* (BI espíritus malignos) y concluye: "Una nunca conoce al 100 % los pensamientos de la gente, ni sus intenciones".

Han pasado casi cuatro semanas después de nuestra visita a la *du'a rawin*. Es domingo. Al volver de misa con Mamud, recibo una llamada de Chandra. Dice que ya tiene nuestro *ramuan*. Me cuenta que, al poco tiempo de nuestra visita, ella y su marido fueron juntos a verla. Mama Pampi les dijo que, a través de un sueño, sus ancestros dijeron que todo iba a salir bien. "¡Me alegro mucho por ti!", contesto entusiasmada. Chandra se queda varios segundos callada: "¡Ali, ya estoy embarazada!".

---

<sup>135</sup> Si bien la biomedicina deslegitima en numerosas ocasiones las medicinas diferentes a ella, la relación entre espiritualidad y salud es actualmente objeto de debate en distintas sociedades para lograr un bienestar más holístico de cada comunidad; no obstante, esta negociación resulta en numerosas ocasiones conflictivas (Remorini et al. 2018).

## Medicina local, conocimiento autorizado

El término *conocimiento autorizado*, acuñado originalmente por Jordan (1978), se refiere a:

La observación principal es que en cualquier dominio concreto existen varios sistemas de conocimiento; algunos, por consenso, llegan a pesar más que otros, ya sea porque explican mejor el estado del mundo para propósitos específicos (eficacia) o porque están asociados a una base de poder más fuerte (superioridad estructural), y habitualmente ambas. (Jordan 1997:56).

Durante la búsqueda de la concepción, el saber de las *du'a rawin*, como parte del *ilmu warisan* (BI conocimiento ancestral), se revela como conocimiento autorizado entre nuestras protagonistas y sus familias. Los casos de las *bidan* Agustina y Chandra muestran que esto resulta conflictivo a veces, pues la biomedicina, promovida por el país y las fuerzas globales, quiere posicionarse como tal en el ámbito reproductivo, dificultando que estas trabajadoras puedan compatibilizar profesión y cultura.

Esta realidad entra en conflicto para ellas cuando tienen dificultad en quedarse embarazadas, pues en su cultura tener descendencia es crucial para su realización personal y familiar. En este caso, aunque es posible que ello se vea influido por la falta de acceso a técnicas de reproducción asistida, de acuerdo con Bennett

(2017)<sup>136</sup>, la relación entre conocimiento autorizado y seguridad cultural explica por qué las *du'a rawin* son las más consultadas en estos casos.

## Conflictos y factores

Las mujeres sikka sienten seguridad cultural para tratar problemas de infertilidad cuando están en manos de una *du'a rawin*. A cuál acudir supone una decisión meditada, valorada a partir de las experiencias y consejos del círculo más próximo al matrimonio. Si bien las mujeres rurales muestran normalidad al admitir que acuden a una *du'a rawin* para asuntos de infertilidad, las trabajadoras biomédicas no tanto. Ellas van primero a un ginecólogo, y después solicitan los servicios de una *du'a rawin*; siendo una decisión confidencial que les genera contradicciones personales.

Davis-Floyd (2001) argumenta que mundialmente existen tres paradigmas de medicina y cuidados de la salud, que afectan también al plano reproductivo: tecnocrático, humanístico y holístico. La principal diferencia entre ellos radica en su base filosófica sobre la concepción del cuerpo y su relación con la mente; permeando en las distintas formas de abordar el cuidado de la salud en todos sus ámbitos.

El modelo tecnocrático parte de una concepción cartesiana en la que el cuerpo está separado de la mente; el humanístico enfatiza la importancia de la conexión mente-cuerpo; y el holístico insiste en la

---

<sup>136</sup> Bennet (2017) demuestra lo que se puede aprender de las prácticas y técnicas de las belian (mujeres especialistas en el conocimiento obstétrico local sasak) alrededor de la infertilidad en Lombok, Indonesia.

unidad cuerpo-mente-espíritu y define el cuerpo como un campo energético que interactúa constantemente con otras energías (Davis-Floyd 2001:5).

El origen del sistema de salud biomédico es occidental y “encarna los prejuicios y creencias de la sociedad en la que se creó” (Davis-Floyd 2001:5). Su pilar filosófico es el dualismo de Descartes, descontextualizando el cuerpo de su entorno y percibiéndolo como una máquina que ha de ser arreglada sin que las creencias de la persona afecten en el proceso (2001).

Esta visión contrasta con la cosmología ancestral sikka, que relaciona cuerpo, mente y espíritu<sup>137</sup> en un mismo conjunto, que a su vez forma parte de otro: la naturaleza, la comunidad ancestral y Dios, todo ello proveniente de una Fuente originaria. Esta perspectiva holística relaciona el bienestar social con la armonía entre dichos elementos que componen la unidad.

### *Cuestión de estatus: contradicciones en las bidan*

La diferencia conceptual entre sistemas de conocimiento hace que las mujeres sikka, incluidas las *bidan* y otras trabajadoras biomédicas, perciban una ausencia espiritual en las prácticas biomédicas<sup>138</sup>. En el ámbito de la concepción, el equilibrio de estos elementos es esencial para que la vida se produzca, por lo que la infertilidad es generalmente achacada a algún desequilibrio entre ellos.

---

<sup>137</sup> En la cosmología sikka, el término *uhek manar* se utiliza para denominar al espíritu que tienen todos los seres y cosas en el mundo, no solo las personas sino también por ejemplo ríos, árboles, caminos y animales (Dasi 2013).

<sup>138</sup> Hildebrand (2017) extrapola esta realidad a las distintas culturas del país donde ya existía un sistema etnomédico previo.

Para que la sintonía fluya de nuevo, las mujeres y sus familias son conscientes de que necesitan a una persona experta, legitimada y conectada con el Adat kelahiran: la *du'a rawin*. Chandra y Agustina, ambas de profesión *bidan*, no quieren que la comunidad sepa que necesitan estos servicios, pues las han adoctrinado para pensar que un país moderno es un país sin *du'a rawin* y ellas han de sustituirlas.

En una conversación informal con una de las *bidan desa*<sup>139</sup> del subdistrito Bola, esta me pregunta: “¿En España hay *du'a rawin*?”. Le respondo que no, o que por lo menos no tengo conocimiento de ello. Mi respuesta despierta el brillo de sus ojos: “¿No hay? ¡Madre mía! Eso sí que es un país moderno de verdad; aquí aún tenemos”. Esta situación posiciona a las *bidan* en una actitud de competencia hacia las *du'a rawin*, lo que también ocurre en otras áreas de Indonesia, como Lombok (Hildebrand 2009).

Chandra es una *bidan* respetada por la comunidad, orgullosa de su profesión. Siente que el país la considera un ejemplo para las mujeres. Una de sus principales funciones es contribuir “al progreso y la modernidad” (BI *kemajuan dan modernitas*). Por ello, teme que se desestabilice su estatus si se sabe que busca los métodos de una *du'a rawin* para quedarse embarazada. Pero su deseo de ser madre, la presión familiar y la condición de su marido como *anak sendiri*, hacen que el riesgo valga la pena.

Mauss ([1925]2009) establece que, en la transacción de un servicio, la receptora adquiere parte del estatus de la dadora reforzando su estatus. En esta transacción, *bidan* y mujeres rurales

---

<sup>139</sup> *Bidan desa* es el nombre para aquellas *bidan* con la responsabilidad individual de encargarse de toda una *desa* (BI poblado) en coordinación y comunicación constante con el *puskesmas* del subdistrito (ver más en capítulo 1). Por ejemplo, el subdistrito Bola tiene seis *bidan desa*, una para cada poblado: Bola, Ipir, Wolokoli, Wolonwalu, Hokor y Umauta.

son “receptoras” del don de las *du’a rawin*, mientras que ellas se posicionan en el papel de “dadoras”; por lo que las especialistas ancestrales son reconocidas por *bidan* y mujeres rurales como personas en calidad de dar.

Esta situación advierte de un cierto orden político en la comunidad (Strathern & Steward 2005, Hildebrand 2017). Chandra, consciente de ello, teme que esto pueda rebajar su estatus como *bidan*, pues la comunidad puede sospechar de su propia desconfianza acerca de que el conocimiento biomédico sirva como sistema único para las mujeres sikka.

La *bidan* admite sentir “vergüenza” (BI *malu*) por necesitar estos servicios, pero justifica que el conocimiento que las *du’a rawin* encarnan no se les enseña a ellas. Esta forma de ver la realidad provoca sentimientos de culpa y contradicción en Chandra, quien se siente traidora como promotora de la modernidad, a la vez que cohibida por no poder expresarse con libertad como mujer sikka. ¿Cuáles son estos factores que hacen que se cree seguridad cultural entre *du’a rawin* y mujeres sikka?

### *Apoyo familiar y clima de confianza*

La decisión de acudir a una *du’a rawin* es motivada en gran parte por la familia. El tratamiento transcurre en un entorno de confianza de principio a fin. Durante la visita a Mama Pampi, Chandra es acompañada por algunos de sus seres queridos, concretamente por su padre y hermana, quien, además, previamente había tenido una experiencia positiva con ella.

La visita transcurre en un espacio privado y familiar para todas/os excepto para mí; aquí han vivido y conocen bien la casa de

su vecina. El clima es de confianza, pues de acuerdo con De Certeau et al. (1999) una persona regresa a su casa: “Al lugar propio que, por definición, no puede ser el lugar ajeno. Aquí cualquier visitante es un intruso, a menos que haya sido explícita y libremente convidado a entrar” (1999:147).

El saludo inicial entre su hermana y Mama Pampi evidencia una relación cercana. Antes de proceder al masaje, la *du'a rawin* considera que es necesario mantener una entrevista previa para conocernos; mostrando una actitud flexible ante la sugerencia de trasladarnos al porche de la casa en la que vivió la hermana de Chandra. La conversación transcurre principalmente en Sara Sikka.

La hermana, nostálgica, recuerda los buenos tiempos que pasó con su familia en los años que vivió en esta casa y cuenta con palabras cargadas de agradecimiento cómo Mama Pampi la ayudó a quedarse embarazada; transmitiéndonos la idea de que estamos en buenas manos. Cuando las preguntas íntimas comienzan, Pak Bode nos deja a solas para que tengamos intimidad<sup>140</sup>.

Mama Pampi se interesa por conocer nuestro ciclo menstrual e insiste en que lo más importante es mantener relaciones con asiduidad y *percaya* (BI creer) en que el tratamiento será efectivo. Este requisito implica confiar en su don; algo que se ve favorecido si las interlocutoras comparten una misma cultura. Ello establece que la mera aplicación de los tratamientos sobre un cuerpo no tiene sentido, si la *kepala, pikiran* (BI mente, pensamientos) y el *uhek manar* (SS espíritu) no lo creen.

La casa de Mama Pampi es el escenario para el masaje. Una *du'a rawin* también puede realizarlo en casa de la interesada,

---

<sup>140</sup> Las relaciones sexuales y temas menstruales suponen un tabú en la comunidad, especialmente en presencia de niños y niñas y entre personas de diferente sexo.

dependiendo de las respectivas posibilidades de transporte y disponibilidad. Bachelard (1975) y Bourdieu ([1980]1991) identifican la casa como un espacio íntimo, “protector del mundo” (Bachelard 1975:59), cuya puerta sirve de umbral entre la dicotomía público-privado; “un microcosmos conectado con el resto del universo, donde las personas que están dentro sienten seguridad” (Bourdieu [1980]1991:428).

Por otro lado, la vivienda revela el nivel de ingreso de sus ocupantes, sus ambiciones sociales, personalidades y novelas familiares (De Certeau et al. 1999). La casa de la *du’a rawin* refleja la humildad y sencillez de su día a día, así como sus pocas pretensiones de ganar fama al decirnos que solo quiere ser conocida por gente cercana y por ello pide discreción sobre nuestra visita; pues la idea de perder su intimidad y que la gente sepa donde vive no le agrada.

La comunidad muestra pudor ante la posibilidad de que un *mo’ang rawin* (SS sanador local) trate a una mujer en el ámbito reproductivo; es más conveniente que las mujeres sean palpadas físicamente por otras mujeres. Primero, porque tienen el mismo cuerpo, y segundo, porque “qué iban a pensar los demás”. Sin embargo, no está mal visto que las *du’a rawin* traten a los maridos en casos de infertilidad.

A pesar de ello, el tratamiento biomédico se realiza en un espacio público, despersonalizado, en manos de un especialista hombre, ajeno a la cultura local, con un nivel educativo y económico distinto a la mayoría de sus pacientes. En este espacio, el ginecólogo y demás personal intentan aplicar las leyes y políticas reproductivas gubernamentales, y que la paciente acate las instrucciones indicadas.

## *Herramientas locales: alimentos, masajes, remedios y sueños*

La sabiduría de las *du'a rawin* es un conocimiento situado; es decir, condicionado por el medio que lo rodea y en el que se ha desarrollado. Mama Pampi posee un gran dominio de las plantas y alimentos locales, sabiendo aconsejar sobre qué ingerir y qué no a mujeres y hombres que desean tener descendencia. También son necesarios ciertos hábitos rutinarios para que el tratamiento sea efectivo, como levantarse de la cama sin forzar ni contraer demasiado el abdomen.

En nuestro encuentro, Mama Pampi responde a nuestras dudas, aclarando que la finalidad de esta primera sesión es conocernos y palpar la posición de nuestros úteros a través de sus masajes<sup>141</sup>: si tenemos la matriz demasiado “subida”, “de lado” o “caída”, puede dar pistas de por qué la concepción está resultando difícil.

Las explicaciones del ginecólogo son más escuetas y no ahondan en por qué se recetan determinados fármacos; pues se espera que la paciente lleve la receta a la farmacia, los compre y los tome. Los nombres de estos medicamentos son desconocidos para la mayoría de mujeres, mientras que los alimentos y las plantas, no. A su vez, la cercanía de las *du'a rawin* facilita consejos proporcionados en un clima de confianza como tener relaciones con asiduidad.

El masaje es un tratamiento generalizado en Indonesia y tiene mucha presencia a lo largo del proceso reproductivo (Nourse 1999; Newland 2002; Hay 2004; Hildebrand 2009, 2012; Ambaretnani 2012; Bennett et al. 2015; Magrath 2016; Munro 2016; Bennett 2017).

---

<sup>141</sup> Este tratamiento es similar en otras culturas indonesias. Por ejemplo, Bennett (2017) describe el caso de las mujeres sasak en Lombok.

Mama Pampi nos invita a su habitación, su espacio personal más íntimo. Aquí, nos dedica unos veinte minutos a cada una. La palabra *urut* (BI masaje) significa literalmente “poner en orden”.

La especialista explica que, a través del contacto cuerpo a cuerpo, se produce una interacción directa entre los elementos involucrados en la concepción y el proceso en general: la naturaleza, los ancestros, Dios y el matrimonio. De ahí que, también, elegir a la *du'a rawin* adecuada sea un factor determinante, pues sin el factor *percaya* (BI creer, la confianza en su don) esa conexión no se produce.

El masaje ha de ir acompañado de un *ramuan* o preparado herbal específico. La comunidad distingue entre los *ramuan* que prepara la gente corriente y los que elaboran los guardianes/as del Adat, denominados *ramuan dengan doa doa* (BI remedios con rezos). Estos pueden ser ingeridos o extendidos por la piel. El proceso de elaboración puede durar hasta varias semanas. Mama Pampi prepara primero una base de aceite de coco que mezcla con plantas y raíces, y lo deja reposar.

Esta *du'a rawin* dice que la receta es secreta. No obstante, otras *du'a rawin* sí la comparten al saber que su don es el último ingrediente para que el *ramuan* surta efecto. Una forma de intuir el éxito del tratamiento es a través de sueños premonitorios; esta vía de comunicación entre la comunidad viva y la muerta es bastante común no solo para las *du'a rawin*, sino para muchas personas<sup>142</sup>.

---

<sup>142</sup> Por ejemplo, una tarde en el *puskesmas*, un enfermero falleció trágicamente con veintitrés años al ser atropellado accidentalmente por un camión. Sus compañeras y compañeros, entre ellas algunas *bidan*, estuvieron compartiendo cómo se sentían cada mañana, relatando cómo este individuo se presentaba en sus sueños para transmitirles ciertos mensajes.

## *Acompañamiento personalizado y elección del sexo*

Antes de ir a visitar a Mama Pampi, esta nos empieza a tener en su pensamiento y se encarga de tener el *ramuan* adecuado para nuestro primer masaje. Tras palparnos, nos preparará botes individualizados a partir de las especificidades personales de cada una para que lo apliquemos en casa siguiendo sus instrucciones.

Desde la recogida de los ingredientes hasta que se logra el embarazo, el proceso de resintonización y comunicación entre el matrimonio, la naturaleza, la comunidad ancestral y Dios es constante a través de la *du'a rawin*. Este tratamiento personalizado difiere del biomédico, en cuyo caso se observan solo los aspectos físicos de la mujer y se recetan fármacos generalmente estandarizados.

Además, el tratamiento ancestral puede contemplar deseos parentales como el sexo del bebé. Las *du'a rawin* afirman que la solicitud de remedios dirigidos a concebir varones es mayor; si bien los matrimonios suelen mostrar una actitud indiferente a esta cuestión, es frecuente que acaben admitiendo que concebir primero un hijo proporciona tranquilidad familiar, pues el legado paterno queda asegurado. Este deseo se incrementa en familias cuyos maridos son *anak sendiri* (BI hijo único).

No obstante, el matrimonio anhela tener descendencia de ambos sexos. Para propiciar uno determinado, la *du'a rawin* comienza a proyectarlo en la colecta de ingredientes, reuniéndolos de forma diferente para un sexo u otro. Poniendo atención en las distintas formas de orinar, si se desea un niño debe hacerlo de pie, si se quiere una niña, en cuclillas.

Aunque el tipo de planta puede variar, algunas *du'a rawin* indican que para una niña debe buscarse una *buah wukak* (SS), con

forma de flor abierta o vulva, y para niño, una *buah oar* (SS), de forma alargada similar al pene. Posteriormente, la mujer ha de llevar la fruta cerca de su vientre e ingerir un *ramuan* elaborado con sus raíces. Este mimetismo con elementos del entorno está también presente en el embarazo. Mama Berta, una *du'a rawin* del subdistrito Bola, lo explica así:

Para que la planta me oiga, tengo que hablarle en *Bahasa daerah* (BI lengua local). Antes de cogerla, le pido que cuando el *telur* (BI huevo, óvulo) de la mujer y el *air suami* (BI agua del marido, semen) se mezclen, se produzca una vida que crezca y nazca con esa forma.

A través de palabras (BI *kata kata*) y oraciones (BI *doa doa*) católicas como el *Bapak Kami* (BI Padre Nuestro) y el *Salam Maria* (BI Ave María), las *du'a rawin* se comunican con sus muertos, las plantas implicadas y Dios. Mama Pampi “compra” a la naturaleza la propiedad de la planta a través de una cantidad simbólica de dinero, pues admite que poco queda que no tenga que comprarse. Así, el proceso de recogida comprende el sincretismo cultural en el que vive la comunidad, incorporando elementos ancestrales, católicos y otros que atañen a la realidad económica.

### *Flexibilidad en tiempos y formas de pago*

Los tiempos que la interesada comparte con la persona especialista son importantes. Las *du'a rawin* proporcionan un tiempo indefinido a las mujeres, sujeto a las necesidades de cada una. Ello favorece la creación de vínculos afectivos fortalecidos a través de

conversaciones semiestructuradas para conocerse, contacto físico y seguimientos constantes a través del pensamiento, oraciones, sueños y visitas, elementos que forman parte de un patrimonio cultural común.

El ginecólogo necesita menos tiempo en sus consultas y no ahonda excesivamente en cuestiones personales; su interés reside en el aparato reproductivo: ecografía, indicación del periodo de ovulación y receta de medicamentos. Esta comparación queda reflejada en las sesiones con Mama Pampi y el Dr. Dermawan: mientras la primera se extiende desde la mañana hasta la tarde, la segunda dura unos veinticinco minutos.

Bennett (2017) argumenta que el tiempo invertido por ambos especialistas está condicionado por la direccionalidad en la que los interlocutores se comunican: mientras las *belian* (*dukun bayi* de origen sasak, Lombok) facilitan una conversación bidireccional entre mujeres, la interacción con el ginecólogo es unidireccional y la mujer ha de acatar sus indicaciones. Esta relación médico-paciente distante y paternalista coincide con lo expuesto en otros contextos del país<sup>143</sup> y, también, en este capítulo.

Cómo pagar o mostrar agradecimiento a una *du'a rawin* por sus servicios depende de las posibilidades familiares. Pueden proporcionarse como antaño bienes prácticos como pareos, huevos, pollos, arroz, frutas y *siri pinang*<sup>144</sup>, pero actualmente el dinero está muy presente. Hay personas que cuentan que ciertas *du'a rawin* se

---

<sup>143</sup> Ver Hildebrand (2012) sobre el papel de las *dukun bayi* en Sumbawa y Claramita et al. (2013) sobre la comunicación médico-paciente en distintos contextos del Sudeste Asiático.

<sup>144</sup> Las mujeres rurales mascan una pasta roja que tiñe sus dientes y produce un efecto similar al tabaco. La mezcla se compone de tres plantas.

aprovechan de la fama que tienen y exigen numerosas cosas a cambio.

Sin embargo, la mayoría considera que el pago es un símbolo de reciprocidad y gratitud desde el amor (*BI cinta kasih*), anteponiendo el hecho de ayudar a la comunidad a lo que puedan recibir a cambio. En palabras de Mama Visensia, una *du'a rawin* del subdistrito Talibura:

El *ilmu warisan* (BI conocimiento ancestral) pertenece a toda la comunidad, no puedo exigir nada a cambio, es mi deber ayudar a quien lo necesite. No pienso en si pueden pagarme o no, lo importante es ayudar. Otra cosa es que cada quien quiera, pueda aportar algo como símbolo de “tú me ayudas, yo te ayudo”. Quizás no tengan en el momento, pero a quien ayuda, nunca le faltará nada por parte de los demás: “el amor se recibe con sinceridad, de corazón”. Mis servicios no son como los del hospital con precios fijos.

Esta forma de entender la transacción es similar a la concepción que algunas poblaciones amazónicas y andinas, como las shipibas, tienen del “compartir”; en la que dar y ofrecer llevan principalmente a otras formas de gratificación como “el cariño y el respeto de la comunidad”, además de la confianza en que quien da, recibe cuando lo necesita (Del Río 2013:122).

Las mujeres no acuden al Dr. Dermawan hasta que reúnen el dinero necesario. El personal sanitario, en nuestro caso las *bidan*, tiene ciertas ventajas sobre las mujeres rurales porque suelen disponer de descuentos. Así, mientras el tratamiento local prioriza ayudar a cualquier familia que desee tener descendencia adaptándose a sus circunstancias, el biomédico favorece a unas

mujeres más que a otras; evidenciando la intersección entre etnia, clase y género (Ginsburg & Rapp 1995a).

## Conclusión

La infertilidad ha sido a menudo invisibilizada por gobiernos de países con ingresos económicos bajos, a pesar del sufrimiento de mujeres y hombres (Gerrits & Shaw 2010). Pero el coste emocional que acarrear las decepciones reproductivas es contextual y el deseo reproductivo varía según la cultura (Bennett 2017). Indonesia es uno de estos países<sup>145</sup>, pero promueve un ideal de mujer y hombre como madre y padre.

Dentro de este marco, el distrito Sikka enfatiza esta política a través de un sistema de filiación patrilineal-patrilocal, en el que el marido como *kepala keluarga* (BI cabeza de familia) y *anak laki* (BI hijo varón) debe perpetuar su legado. Las mujeres casadas también sufren mucho si tienen dificultad para quedarse embarazadas al sentirse incompletas y malas esposas por no poder dar descendencia a su marido.

Si bien los matrimonios tienen presente la cuestión biológica, es de Dios y la comunidad ancestral de quien depende finalmente que se produzca la vida. Por ello, las *du'a rawin*, mujeres con el don de restablecer la armonía entre estas entidades, la naturaleza y la pareja, son las más consultadas en estos casos tanto por mujeres rurales, como por *bidan* y otras trabajadoras biomédicas autóctonas.

---

<sup>145</sup> Bennett y de Kok (2018) tratan la infertilidad poniendo en común las claves de estudios conducidos en Ghana, Indonesia, Rumanía, España, Reino Unido y Estados Unidos.

Sin embargo, el gobierno local considera a las *du'a rawin* contrarias al progreso y encomienda a las *bidan* su desaparición gradual para posicionar a la biomedicina como conocimiento autorizado. Los casos de Agustina y Chandra revelan cómo esta situación despierta contradicciones personales en las *bidan* con problemas de infertilidad, ya que entienden la concepción como lo hace su cultura, a la vez que no quieren ser desleales a su papel de ciudadanas ejemplares.

Esta situación dificulta que las trabajadoras biomédicas locales puedan compatibilizar profesión y cultura sin recurrir al secretismo acompañado de sentimientos de vergüenza, culpa y dudas en estar haciendo lo correcto. Aunque ambas *bidan* acuden también a un ginecólogo, reconocen en las *du'a rawin* un conocimiento que la biomedicina no posee. Esta ausencia de espiritualidad en las prácticas biomédicas es una percepción compartida por numerosas *bidan* en Indonesia (Hildebrand 2017).

Este capítulo, como el resto de la tesis, guarda mucha relación con lo que Hildebrand (2009) descubre en el proceso reproductivo de Sumbawa; donde las *bidan* también ven a las *dukun bayi* como rivales, difundiendo que sus tratamientos son peligrosos. Dicha situación también despierta conflictos personales en las *bidan* locales, quienes en la atención al parto suelen utilizar un agua bendecida por las *dukun bayi* para repeler espíritus malignos (2009).

Así, aunque la infertilidad pueda estar relacionada con la falta de acceso a técnicas de reproducción asistida en contextos rurales, las *du'a rawin* son las especialistas más solicitadas en estos casos por un cruce entre conocimiento autorizado y seguridad cultural

reflejado en: la precedencia del Adat kelahiran<sup>146</sup>, apoyo familiar, clima de confianza, receta de alimentos, masajes, remedios, sueños premonitorios, acompañamiento, elección del sexo y flexibilidad en tiempos y formas de pago.

---

<sup>146</sup> La precedencia (el orden de antigüedad prima en el orden social) y el Adat kelahiran (conocimiento ancestral alrededor del proceso reproductivo) se explican detalladamente en el capítulo 2 y 3.



48



50



Ilustración 46. Mujer madura.

Ilustración 47. Plantas especiales para la concepción.

Ilustración 48. Ceremonia matrimonial *potong-pisang*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/G9TpkeOJy9s>

Ilustración 49. Gallina con sus polluelos.

Ilustración 50. La espera en un día lluvioso. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL [https://youtu.be/3n8ql\\_q-pek](https://youtu.be/3n8ql_q-pek)

Ilustración 51. Flores silvestres rosas.

Ilustración 52. Masaje para facilitar la concepción.

Ilustración 53. Preparando la comida.

Ilustración 54. Casa de una *du'a rawin*.

Ilustración 55. Atardecer en la playa de Tanjung.

## VI. El embarazo

## *Primer paseo con Aurelia*

Son casi las cuatro de la tarde. No hace mucho calor. Una suave brisa mueve los árboles. Mamud y yo salimos al porche. Algunos cachorros de Sule<sup>147</sup> juegan mientras el resto duerme plácidamente. Reviso mis notas de campo. Mamud trocea con su machete *labu jepang* (BI calabazas japonesas) para el cerdo de nuestra casa. La destreza y precisión de sus cortes me fascina.

Cómodas en el silencio de nuestros quehaceres, oímos una puerta vecina abriéndose. Es Aurelia. “Adik Ali<sup>148</sup>, ¿estás lista?” Recojo mis cosas. Quiere que demos un paseo por la playa; está embarazada de ocho meses y las *bidan* del *puskesmas* le recomiendan que camine para estar activa. Tiene treinta y cuatro años y es natural de Nebe, un poblado del subdistrito Talibura. Vive en Bola desde que se casó con Oom Sisko<sup>149</sup>, quien nació y creció aquí.

Aurelia dedica su día a día a las labores domésticas y Oom Sisko trabaja para la compañía de aguas en Maumere. Ambos esperan con mucha alegría a su segundo hijo; han estado casi un lustro intentando concebirlo y apenas queda un mes para su nacimiento. Beto, su hijo de siete años, es también consciente de dicho esfuerzo porque llevan tiempo diciéndole que los bebés son caros y que por eso han tardado tanto en poder comprar uno en Geliting<sup>150</sup>.

---

<sup>147</sup> Sule es una perra que cuida nuestra casa y la de Aurelia y Oom Sisko. Ha tenido cachorros.

<sup>148</sup> Aurelia, al ser mayor que yo, me llama *adik* (BI hermana pequeña).

<sup>149</sup> Sisko me dice que le llame con familiaridad “Oom Sisko” (BI tío Sisko).

<sup>150</sup> Hablar de sexo supone un tabú en el distrito Sikka, más aún para niños/as. Cuando preguntan por el origen de los/as bebés, padres y madres

Nos despedimos de Mamud y vamos por la carretera principal<sup>151</sup> hacia las playas de Ipir. Es nuestro primer paseo<sup>152</sup>. Nos encontramos con vecinas barriendo, otras secando cacao y maíz, algunos niños y niñas jugando, y algunos hombres descansando sobre las tumbas de sus antepasados. Algunas personas saludan con curiosidad: *Halo dok!* (BI ¡Hola doc!)<sup>153</sup>. Aurelia y yo empezamos a hablar.

Al pasar por delante de la escuela primaria, me cuenta que terminó sus estudios a los quince años, porque su familia no podía costearle la secundaria. Un poco más adelante, me señala una pequeña caseta ubicada a nuestra izquierda: “Este jueves tenemos *posyandu*<sup>154</sup> aquí. ¿Vendrás?”. Contesto que sí. Ahora señala al otro lado de la carretera: “Ahí vive Mama *bidan* Edita, la encargada de esta *wilayah*” (BI zona).

La carretera se va empinando. Vemos la playa. La marea está baja. Caminamos por la arena hasta encontrar una roca con parte de su superficie lisa y nos sentamos frente al mar. Observamos el paisaje por unos minutos. La brisa mueve las hojas de las palmeras; las olas llegan con calma a la orilla. Un grupo de adolescentes se

---

suelen responder que “los compran en el mercado”. El mercado de Geliting está cerca de Maumere.

<sup>151</sup> Es la carretera principal que comunica Maumere con el subdistrito Bola.

<sup>152</sup> Este paseo con Aurelia se produce en mi primera semana en el poblado Bola, siendo el primero de muchos durante su embarazo.

<sup>153</sup> Al acabar de llegar, y ser *bule* (BI extranjera), estas personas me asignaban automáticamente el estatus de médica. A medida que fui presentándome y haciendo entrevistas, fui desmintiendo esta idea preconcebida.

<sup>154</sup> El *posyandu* consiste en un encuentro mensual en el que todas las mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de cinco años son convocadas por su correspondiente *bidan desa* en su respectivo *dusun* (BI vecindario). Este evento, con inicio por la mañana y finalización después de comer, se organiza a nivel nacional con la intención de hacer un seguimiento del estado de salud de estas mujeres y sus hijos/as, teniendo en cuenta los parámetros internacionales.

baña, no hay nadie más<sup>155</sup>. Aurelia suspira y acaricia su barriga: “Hijo mío, ya estamos en la playa. Pórtate bien...”. Mirándome de reojo, sonrío y eleva un poco la voz: “Estamos con Tante Ali<sup>156</sup>, así que tienes que portarte incluso mejor...”. Reímos.

Lleva un imperdible cogido a su camiseta que tiene algo enganchado: “¿Para qué es eso?”, pregunto. Sorprendida ante algo que parece obvio, responde: “Es un imperdible con *kaliraga*<sup>157</sup>. ¿Vosotras no lo lleváis?”. Explica que las embarazadas han de llevarlo para protegerse de los espíritus malignos. Me recomienda que lo utilice si me quedo embarazada. Dice que puedo comprarlo en el mercado para llevármelo a España.

Tras pasar un rato hablando, Aurelia observa la luz del cielo: “Deben ser las cinco de la tarde”. Se levanta y se recoloca el *sarong* para volver a casa. Las embarazadas no pueden estar fuera de casa pasadas las seis de la tarde; pues empieza a anochecer y los espíritus malignos salen en busca de alimento. Cogemos un atajo que resulta que pasa por delante de casa de Mama *dukun* Esther<sup>158</sup>.

Vemos a la *du'a rawin* fuera de su casa, sentada sobre la tumba de un familiar y charlando con sus vecinas. Al vernos nos saludan con entusiasmo y gesticulan con sus manos para que nos acerquemos. Mama Esther me recuerda que tenemos nuestra entrevista el viernes. Contenta, le respondo que además la veré el jueves, pues participa como *kader* en el *posyandu* mensual de su *dusun* (BI vecindario).

Aurelia y yo seguimos nuestro camino. Aprovecho para preguntarle si está viendo a alguna *du'a rawin* actualmente. “Ahora

---

<sup>155</sup> A veces se ve bañarse a adolescentes hombres, pero no mujeres. El baño en el mar no es una actividad de ocio usual entre personas adultas.

<sup>156</sup> *Tante* significa “tía”, es herencia del periodo de colonización holandesa.

<sup>157</sup> Se trata de una planta aromática (nombre científico *acorus calamus*).

<sup>158</sup> Aurelia y yo nos comunicamos en *Bahasa Indonesia*, de ahí que utilice el término *dukun* para llamar a la *du'a rawin* Esther.

está prohibido. Las *bidan* lo prohíben, solo podemos ir a ellas o al médico”, responde. Le pregunto si ha ido alguna vez. “Nunca (...) ¿Te imaginas? ¡Qué miedo! Se pueden equivocar y el bebé puede morir. Además, las *bidan* y el doctor se enfadarían... Encima vivimos muy cerca del *puskesmas*, si necesitamos algo vamos directamente”. La noto incómoda.

La conversación no da pie a más preguntas y se desvía. Empieza a oler a humo de parrilla; estamos llegando. Entusiasmada, cuento que Mamud ha cocinado hojas de casava con coco, pescado a la parrilla y arroz. “¡Cuánto vas a echar de menos la comida de aquí, eh!”, exclama Aurelia. Hemos llegado algo antes de las seis. La noche empieza a caer y nos despedimos: “*Sampai besok!*” (BI ¡Hasta mañana!).

## Don e intercambio

El gobierno indonesio lleva trabajando en mejorar la salud reproductiva del país desde los años 80 en el marco de los objetivos y políticas internacionales; sin embargo, sus tasas de mortalidad materna siguen siendo de las más altas del mundo (Niehof 2014). Esta realidad guarda relación con cómo se implementan estas políticas en determinados contextos (Ram & Jolly 1998) y cómo se desarrollan las interacciones entre las personas que proporcionan los servicios de salud y aquellas que los reciben (Hildebrand 2017).

Por ejemplo, si bien desde los años 2000 la OMS recomienda la cooperación entre matronas biomédicas y aquellas con conocimiento autóctono, la filosofía estatal indonesia invisibiliza ámbitos culturales como la medicina local para unificar y controlar el país (Bowen 1986).

Esto, sumado al estigma extendido por la colonización holandesa de las *dukun bayi* como “primitivas”, hace que a día de hoy a pesar de la descentralización política, muchos gobiernos locales no fomenten dicha cooperación.

No obstante, en comparación, aquellos lugares del país donde la relación entre *bidan* y *dukun bayi* es positiva, la salud reproductiva se ve más beneficiada que en aquellos en los que no lo es; de ahí que se necesiten investigaciones que ahonden en cuál es la situación de los distintos contextos del país. El caso de Nusa Tenggara Timur, provincia del distrito Sikka, da pistas sobre su objetivo: que las *dukun bayi* desaparezcan y las *bidan* sean el *conocimiento autorizado* (Jordan 1978) en el ámbito reproductivo.

¿Cómo permea esta visión provincial en las interacciones de *du'a rawin*, madres rurales, *bidan* y otros trabajadores/as del sector biomédico en el distrito Sikka? *A priori*, los capítulos anteriores y el paseo con Aurelia introducen tensiones en esta dirección. ¿Qué sucede en la fase del embarazo? ¿Qué prácticas locales son seguidas actualmente por estos colectivos y cuáles no? Para responder se utilizará como herramienta de análisis el concepto de *don* de Marcel Mauss (1925) descrito a continuación.

Mauss ([1925]2009) observa que la transacción de un *don* o prestación crea vínculos sociales, necesidad de reciprocidad, intercambio, protección y asistencia mutua entre la persona que lo proporciona y aquella que lo recibe. Su estudio se concentra en grupos étnicos de Norteamérica, Melanesia y Polinesia para ahondar en el fenómeno del intercambio en sociedades que entonces aún no tenían sistema monetario, para ver el significado del valor de cambio a nivel universal ([1925]2009).

El autor descubre que toda sociedad produce bienes o servicios

destinados a ser intercambiados, y que un don puede cambiarse tanto por bienes económicamente útiles como por servicios y rituales imbuidos en su cultura; en cuyo caso el vínculo y compromiso social resultante de dicha transacción es más fuerte y duradero (Mauss [1925]2009). Cuando se proporciona un don, la persona que lo recibe ha de corresponder como es debido; pues así se mantiene la cohesión y economía de una sociedad ([1925]2009).

Hildebrand (2017) utiliza este concepto para ver cómo los servicios biomédicos interactúan con los valores y prácticas culturales en Indonesia; concretamente, para entender por qué las mujeres rurales recurren menos de lo esperado a los servicios de las *bidan*. Este trabajo muestra el poder analítico de entender las transacciones médicas como intercambio de dones y la importancia de poner el foco en dichas interacciones para dilucidar motivaciones en conflicto, desigualdades, formas de poder y estatus (2017).

En este caso, si bien las *bidan* de islas como Lombok y Sumbawa esperaban que las mujeres rurales solicitasen agradecidas sus servicios, la realidad las frustra y ofende al descubrir que dichas mujeres se muestran circunspectas hacia ellas, sin saber bien cómo corresponderles, y reticentes en dejar los tratamientos de sus *dukun bayi*, cuyas prácticas abrazan el mundo físico y espiritual de sus contextos (Hildebrand 2017).

De forma similar, extrapolándolo al contexto sikka, este capítulo examina en el embarazo la calidad o falta de calidad de las interacciones entre madres rurales, *du'a rawin*, *bidan* y otros trabajadores/as del sector biomédico en términos de don, intercambio y reciprocidad; pues cuidar dichas transacciones es crucial para el éxito o fracaso de los programas reproductivos y sus políticas (Hildebrand 2017).

A continuación, se describen las prácticas ancestrales habituales en el embarazo, para presentar a través de las experiencias de Chandra (*bidan*), Agnes (enfermera), Tante Bura (farmacéutica), Pak Alex (inmunólogo), Aurelia (madre rural) y Mama Esther (*du'a rawin*) qué prácticas ancestrales son seguidas por estos colectivos actualmente, y qué consecuencias derivan de la (in)satisfacción de sus interacciones.

## Prácticas y creencias locales

Al igual que el mito de la cigüeña en distintas culturas del mundo<sup>159</sup>, Aurelia y Oom Sisko explican a Beto que los bebés “vienen del mercado de Geliting”, esperando que su hijo descubra el sexo por sí mismo *pada saat waktunya* (BI cuando llegue el momento). Esta respuesta refleja entre otras cuestiones un tabú que se extiende a diversos ámbitos del campo reproductivo en la cultura sikka.

Por ejemplo, las mujeres no están familiarizadas con la menstruación hasta que la tienen. Muchas admiten que ni siquiera la habían visto en sus madres ni habían oído hablar de ella hasta tenerla. Este nivel de discreción e intimidad se extrapola al embarazo, pues es solo cuando las mujeres están en esta fase que sus mayores más próximas las introducen en las prácticas y saberes oportunos.

---

<sup>159</sup> El mito de la cigüeña fue popularizado por la obra *Las cigüeñas* de Hans Christian Andersen en 1838 (Sax 2001). El relato que actualmente forma parte del folclore de diferentes culturas americanas, europeas, africanas y de Oriente Medio cuenta que estas aves se encargan de llevar bebés a padres y madres; una explicación que pretende explicar a niños y niñas de dónde vienen.

“Estas pautas son necesarias para proteger a madre y bebé; para que cuando crezca, tenga disciplina, prudencia, autonomía ante la vida, salud y seguridad” (Dasi 2013:47). Este conocimiento enmarcado en el Adat kelahiran es parte del *ilmu warisan* (BI conocimiento ancestral) y ha de perpetuarse en señal de gratitud a la comunidad ancestral por el don de la vida (Butterworth 2008). Un hombre local lo expresa así:

Creemos en Dios y en nuestros ancestros. Estamos aquí por ellos, hemos nacido de ellos (...). No hay subdistrito o poblado que tenga exactamente las mismas *tradisi* (BI tradiciones), pero la intención es la misma. No podemos perder o deshacernos de nuestra *budaya* (BI cultura), es la *budaya tradisi leluhur kita* (BI herencia de nuestros antepasados), ellos eran *pintar* (BI inteligentes) y todas sus enseñanzas tienen un motivo. Hemos de hacer caso de lo que decían. (Hombre de 45 años, poblado Wolokoli, subdistrito Bola)

### Protegerse de espíritus malignos

Como han señalado Bennett (2017), Hildebrand (2012), Laderman (1987), Newland (2002) o Nourse (1999) en sus trabajos sobre reproducción en Indonesia, el embarazo se considera una fase de gran vulnerabilidad y atracción de espíritus. En el distrito Sikka existen precauciones dirigidas a la protección de los *roh roh jahat* (BI espíritus malignos): seres con malos pensamientos que buscan alimentarse de las alegrías de los demás. Una embarazada los describe así:

Aquí hay muchos espíritus malignos: personas generalmente vivas que quieren hacer mal a los demás. Esto les hace felices. Así que tenemos que tener mucho cuidado cuando estamos embarazadas. Sé que por aquí hay al menos dos, me lo ha dicho mi abuela. (Mujer embarazada de 39 años, poblado Bola, subdistrito Bola).

Estos espíritus se convierten en *jahat* (BI malignos) cuando sus pensamientos y acciones se focalizan en provocar el mal en otras personas. Se sienten atraídos por las mujeres embarazadas al llevar dentro de ellas un bebé, un ser considerado *tanpa dosa* (BI sin pecado). Este estado les hace desprender un aroma que las identifica<sup>160</sup>. Los motivos por los que estos espíritus pueden querer dañarlas son diversos; por ejemplo, por envidia al no poder tener descendencia propia.

### *Normas*

Durante el paseo con Aurelia surgieron diferentes normas conductuales que las embarazadas deben seguir en su vida diaria para estar protegidas. Entre ellas, no caminar sola fuera de casa, ni salir después de las seis de la tarde, pues empieza a oscurecer y es el momento favorito de los *roh roh jahat* para salir.

El sueño también es un momento vulnerable. Dentro de la propia casa, no se puede dormir durante esa hora tampoco, a no ser que el marido u otro adulto de la familia estén cuidándola. Asimismo,

---

<sup>160</sup> Se dice que la piel de las embarazadas *bau harum* (BI huele a aroma) para referirse a que estas mujeres huelen bien, de una forma especial. Su olor cambia cuando están embarazadas y es agradable.

la embarazada tiene que dormir de lado, pues si lo hace bocarriba, los espíritus tienen acceso directo a ella y al/la bebé.

También debe evitar estar debajo del marco de las *pintu*<sup>161</sup> (BI puertas) al ser considerados portales de tránsito, tanto de los *Ata bian* (SS personas vivas) como de los *Ata nitu* (SS personas fallecidas). Pues si la embarazada obstaculiza el paso de alguna entidad, más adelante puede tener dificultades en su propio parto, al ser su propia vagina un portal de tránsito por el que el/la bebé ha de pasar para nacer.

Estas precauciones se toman con seriedad; por ejemplo, en una ocasión, una vecina celebró en su casa “la misa de los 40 días”<sup>162</sup> del fallecimiento de su madre. Este evento era considerado importante y acudieron numerosos familiares, amigos y amigas. Sin embargo, aunque Aurelia y otras embarazadas vivían muy cerca, no asistieron al acontecimiento por ser más tarde de las seis. Era lo apropiado.

### *Amuletos*

Para protegerse de los espíritus malignos, la embarazada ha de llevar consigo diferentes amuletos o talismanes. Entre ellos, determinadas plantas y elementos de *besi*<sup>163</sup> (BI hierro). Muchas personas dicen: “allá donde hay hierro, no hay espíritus”, pues estos pueden vivir en las piedras, pero nunca en el hierro.

---

<sup>161</sup> Esta es una precaución seguida por todas las personas en general, además de las embarazadas.

<sup>162</sup> Enmarcada en la religión católica y relacionada con la ascensión de Jesús tras los cuarenta días de su resurrección, esta misa se celebra a los cuarenta días del fallecimiento de una persona.

<sup>163</sup> El hierro es considerado un talismán para repeler a malos espíritus en numerosas culturas. Por ejemplo, en Tíbet (Müller-Ebeling et al. 2002), Tanzania y Ruanda (Schmidt 1997).

La zona de la cabeza es considerada una zona a proteger, ya que los espíritus actúan especialmente a través del pensamiento. Por ello, la embarazada suele acomodar en su *legen* (SS moño tradicional) o coleta, un *clavo* (BI clavo) de hierro y unas hojitas de *damar*. Esta planta tiene un olor tan fuerte que desvía el característico aroma que desprende la mujer embarazada.

Además de la cabeza, otra zona corporal que necesita protección es la barriga, pues aquí crece el/la bebé. Para ello, la embarazada lleva enganchado en su camiseta o blusa un imperdible con *kaliraga*, una raíz cuyo olor tiene la misma función que las hojitas de *damar*: disimular el aroma de la embarazada. Algunas mujeres añaden a estos elementos un rosario o llevan consigo otros objetos de hierro como cuchillos y tijeras.

## Restricciones alimentarias

Meyer-Rochow (2009), en su estudio comparativo sobre sociedades hindúes, judías, de Malasia, Papúa Nueva Guinea y Nigeria, establece que toda cultura suele determinar qué alimentos son adecuados y saludables y cuáles no, especialmente en momentos vitales como el embarazo. Si bien la alimentación habitual en el subdistrito Bola consiste en arroz, vegetales y pescado, determinados alimentos son considerados poco o nada recomendables para las embarazadas.

## *Alimentos calientes, alimentos fríos: desmitificación y ambivalencia*

Douglas (1966) en su estudio sobre pureza y tabú señala que la principal razón por la que las embarazadas del grupo étnico Nyakyusa (África) y Lele (Brasil) evitan rodearse de ciertas personas o ingerir determinados alimentos está relacionado en parte con el miedo a que el/la bebé adopte alguna característica no deseada de la persona o alimento en cuestión.

En poblados cercanos a la costa como Bola e Ipir, deben evitarse algunos animales acuáticos cotidianos. Por ejemplo, el pulpo y el calamar han de evitarse para que la persona no nazca con extremidades similares a tentáculos, huesos blandos y/o torpes, con tendencia a apropiarse de lo que no es suyo. Los peces de boca grande tampoco pueden comerse para que el/la bebé no nazca con una boca desproporcionada y peque de indiscreción a la hora de hablar.

Estos alimentos acuáticos se consideran “calientes”. Esta distinción en la temperatura de los alimentos es mencionada por Setyowati (2010) en su estudio sobre nutrientes en el embarazo de mujeres de Baten en la isla de Java. Al igual que ocurre en el distrito Sikka, Setyowati (2010) explica que en Indonesia en general los alimentos *dingin* (BI fríos) suelen ser considerados más saludables que los *panas* (BI calientes).

La comunidad sikka considera frutas “calientes” la piña y la papaya por ser abortivas. También han de evitarse animales, plantas o frutas que hayan crecido de forma anómala. Por ejemplo, comer dos plátanos “pegados” augura la posibilidad de engendrar gemelos/as, algo que se asocia tanto a partos complicados y cesareas como a bebés nacidos/as con alguna extremidad unida.

Tampoco es aconsejable tomar picante, algo común en la vida diaria, porque puede propiciar un parto muy doloroso.

Setyowati (2010) también señala que estas restricciones alimentarias generan cierta ambivalencia entre las madres de Baten, pues aunque la mayoría come los alimentos disponibles según la economía familiar, en ciertas ocasiones reconocen que dichas restricciones tienen su razón de ser. De forma similar, las embarazadas de origen sikka confiesan que no siguen estas recomendaciones de forma estricta y muestran también ambivalencia en sus conversaciones diarias:

Antes estaba totalmente prohibido comer pulpo durante el embarazo. Muchas mujeres todavía lo creen. La gente pensaba que comerlo podía hacer que los huesos del bebé fuesen blanditos, como los del pulpo, además de causar dificultades durante el parto. Sin embargo, yo lo como si me apetece. Solo si hay gente más mayor, no lo hago para que no me riñan. (Mujer embarazada de 32 años, poblado Bola, subdistrito Bola).

Lo que pasó en mi poblado hace unas semanas es verdad. Un bebé nació mitad pulpo, mitad humano. Como esa familia contaba con ese antecedente familiar (BI *dari keturunan*), solo faltaba que la madre comiese pulpo para que el bebé naciese así. Cuando lo vieron, no supieron qué hacer y lo enterraron vivo. Esa noche hubo rayos y truenos; nuestras casas temblaron... Deberían de haberlo soltado al mar. (Mujer recién parida de 26 años, poblado Umauta, subdistrito Bola).

En ciertas ocasiones, como ocurre en la segunda viñeta, las madres rurales suelen admitir la validez de estas restricciones alimentarias, reconociendo que a veces llevan razón y hay que estar alerta. No obstante, la mayoría utiliza la palabra *mitos* (BI mitos) para referirse a estos tabús, alegando que “hay que comer lo que hay” y “lo que pide el cuerpo”.

Alvesson et al. (2013) encuentran algo parecido en zonas rurales de Laos, donde las restricciones locales sobre alimentación en el embarazo están perdiendo peso debido al contacto de las embarazadas con el personal biomédico. Las mujeres sikka reconocen lo mismo, diciendo que este cambio se debe a la información que el personal de salud difunde en las reuniones mensuales del *posyandu*.

Aquí, la *bidan desa*, su *bidan pembantu*<sup>164</sup> (*bidan* de refuerzo) y las *kader* (voluntarias autóctonas) promueven la salud materna de un determinado *dusun* (BI vecindario). Entre las *kader*, suelen estar las *du'a rawin* de cada *dusun*, pues el personal sanitario las considera mujeres influyentes entre sus vecinas.

## Implicación del marido y otras precauciones

Las protagonistas están de acuerdo en que la vida se produce en la concepción. Desde este momento, el contexto que rodea al embrión empieza a influir en su cuerpo y forma de ser; sobre todo los actos y pensamientos de sus padres y madres, quienes le hablan y

---

<sup>164</sup> Se llama *bidan pembantu* a aquellas *bidan* que trabajan en el *puskesmas* habitualmente, pero que en ocasiones concretas sirven de apoyo a una *bidan desa* determinada.

cantan en la intimidad transmitiéndole valores que le preparan para la vida que le espera fuera.

Esta acción guarda relación con el término *covada*, pues el padre se implica física y psicológicamente durante el embarazo, a través de diferentes prácticas y conductas similares a las de la madre para tomar consciencia de su transición a la paternidad, reconociendo así que esperan una descendencia común (Bohannan 1992).

### *Antojos alimentarios*

Aunque la participación paterna resulta obligatoria en algunas prácticas, otras se negocian en el matrimonio; por ejemplo, los antojos alimentarios<sup>165</sup>. Entre las mujeres a las que entrevisté, resulta representativo el caso de Bunga, la hermana de *bidan* Chandra, quien relata con cariño cómo tras un pacto previo con su marido, fue este quien experimentó los antojos alimentarios, prediciendo el sexo de su hijo e hija.

Lévi-Strauss (1964) y Mary Douglas (1966) mostraron la dualidad masculino-femenina de los alimentos en sociedades patriarcales, asociando los cocinados a la caza y a la masculinidad (cultura) y los crudos, a la feminidad (naturaleza). Esta asociación coincide en la comunidad sikka. Según Bunga, en su primer embarazo, a su marido se le antojaba comer carne cocinada, sabiendo que tendrían un hijo y, en el segundo, quería fruta recién cogida de los árboles, prediciendo que tendrían una hija.

---

<sup>165</sup> Las apetencias alimentarias durante el embarazo se relacionan generalmente a creencias específicas (Frenk 1995).

## *Cordón umbilical y placenta*

El cuidado del *tali pusat* (BI cordón umbilical) es muy importante, al ser considerado el principal nexo de unión física entre madre y bebé, y simbólica, entre ambos y el padre. El *ari ari* (BI placenta, en SS *puhe oha*) también se considera un elemento con espíritu propio, un/a hermano/a mayor, o incluso un ángel que protege y nutre a su hermano/a pequeño/a<sup>166</sup>.

Uno de los miedos que está muy presente durante el embarazo es que el cordón umbilical y la placenta no se encuentren en condiciones óptimas. Ello implicaría que el traspaso alimenticio y energético por parte de la placenta a su hermano/a fuera insuficiente. También se teme que el cordón se enrede en el cuello del feto, poniendo en peligro su vida, especialmente durante el parto.

Para evitar estas situaciones, las embarazadas y sus maridos han de tomar ciertas precauciones. Por ejemplo, si el *suami* (BI marido) va en busca de *kayu api* (BI leña) para hacer fuego, cuando prepare los troncos deberá hacerlo con sus manos y mucha suavidad. Ya que, habitualmente, los prepara a machetazos con su *parang* (BI machete) y esto simbolizaría hacer cortes directos sobre el cordón umbilical y la placenta.

En esta línea, las embarazadas han de cumplir otras normas en su día a día, a las que sus maridos pueden sumarse. No pueden cortarse el pelo e, incluso, en el momento del parto, lo llevan suelto. Tampoco hacer nudos de ningún tipo, ni romperlos; por ejemplo, si se le da una bolsa con un nudo a la embarazada, esta lo tendrá que

---

<sup>166</sup> En sus trabajos, Nourse (1999) y Hildebrand (2009) señalan que en la zona central de Sulawesi y al sur de Sumbawa respectivamente la placenta tiene un significado muy similar.

desatar con sumo cuidado y nunca romperlo, o dárselo a alguien que lo abra por ella.

## Tratamientos de las *du'a rawin*

### *Masajes y remedios*

Los masajes de las *du'a rawin* están muy presentes durante el embarazo y son referidos cotidianamente como *urut* (BI poner en orden). Tienen diversas funciones, como aliviar dolores de espalda, reforzar el *kandung* (BI matriz) para que el suelo pélvico no baje, preparar el camino para que el/la bebé salga con más facilidad, repositonarlo/la y averiguar su sexo. Aunque las mujeres con cierta experiencia vital conocen distintas formas de *urut urut* (BI masajear), las expertas son las *du'a rawin*, portadoras del conocimiento obstétrico ancestral enmarcado en el Adat kelahiran.

Se realizan habitualmente en las zonas de la barriga y la espalda con *minyak kelapa* (BI aceite de coco) mezclado con plantas específicas. Otro remedio para aliviar el dolor es aplicar un *molan* en la cara, barriga y espalda de la embarazada. Este es una mezcla de *tepung beras* (BI harina de arroz) y otras plantas, como hojas de *klotong* y *puhu bura*; todo se cocina y machaca hasta formar una pasta, que tras enfriarse se extiende por el cuerpo de la embarazada proporcionándole alivio y frescor.

También se pueden ingerir ciertas plantas para calmar náuseas y dolores. Tras lavarlas previamente, algunas pueden cocinarse (las hojas de *puhu bura* pueden mezclarse con arroz cocido) y otras se comen crudas (raíces de *klotong*, *puhe beta* o *puhu bura*). Todos

estos preparados ancestrales se denominan *ramuan dengan doa doa* (BI remedios con rezos), pues además de haber sido recolectados y preparados por la *du'a rawin*, están bendecidos por sus rezos.

A través de sus masajes y *ramuan*, las *du'a rawin* equilibran y sintonizan a la embarazada y al bebé con la naturaleza, la comunidad ancestral y Dios. Siendo la armonía entre estos elementos<sup>167</sup> la que hace que el tratamiento sea efectivo. Por ello, es crucial que estos se proporcionen entre personas con creencias comunes, en un entorno de confianza y *seguridad cultural*.

## Perspectivas y experiencias

Con la excepción de las prohibiciones alimentarias durante sus embarazos, la mayor parte de madres rurales, *du'a rawin*, *bidan* y otras trabajadoras biomédicas admiten que siguieron y siguen la mayor parte de las precauciones y consejos locales ancestrales que sus familiares les enseñaron y enseñan.

Explican que es una cuestión de *percaya* (BI creencia, confianza) y reciprocidad hacia sus ancestros; puntualizando que en ocasiones las consecuencias de no seguir estas prácticas están relacionadas a la *sugesti* (BI sugestión) de pensar que no seguirlos puede perjudicar a madre y bebé por la culpabilidad que ello genera. Así, de una forma u otra, estos colectivos locales están de acuerdo en que son importantes tanto los chequeos biomédicos como la mayor parte de prácticas y precauciones ancestrales.

---

<sup>167</sup> El proceso de recogida de ingredientes es el mismo que el que se describe en el capítulo 4, cuando la *du'a rawin* recolecta los ingredientes para elaborar el *ramuan* que ayuda a que el embarazo se produzca.

No obstante, los tratamientos de las *du'a rawin* despiertan opiniones diversas; pues mientras madres rurales y otras trabajadoras biomédicas siguen de forma paralela los tratamientos de *du'a rawin* y *bidan*, las *bidan* experimentan en sus embarazos contradicciones que se verán a continuación, similares a las producidas cuando tienen problemas para concebir (capítulo anterior).

### Visión de las *bidan* y el personal biomédico

Indonesia transita una etapa en la que diferentes aspectos de la descentralización coexisten con otros de la (re)centralización (Magrath 2016). La *mirada colonizadora*<sup>168</sup>, implantada con fuerza durante el gobierno de Suharto, juzga el presente y proyecta el futuro del país a través de parámetros colonialistas,<sup>169</sup> que siguen activos en numerosas áreas de Indonesia (Butt & Munro 2007).

En el distrito Sikka, uno de ellos es la asociación de *bahaya* (BI peligro) y *kurang maju* (BI atraso) a las prácticas de las *du'a rawin* por parte del sector biomédico local. Sus tratamientos se consideran contrarios a los *modern* (BI modernos) y *maju* (BI desarrollados) por la biomedicina (Hildebrand 2009). Por ello, el gobierno establece que

---

<sup>168</sup> En su trabajo sobre sexualidad en Papúa (Indonesia), Butt y Munro (2007) acuñan este concepto como una perspectiva, encarnada por los trabajadores y trabajadoras del Estado indonesio, como los y las del sector biomédico. Una forma de mirar la realidad que implica valorar los actos de los/as miembros de una comunidad, desde determinados juicios de procedencia colonial, que abarcan diversos ámbitos de la vida diaria. Esta perspectiva proyecta el futuro de Indonesia hacia un ideal de modernidad occidental.

<sup>169</sup> El área reproductiva fue una de las áreas trabajadas con más insistencia durante su presidencia. Sus políticas reproductivas, provenientes del marco de salud internacional del momento, tenían una concepción de la modernidad que encajaba con la visión occidental.

son las *bidan* quienes han de encargarse del proceso reproductivo en sus comunidades.

Durante el embarazo pueden detectarse anomalías determinantes para evitar muertes maternas y neonatales (WHO 2018). Por ello, esta fase es una de las más medicalizadas. Las *bidan* del subdistrito Bola<sup>170</sup> reconocen que se sienten valoradas y el “trabajo en equipo con la comunidad es bueno” (*Bi kerja sama dengan masyarakat baik*). Las mujeres acuden a los chequeos biomédicos y asisten al encuentro de *posyandu*, siguiendo las pautas de su *bidan desa*<sup>171</sup>.

Las *bidan* en general reconocen que esta situación es gracias al trabajo de todas ellas, y especialmente al empeño y constancia de la generación de *bidan* de los años 80 y 90. Para ellas fue determinante, para ganarse la confianza de la comunidad, la cooperación con las *du'a rawin* del lugar; pues estas eran mujeres muy estimadas por las familias al haberse ocupado del conocimiento obstétrico ancestral desde tiempos inmemoriales.

Aunque actualmente ambas especialistas ocupan un lugar relevante en las vidas de madres rurales, el sector biomédico local percibe que esta situación sigue sin ser la ideal, aspirando a que las *bidan* sean las únicas especialistas obstétricas en los distintos subdistritos del distrito. Pero, si bien la primera generación de *bidan* provenía de otras islas del país, las siguientes son locales y han crecido junto a las *du'a rawin* como sus familiares, amigas y vecinas.

---

<sup>170</sup> Existen quejas puntuales sobre mujeres que viven en los poblados de Ipir, Umauta y Hokor, todos ellos dentro del subdistrito o *kecamatan* Bola.

<sup>171</sup> Cada poblado o *desa* está controlado por una *bidan desa* concreta. Así, las madres rurales de un poblado determinado siguen las indicaciones de su *bidan desa*.

Esta realidad empuja a las *bidan* a vivir en competencia con las *du'a rawin*. A continuación, el caso de *bidan* Chandra da cuenta del choque que sufren estas especialistas al encarnar un híbrido entre *orang asli Sikka* (BI persona autóctona sikka) y trabajadora biomédica con *mirada colonizadora* (Butt & Munro 2007); revelando las incompatibilidades personales y profesionales que experimentan al intentar conciliar ambas identidades.

### *Bidan Chandra: tratamientos ancestrales en secreto*

Chandra, *bidan* ejemplar en su comunidad, cambia su discurso sobre los tratamientos de las *du'a rawin* al quedarse embarazada. Si bien reconoce que la ayuda de Mama Pampi, especialista ancestral amiga de su familia, supuso una solución para su infertilidad, ahora que está embarazada señala que los masajes y *ramuan* de las *du'a rawin* son peligrosos; pues este es el discurso público y oficial que las *bidan* difunden en los *posyandu* para que las embarazadas acudan solo a ellas.

Sin embargo, dada nuestra confianza, Chandra confiesa que aún se aplica cada día el aceite que la *du'a rawin* le preparó. Aunque remarca que lo hace ella misma, sin las manos de Mama Pampi. No obstante, sigue la posología que esta le indicó, algo que solo su marido y yo sabemos. Admite que me lo cuenta por mi bien, para que cuando ya esté en España sepa cómo utilizarlo.

Mama Pampi considera que Chandra y yo encarnamos matices identitarios diferentes a la mayor parte de mujeres rurales. Por eso, la transacción de su don espera un grado de reciprocidad acorde a nuestra cercanía cultural con ella. En mi caso, sabe que mi cultura es

otra y que no tengo por qué saber cómo corresponder, piensa que mi consulta es puntual al estar aquí temporalmente.

La situación de Chandra es más compleja; ella encarna un conocimiento obstétrico extranjero, a la vez que ha crecido como mujer sikka con fuertes vínculos hacia Mama Pampi. Así, Chandra intenta encontrar un punto medio entre su condición sikka y su papel institucional, decidiendo aplicarse el aceite de la *du'a rawin* a través de sus propias manos.

Es consciente de que esto supone un riesgo para su estatus, credibilidad y misión como *bidan*. Por ello, lleva a cabo el tratamiento en secreto, a la vez que paralelamente difunde su peligrosidad en la esfera laboral. Pero ¿es aceptada culturalmente la forma en la que Chandra corresponde a Mama Pampi? ¿Tiene la *bidan* otra alternativa? ¿Cómo influye esta situación en su relación con madres rurales, otras trabajadoras biomédicas y las propias *du'a rawin*?

### *Enfermera Agnes: bidan y du'a rawin son complementarias*

Entrevisto a Agnes en casa de su suegra, muy cerca del *puskesmas*. Acostumbrada a verla con su uniforme blanco, me resulta llamativo verla cómodamente en su *sarong* atado al estilo sikka. Agnes estudió Enfermería en la Universidad de Maumere y trabaja en el *puskesmas* desde hace años.

Reside en *desa Wolokoli*, donde nació. A sus veintiseis años, está casada y tiene una hija de un año, Eti. Agnes habla sobre las prácticas y costumbres locales que siguió durante su embarazo. La enfermera resalta la importancia que tenían para ella los baños diarios, preparados por su *mama kandung* (BI mamá de vientre) y su

*du'a rawin*. Juntas preparaban el agua con pétalos, hojas de hibisco y otras plantas, para favorecer un parto sin dificultades.

El tacto de estas hojas y pétalos al mojarse producían una sensación *licin* (BI resbaladiza), que le ayudó a que su bebé saliese con facilidad en el parto. Este baño le resultaba *enak* (BI agradable) y paliaba otras molestias y dolores. La enfermera enfatiza que también fueron muy importantes los masajes con el aceite especial de su *du'a rawin*, pues aliviaban su dolor de espalda e iban activando la leche para su bebé.

Agnes habla de su experiencia con naturalidad, mostrando mucho afecto hacia su *du'a rawin*, a quien describe como una mujer muy solicitada por su conocimiento obstétrico y buena reputación en sanar roturas de huesos<sup>172</sup>. Sin embargo, en una ocasión presencié que el embarazo de Agnes era criticado por sus compañeras, las *bidan* del *puskesmas*.

Un día en el que estábamos tranquilas en la zona común del *puskesmas*, aproveché para preguntar sobre las *du'a rawin*. Estaba el equipo de *bidan* y algunas enfermeras, Agnes entre ellas. Al hacer la pregunta, se produjo un silencio incómodo seguido de un intercambio de miradas. Una de las *bidan* miró a Agnes diciendo en un tono de cuestionable amabilidad: “Pregúntale a ella; lo sabe bien porque iba a una cuando estaba embarazada”. Agnes miró al suelo y ahí acabó la conversación.

---

<sup>172</sup> Las *du'a rawin*, suelen ser portadoras tanto del conocimiento obstétrico local como de nociones de salud en general. Curiosamente, durante mi estancia, una de las *bidan* del *puskesmas* se torció un pie una tarde. A la mañana siguiente, orgullosa, llegó al *puskesmas* mucho mejor. Cuando le preguntamos qué había hecho para mejorar, dijo que había ido a una *du'a rawin* vecina suya. Con alegría, decía: “Y mira, qué bien, no he necesitado nada más. Ojalá mi vecina viva mucho más, ya tiene noventa años”.

En la entrevista, Agnes cuenta que las indicaciones y tratamientos de las *bidan* fueron muy importantes en su embarazo, pues ella misma está biomédicamente formada y es consciente de la necesidad de reducir la mortalidad materna del distrito Sikka. No obstante, admite la importancia que tuvo para ella el acompañamiento de su *du'a rawin*, una mujer que la había visto crecer y le había enseñado tanto a lo largo de su vida.

Para ella, necesitar a una *bidan* no implica dejar de llamar a una *du'a rawin*; las ve complementarias. Agnes admite sentirse juzgada por sus compañeras porque siente que no encajan bien el hecho de que hubiese acudido a una *du'a rawin* durante su embarazo. Por consiguiente, es un tema que prefiere no sacar cuando está con ellas.

*Pak Alex: orgulloso de su esposa du'a rawin*

En una ocasión Tante Bura<sup>173</sup> me pide que la acompañe a casa de Pak Alex, inmunólogo del *puskesmas*. En el camino, me cuenta con discreción que vamos a visitar a su mujer, Mama Generosa, para un *ramuan* (BI remedio ancestral) que le ayude a paliar un dolor que siente en su pecho derecho.

Al llegar, el matrimonio nos saluda con entusiasmo e invita a tomar té frente al mar. Tante Bura dice a Mama Generosa que ha venido a por más *ramuan*. Aquí aprovecho para preguntarle si es *du'a rawin*. Ella asiente y especifica que atiende tanto cuestiones de salud genéricas como obstétricas.

---

<sup>173</sup> Es amiga de Mamud y está pasando el domingo en nuestra casa. Estuvo trabajando muchos años como profesora en la escuela primaria, pero actualmente trabaja como ayudante en una farmacia de Maumere.

Cuenta que fue su madre quien le enseñó todo, aunque “una cosa es saber sobre plantas y otra es ser *du’a rawin*”, matiza. Explica que nadie se convierte en *du’a rawin* hasta que otra no le traspasa el don (la conexión con Dios, la naturaleza y la comunidad ancestral), como hizo su madre con ella.

En ese momento, Pak Alex mira orgulloso a su mujer y dice: “Hay mucho que aprender de nuestros antepasados, tanto ellos como nosotros seguimos muy *dekat alam* (BI cerca de la naturaleza), creemos en los espíritus y conocemos las plantas”. Al despedirnos, Pak Alex me invita al próximo *posyandu* del poblado Ipir.

Para mi sorpresa, presencio que en este evento el personal biomédico formado por la *bidan desa* de Ipir, su *bidan* de apoyo, Pak Alex y las cinco *kader* del vecindario en cuestión prohíbe públicamente los tratamientos de las *du’a rawin*<sup>174</sup>. El equipo empieza dando la bienvenida a las asistentes, anunciando que las *kader* han cocinado para hoy *bubur kacang ijo* (BI gachas de cacahuete verde) con *nasi* (BI arroz), *gula merah* (BI azúcar rojo) y *susu* (BI leche).

Mama Meri, la *kader* más veterana, abre el encuentro con voz potente. Sus manos sujetan un dossier<sup>175</sup> con las normas del poblado para mejorar la salud materna e infantil. El informe está redactado en *Bahasa Indonesia*. La *kader* lee en voz alta y autoritaria los artículos más pertinentes del día, poniendo énfasis en el capítulo 11: “Prohibiciones y sanciones” (BI Larangan dan Sanksi) y, concretamente, en los artículos 26 y 27:

---

<sup>174</sup> A pesar de que el equipo biomédico considera que lo ideal es que los maridos también asistan a *posyandu*, la realidad es que rara vez lo hacen.

<sup>175</sup> Título del documento: *Rancangan Peraturan Desa tentang Kesehatan Ibu dan bayi baru lahir*.

Prohibiciones: 1. a) Queda prohibido que una mujer embarazada acuda a realizarse seguimientos con una *dukun* (BI *du'a rawin*). (...). Sanciones: 1) Si una embarazada no comunica su embarazo [a una *bidan*] antes de los tres meses, tendrá una sanción de 250.000 rupias. 2) Si una embarazada no se realiza sus correspondientes chequeos [con una *bidan*], serán 250.000 rupias. (...).

Mama Meri termina de hablar y pregunta a las oyentes si tienen alguna pregunta. Nadie alza su mano. Se oyen cuchicheos. A continuación, se indica a las madres que hagan una fila para pesarse y revisar sus cuadernos<sup>176</sup>. Las *kader* pesan a los niños y niñas. Pak Alex testa si tienen malaria. Cuando terminan, Mama Meri cierra el encuentro y se reparten los platos para comer. Pak Alex me pregunta cómo son los *posyandu* en España. Algunas embarazadas nos miran de reojo.

Respondo que en España no solemos hacer *posyandu* de forma grupal en cada vecindario. El equipo biomédico se sorprende. “Nosotros queremos parecernos a vuestro país. Cuando no tengamos necesidad de hacer *posyandu*, significará que ya seremos modernos como vosotros, y que las mujeres sabrán qué hay que hacer”, dice Pak Alex. Las asistentes terminan de comer y colocan sus platos en una pila. Ayudo a recoger.

Pak Alex se ofrece a llevarme a casa en moto. En el camino me dice que ya tiene el *ramuan* que necesita Tante Bura. ¿No resulta

---

<sup>176</sup> Estos dosieres, denominados formalmente *buku KIA* (BI libro sobre salud materna e infantil), o cotidianamente *buku pink* (BI libro rosa), llevan el seguimiento del estado de salud de cada embarazada y sus hijos/as menores de cinco años. En él se señalan, con dibujos, consejos nutricionales y signos de alerta. Las madres y embarazadas tienen uno de forma individual, y han de llevarlo a cada *posyandu* o chequeo.

contradictorio el hecho de que la mujer de Pak Alex sea *du'a rawin*, cuando este y su equipo prohíben sus tratamientos? Pareciera que lo que el equipo biomédico predica en este espacio público no fuese lo que realmente cree y lleva a la práctica en su espacio privado.

### Visión de las madres rurales

Las madres rurales expresan miedo a que algo salga mal durante el proceso reproductivo, mencionando con frecuencia la palabra *resiko* (BI riesgo) y admitiendo que viven y vivieron el embarazo con momentos de inseguridad por sus vidas y las de sus bebés. Reconocen que ello se debe a la información que las *bidan* proporcionan, pues, para ellas, estas especialistas merecen mucho respeto por reducir la mortalidad materna e infantil en el distrito Sikka.

Pero, al mismo tiempo, hablan de la importancia que tienen las *du'a rawin*. Tener su acompañamiento, *ramuan* y masajes les hace estar en armonía con la comunidad ancestral, la naturaleza y Dios. Consideran a estas especialistas mujeres experimentadas, de confianza, con las que han crecido y convivido. Les ayudan a ganar confianza en sí mismas y en que todo saldrá bien.

Así, las madres rurales siguen de forma paralela las indicaciones y tratamientos de ambas: *bidan* y *du'a rawin*. No obstante, el caso de Aurelia, presentada al inicio del capítulo, revela que el hecho de vivir cerca o lejos del *puskesmas*, lugar donde se concentra la mirada colonizadora en el subdistrito, condiciona el grado de naturalidad con el que las madres hablan sobre las *du'a rawin* y sus tratamientos.

## *Aurelia oculta que su madre es du'a rawin*

Al instalarme en *desa* Bola, mi llegada despertó mucha curiosidad en la comunidad. Mamud decía que era porque la gente no estaba acostumbrada a ver occidentales. Los primeros días los pasé con las *bidan* del *puskesmas* y conociendo a las personas de mi vecindario, entre ellas Aurelia. Esto, sumado al hecho de que mi vínculo con Bola era gracias a Oom Yose Luis<sup>177</sup>, hizo que se extendiera la idea de que yo era médica<sup>178</sup>.

Aunque poco a poco fue difundiéndose que estaba allí por estudios socioculturales<sup>179</sup>, mi paseo con Aurelia<sup>180</sup> pone en evidencia cómo algunas personas se dirigían a mí al principio como *dok* o *dokter* (BI doctor/a) al saludarme, dando pistas sobre la asociación local de occidente, jerarquía y biomedicina.

En este primer paseo, Aurelia y yo no nos conocíamos apenas. Tras nuestro encuentro con Mama Esther, una *du'a rawin* de Bola, le pregunté si estaba visitando a alguna. En aquel momento ella respondió reproduciendo el discurso que se difunde en los *posyandu*. Pero tras este paseo, Aurelia y yo empezamos a ser amigas y su respuesta inicial sobre las *du'a rawin* fue modificándose.

Aurelia vive en la carretera principal de *desa* Bola, a pocos minutos caminando del *puskesmas* donde se concentra el mayor

---

<sup>177</sup> Se introduce a este participante en el capítulo anterior. Reconocido médico en el distrito Sikka y provincia NTT.

<sup>178</sup> Hacía algo más de un año, habían visto a varias personas australianas que pasaron varios días en el *puskesmas* de Bola recogiendo datos relacionados con el programa de cooperación australianas AIPMNH.

<sup>179</sup> Me relacionan con el término *antropologi* (BI antropología), *budaya* (BI cultura) y *adat* (BI costumbres tradicionales).

<sup>180</sup> Con el paso del tiempo, y tras nuestras largas conversaciones, Aurelia y yo nos hicimos buenas amigas; tanto, que ella y su marido me pidieron que le pusiera nombre al hijo que esperaban.

número de *bidan* (dieciséis) del subdistrito Bola, las veinticuatro horas, los siete días de la semana. Aquí se coordina la salud materna e infantil de todo el subdistrito, a través de una comunicación fluida entre las *bidan* que trabajan aquí y las *bidan desa* de cada poblado.

Más adelante, Aurelia y yo volvemos a salir a pasear. Ahora le pregunto por qué han pasado siete años hasta quedarse embarazada de nuevo. Responde que el haber tomado anticonceptivos hormonales durante dos años tras el nacimiento de su primer hijo le ha acarreado dificultades para concebir de nuevo<sup>181</sup>. Cuenta que, finalmente, gracias a la ayuda de su madre lo consiguieron.

Confiesa que su madre, Mama Fani, es *du'a rawin*. Este dato me sorprende y me hace recordar nuestra primera conversación. Dice que en unos días vendrá a visitarles. Pasan los días, y Mama Fani llega a casa de su hija. Va a quedarse unos días. Tiene una presencia fuerte, semblante serio y parece de pocas palabras. Aurelia le hace saber que estoy aquí para estudiar el Adat kelahiran. La *du'a rawin* me mira y sonrío.

Al día siguiente, Aurelia me llama para que vaya a su casa a comer plátano frito. Dice que su madre le está preparando estos días baños herbales y dando masajes para aliviar el dolor de espalda que tiene últimamente. La conversación me lleva a preguntar a Aurelia sobre su primer parto. Cuando se puso de parto, las *bidan* la volvieron a mandar a casa porque aún le faltaba mucho por dilatar. En casa, Mama Fani le preparó un *ramuan* para que dilatase más rápido.

La *du'a rawin* cuenta que este *ramuan* es una mezcla de yema de huevo y dos cucharadas de miel. Oom Sisko se suma brevemente

---

<sup>181</sup> Las mujeres del subdistrito Bola coinciden generalmente en que la toma de anticonceptivos puede causar, *a posteriori*, dificultades a la hora de buscar un nuevo embarazo.

a la conversación y describe cómo, tras beberlo, tuvo que llevar a Aurelia rápidamente al *puskesmas* porque el bebé ya salía.

Esta conversación evidencia la falta de confianza que Aurelia sentía hacia mí en nuestro primer paseo; pues no solo mintió cuando dijo que no recibió los tratamientos de una *du'a rawin*, sino que ocultó que su propia madre lo era.

En el poblado Bola encontré casos similares de madres que vivían cerca del *puskesmas*. Sin embargo, ya en una primera entrevista las madres que residían en otros poblados del subdistrito Bola hablaban con más facilidad del papel de las *du'a rawin* en sus embarazos. Así, parece que cuando se vive cerca del *puskesmas*, donde la mirada colonizadora se concentra, las madres perciben que han de ser cautelosas al hablar de las *du'a rawin*, al ser más conscientes de lo que el personal biomédico considera incorrecto.

Esta realidad revela que las madres rurales perciben no poder expresar abiertamente que solicitan el acompañamiento de las *du'a rawin* durante sus embarazos, sabiendo que el equipo biomédico deslegitima, prohíbe y sanciona la labor de estas especialistas. Así mismo, esta situación también puede explicarse a partir de la hipótesis de que las madres que viven lejos del *puskesmas* se sienten más “autorizadas” que las otras a consultar a sus *du'a rawin* al tener esta justificación.

### Visión de las *du'a rawin*

Las *du'a rawin* narran cómo las *bidan* llamaron a sus puertas hace muchos años, solicitando su ayuda para mejorar juntas la salud reproductiva de las mujeres sikka. Recuerdan que les propusieron verbalmente un trabajo conjunto en el que ambas tendrían una

posición igualitaria; las *du'a rawin* piensan que este acuerdo sigue vigente, primero porque nadie ha dicho lo contrario, y segundo, porque muchas ayudan también como *kader* en los *posyandu*.

No obstante, si bien el programa Revolusi KIA NTT del 2009 habla de este trabajo conjunto sin hacer referencia a dicha situación de equidad, el programa Revolusi KIA NTT del 2016 ni siquiera menciona ya esta cooperación. Pero las *du'a rawin* no tienen acceso a estos documentos y no se les explica si la situación ha cambiado. De ahí que las *perdes* (BI leyes locales) y los discursos de *posyandu* las confundan; pues ellas siguen cumpliendo con su parte del trato.

El siguiente relato etnográfico presenta a Mama Esther, una *du'a rawin* del poblado Bola. Su caso refleja de forma similar al de Aurelia que la presión de la mirada colonizadora es más fuerte al vivir cerca del *puskesmas*; en los próximos capítulos se observa que las *du'a rawin* de otros poblados hablan más fácilmente, aunque siempre con respeto y delicadeza, de su descontento ante esta situación.

### *Mama Esther y la falta de reciprocidad de las bidan*

Hoy asisto al *posyandu* de uno de los vecindarios del poblado Bola. Aquí, Mama Esther participa como *kader* para colaborar con las *bidan* del *puskesmas*. Sus tareas, según lo establecido por el programa Revolusi KIA NTT (2009), son: recoger datos, difundir la información que le digan las *bidan*, promover la asistencia a este encuentro, motivar a las embarazadas a que se realicen sus chequeos, asegurar que den a luz en el *puskesmas* y estar alerta de posibles riesgos en sus embarazos.

La *bidan* da un libro a Mama Esther para que presente en voz alta algunos consejos alimenticios. Mama Esther, quien suele ser una

mujer de presencia fuerte y alegre, se muestra insegura al tener poca fluidez leyendo. El equipo biomédico no le sugiere que hable como *du'a rawin* de sus propios consejos; ha de ceñirse al libro. Durante este *posyandu* no se habla de la prohibición de acudir a una *du'a rawin*.

Al día siguiente voy a casa de Mama Esther para nuestra primera entrevista. Al llegar a la calle donde está su casa, saludo a *bidan* Maya, quien vive cerca y va en dirección al *puskesmas*. Diviso la casa de la *du'a rawin*, la más humilde de su vecindario. Está sentada en su porche acompañada por una vecina. Ambas mascan *siri pinang*<sup>182</sup>.

Me saludan con alegría y bromean diciendo que soy blanca y bella como la Madre María. Mama Esther pregunta si me importa que su amiga se quede en la entrevista. Sabiendo que la entrevistaré más veces, digo que puede quedarse.

Mama Esther tiene cincuenta y dos años y terminó los estudios de primaria. A sus dieciocho años empezó a acompañar a su abuela *du'a rawin* y, posteriormente, a su madre. De ella heredó el conocimiento ancestral. La especialista cuenta que actualmente está muy solicitada; algo que corroboro con las numerosas llamadas que recibe en su viejo teléfono móvil. Tras un rato de conversación, le pregunto por su relación con el *orang kesehatan* (BI personal biomédico).

Cuenta que en el año 1985 las *bidan* del *puskesmas* fueron a su casa para pedirle que trabajase con ellas. Nos dice:

Estaba muy contenta de poder trabajar con ellas. Por aquel

---

<sup>182</sup> Las mujeres rurales mascan una pasta roja que tiñe sus dientes. Esta se produce a partir de la mezcla de estos tres ingredientes.

entonces yo ya ayudaba a las mujeres a parir en sus casas. Pero el *puskesmas* estaba más limpio, la habitación era mejor y los instrumentos estaban esterilizados... yo acompañaba a la mujer embarazada y ayudaba con las *bidan* durante el parto. Luego me entrenaron como *dukun terlatih*<sup>183</sup>.

“¿Y cómo te sientes ahora?”, le pregunto. “Sigo muy contenta de trabajar con ellas...”, responde. Su amiga, quien había permanecido callada durante toda la entrevista, dice en voz baja con aparente intención de no ser oída: “Sí, hasta que las han prohibido...”. Mama Esther pisa disimuladamente la voz de su amiga y repite que sigue contenta sin sonar convincente.

Más adelante, casi al final de mi estancia, vuelvo a entrevistar a la *du'a rawin*, con la diferencia de que ahora ambas tenemos más confianza<sup>184</sup>. Volvemos a hablar de su relación con el personal sanitario. Aunque Mama Esther repite que está contenta de trabajar con las *bidan*, seguidamente se queda callada por unos instantes y añade:

Ellas vinieron primero a mi casa para conocerme. Después de eso, me formé como *dukun bayi terlatih* y me enseñaron su forma de hacer los chequeos, desde el embarazo hasta el posparto. Me pidieron que trabajásemos juntas. Por aquel entonces, yo accedí (...). Sin embargo, ellas nos dijeron que al

---

<sup>183</sup> Al ser entrenadas como *dukun terlatih*, las *du'a rawin* quedaban registradas, de manera que el gobierno sikka y el sector biomédico local podían saber su número, posición y aceptación de colaboración con las *bidan*. Sin embargo, este acuerdo en la cooperación se basaba en la confianza entre ambas especialistas, por lo que las *du'a rawin* no firmaron, por ejemplo, unas determinadas condiciones o algo similar.

<sup>184</sup> Ya habíamos coincidido en diversas ocasiones e incluso yo misma había solicitado sus servicios.

colaborar con ellas, nos darían algo de dinero, *sukarela* (BI la voluntad)<sup>185</sup>. Eso dijeron, pero hasta ahora, no nos lo han dado. Solo la familia de la mujer me lo agradece con algún gesto si esta *mengerti* (BI entiende). A veces dinero, pareos, comida... yo lo acepto. Y si no me dan, bien también, no pregunto.

Esta es la única vez que Mama Esther expresa cierto descontento en su relación con las *bidan*. A pesar de la escasez de detalles, la *du'a rawin* emplea una palabra reveladora: *mengerti* (BI entender). Esta palabra, se utiliza en *Bahasa Indonesia* aportando distintos matices según el contexto.

En este caso, *mengerti* expresa el grado de consciencia de las distintas personas que participan en la transacción de su conocimiento y servicios. Si bien Mama Esther expone que las mujeres y sus familias “entienden” que hay que actuar con cierta reciprocidad hacia ellas en función de sus posibilidades, deja claro que las *bidan* no cumplen con su parte del trato.

Este descontento se suma al hecho de que Mama Esther conoce los discursos que difunden las *bidan* en los *posyandu*, algo que se intuye a través del comentario que hace su amiga en la primera entrevista<sup>186</sup>. El hecho de que la *du'a rawin* no lo termine de compartir conmigo sin filtros puede estar relacionado con la necesidad de protegerse. Pues aunque tenemos confianza, probablemente no la suficiente para poder abstraerse del hecho de

---

<sup>185</sup> En una conversación informal con una de las *bidan senior* del *puskesmas*, esta admitió que solo dan algo de dinero cuando la *du'a rawin* viene de otros poblados para cubrirle los gastos del transporte.

<sup>186</sup> A pesar de que durante este *posyandu* concreto no se hablase de la prohibición de las *du'a rawin*, los rumores viajan con rapidez dentro de un mismo subdistrito, siendo un tema que suele tratarse con discreción entre las mujeres rurales y las *du'a rawin*.

que vivo aquí gracias a un médico, soy extranjera y voy casi a diario al *puskesmas*.

## Falta de reciprocidad, transacción fallida

En la transacción de un don o prestación, no corresponder según las convenciones sociales del contexto en cuestión, puede hacer que dicha transacción sea fallida o se convierta en algo distinto (Mauss [1925]2009). Entendiendo los conocimientos de *bidan* y *du'a rawin* como dones a transferir, el vínculo entre donante y receptora “ha de ser recíproco de una forma culturalmente prescrita”, ya que no corresponder como se espera puede reforzar o debilitar el estatus de ambas o alguna de ellas (Hildebrand 2017:181).

Así, los casos de Chandra (*bidan*), Agnes (enfermera), Tante Bura (farmacéutica), Pak Alex (inmunólogo), Aurelia (madre rural) y Mama Esther (*du'a rawin*) llevan a la siguiente pregunta: ¿actúan estas personas con la reciprocidad esperada al recibir el conocimiento biomédico y ancestral? Las experiencias de estas personas denotan que el sector biomédico y el gobierno local dificultan una reciprocidad ideal que permea en insatisfacciones, tensiones, dinámicas de poder y desigualdades entre dichos colectivos.

## Secretismo: estrategia de resistencia y reciprocidad

Los casos anteriores muestran que los discursos y leyes contra las *du'a rawin* generan falta de transparencia y confianza entre las mujeres locales, independientemente de que formen parte del equipo

biomédico o no. Esta realidad las empuja a utilizar el secretismo entre ellas como herramienta para perpetuar estas prácticas ancestrales. Además, el nivel de opresión que sienten estas mujeres varía en función de su cercanía física con el *puskesmas*; realidad que influye en cómo utilizan esta estrategia.

El caso de Chandra refleja la imposibilidad de conciliar su identidad cultural y de *bidan*, aunque admita en privado que los tratamientos de su *du'a rawin* son diferentes a los suyos; pues tiene el deber de fomentar la desaparición de estas especialistas ancestrales. Esta realidad contradictoria impide que actúe con la reciprocidad esperada, tanto hacia su *du'a rawin* como hacia el sector biomédico; debilitando tanto su estatus de *bidan* como el de mujer *sikka*.

Los casos de Agnes (enfermera), Tante Bura (farmacéutica) y Pak Alex (inmunólogo) muestran la discreción con la que el personal biomédico actúa en su entorno laboral respecto a las *du'a rawin*, especialmente delante de las *bidan*, simulando que las ayudan a deslegitimar los tratamientos de las *du'a rawin* en espacios públicos como el *posyandu*. Esta situación debilita el estatus de estas personas como personal biomédico y miembros de la comunidad *sikka*.

El caso de Aurelia muestra que las madres que viven en el poblado Bola cerca del *puskesmas* sienten menor libertad para hablar de los tratamientos de las *du'a rawin* que aquellas que viven en otros poblados del subdistrito. Esta situación permea en que, mientras la relación entre madres y *du'a rawin* es recíproca, producida en un entorno de *seguridad cultural*, la transacción del conocimiento biomédico por parte de las *bidan* no sea de la misma calidad.

Las madres rurales creen que las *bidan* las juzgarán de *kepala batu* (BI testarudas) y *kurang pendidikan* (BI faltas de estudios) si

saben que solicitan los servicios de las *du'a rawin*. Esto, sumado a los discursos y leyes en contra de estas especialistas ancestrales, empuja a las madres a mantenerlo en secreto para evitar sentirse juzgadas y protegerse, tanto a ellas mismas como a las *du'a rawin*, de sanciones y conflictos.

Pero esta realidad hace que simultáneamente las madres rurales sientan que no actúan con la reciprocidad esperada por las *bidan*; algo que también les causa malestar al valorar y reconocer la labor de estas matronas biomédicas. No obstante, el hecho de que la precedencia cultural la tengan las *du'a rawin* pone de manifiesto que este colectivo considera valiosa su herencia cultural y quiere que persista, utilizando el secretismo como método de resistencia.

El caso de Mama Esther, *du'a rawin* en el poblado Bola, visibiliza que las especialistas ancestrales perciben una falta de reciprocidad hacia ellas por parte de las *bidan*. Mientras, Mama Esther manifiesta seguir cumpliendo con lo acordado en su día y reclama que las *bidan* no solo no pagan como prometieron, sino que difunden narrativas que las desprestigian. Sin embargo, la *du'a rawin* es cauta en sus palabras y dice con boca pequeña que está contenta de trabajar con ellas.

Ella es consciente de tener pocas posibilidades de perpetuar su don frente a un sector biomédico y un gobierno local que trata el conocimiento ancestral desde una mirada colonizadora. Percibe que tiene las de perder, sin más alternativas que la resignación y el fingir que todo va bien para evitarse problemas y cumplir con su misión en la vida: ser guardiana del Adat kelahiran.

## Aplicación colonialista de los derechos reproductivos

Este capítulo revela que si, *a priori*, el sector biomédico mostraba una cara colaborativa con las *du'a rawin*, su intención era propiciar el acercamiento de *bidan* y madres rurales para promover gradualmente la desaparición de las *du'a rawin*. Este cometido nace de la perspectiva eurocéntrica de lo obsoleto y primitivo asociado a las *du'a rawin*, y lo moderno y progresista a las *bidan*.

Pero esta mirada colonizadora no tiene en cuenta lo que las madres rurales dicen necesitar durante sus embarazos al infravalorar los tratamientos ancestrales de su cultura. Ello sumado a los discursos y prohibiciones de las *du'a rawin* despierta un clima de secretismo e incomodidad entre *du'a rawin*, madres rurales, *bidan* y demás personal biomédico local.

La falta de escucha por parte del sector biomédico a madres rurales y *du'a rawin* se produce también por prejuicios que establecen que las madres rurales son menos inteligentes y tienen poco criterio al tener menos estudios. En varias ocasiones, médicos residentes hacían alusiones a que estas mujeres no entendían bien lo que les decían, no porque no tuviesen una formación biomédica, o porque no dominasen bien el *Bahasa Indonesia*, sino porque eran *kurang pintar* (BI faltas de inteligencia).

Con todo, el hecho de que las propias *bidan* y otras trabajadoras/es locales admiren y sigan estos tratamientos muestra:

1. Que los prejuicios hacia ellas tienen una base eurocéntrica,
2. Que los servicios de *bidan* y *du'a rawin* son complementarios,
3. Que las mujeres sikka siguen estas prácticas por *percaya* (BI confianza) y reciprocidad hacia sus ancestros,
4. Que la comunidad sikka tiene la voluntad de mantener dichos tratamientos como parte vital del Adat

kelahiran, y 5. Que esta teme expresarlo y utiliza el secretismo como método de resistencia.

## Conclusión

Browner y Sargent (2011a) señalan que los cuerpos femeninos son con frecuencia lugar de intersección entre modernidad, género, etnia, estatus social y control político. El gobierno indonesio trata de mejorar la salud reproductiva desde los años 80, pero sus tasas de mortalidad materna siguen siendo muy altas (Niehof 2014). Esto guarda relación con cómo se aplican las políticas reproductivas<sup>187</sup> y cómo transcurren las interacciones entre quienes proporcionan los servicios de salud y quienes los reciben (Hildebrand 2017).

En este sentido, al establecer la comparación, en aquellos lugares del país donde la relación entre *bidan* y *dukun bayi* es positiva, la salud reproductiva se ve más beneficiada en un clima de confianza entre madres y especialistas que en aquellos en los que no lo es. A pesar de ello, muchos gobiernos locales no fomentan dicha cooperación, influidos por un Estado falto de interés en los sistemas médicos locales (Bowen 1986) y el estigma de las *dukun bayi* como “primitivas” y figuras que obstaculizan la modernización del país.

Esta visión permea negativamente en las interacciones de *du'a rawin*, madres rurales, *bidan* y otros trabajadores/as locales del sector biomédico en la fase del embarazo. Pues si bien estas mujeres, independientemente de su colectivo, siguen con naturalidad la mayor parte de prácticas y creencias locales a excepción de las restricciones

---

<sup>187</sup> Diversos autores han estudiado la relación entre la salud materna y las políticas públicas y su aplicación. Véase, por ejemplo, Ram y Jolly (1998).

alimentarias en esta fase, el personal de salud, y en especial las *bidan*, deben cumplir con su deber de deslegitimar y prohibir los tratamientos de las *du'a rawin* en espacios públicos como el *posyandu*.

A través de los casos de Chandra (*bidan*), Agnes (enfermera), Tante Bura (farmacéutica), Pak Alex (inmunólogo), Aurelia (madre rural) y Mama Esther (*du'a rawin*), este capítulo utiliza el concepto de *don* e intercambio de Mauss (1925) como herramienta de análisis para entender cómo la negociación por el conocimiento autorizado permea en el secretismo como estrategia por parte de estos colectivos, para seguir dichos tratamientos, protegerse de la mirada colonizadora y perpetuar la figura de las *du'a rawin*, guardianas del Adat kelahiran.

Estos discursos públicos solo consiguen detonar una falta de transparencia y confianza entre estos grupos, cuando simultáneamente todas las mujeres que los forman son de origen sikka y necesitan los tratamientos de las *du'a rawin* como parte de un mismo patrimonio cultural. Además, la intencionalidad de que estas especialistas ancestrales desaparezcan por parte del sector biomédico y gobierno local hace que estas personas no puedan responder con la reciprocidad ideal al recibir el conocimiento biomédico o el ancestral.

El caso de Chandra refleja la imposibilidad de conciliar su identidad cultural y de *bidan*, aunque admita en privado que los tratamientos de su *du'a rawin* son diferentes a los suyos; pues tiene la misión de fomentar la desaparición de estas especialistas ancestrales. Esta realidad le impide actuar con la reciprocidad esperada tanto hacia su *du'a rawin* como hacia el sector biomédico, debilitando simultáneamente su estatus de *bidan* y de mujer sikka.

Los casos de Agnes (enfermera), Tante Bura (farmacéutica) y Pak Alex (inmunólogo) muestran la discreción con la que el personal biomédico actúa en su entorno laboral respecto a las *du'a rawin*. Incluso Pak Alex, casado con una *du'a rawin* a la que admira, ha de deslegitimarlas en el *posyandu*. Esta situación debilita el estatus de estas personas como personal biomédico y miembros de la comunidad sikka.

El caso de Aurelia muestra que las madres que viven cerca del *puskesmas* sienten menor libertad para hablar de los tratamientos de las *du'a rawin* que las que viven en otros poblados. Si bien la relación entre madres y *du'a rawin* sí es recíproca, estas temen que las *bidan* se enfaden y las tachen de “testarudas” (BI *kepala batu*) y “faltas de estudios” (BI *kurang pendidikan*) si descubren que acuden a las *du'a rawin*. Esto las empuja a mantenerlo en secreto, sintiéndose incómodas al saber que no actúan como esperan las *bidan*.

El caso de Mama Esther, *du'a rawin*, visibiliza que las especialistas ancestrales perciben una falta de reciprocidad hacia ellas por parte de las *bidan*; pues mientras ellas siguen cumpliendo con el trabajo conjunto que acordaron en su día, además de participar como *kader*, las *bidan* no les pagan como prometieron y difunden discursos que desprestigian el conocimiento ancestral. No obstante, ella es consciente de que para perpetuar su don solo puede resignarse y fingir que todo va bien para evitarse problemas.

Esta mirada colonizadora por parte del sector biomédico y el gobierno local no tiene en cuenta lo que las madres rurales dicen necesitar durante sus embarazos al infravalorar los tratamientos locales de su cultura. Esta falta de escucha se produce en parte por prejuicios en la élite del sector biomédico asociados a que las madres rurales son poco inteligentes y tienen un criterio pobre al tener menos

estudios. Sin embargo, el hecho de que las propias *bidan* y otras trabajadoras/es locales admiren y sigan dichos tratamientos muestra:

1. Que los prejuicios hacia ellas tienen una base eurocéntrica,
2. Que los servicios de *bidan* y *du'a rawin* son complementarios,
3. Que las mujeres sikka siguen estas prácticas por *percaya* (BI confianza) y reciprocidad hacia sus ancestros,
4. Que la comunidad tiene la voluntad de mantener dichos tratamientos como parte vital del Adat kelahiran, y
5. Que esta teme expresar públicamente dicha voluntad y utiliza el secretismo como método de resistencia.

Tal y como muestra Remorini et al. (2018) sobre las mujeres locales de comunidades vallistas en la provincia de Salta (Argentina), la cuestión reside en que la comunidad tiene cosmológicamente un entendimiento de lo que le ocurre a nivel físico, en relación también con lo psicológico y social; de ahí que sean las mujeres, independientemente de su profesión, las que combinen sus diagnósticos con teorías y prácticas efectivas y aceptables en base a lo establecido por su propio contexto cultural para recuperar su propio bienestar.

Por tanto, el hecho de que el personal de salud mantenga las prácticas de las *du'a rawin* y/o las legitime solo a través del secretismo, muestra que, si bien la comunidad relaciona la espiritualidad con la salud, el gobierno local invisibiliza esta realidad presionando para que las prácticas de estas especialistas vayan desapareciendo a través de políticas reproductivas, para tener mayor control en el proceso reproductivo y cumplir con los objetivos globales (Remorini et al. 2018).

En consonancia con lo descubierto por Hildebrand (2017) en su estudio sobre por qué las madres rurales recurren menos de lo esperado a las *bidan* en Sumbawa (Indonesia), el uso del *don* e

intercambio para analizar las relaciones entre *du'a rawin*, madres rurales, *bidan* y otros trabajadores/as locales del distrito Sikka, en este capítulo, revela el poder analítico de entender las transacciones médicas como intercambio de dones y la importancia de poner el foco en dichas interacciones para dilucidar motivaciones en conflicto, desigualdades, formas de poder y estatus.

Así, con el ánimo de contribuir a la necesidad de estudios que analicen la relación entre *bidan* y *dukun bayi* en Indonesia para favorecer la cooperación entre ambas y mejorar la salud reproductiva de las mujeres, este capítulo dilucida que las interacciones entre *bidan* y *du'a rawin* en el distrito Sikka denotan carencias profundas durante el embarazo, causando la falta de transparencia y malestar entre *du'a rawin*, madres rurales, *bidan* y otros trabajadores/as locales del distrito, dificultando una mejor salud reproductiva para las mujeres sikka.





62



63



64



65



66



67



68



69



70

Ilustración 56. Día de *posyandu*.

Ilustración 57. Desayuno.

Ilustración 58. Embarazada haciéndose un chequeo médico.

Ilustración 59. Madres charlan después del *posyandu*.

Ilustración 60. Embarazada en buena compañía.

Ilustración 61. Mujer y gallinas.

Ilustración 62. Embarazada en el porche de su casa.

Ilustración 63. Flores silvestres rojas.

Ilustración 64. Paseo por playas de Ipir. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/1SXhBmZSjt0>

Ilustración 65. Imperdible con *kaliraga*.

Ilustración 66. Playas del poblado Ipir.

Ilustración 67. Comida después del *posyandu*.

Ilustración 68. Preparando plátano frito.

Ilustración 69. Embarazada muestra su hoja de *damar*.

Ilustración 70. Día de *posyandu*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/4D0DQg35PTo>

## VII. El parto

## *Parir a ojos del Adat*

Hace una tarde soleada y apacible en el poblado Bola. Salgo de casa con cuaderno y grabadora. Me dirijo a visitar a Amelia, una de las embarazadas. Vive algo alejada de la carretera principal. Para llegar a su casa, me adentro en la selva y sorteo las irregularidades del terreno. Falta poco. La diviso sobre un ligero alto.

Al llegar, una prima suya me recibe y me conduce a la habitación del matrimonio. Amelia, de veinte años de edad y embarazada de su primer hijo, está recostada sobre su cama con la barriga descubierta. Su *mama kandung*<sup>188</sup> (BI madre de vientre, biológica) le está realizando un masaje con aceite de coco.

Mama Sinfonía, o Mama Sinfo como la llaman cariñosamente, tiene cincuenta y siete años y lleva más de veinte ejerciendo de *du'a rawin*. En dos semanas, su hija dará a luz a su primer nieto; ha venido para estar presente en el momento del parto<sup>189</sup> y ayudarla con los preparativos. Esta semana están dejando listo el kit que necesitará el bebé cuando nazca en el *puskesmas*.

Aprovechando su experiencia, le pregunto por cómo era el parto antes de su medicalización<sup>190</sup>. Cuenta que, desde que su madre le traspasó el don en los años 90, ha atendido muchos partos generalmente en su *desa* (BI poblado). Por aquel entonces,

---

<sup>188</sup> El término *mama kandung* se utiliza para referirse a la madre biológica. En Flores, y en NTT en general, a las mujeres que tienen hijos/as, o son de edad avanzada, se les llama “mama”, como signo de respeto, seguido de su nombre.

<sup>189</sup> Mama Sinfo vive en el *kecamatan* Mapitara. Amelia creció allí, pero se mudó a Bola tras casarse.

<sup>190</sup> La versión de Mama Sinfo sobre cómo transcurría el parto en casa antes de su medicalización recoge los puntos comunes de otras descripciones proporcionadas por distintas *du'a rawin*, *bidan senior* y madres que habían experimentado parir en casa.

transcurrían mayoritariamente en casa de la parturienta y en algunas ocasiones en la suya propia.

La embarazada era atendida principalmente por ella y su *mama kandung* en la habitación del matrimonio. El marido y otras personas de la familia solían esperar fuera. La mujer, cómoda en su *sarong*, caminaba libre durante las contracciones, moviendo su cuerpo intuitivamente para reducir el dolor. Su madre le refrescaba y acariciaba la cara, mientras Mama Sinfo rezaba y masajeaba su espalda.

En el momento en el que sentía ganas “como de hacer caca” (BI *seperti mau buang air besar*), volvía a su habitación, se ponía *jongkok* (BI en cuclillas) y agarraba una *tali* (BI cuerda) colgada del techo<sup>191</sup>. Al empujar, la *du'a rawin* ponía una tela en sus manos para que no se dañasen al tirar. Su pelo permanecía suelto, en sintonía con la gravedad, simbolizando que el cordón umbilical no aprisionase el cuello del/la bebé.

La madre mojaba sus manos en un recipiente preparado por la *du'a rawin* con agua y pétalos de hibisco, para salpicar su zona vaginal y ayudar a que el/la bebé *licin* (BI resbalase) con más facilidad<sup>192</sup>. “Nosotras nunca cortábamos el *jalan lahir* (BI literalmente “camino de parir”), eso luego da problemas y dolor a las mujeres”, dice Mama Sinfo<sup>193</sup>.

Ambas susurraban a la parturienta palabras de apoyo. La cabeza del bebé empezaba a salir. Esta transición era sagrada: la

---

<sup>191</sup> El ayudarse con una cuerda también se describe en otros contextos como el guatemalteco (Cosminsky 2016). Aunque Mama Sinfo cuenta que así parían, en ocasiones la mujer podía preferir hacerlo en cuadrupedia, tumbada, de pie o sentada. Dependía de lo que sintiese.

<sup>192</sup> La práctica del agua bendecida la mencionan de forma similar Hay (1999) y Hildebrand (2009) en Lombok y Sumbawa (Indonesia).

<sup>193</sup> Se refiere a la práctica biomédica de la *episiotomía*.

mujer se convertía en madre y el/la bebé salía al mundo. Una vez fuera, la *du'a rawin* dejaba apoyado al/la bebé sobre su madre. Seguidamente, se producía el nacimiento de la *puhe oha* (SS placenta), masajeando su vientre con suavidad para que saliese.

Una vez fuera, como dos hermanos/as<sup>194</sup>, la colocaba también al lado de su madre y rezaba, dejando pasar un rato antes de cortar el cordón con un utensilio de bambú bien afilado<sup>195</sup>. Tras dicho corte, el alma de la placenta partía y esta debía ser enterrada<sup>196</sup> inmediatamente como era debido, en gratitud a tantos meses cuidando de su hermano/a.

Mama Sinfo señala que este sigue siendo un ritual muy importante. Admite orgullosa, con ojos brillantes, que ha asistido al nacimiento de casi doscientos bebés a lo largo de su vida sin que nunca nadie haya muerto. Ahora se dedica principalmente a curar a personas por diferentes motivos, y a acompañar y tratar a mujeres durante el embarazo y posparto.

Dice que es conocida como “la de las manos frías”<sup>197</sup>. Señala incluso que en ocasiones se forman pequeñas colas en la puerta de su casa. Ahora, tras el paso del parto al hospital, admite que su rol en esta fase concreta ha cambiado mucho y con ello también las prácticas.

---

<sup>194</sup> En el distrito Sikka se tiene gran estima a la placenta al ser considerada un hermano/a del bebé.

<sup>195</sup> Mama Sinfo señala que tras sacar la placenta era importante no cortar inmediatamente el vínculo entre placenta y bebé pues resultaba crucial para la salud de ambos. La herramienta tradicional para cortarla solía ser un trozo de bambú afilado.

<sup>196</sup> Este ritual responde al nombre de *tung puhe oha* (SS). En otras zonas del distrito Sikka, la placenta se cuelga de árboles que crecen cerca del agua corriente.

<sup>197</sup> Tener las “manos frías” (BI *tangan dingin*) se refiere a manos que curan, que están sanas.

Reconoce que las *bidan* hacen una gran labor, trabajando en un lugar con *obat* (BI medicinas) que ella no tiene. No obstante, argumenta que ciertas prácticas locales como la utilización de la cuerda, no cortar inmediatamente el cordón o la forma en la que las *bidan* hablan a veces a las parturientas, deberían de reconsiderarse; pues en su experiencia estas cuestiones suman para que todo salga bien.

## Prohibición del parto en casa y proximidad causal

El parto es una experiencia individual, única y poderosa para cada mujer (Davis-Floyd 2018a). Un evento fisiológico universal del cuerpo femenino a la vez que un acontecimiento sociocultural enmarcado en prácticas que varían según su contexto (Calister 1995, Jordan [1978]1993, Kitzinger 1997).

Para entender cómo cada mujer vive el parto es necesario conocer su cultura y valores sociales; tales como sus rituales, creencias, relaciones y lo que la hace sentirse segura en función del lugar y las personas que la acompañan y atienden en dicho momento (Janssen et al. 2009, 2010; Snowden et al. 2011).

Los capítulos anteriores revelan que durante la concepción y el embarazo las prácticas de las *du'a rawin*, enmarcadas en el Adat kelahiran, son esenciales para las mujeres sikka en general (madres rurales, *du'a rawin*, *bidan* y otras trabajadoras biomédicas) por

reciprocidad a la comunidad ancestral, la naturaleza y Dios en un entorno de *seguridad cultural*<sup>198</sup>.

Este capítulo muestra que, el parto, también. Sin embargo, es la fase en la que el sector biomédico más deslegitima e invisibiliza las prácticas de estas especialistas; pues el gobierno local de Nusa Tenggara Timur (NTT), una de las provincias con más mortalidad materna del país, busca la total medicalización del parto para alcanzar los objetivos internacionales.

Para ello, su empeño principal está en la prohibición del parto en casa. Esta decisión está causando rápidas modificaciones en la forma de parir. Así, a través de los conceptos de *seguridad cultural* (Williams 1999), *proximidad causal* (Inhorn 1994), *violencia obstétrica* (República de Venezuela 2007) y *preferencia adaptativa* (Castro & Savage 2018), como herramientas de análisis, se revelará cómo perciben dichos cambios actualmente madres rurales y *du'a rawin*.

En 2007 el servicio indonesio de Investigación en Salud (*Riskesdas*) mostró que, en NTT, el 77,1 % de los partos transcurrían en casa atendidos por *dukun bayi* (46,2 %) y/o *bidan* (36,5 %) y que las causas físicas inmediatas de muerte materna (desangramiento 61 %, otras 28 %, infección 8 %, tensión alta 2 %, y agotamiento 1 %) tenían menos probabilidad de evitarse estando en casa (Revolusi KIA NTT 2009).

Con este objetivo, en 2009, el programa Revolusi KIA NTT apoyado por el australiano AIPMNH determinó la obligatoriedad de que todos los partos fuesen atendidos en los hospitales y sobre todo

---

<sup>198</sup> "La garantía de un entorno que es seguro para las personas; donde no hay asalto, desafío o negación de su identidad, de quiénes son y qué necesitan; se trata de respetar, compartir significados, un conocimiento compartido, la experiencia de un aprendizaje común con dignidad y de escuchar verdaderamente" (Williams 1999:214).

*puskesmas*<sup>199</sup>, donde ciertas prácticas y medicamentos, proporcionados por un equipo de *bidan* en una infraestructura adecuada y disponible las veinticuatro horas del día, son eficaces para prevenir y solventar dichos riesgos<sup>200</sup> (Revolusi KIA NTT 2009).

Dado que el éxito de dicha medida se constató a partir de la reducción de la mortalidad materna en un 40 % entre 2009 y 2014, en NTT, esta política sigue siendo prioritaria bajo su lema principal: “Todas las embarazadas han de dar a luz en instalaciones médicas adecuadas” (*BI Semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai*) (AIPMNH 2015).

Sin embargo, dicho porcentaje sigue mostrándose inestable en los últimos años y aún permanece lejos de alcanzar los objetivos internacionales,<sup>201</sup> tanto en el propio distrito Sikka como en la provincia en general (Minggu 2018); pues muchas muertes siguen sin evitarse a tiempo por detonantes de distinta índole que necesitan estudiarse<sup>202</sup>.

Hay (1999) utiliza el concepto de *proximidad causa*<sup>203</sup>, acuñado por Inhorn (1994), para ahondar en los múltiples factores que llevan a la mortalidad materna en Lombok (Indonesia). Estas distintas causas pueden organizarse según su grado de distancia física con la parturienta: *causas inmediatas* (p. ej. hemorragia), *causas medias* (p.

---

<sup>199</sup> El programa Revolusi KIA NTT determinó esta política, basándose en una auditoría materna perinatal que reveló que las mujeres que daban a luz en casa tenían casi tres veces más probabilidades de morir que aquellas que lo hacían en los hospitales o *puskesmas*. Los partos en casa suponen entre el 47 y el 49 % de estas muertes (AIPMNH 2015).

<sup>200</sup> La comunidad internacional considera que el acceso a estas técnicas y medios puede solventar y prevenir la gran mayoría de muertes maternas, y es por ello que acceder a ellas es un derecho humano (Cosminsky 2016).

<sup>201</sup> Esta cuestión y los programas Revolusi KIA NTT y AIPMNH, se describen más en el capítulo 4.

<sup>202</sup> Ver también Grace 1996, Iskandar et al. 1999, Nourse 2015.

<sup>203</sup> Concepto traducido originalmente del inglés: *causal proximity*.

ej. falta de infraestructuras y/o factor humano) y *causas últimas* (p. ej. cuestiones del destino, Dios).

Numerosas muertes por causas inmediatas acaban produciéndose por la concatenación de diversas causas medias como la tardanza en reconocer riesgos, falta de salud previa, dificultades en el transporte y/o trato inadecuado en los centros biomédicos (Nourse 2015, Thouw 1992). Hay (1999), testigo de dos muertes maternas durante su trabajo de campo, señala que identificar dichas causas es crucial para prevenirlas.

No obstante, dado que presenciar una muerte materna es relativamente difícil, muchas causas son reconocidas a partir de entrevistas (Grace 1996, Iskandar et al. 1996, Nourse 2015). ¿Qué causas medias son identificables en el distrito Sikka? A partir de entrevistas y la observación de los partos en el *puskesmas* Bola y el hospital general, se identifican algunas de ellas utilizando los conceptos anteriores para su análisis.

## Modelos de parto y violencia obstétrica

Todo sistema médico nace de la manera en la que cada sociedad mira el mundo, desarrollándose dentro de los parámetros de su contexto (Kleinman 1979). Davis-Floyd (2001) distingue tres modelos de parto identificables en el mundo: Tecnocrático, Holístico y Humanístico.

El tecnocrático, asociado a la biomedicina, nace y se desarrolla en Europa en un contexto orientado a lo tecnológico, científico, capitalista, dirigido por instituciones patriarcales. Su base filosófica, fundamentada en la dicotomía cartesiana mente y cuerpo, considera

que las dimensiones socioculturales de una mujer no son relevantes para que su parto sea exitoso.

El holístico encaja con el que las mujeres sikka describen en casa; considerándolo un proceso físico y espiritual en el que la parturienta ha de estar en unión con la comunidad ancestral, la naturaleza y Dios. Para ello, el apoyo familiar y el papel de su *du'a rawin* es crucial, pues ella armoniza dichos elementos creando un clima de *seguridad cultural*.

Por último, el humanístico es un punto intermedio entre los dos anteriores, combinando medicamentos y prácticas biomédicas con aquellas que produzcan *seguridad cultural* a la mujer. Este modelo está popularizándose en el mundo ante la falta de humanidad que muchas mujeres experimentan con el tecnocrático; realidad que va ganando visibilidad por su relación con la *violencia obstétrica*. En 2007 Venezuela fue el primer país en definir este término en “La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, como:

(...) la apropiación del cuerpo de las mujeres y sus procesos reproductivos por parte del personal de salud en un trato deshumanizado y abusivo, en la medicalización y patologización de procesos naturales; propiciando, como resultado, la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de sus vidas.

Esta violencia afecta a muchas mujeres que dan a luz en centros médicos alrededor del mundo (Castro 1999; Castro et al. 2015; Castro & Erviti 2014; Castro & Savage 2017, 2018; D'Oliveira et

al. 2002; Zacher-Dixon 2015). Y es que, desde hace casi cuarenta años, se ha demostrado que muchas prácticas y procedimientos obstétricos biomédicos no son aplicados por su evidencia científica, sino por su sentido cultural (Davis-Floyd 2018a).

Dichos estudios han mostrado que la violencia obstétrica refleja y perpetúa la inequidad social y de género (Bohren et al. 2015, Bowser & Hill 2010, Castro, Savage & Kaufman 2015, Castro & Savage 2018, Freedman & Kruk 2014, Herrera-Vacaflor 2016, Sadler et al. 2016, Smith-Oka 2013) infringiendo el derecho humano de las mujeres a tener una atención sanitaria digna y respetuosa (WHO 2015).

## Parto Normal

Para Revolusi KIA NTT, un parto normal es aquel sin riesgos anticipados por un/a obstetra para madre y bebé. Este parto transcurre habitualmente en los *puskesmas*, donde los procedimientos de Atención al Parto Normal (APN) se enmarcan en la internacional Safe Motherhood Initiative con el fin de “ayudar a la madre y su familia a que sientan seguridad y comodidad durante el parto, respetando los deseos de la madre, su cultura y creencias” (Depkes 2004).

Este protocolo de atención, basado también en el Asuhan Sayang Ibu (asimismo relacionado con el internacional Mother Friendly Movement), entiende el parto como un “proceso natural y fisiológico”, “centrado en la madre y no en el personal de salud” (Depkes 2004). Se distinguen cuatro fases:

*Kala I* (comienzan las contracciones hasta que el cuello del útero dilata 10 cm); *kala II* (la parturienta empieza a empujar hasta

que el/la bebé sale); *kala III* (nace la placenta. Se comprueba si hay desgarros y se cosen); *kala IV* (se observa que madre y bebé estén bien. Se promueve que la madre dé el pecho al/la bebé en la primera hora tras parir) (Depkes 2004).

Durante estas fases, el Asuhan Sayang Ibu establece principios de trato a la parturienta como: dirigirse a ella por su nombre para favorecer su cercanía con las *bidan*; facilitarle apoyo emocional, comodidad y seguridad; no realizarle intervenciones innecesarias; solicitar su permiso para cualquier acción; respetar y permitir sus prácticas culturales; mostrarle distintos métodos para paliar el dolor y animarle a probar distintas posiciones para parir (Pusdiknakes 2003).

Este servicio estatal y gratuito, centrado en el respeto a las mujeres en un entorno de *seguridad cultural*, parece aspirar al modelo humanístico descrito por Davis-Floyd (2001). A pesar de ello, en 2016, el subdistrito Bola registró doscientos veinticuatro partos: ciento cuarenta y tres transcurrieron en el *puskesmas*; cincuenta y ocho, en el hospital general; siete, en casa; cinco, en el hospital de Kewapante y uno, de camino al *puskesmas*.

En este mismo año se habían proporcionado comprimidos de hierro a más del 70 % de embarazadas del distrito, por altos indicadores de anemia; un estado de salud que favorece la mortalidad materna<sup>204</sup> (Minggu 2017). En 2017, de enero a mayo<sup>205</sup>, tres mujeres han parido ya en sus casas: dos en el vecindario Watudenak (*desa Ipir*) y una, en el de Dokar (*desa Umuta*).

---

<sup>204</sup> La anemia afecta a casi la mitad de las mujeres embarazadas en países de ingresos bajos y medios. De ahí que su prevención y tratamiento durante el embarazo y posparto sea una prioridad mundial por su relación directa con la mortalidad materna, al poder detonar desangramiento y partos prematuros (Daru et al. 2018).

<sup>205</sup> Mayo es el mes en el que llegué al distrito Sikka para realizar mi última estancia de campo.

Aunque ninguna de ellas ha muerto y la mayoría han sido atendidas *a posteriori* en el *puskesmas*, el personal sanitario expresa preocupación por los partos que siguen transcurriendo en casa, alegando que incumplen el lema Revolusi KIA NTT y ponen en riesgo la vida de madres y bebés.

Si bien la mayor parte de madres entrevistadas expresan miedo a morir durante el parto e identifican el *puskesmas* como un lugar seguro para evitarlo, el personal de salud sospecha que los partos transcurridos en casa denotan ciertas resistencias a parir en instalaciones biomédicas, por parte de la comunidad.

De ahí que algunos poblados, como Ipir, anuncie en sus *posyandu* la siguiente *perdes* (BI ley local): “500.000 rupias de multa a la *du’a rawin* que ayude a parir en casa; 250.000, a la familia y vecinos/as que impidan que la mujer dé a luz en un centro médico y 100.000, a la familia que no la lleve a parir allí”.

Y es que, si el equipo biomédico del *puskesmas* está en lo cierto, ¿qué puede estar ocurriendo? La descripción etnográfica de los partos de Linda (en el *puskesmas*), Tina, Floren, Dome y Úrsula (en casa), sumada a las entrevistas a madres, *du’a rawin* y otros miembros del personal de salud, revelan pistas al respecto.

### *Puskesmas: parto de Linda*

El espacio dedicado a la maternidad está dividido en cuatro estancias: una oficina para medicinas y papeleo, un baño, la sala de partos y la sala de posparto. En la entrada, hay un cuadro colgado firmado por el programa Revolusi KIA NTT que dice: “*Datang satu, pulang dua, tiga pun boleh, asal jangan satu, apa lagi semua tak ada yang pulang*” (BI “Si una [mujer] entra, deben volver

dos [personas], incluso tres, pero nunca solo una ni mucho menos ninguna”).

Linda, de diecinueve años<sup>206</sup> y proveniente del vecindario Wologahar (poblado Ipir), está tumbada en una de las dos camillas de la sala de partos. Ha llegado por la noche. Es su primer parto y espera un hijo. Son las 8:00 a. m. Ha dilatado unos 9 cm. Las *bidan* han ido chequeando su dilatación cada cuatro horas, como indica el procedimiento. Me presento a Linda, su *mama kandung*, a su marido, suegra/o y hermana mayor del marido.

En la habitación, la asisten una *bidan senior*, la *bidan desa* de Ipir, su *bidan desa pembantu*, otras dos *bidan* y una enfermera<sup>207</sup>. Las tres últimas entran y salen. La *senior* llama a la Dra. Lani para comunicarle que Linda parece no tener suficiente fuerza para empujar y que sus contracciones son débiles. La médica sugiere ponerle suero. La *bidan desa* va anotándolo todo en el *status pasien*<sup>208</sup> (BI estado del paciente) y el *partograf* (BI partograma).

La *senior* dice a Linda que todo depende de su actitud, que coma un poco para tener fuerza. La *mama kandung* intenta darle

---

<sup>206</sup> Las *bidan* consideran que a los diecinueve años el cuerpo femenino no es suficientemente fuerte para parir, pues dicen que se cansan antes que quienes están entre los veintipocos y treinta largos.

<sup>207</sup> En el *puskesmas* Bola hay en plantilla dieciseis *bidan*. Seis *bidan desa* posicionadas en cada poblado y diez *bidan* que trabajan de forma fija en el *puskesmas*. Para garantizar un servicio siempre disponible, de estas últimas siempre hay dos que hacen turnos de veinticuatro horas. Así, la noche anterior, Linda fue atendida por la *bidan senior* y la *bidan pembantu Ipir*, quienes estaban de guardia cuando esta llegó con su familia y *bidan desa*. Tres *bidan* en total. Cuando empieza el turno de mañana, las *bidan* de dicho turno tienen poco más que hacer que presenciar también el parto de Linda, a la vez que las *bidan* que ya estaban atendiéndola previamente.

<sup>208</sup> El *status pasien* es un documento individual que se empieza a rellenar cuando la parturienta entra en el *puskesmas* y se acaba cuando sale. Aquí se describe la evolución del parto. El *partograf* es otro documento en el que se va anotando la evolución desde que presenta 4 cm de dilatación hasta dos horas después de parir.

arroz con cacahuetes, pero Linda lo vomita. La *senior* dice que dentro de la sala hay demasiada gente y que solo se permiten dos familiares<sup>209</sup>; sugiere que se queden el marido y la suegra, pues alega que si se queda la *mama kandung*, Linda se sentirá muy protegida y se esforzará menos<sup>210</sup>.

La madre *bertiup*<sup>211</sup> (BI sopla) la coronilla de su hija y sale. Dulcemente, en lengua sikka, la *bidan desa* pide permiso a Linda para abrir sus piernas y chequearla. Lava con agua y jabón unos guantes de látex y se los pone. Dice que Linda está 10 cm dilatada y que el bebé ya está en la *pintu* (BI puerta) para nacer. La *bidan senior* señala que Linda debería haber estado *maju* (BI lista) hace dos horas. Le quitan el *sarong* y la dejan en camiseta.

Las *bidan* le preguntan cómo se siente. La *bidan desa* le pone la sonda para orinar porque dice que si su vejiga está llena puede estar dificultando la salida del bebé. La *senior* le pide permiso para palparla y barajar la posibilidad de *ketuban dipecah* (BI romper la placenta artificialmente). Para ello, llama por teléfono al Dr. Rudy, uno de los dos ginecólogos del distrito Sikka.

Le explica con detalle el partógrafo de Linda y el médico da su consentimiento. La *bidan* avisa con amabilidad a Linda y a su suegra. La *bidan* anima a la parturienta a que, tras romperle la placenta,

---

<sup>209</sup> Aunque en esta ocasión la *bidan* puso en práctica las normas biomédicas, habitualmente suelen dejar pasar a unos tres familiares, dependiendo de la situación.

<sup>210</sup> Las *bidan* que estaban asistiendo a Linda sentían agobio con tantas personas en la sala. Así, recuerdan la norma de “dos familiares en la sala”, priorizando a las *bidan* que solo miraban, frente a la *mama kandung*, normalmente el mayor apoyo emocional de la parturienta.

<sup>211</sup> Soplar en la coronilla de la parturienta se reserva a las personas más cercanas a ella. Es un símbolo para bendecir el parto. También se realiza si la parturienta está enfadada con alguien. Se llama a esa persona para que le sople como símbolo de perdón entre ambas; pues el rencor y los malos pensamientos pueden influir negativamente en el parto.

saque toda su fuerza. Linda asiente decidida. Una de las *bidan* pone una toalla absorbente debajo de ella para que absorba el líquido amniótico.

Su suegra coge una botellita de agua que tiene guardada y la vierte en un vasito de plástico. Moja en ella la yema de sus dedos, se santigua y salpica la cara, el vientre y la zona vaginal de Linda<sup>212</sup>. A continuación, la parturienta se bebe el vaso de agua y se santigua dos veces. Seguidamente, una de las *bidan* dice que quiere practicar el romper manualmente la placenta, y coge un perforador de membrana amniótica esterilizado. Tras varios intentos, consigue romper la bolsa.

Entretanto, la *bidan desa* masajea la barriga de Linda y el marido estimula sus pezones. Al poco, Linda empieza a tener contracciones fuertes y a empujar. Las *bidan* la animan, le dicen que lo está haciendo muy bien y que ya se ve la cabeza. Su suegra vuelve a rociarle con agua. Con cada contracción, Linda empuja. Vienen más seguidas. “¡Muy bien, muy bien, un poquito más!”, “respira, respira”, la animan en lengua sikka.

Ella misma se agarra de las tibias para coger impulso con fuerza y empujar. La *bidan desa* coge la cabeza del bebé y tira de él para sacarlo. Ha nacido a las 12:20 p. m. Lloro. A continuación, le cortan el cordón umbilical con unas tijeras esterilizadas, pinzando el corte en la madre y el bebé, y lo colocan encima del pecho de Linda.

“Ya eres madre” (*BI sudah jadi ibu*), dice la *bidan desa*. Marido y mujer se sonríen. La *bidan senior* inyecta oxitocina<sup>213</sup> en el muslo de Linda para acelerar el nacimiento de la placenta. A los pocos minutos,

---

<sup>212</sup> Esta práctica se presenta en el parto ancestral sikka del inicio del capítulo.

<sup>213</sup> Las *bidan* utilizan la oxitocina en este caso para fomentar las contracciones del útero.

la *bidan pembantu* coge al bebé para pesarlo e inmunizarlo. Entre ambas le ponen la ropita. Pesa 2,5 kg y dicen que está sano. La placenta nace al poco y la guardan en una bolsita que dan al marido.

La *bidan desa* mete su mano para comprobar que no haya desgarros internos. Dice a Linda que tiene que ponerle unos pocos puntos. Para ello, mientras la *bidan desa* alumbrá con una linterna la zona, la *bidan senior* cose sin aplicar anestesia. Linda grita con cada puntada, más que durante todo el parto. La *bidan desa* pide a la suegra de Linda que le ponga en la boca el gorrito de su bebé para que lo muerda y aguante el dolor.

Linda llama a voces a su suegra para que la acompañe, pero esta está obnubilada con su nieto. Tras unos eternos minutos, la *bidan* termina de coser y toman las huellas dactilares de madre y bebé. Después, vuelven a poner al bebé sobre el pecho de Linda para que busque su pezón y mame por primera vez. Cubren a ambos con el *sarong* de Linda y le indican que ambos deberán permanecer en observación tres días hasta que la Dra. Lani les dé el alta.

Al día siguiente, llego temprano por la mañana y la sala de posparto está tranquila. Linda amamanta a su hijo en compañía de su *mama kandung*. No hay nadie más. Le pregunto cómo está. Se encuentra bien. La madre me sonrío y dice que está contenta de que todo haya salido bien. Tras conversar un rato, pregunto a Linda si alguna *du'a rawin* la ha acompañado en el embarazo.

Responde tímidamente que sí. “¿Y por qué no ha estado presente en el parto?”, pregunto. “Me habría gustado traerla, pero me daba miedo. No sabía si las *bidan* se enfadarían. Me hubiese sentido más segura. Al menos le pudo dar a mi madre su *air suci* (BI agua

bendita). Gracias a Dios todo ha salido bien”,<sup>214</sup> dice Linda. Luego pregunto por la experiencia que ha tenido del parto. Linda responde escuetamente que muy bien, que las *bidan* la han tratado bien.

La *mama kandung* añade que tienen cariño a la *bidan senior* porque atendió el parto de su hija mayor. Linda hace un inciso: “Lo único... lo de *jahid* (BI coser). Eso sí que dolió mucho”. “¿De 0 a 10?”, le pregunto. “¡10! Mucho, mucho. Pensaba que no lo aguantaría”. La madre señala: “Yo creía que ponían *oba*<sup>215</sup> (BI medicina)... Pero la gente dice que es cara”. Madre e hija intercambian miradas.

### *Casa: partos de Tina, Floren y Dome*

Me monto en la moto de Pak Alex<sup>216</sup>. Vamos al *posyandu* de *dusun* Watudenak en *desa* Ipir. El vecindario está en un alto y el camino es irregular con altibajos. Comenzamos a subir. La naturaleza es exuberante. Watudenak es, con Iligai (poblado Hokor), el vecindario más alejado del *puskesmas* Bola.

Llegamos. A la reunión asisten embarazadas y madres de Watudenak, la *bidan pembantu* de Ipir (que es de este vecindario), una *kader senior* acompañada de cuatro más en proceso de formación, Pak Alex y otra sanitaria encargada de hacer las pruebas de malaria<sup>217</sup>. La *bidan* abre el evento disculpando la ausencia de la *bidan desa* de Ipir, quien no está presente porque ayer asistió un parto de madrugada.

---

<sup>214</sup> Si bien algunas parturientas entran con sus *du'a rawin*, me encontré con frecuencia con este testimonio.

<sup>215</sup> Se refiere a la anestesia local en la zona vaginal.

<sup>216</sup> Este colaborador aparece por primera vez en el capítulo anterior.

<sup>217</sup> Bola, Ipir y Hokor son los poblados con más malaria del subdistrito Bola. La infección por malaria durante el embarazo tiene riesgos sustanciales para la embarazada y su bebé (OMS 2017).

Habla la *kader* y presenta a las nuevas *kader*. Acaban de terminar la secundaria y se las ve tímidas. Pak Alex cuenta que antaño las *kader* eran elegidas por sus actitudes personales sin tener en cuenta sus estudios; ahora se empieza a priorizar que hayan terminado la secundaria. Pak Alex recuerda varios puntos importantes alto y claro:

Está prohibido parir en casa. Es una norma de Revolusi KIA NTT. Lo repetimos una y otra vez y siempre hay alguien de Watudenak que lo hace. Es muy difícil trabajar así. Si yo fuera *bidan* diría: ‘¡Qué se mueran!, ¡No quieren entender!’ El riesgo es alto. Ahora ni siquiera una *bidan* sola puede atender un parto. ¡Necesita un equipo! Y si hay desangramiento, ¿qué?

Las asistentes permanecen calladas, entre ellas Tina, Floren y Dome, quienes han parido en casa. Pak Alex me había comentado discretamente quiénes eran antes de llegar. El personal biomédico se dispone a chequear la salud de madres e hijos/as. Al terminar de pesar al hijo de Tina, me acerco a ella y me presento. Ambas buscamos un lugar apartado del bullicio para charlar. Nuestra conversación dura unos veinticinco minutos<sup>218</sup>.

Tiene treinta años y tres hijos. Hablamos de su vida y cuenta que parió a su primer hijo en el *puskesmas* y a los dos últimos, en casa. Le pregunto por su último parto. “Empecé con dolores a las 4:00 a. m. A las 9:00 a. m., parí. Mi suegra, mi marido y mi hermana estaban conmigo”. “¿Y te ayudó alguien durante el proceso?”, le

---

<sup>218</sup> Aunque quizás el contexto en que se realizaron las entrevistas a estas tres mujeres no era el más idóneo por falta de intimidad, en tanto era un espacio público de interacción entre personal biomédico y madres rurales, la información es relevante para este capítulo.

pregunto. “Mi suegra. Ella es *du’a rawin*. Decidimos que así sería”. “¿Cómo lo decidisteis?”, prosigo.

Tina calla pensativa. Intuyo que se arrepiente de su confesión. Seguidamente, se contradice: “En realidad, es que llovía mucho y no había coche para ir al *puskesmas*. Pero queríamos [su familia y ella] ir. Cuando parí, llamé enseguida a la *bidan desa*, quien llegó sobre las nueve pasadas a recogerme”. Sin retomar la primera versión, pregunto: “¿Y cómo te sentiste pariendo en casa?”. “Bien, vivo aquí abajo, al lado del árbol de tamarindo<sup>219</sup>”, dice señalándolo.

“¿Y cómo fue tu primer parto en el *puskesmas*?”, le pregunto. “Bien también, aunque me tuvieron que coser y eso duele mucho”, responde seria. “¿En casa no te tuvieron que coser?”, prosigo. “No. Tras parir, me bañé con agua caliente. Luego me chequearon en el *puskesmas* y dijeron que todo estaba bien”. “¿Y qué te parecen los comentarios de Pak Alex?”, concluyo. “Me da miedo...”, responde sin añadir más comentarios.

Tina y yo volvemos. Busco a Floren y, siguiendo el mismo proceso que con Tina, nos sentamos para hablar. Tiene treinta y tres años y cuatro hijos. El primero lo parió en casa; el segundo, en el *polindes*<sup>220</sup> de Ipir; el tercero, en el *puskesmas*, y el cuarto, de nuevo en casa. Le pregunto quién la acompañó durante los partos. “En el primero, mi *mama kandung*, que es *du’a rawin*, mi padre y mi marido. En el segundo, la *bidan desa*. En el tercero, mi madre y las *bidan* del *puskesmas*. En este último, estuve sola casi todo el tiempo”, contesta Floren. Pregunto cómo fue su experiencia en el último. “Yo quería que

---

<sup>219</sup> Las personas suelen indicar el lugar de su casa a través de este tipo de referencias.

<sup>220</sup> Puesto de atención a la salud reproductiva en cada poblado. Revolusi KIA NTT prohibió que las mujeres diesen a luz aquí desde el 2009, dado que se considera que este establecimiento no cuenta con el equipo humano, ni material, necesario para ello.

naciese en el *puskesmas*, pero estaba sola en casa. Mi marido está en Kalimantan<sup>221</sup>. Estaba sola con mis tres hijos y me daba pena dejarlos solos si iba al *puskesmas*. Era de noche. Mis suegros llegaron a casa sobre las 3:30 a. m., y pasadas las 4:00 a. m. parí. Mi suegra insistió en que fuésemos al *puskesmas*, pero yo no podía caminar, me dolía mucho (...).

“¿Entonces querías haber parido en el *puskesmas*?”, pregunto. “Mi voluntad era esa, ya lo tenía todo preparado: la ropita del bebé, todo. Pero era imposible buscar un *ojek*<sup>222</sup> (...). Tras parir, mi suegro llamó a la *du'a rawin* para que cortase el cordón y luego enterró la placenta. Entonces llamé a la *bidan*, le conté cómo había ido todo y me recogió con la ambulancia (...).

“¿En qué posición pariste?”, pregunto. “De cuclillas. El primero también lo parí así. Es más cómodo”, responde. “¿Y te han cosido alguna vez?”, prosigo. “Sí, con el segundo hijo en el *polindes*. Eso duele muchísimo, muchísimo (se ríe). En casa no hace falta”.

Dando por concluida la conversación, caminamos hacia las demás. Por último, pregunto a Dome si podemos charlar. Con buena disposición, nos apartamos y nos sentamos. Parece más tímida que Tina y Floren. Tiene cuarenta años y cinco hijos. A la pregunta de dónde los ha parido, responde: “El primero, en el hospital de Maumere; el segundo, en casa; el tercero, también, y el cuarto y el quinto, en Maumere”. “¿Y podrías contarme cómo fue tu primer parto en casa?”, le pregunto.

---

<sup>221</sup> Nombre indonesio para la isla de Borneo. Esta explicación llama la atención del personal de salud, pues estar en Kalimantan supone un viaje programado, por lo que ya sabrían que para el momento del parto el marido no iba a estar. El personal de salud también indica que sus suegros son vecinos, y les extraña que llegaran tan tarde.

<sup>222</sup> Particulares que con sus motos se dedican a llevar a gente a sitios por un precio pactado.

“Cuando supe que estaba embarazada, fui a contárselo a la *kader* y a la *bidan*. Asistí a cada *posyandu*. Cuando me decían que tenía que ir al *puskesmas* para cualquier cosa, iba. Pero en el momento de parir... nos pusimos a andar y sentía que el bebé iba a salir ya”. “¿Quién te acompañaba?”, prosigo.

“Mi tía, que es *du’a rawin*, mi marido y mi tío... nos pusimos a caminar, y seguido rompí aguas. Volvimos a casa y parí (...). Mi bebé estaba sano, la *kader* vino a pesarlo: 3 kg”, narra Dome. Por último, le pregunto: “¿Cómo te sentiste pariendo en casa?”. “Bien, en casa bien”, responde. “¿Mejor en casa o en Maumere?”, concluyo. Dome se queda callada unos instantes, cavilando qué responder. “Mejor en casa... No hay tanta gente...”, dice finalmente.

Las *kader* nos llaman agitando sus manos. La comida está lista. Han cocinado hojas de casava y flor de papaya con ajo, coco rallado, arroz y pescado. También hay *moke*<sup>223</sup> para algunos hombres que se suman tras la reunión. El personal de salud se sienta alrededor de una mesa, acompañado por una de las madres y dos hombres que acaban de llegar. Estos se sirven *moke* y me preguntan quién soy.

Me presento y explico que estudio el Adat kelahiran. El más mayor de ellos se presenta como el marido de Mama Soge, una de las *du’a rawin* de Watudenak. Las personas que están en la mesa le escuchan con respeto. Carismático, habla orgullosamente del conocimiento de su mujer y de que incluso él la ayudaba cuando asistía partos.

Dice: “Ahora quieren que todo se trate con la biomedicina, pero antes todo el mundo venía de las *du’a rawin* y aquí estamos. Ellas conocen muchos remedios naturales para el cuerpo en general y yo

---

<sup>223</sup> Bebida alcohólica de elaboración local en la isla de Flores considerada parte del Adat. Proviene de dos tipos de palmeras: *silawan* y *enau*.

también”. El hombre que lo acompaña añade que la comunidad sikka, y la gente de Flores, en general, está muy *dekat alam* (BI cerca de la naturaleza) y tiene una creencia muy fuerte en los espíritus de la naturaleza y la comunidad ancestral.

Comenta que incluso la energía de una piedra puede matar a una persona si es maligna. El hombre mayor lo corrobora. El personal de salud no les contradice. “¡Mira, ahí va mi mujer!”: señala a una mujer que pasa por delante del *posyandu*. Esta nos mira, parece tener prisa. La *kader senior* la llama para que se acerque. Nos presentamos y le pregunto si podemos hablar. Nos sentamos al lado de varias madres que están terminando de comer.

La *du’a rawin* parece incómoda y mira con frecuencia hacia el camino. Dice que está esperando a coger un *ojek*, pero que mientras podemos hablar. Mama Soge tiene cincuenta y seis años y nació aquí. “Recibí el conocimiento a través de mi suegra. Doy *obat obat* (BI medicinas) a personas que les cuesta concebir, a embarazadas, y las acompaño durante el parto, dándoles *ramuan* (BI preparados con hojas) si este se alarga. Así dan a luz más rápido”.

“¿Y ayudas solo a gente de Watudenak o también de más lejos?”, pregunto. “De las dos. Pero ahora el personal de salud lo ha prohibido”, responde riéndose. “¿Y eso?”, pregunto. “No sé, ¡pregúntale a las *bidan!*”, dice entre carcajadas. “(...)”. Ahora la mayoría de mujeres paren en el *puskesmas* ¿verdad?”, prosigo. “Sí, yo las acompaño a veces”, afirma.

“Hace pocos días una mujer parió en casa, ¿cierto?”, pregunto. “No, parió en el *puskesmas*...”, responde. La mujer sentada a nuestro lado susurra: “Se refiere a Tina”. “Ahh, sí. Le ayudó su suegra, *du’a rawin* también”, responde. “¿Y por qué crees que parió en casa?”, pregunto. Mama Soge se queda pensativa. “Quizás porque es más

rápido y no tiene que desplazarse hasta allí”, dice. La *du’a rawin* vuelve a quedarse en silencio.

“Quizás también porque allí *semua di buka* (BI se muestra todo) y eso le da *malu*<sup>224</sup> (BI vergüenza)”, continúa. “¿Vergüenza, por qué?”, pregunto. “Vergüenza porque todo el mundo vea su *kemaluan*<sup>225</sup> (BI genitales). A la gente le da vergüenza”, responde. La mujer de al lado está pendiente de nuestra conversación y dice: “Da vergüenza porque nuestra *kemaluan* es como nuestro *harga diri* (BI el valor de una persona, autoestima). Y eso es muy importante”.

La *du’a rawin* se despide ya. Para concluir, pregunto si ayuda a mucha gente. “Mucha, incluso a una *bule* (BI extranjera) que vino a pedirme ayuda para concebir, porque no se quedaba embarazada”, responde. “¿Tienes miedo de que tu conocimiento se pierda?”, pregunto. Mama Soge responde segura: “No, no tengo miedo, no va a perderse. Pasará a mi hija”. La *du’a rawin* coge mis manos, me mira, sonrío y se marcha. El personal de salud recoge también. De camino a casa, Pak Alex rompe el silencio y dice:

Aunque la mayoría da a luz en el *puskesmas*... algunas *kepala batu* (BI testarudas) de Iligai (Hokor) y Watudenak (Ipir) siguen pariendo en casa. Es verdad que son los vecindarios que están

---

<sup>224</sup> La palabra *malu*, traducida literalmente como “vergüenza”, puede tener diferentes matices según el contexto en el que se utilice. En este contexto, esta vergüenza está combinada con “incomodidad”, “inseguridad”. Hildebrand (2009) hace también referencia a las distintas connotaciones de esta palabra en Sumbawa.

<sup>225</sup> La palabra *kemaluan* es la utilizada de forma genérica en BI para referirse a los genitales, tanto femeninos como masculinos, y viene de *malu*, que significa “vergüenza”. Bennett (2017) también hace referencia a ello. Por ejemplo, se comentaba con frecuencia que si bien en el distrito Sikka (sociedad patriarcal) había un ginecólogo que trataba esta zona femenina, no existía un urólogo que tratase la masculina por ser una parte muy “sagrada” para el hombre, símbolo de su virilidad.

más lejos. No obstante, muchas veces ponen como excusa que no notaron dolor y que de repente ya habían parido. Nosotros sabemos que no quieren venir al *puskesmas*. Dicen que sí a todo y luego paren en sus casas.

Pak Alex hace una pausa y prosigue:

¿Viste a la mujer sentada con nosotros en la comida? Es la profesora de Watudenak y es de las más *kepala batu*. Tardó cinco meses en chequear su embarazo, y cuando su hijo nació tardó en vacunarlo. Imagínate, si la profesora hace eso, ¿qué harán las demás? Antes he hablado claro, pero ella solo calla y sonríe. Te digo que hay quien, sabiéndolo y queriéndolo, decide deliberadamente no venir al *puskesmas*.

“¿Y por qué será?”, le pregunto. A lo que me responde:

No sabemos. Puede que sea porque hayan chequeado que todo esté bien y sepan que pueden tener un parto normal... y hayan parido más veces en casa y estén acostumbradas... también puede que les dé pereza trasladarse... muchas dicen que no notaron mucho dolor y que al poco ya tuvieron al bebé, ¿cómo es eso posible? ¡Ay, qué difícil es hacer que la comunidad entienda!

### *Falta de infraestructuras: parto de Úrsula*

Lleva varios días lloviendo a mares y la luz se va con frecuencia. Son casi las 9:00 a. m. *Bidan desa Yuli* del poblado

Umauta está en la puerta del *puskesmas* esperando a *bidan pembantu* Indah. Me cuenta que a las 7:00 a. m. el marido de una de las treinta y tres embarazadas de su poblado la ha llamado para comunicarle que Úrsula<sup>226</sup> ha parido en casa de madrugada. Ambas *bidan* se dirigen al vecindario Dokar (poblado Umauta) para recogerla y comprobar que todo esté bien.

Las acompaño y subimos a la ambulancia<sup>227</sup>. El conductor activa los limpiaparabrisas, el camino sigue mojado. *Bidan* desa Yuli cuenta que Úrsula tiene veinticuatro años y acaba de parir a su segunda hija. Salía de cuentas en un mes. Señala que es una madre responsable, que se ha realizado todos los chequeos correspondientes durante su embarazo y ha asistido a todos los *posyandu*.

Su marido dice que ha parido sobre las 2:30 a. m. en casa, al resultarles imposible avisarla, porque su móvil estaba sin señal por las fuertes lluvias. Además, el marido justifica que llevarla al *puskesmas* les resultaba complicado; su casa está bastante lejos de la carretera y el camino para llegar allí estaba fatal para hacerlo a pie, sin iluminación y lloviendo.

Las *bidan* sacan el tema de la *rumah tunggu*<sup>228</sup> (BI casa de espera). *Bidan* Indah señala que esta casa está pensada para casos como este, en los que la embarazada vive lejos del *puskesmas*. Admite que esta medida no funciona bien y que a la gente le resulta

---

<sup>226</sup> En la lengua local Úrsula va sin tilde. No obstante, se señala la tilde para ayudar la lectura.

<sup>227</sup> Cada *puskesmas* suele tener una ambulancia.

<sup>228</sup> La *rumah tunggu* (BI casa de espera) es una casa construida muy cerca del *puskesmas* para alojar a aquellas embarazadas y sus familias que vivan lejos del *puskesmas*, para garantizar que lleguen a tiempo a parir aquí (Revolusi KIA NTT 2009). AIPMNH (2015) hace hincapié en que para que estas sean efectivas han de estar en buenas condiciones.

incómodo alojarse allí durante días<sup>229</sup>. Reconoce que la calidad de otras *rumah tunggu*, como la del subdistrito Mapitara, con camas individuales, mosquiteras, cocina y una nevera, es mucho mejor que la de Bola.

Llegamos a Dokar. El vecindario consta de un grupo de casas agrupadas a ambos lados de una carretera asfaltada. Otras están distribuidas por la selva. El acceso a estas últimas no es directo. Al bajarnos de la ambulancia, nos recibe el *kepala dusun* (BI responsable del vecindario) y nos cuenta que llevan una semana sin luz. Una de las *kader* se ofrece a ir a buscar a Úrsula y traerla a la ambulancia.

El tiempo va pasando y no hay rastro de la *kader*. *Bidan Indah* propone que caminemos nosotras mismas hacia la casa por si ha pasado algo. Dos chicos del pueblo nos guían. El camino es muy irregular, fangoso y resbaladizo. Las tres pisamos con torpeza, debido a las chanclas que calzamos. Nos vamos riendo las unas de las otras con nuestros atisbos de caída. La escena va dejando de tener gracia, pues transitar este terreno requiere de plena concentración.

Tras casi quince minutos andando aún no nos hemos topado con Úrsula ni la *kader*. Empezamos a comprender la dificultad de la situación. Imaginarnos a la recién parida caminar por ahí nos tiene encogidas. Oímos una moto acercarse. El conductor sortea habilidosamente los altibajos del camino, y avisa de que varias personas traen a Úrsula. Han tardado más tiempo porque la recién parida estaba al borde del desmayo.

---

<sup>229</sup> Esta *rumah tunggu* es un espacio dividido en dos: uno para dormir, con una tarima de bambú y otro para cocinar, sin utensilios para ello. Se rumorea por todo el subdistrito que este habitáculo no está en condiciones. Además, la alimentación diaria de la embarazada y su familia debería estar cubierta por el *puskesmas*, pero las *bidan* admiten que llevan meses esperando a que llegue el dinero.

El suelo se empina más que nunca. Las tres nos miramos con cansancio. Al comenzar a subir la cuesta, por fin nos topamos con Úrsula<sup>230</sup>. Cuatro hombres la llevan sentada en una silla de plástico suspendida en el aire. A modo de escolta, detrás de ella hay unas doce personas del vecindario. Entre ellas, una se mantiene especialmente cerca de Úrsula, llevando a la recién nacida protegida dentro de su *sarong* (BI pareo). Es Mama Silia, su *du'a rawin*.

Las *bidan* Yuli e Indah hablan con ella. La mujer cuenta que el marido fue a buscarla a su casa sobre las 12:00 a. m., cuando Úrsula empezó a sentir dolores. Ha cortado el cordón umbilical con unas tijeras<sup>231</sup> y la placenta ha nacido sin dificultad. Caminamos hacia la ambulancia. Me presento a la *du'a rawin* y le pregunto por una pulsera que lleva Úrsula en su muñeca derecha. Dice que es tela con hojas bendecidas para protegerla de malos espíritus.

Llegamos. *Bidan* Indah advierte que solo caben las personas más cercanas. Suben Úrsula, su *mama kandung*, sus *mertua* (BI madre y padre del marido), su marido y la *du'a rawin*. *Bidan* Yuli sugiere que Mama Silia y yo nos sentemos delante. El asiento está diseñado para una persona, pero ambas nos acoplamos con cuidado para no incomodar a la bebé. Toman la tensión a la recién parida.

Pido disculpas si la molesto, porque vamos realmente apretadas. Le cuento que estoy estudiando el Adat kelahiran y que no soy personal de salud. Su rostro, cansado tras haber pasado toda la noche en vela, parece iluminarse. Dice que es *du'a rawin*. Tiene

---

<sup>230</sup> Este punto de encuentro no suponía ni la mitad del camino a casa de Úrsula.

<sup>231</sup> Muchas *du'a rawin* adoptaron esta práctica biomédica, tras ser formadas como *dukun bayi terlatih*, y entregárseles un kit con utensilios básicos, entre ellos unas tijeras.

sesenta años, y en su día a día vende plátanos y *siri pinang*<sup>232</sup> en el mercado de Geliting. Ambas acordamos vernos otro día para hablar más. Llegamos al *puskesmas* alrededor de las 11:30 a. m.<sup>233</sup>

*Bidan senior* Minsia nos espera en la entrada con una silla de ruedas para Úrsula. La llevan a la sala de posparto. Somos unas siete personas. No hay electricidad desde esta mañana. *Bidan Yuli* se ocupa de inmunizar a la bebé y de ver cómo está. Pesa 3,1 kg y dice que está sana. *Bidan Indah* indica a Úrsula que se tumbe en una de las tres camillas para inyectarle suero. Al buscarle la vía, la *bidan* pide a su *mama kandung* que quite la telita de su muñeca<sup>234</sup>.

Con cierta tensión en su mirada, la desata y dejan que le introduzca la aguja. La médica, la Dra. Lani, entra y pregunta con tono acusativo por qué Úrsula ha parido en casa. Las *bidan* exponen las razones, y dicen que la mujer está fuera de peligro. La médica se va. *Bidan Indah* recuerda a Úrsula que es importante no dormirse y llama al marido para que la mantenga despierta, aplicándole un aceite de olor intenso en la frente.

A continuación, pide que todo el mundo salga de la sala para examinar si hay desgarros en la zona vaginal. El marido, la *mama kandung* y la *du'a rawin* permanecen a su lado. Otra *bidan* se dirige a Úrsula con dulzura y le pide permiso para la exploración. Mete su mano con decisión y comprueba que no haya sangre fresca, sacando restos de *darah kotor* (BI sangre sucia).

Úrsula gime. La *bidan* dice que necesita algunos puntos y le aplica varios pinchazos de anestesia local en la zona. Sin dejar pasar

---

<sup>232</sup> Mezcla de dos plantas locales que se masca.

<sup>233</sup> Si Úrsula parió sobre las 2:30 a. m. como indica su marido, llevaba nueve horas de puerperio.

<sup>234</sup> La *bidan* no ofrece poner el suero en su otra muñeca o preguntar si dicha telita es importante para Úrsula, quien tampoco dice nada.

ni veinte segundos, empieza a coser<sup>235</sup>. *Bidan* Minsia alumbra la zona con una linterna. Úrsula grita en cada puntada y tirón de hilo. La mano que tiene la vía agarra la camilla. La otra tira con fuerza de la ropa de su madre. *Bidan* Minsia mete en la boca de Úrsula el gorrito de su bebé para que lo muerda.

*Bidan* Indah le habla con cariño y le dice que queda poco. Sus familiares y Mama Silia intercambian miradas de compasión. La madre sopla su frente. La *du'a rawin* me mira y me susurra con desaprobación: “Eso le está doliendo demasiado”. “Ya casi está, cariño”, vuelve a decirle la *bidan*. Tras el último tirón y el último alarido, Úrsula pone cara de no creerse que todo haya acabado. Han estado más de doce minutos cosiendo.

De repente, la sala se llena de luz: ha vuelto la electricidad. Las *bidan* suspiran aliviadas. *Bidan* Minsia grita: “¡Por fin!”. Pero a los pocos minutos, todo vuelve a apagarse y un suspiro de resignación al unísono inunda la sala. “Así no se puede trabajar”, dice *bidan* Yuli. Úrsula se queda dormida y sus familiares salen fuera. Tendrán que permanecer aquí los próximos tres días<sup>236</sup>.

Me acerco a la bebé. *Bidan* Yuli me dice que, en teoría, Úrsula debería haberse quedado un mes antes en casa de algún familiar que viviese cerca de la carretera. Allí podrían haberla recogido fácilmente. La *bidan* dice que el trabajo conjunto con la comunidad todavía no es óptimo, aunque reconoce que quedarse tanto tiempo en casa de alguien, aun siendo familia, es incómodo para cualquiera.

---

<sup>235</sup> Las *bidan* me confirman que no esperan nada una vez inyectan la anestesia local. Tampoco preguntan a la mujer si deja de sentir. Asumen que los puntos son muy dolorosos.

<sup>236</sup> En el marco del programa Revolusi KIA NTT, si bien antes del 2016 la recién parida permanecía en observación veinticuatro horas antes de darle el alta, la normativa aumentó este tiempo a tres días a raíz del aumento de la mortalidad materna.

Al día siguiente, visito a Úrsula. Bibi, la cocinera, le está dejando el desayuno: arroz blanco, huevo duro y verduras. Tiene mejor cara. Su hija duerme a su lado. Nos sonreímos y nos damos los buenos días. Dice que está bien y que quiere descansar. *Bidan* Indah está a su lado atareada con el papeleo. La sala está tranquila. Las demás *bidan* están arriba, en la oficina de planificación familiar.

Me siento fuera con la familia de Úrsula: la madre, el marido y la *du'a rawin*. Les pregunto cómo están. La madre responde que si Úrsula y su nieta están bien, ellos también. Pregunto por el papel de Mama Silia en el proceso reproductivo de Úrsula. Ambas mujeres se miran. “*Pendamping*” (BI acompañarla), dice la madre. Esta se queda un segundo callada, dudando si decirme algo. “¿Nos dirán algo las *bidan*?”, pregunta finalmente.

La *du'a rawin* permanece callada. Le pregunto que a qué se refiere. “Teníamos miedo de que se enfadaran con nosotros si sabían que Mama Silia nos había ayudado durante el parto”, admite. “Nosotros queríamos ir al *puskesmas*, pero no pudo ser. Mama Silia nos ha acompañado a todas en el vecindario y confiamos en ella; pero las *bidan* dicen en *posyandu* que incluso sus masajes están prohibidos”. Sugerí que lo hablasen con ellas para asegurarse.

Las *bidan* no habían puesto en duda la voluntad de Úrsula en parir en el *puskesmas*, pues la falta de infraestructuras durante su parto era obvia. Ellas mismas estaban experimentando la falta de electricidad, las fuertes lluvias durante la madrugada, la lejanía y la dificultad de acceso a la vivienda de esta mujer. El que Úrsula hubiese podido contar con la ayuda de una *du'a rawin* durante su parto, había sido un bien, no un mal.

## Parto de riesgo

El hospital general T.C. Hillers, ubicado en Maumere y construido en 1953, es a donde se derivan la gran mayoría de partos de riesgo del distrito Sikka. El edificio para la maternidad llamado *Anggrek*<sup>237</sup> (BI orquídea), tiene tecnología especializada y un equipo formado por dos obstetras, un médico general y uno residente, once enfermeras en prácticas y cuarenta y una *bidan*; quienes se organizan en tres turnos diarios (mañana, tarde y noche) para cubrir las veinticuatro horas.

Los obstetras realizan entre trescientas y trescientas veinte operaciones al mes y casi la mitad son cesáreas. Aunque ambos trabajan principalmente aquí, también proporcionan asistencia a los otros dos hospitales del distrito: el St. Elisabeth-Lela y el St. Gabriel-Kewapante. En *Anggrek* las salas de parto son dos y reúnen un total de nueve camillas. Aquí, el personal de salud dice seguir el protocolo de atención al parto de la *Safe Motherhood Initiative*, mencionada al inicio del capítulo.

En 2016 este edificio recibió una media de doscientas cincuenta pacientes al mes, en su mayoría embarazadas con tensión alta, abortos, embarazos postérmino, rotura prematura de aguas, cesáreas programadas y parturientas provenientes del *puskesmas*, cuyos partos se tornaron de riesgo normalmente por falta de fuerzas, subida de tensión y/o retención de placenta.

---

<sup>237</sup> Los distintos edificios del hospital se llaman por nombres de flores en honor a la isla.

## *Hospital general: parto de Ori*

Son las 14:00 p. m. Las camillas están ocupadas. Las *bidan* organizan papeleo. Ori, del subdistrito Waigete, está tumbada en *vk 4* (camilla número cuatro) por parto postérmino. Tiene treinta y un años y está a punto de parir a su quinto hijo. Me presento a ella y a las tres mujeres que la acompañan. La *mama kandung* de Ori y la *adik ipar* (Bl hermana pequeña del marido) se presentan. La tercera mujer tarda más en hablar: “Soy su *du’a rawin* y vecina”, dice.

El marido está fuera. Ori está 8 cm dilatada. Le viene una contracción. Entre sollozos, Ori llama a la *bidan* que la está atendiendo: “*mama*<sup>238</sup> *bidan*, *mama bidan*...”. La *bidan* se acerca y la mira sin empatía: “No se puede llorar así. Ponte de lado”. A continuación, vuelve a su papeleo. Mama Grasia, la *du’a rawin*, se acerca a mí y me susurra: “No me gusta que le hablen así, ¿cómo no va a llorar si está a punto de parir? ¡Le duele!”.

La madre y la hermana del marido hablan al bebé para que nazca pronto. Mama Grasia masajea su espalda. Viene otra contracción. Ori se pone bocarriba y llama de nuevo a la *bidan*. Esta se acerca y dice: “¿Qué pasa? No puedes llorar así. ¿Cómo he dicho que te pusieras? ¡De lado! Esto es lo que pasa cuando hay mucha gente: ¡Qué no nos hacen caso!”. La parturienta hace ademán de darle la mano, pero esta la aparta y se va: “Solo te faltan 2 cm, no se puede llorar”.

Son las 16:00 p. m. El marido de Ori entra. Ambos se miran con ternura. Sin previo aviso, la *bidan* mete los dedos en la vagina de Ori. Ya está 10 cm dilatada. La *bidan* dice al marido que se coloque a la

---

<sup>238</sup> A pesar de ser una *bidan* relativamente joven, de menos de treinta años de edad, Maria Anyela le llama “Mama *bidan*”, como muestra de respeto.

derecha de Ori y su madre, a la izquierda. Cada uno le masajea un pezón para ayudar con las contracciones. La *bidan* dice a Ori que se agarre de sus tibias para empujar. “Todo depende de ti”, le dice. Ori empuja, la cabeza casi sale, pero vuelve a meterse.

La *bidan* dice que las contracciones son débiles e inyecta oxitocina en la botella de suero. Seguidamente, le dice que no mueva su brazo derecho porque la oxitocina no circulará bien. La *bidan* pide que le traigan un catéter y lo introduce en Ori sin avisarle. Sale pis. La hermana del marido y Mama Grasia están al lado de este. La *bidan* les pregunta quiénes son. La hermana se presenta y dice seguido que Mama Grasia es su prima (miente).

A Ori le viene una contracción. La *bidan* pone cada una de sus manos a ambos lados de la barriga y empuja con todas sus fuerzas hasta que se enrojece por el esfuerzo. La enfermera me dice que esta práctica se llama *kristeller*<sup>239</sup>. Ori llora en silencio, quitándose deprisa las lágrimas con su mano izquierda para mantener inmóvil la derecha. La *bidan* dice a la enfermera que en la próxima contracción le hará una episiotomía<sup>240</sup> y limpia la zona vaginal con Betadine<sup>241</sup>.

Viene otra contracción y Ori empuja. La *bidan* corta. Ori pone cara de dolor. Tiene un corte diagonal en la parte inferior izquierda de su zona vaginal. Sale mucha sangre. La *bidan* presiona la herida con gasas. Dice a la enfermera que, en la próxima contracción, intente practicar la *kristeller*. Esta se prepara y apoya una mano en la pared y la otra en la barriga de Ori para hacer más fuerza.

En la siguiente contracción, la enfermera presiona con todas sus fuerzas la barriga de Ori sin avisarla: “Venga, venga mujer,

---

<sup>239</sup> Se utiliza en hospitales con el fin de acelerar el proceso del expulsivo.

<sup>240</sup> Incisión en el periné de la mujer con el fin de evitar desgarros y facilitar la expulsión del/a bebé.

<sup>241</sup> Marca de desinfectante.

venga”, le dice sin empatía. Ori empuja, pero el bebé no sale y llora en silencio. “Si lloras, no va a nacer”, le dice la *bidan*. La médica residente entra en la sala y se acerca a la enfermera que está empujando. Dice que ahora lo intentará ella. En la siguiente contracción, la médica empuja y dice a Ori: “Venga, empuja fuerte. Si lloras no va a nacer”.

Son las 17:00 p. m. Nace el bebé. Mama Grasia, la *du’a rawin*, dibuja con sus dedos una cruz en la frente de la nueva madre. La médica se va sin decir nada a Ori y su familia. La *bidan* corta el cordón umbilical y pone al recién nacido encima de su madre, lo tapan con una mantita y le ponen un gorrito de tela. Sonriendo, el padre susurra algo en el oído del bebé.

La *bidan* inyecta oxitocina en el muslo izquierdo de Ori y tira de las tijeras que pinzan el cordón mientras masajea la barriga. La placenta nace. Al salir, la chequean para ver si hay desgarros. Después, la *bidan* mete la mano de forma brusca sin avisar. Ori grita. No hay desgarro, pero tienen que coser la episiotomía. Inyectan anestesia: varios pinchazos en los labios y por dentro.

Ori, nerviosa, dice: “Por favor, *Mama bidan*, avísame cuando vaya a empezar a coser, para tomar una respiración profunda”. Sin esperar ni veinte segundos, y sin avisarla, la *bidan* limpia la sangre de la herida fuertemente con una gasa y da el primer punto. Ori empieza a llorar. Solloza de dolor. La *bidan* dice que será solo un momento y pide a su madre que meta el gorrito del bebé en la boca de su hija para que lo muerda.

Pregunto a una *bidan senior* si esto siempre es así. Dice que sí y que, por experiencia propia, duele muchísimo. Admite no saber por qué duele tanto si ponen anestesia. Una *bidan* proveniente de la sala

posparto entra. Ve a Ori llorar y exclama en alto: “¡Ay cómo duelen los puntos! Esto es lo que nos toca a nosotras, las mujeres”.

La *bidan* que cose va limpiando la sangre de la herida tras cada punto. Parece que estuviese limpiando las manchas de un cristal, apretando y pasando la gasa con fuerza. Ori pide un descanso para beber agua, pero la *bidan* sigue. Ori lo vuelve a pedir más alto: “¡Espere, por favor!” Las familiares intercambian miradas de compasión hacia ella. En cada tirón de piel, las familiares se encojen. Lleva cosiendo veinte minutos.

Ori pregunta si queda mucho, la *bidan* no contesta y sigue cosiendo. Le dice que mantenga las piernas abiertas. La *bidan* le da un respiro por fin y Ori bebe agua. Pero sin apenas esperar unos segundos, sigue cosiendo. El marido pregunta que por qué duele tanto, la *bidan senior* responde que es normal. Las piernas de Ori tiemblan. La *bidan* dice que las mantenga abiertas, porque el temblor dificulta su tarea.

Tarda treinta y cinco minutos en total. Al terminar, se va sin decir nada. Me acerco a Ori y le pregunto cómo está. “Parir al bebé, duele. Pero esto último ha sido mucho peor”, responde. Exhausta, sus ojos empiezan a cerrarse. Me siento con Mama Grasia al lado del bebé. “¿Por qué habéis dicho que eras su prima?”, pregunto. “No les gusta que vengamos. No confían en nosotras ni nos valoran. Pero si una mujer me lo pide, yo vengo”, responde la *du’a rawin*.

“¿Por qué sientes que no confían en ti?”, pregunto. “Antes trabajábamos bien juntas. Me sentía respetada. Pero ahora nuestros caminos se están separando. En *posyandu*, las *bidan* dicen constantemente que no pueden venir a nosotras, que no las podemos masajear o dar *ramuan*... Pero cuando ellas nos lo pidieron, les

contamos todo lo que sabíamos y ahora no nos quieren llamar más”, explica.

“¿Y estás muy solicitada?”, pregunto.

Las *bidan* tienen muchas pacientes y nosotras también. Yo digo a las mujeres que vayan al *puskesmas*, pero ellas nos prohíben. Aun así, las mujeres siguen llamándonos y eso es porque también nos necesitan. Nos necesitan a las dos, lo importante es que madre y bebé estén bien. Ellas creen que hacemos mal nuestra labor, pero cuando les mostré cómo lo hacía, se sorprendieron.

“¿Qué opinas de la episiotomía?”, prosigo.

Cuando me formé como *dukun terlatih*, dijeron que había que parir bocarriba. Lo acepté, aunque recomendaba a las mujeres que lo hicieran sentadas o en cuclillas, porque el bebé cae de forma natural. Pero cortar el *jalan lahir* (El camino del nacimiento) no. Imagínate, tras el parto estás cansadísima y encima te cortan y te cosen, ¡duele muchísimo y da muchos problemas! Yo daba *ramuan* para beber (El remedios) y *molan* (El masa herbal) para aplicar sobre la herida.

## Atención al parto: percepciones y observación

### Falta de infraestructuras

El caso de Úrsula muestra que a veces resulta imposible ir al *puskesmas*; algo que las *bidan* corroboran al intentar ir a su casa, tras una noche de lluvias torrenciales, sin luz ni señal en los teléfonos móviles. Esta falta de infraestructuras es una realidad para muchas personas. No obstante, aunque Tina, Floren y Dome justifican haber parido en sus casas por falta de transporte y otras cuestiones, el *puskesmas* sospecha que ocultan información.

Este capítulo da respuestas a esta incógnita revelando que estas mujeres, no solo echan de menos ciertas prácticas locales no disponibles en el *puskesmas* y el hospital, sino que también experimentan una gran insatisfacción hacia ciertas prácticas biomédicas. Sus testimonios, sumados a las siguientes formas de violencia obstétrica observadas en los partos transcurridos en ambos espacios, dan pistas de por qué algunas no quieren parir en estas instalaciones.

### Falta de seguridad cultural

La violencia obstétrica es una intersección entre la violencia estructural institucional y su relación con las desigualdades de género y las jerarquías de poder en las instalaciones médicas (Castro & Erviti 2003). Estudios recientes identifican seis formas de violencia obstétrica, que propician que las mujeres pierdan el control de sus partos.

Son: el abuso verbal y físico, la mala relación con las mujeres, la discriminación sociocultural, el fracaso en alcanzar los estándares profesionales de cuidado y las condiciones del sistema médico (Bohren et al. 2015, Castro et al. 2015, Savage & Castro 2017). ¿Pueden identificarse estas tipologías en los partos descritos anteriormente?

### *Límites al apoyo emocional*

El parto de Linda revela que una *bidan* siente la potestad de decidir quién debe permanecer fuera o dentro de la sala de parto. En este caso, prioriza a varias *bidan* sin un rol específico, al marido y a su suegra, frente a la presencia de la madre biológica de la parturienta, normalmente el apoyo más importante.

Así mismo, se muestra que la presencia de las *du'a rawin* en esta fase sigue siendo muy importante para madres rurales. Estas especialistas están presentes en los partos de Tina, Floren, Dome y Úrsula, transcurridos en casa. Sin embargo, en los de Linda y Ori, transcurridos en el *puskesmas* y el hospital, o bien no las traen por miedo al enfado de las *bidan* o bien las traen mintiendo al equipo obstétrico.

Este límite al apoyo emocional responde a una forma de violencia obstétrica relacionada con la discriminación cultural, las condiciones del sistema médico y el fracaso en alcanzar los estándares profesionales de cuidado según establecen el Safe Motherhood Initiative y el Asuhan Sayang Ibu.

## *Exposición prolongada de los genitales*

El cuerpo es una construcción social, cultural y simbólica, un recinto individual subjetivo y de voluntad de dominio (Le Breton 2002). La comunidad sikka se refiere a los genitales femeninos y masculinos como *kemaluan* (BI la vergüenza de una/o). Las mujeres locales asocian esta parte del cuerpo al *harga diri* (BI el valor de una persona o autoestima).

La conversación con la *du'a rawin* Mama Soge y la mujer sentada a nuestro lado revela que las mujeres sikka perciben que: mostrar durante largo tiempo sus *kemaluan* públicamente en el *puskesmas* y el hospital las hace sentirse avergonzadas, observadas y vulnerables (BI *malu*).

Mama Soge explica que esta podría ser una razón por la que una mujer prefiriese parir en casa, asistida por personas de confianza, donde sus genitales no se exponen de forma continuada. Esta simbología de los genitales como *harga diri* frente a la falta de privacidad y exposición prolongada de los mismos supone una discriminación cultural y un abuso físico a las mujeres durante sus partos en estas instalaciones.

## *Puntos de sutura*

Le Breton (1999) argumenta que, aunque la experiencia del dolor puede tener una reacción real fisiológica, su experiencia está muy sujeta a variaciones socioculturales e individuales. La observación de partos en ambas instalaciones y las narraciones de las mujeres muestran que el tiempo de sutura resulta una fase de mucho sufrimiento y dolor (BI *sakit*) para ellas.

Las conversaciones con Tina, Floren y Dome apuntan a que estas mujeres asocian el hecho de parir en casa a poder evitar los puntos de sutura, pues aun siendo exploradas tras sus partos por un equipo de *bidan*, ninguna tuvo desgarros que los necesiten.

Desde una mirada antropológica, estas narraciones de dolor comunican la experiencia del sujeto a través de su lenguaje verbal y corporal, exteriorizando su sufrimiento, miedo y frustración (Bury 2001, Molina-Serra 2018). Así mismo, estas quejas hablan de vínculos entre sujeto y sociedad, y cómo la manifestación de un dolor físico refleja también un rechazo a ciertos aspectos de la realidad social en la que se vive (Kleinman 1988).

El hecho de que las mujeres sikka identifiquen sus genitales con su *harga diri* influye en la expresión de este dolor, el cual también es experimentado por las mismas *bidan* locales al dar a luz. Una de ellas exclama resignada en el parto de Ori: “¡Ay cómo duelen los puntos! Esto es lo que nos toca a nosotras, las mujeres”. Sin embargo, ella silencia a Ori dándole a morder el gorrito de su bebé.

Esta práctica se realiza por lo general sin consideración ni empatía hacia la recién parida, ignorando su dolor y sus peticiones; algo que fomenta tensiones entre *bidan*, madres y familias. Además, las mujeres son conscientes de que las *bidan* calculan a ojo cuándo poner o no anestesia y piensan que no ponerla es una cuestión de dinero al ser “demasiado cara”.

El protocolo que siguen las *bidan* al administrar anestesia parece cuestionable. En ambas facilidades médicas, las *bidan* inyectan anestesia<sup>242</sup> alrededor de la herida, sin esperar ni veinte segundos a que surta efecto y sin corroborarlo con la mujer. Esta

---

<sup>242</sup> Las *bidan* dicen que preparan la anestesia mezclando *lidocaine* (2 ml) y *aqua pro injeksi* (2 ml).

forma de proceder la constata un médico de Yakarta, residente en el *puskesmas* del subdistrito Waigete:

La mayoría de *bidan* no pone anestesia al coser si el desgarro es superficial (...). Además, en teoría, tras ponerla deberían esperar varios minutos y preguntar a la madre si siente algo antes de empezar a coser. Si fuera mi mujer a la que están cosiendo, les diría algo. Yo creo que tiene que ver con que no saben cómo se pone, no tienen esa formación (...). Pero las mujeres aquí no se quejan como en Yakarta, donde las pacientes reclaman un buen servicio.

Este hecho invita a ver la experiencia del dolor durante la sutura como una expresión de malestar individual, a la vez que de protesta del colectivo femenino (Ware & Kleinman 1992). Esta situación alerta de una forma de violencia obstétrica manifestada en el abuso físico y la discriminación cultural, incumplimiento de estándares profesionales y condiciones del sistema biomédico.

### *Límites a la posición en fase expulsiva*

Según la *du'a rawin* Mama Sinfo, la posición más común para dar a luz en casa es en cuclillas. Esta es la postura que Tina, Floren y Dome admiten haber utilizado en sus partos en casa. Estas mujeres y la *du'a rawin* Mama Grasia señalan que parir en cuclillas “es más cómodo” que en la posición “dormida” (refiriéndose a la ginecológica o supina), ya que “el/la bebé cae de forma natural”. Gélis (1991:130) señala:

(...) la posición supina es la peor postura para el parto porque comprime los principales vasos sanguíneos abdominales, la aorta y la vena cava inferior, así como el útero de la embarazada, propiciando sufrimiento fetal, hipertensión y hemorragias (...); mientras que otras posiciones más verticales, ayudan más a la expulsión. Por ello, (...) las posiciones utilizadas en tiempos pasados eran efectivas.

Gélis (1991) argumenta que la posición supina surge de la mano de la biomedicina en Occidente, intrínsecamente ligada a su complejidad cultural e ideología de género. Para dicho sistema biomédico, gobernado inicialmente por hombres, los genitales femeninos han de estar cómodamente accesibles y visibles para poder trabajar adecuadamente (1991).

Diversos estudios exponen que dicha posición contribuye a partos más largos, la utilización de sustancias químicas y tecnología y a empujar en contra, en vez de a favor, del perineo, favoreciendo desgarros y cortes artificiales como la episiotomía (véase, por ejemplo, Murphy-Lawless 1998). Así, a pesar de la presión biomédica, en distintas partes del mundo como Guatemala (Cosminsky 2016), o Indonesia en este caso, las mujeres prefieren utilizar posiciones verticales.

Aunque el protocolo de Atención al Parto Normal (APN) promueve que las *bidan* animen a la parturienta a probar distintas posturas para parir, una de las *bidan* del *puskesmas* admite lo siguiente:

Sé que lo dice el APN, pero tampoco nos enseñan más posturas que esta [se refiere a la ginecológica] en nuestra

formación. No quiero probarlas si nmo las conozco. Además, creo que así me resultaría más complicado ver qué está pasando y todo se ensuciaría más.

Así mismo, otras madres entrevistadas admiten echar de menos tirar de la cuerda, utilizada antaño para empujar durante las contracciones; pues admiten sentirse incómodas al no encontrar nada a lo que agarrarse con fuerza cuando están tumbadas bocarriba en la camilla biomédica.

En resumen, el hecho de que las mujeres sikka no puedan aspirar a parir en otras posturas en el *puskesmas* y el hospital, así como no poder utilizar ayudas como la cuerda, revela otra forma de violencia obstétrica relacionada con la discriminación cultural, las condiciones del sistema médico y el fracaso en alcanzar los estándares profesionales de cuidado.

### *Episiotomía, maniobra kristeller y exploraciones*

A diferencia del *puskesmas*, donde los tactos vaginales son previamente avisados y “las episiotomías no se hacen porque así lo dice la Safe Motherhood Initiative” (*bidan senior* de Bola), el parto de Ori en el hospital general ejemplifica que ambas prácticas, más otras como la maniobra *kristeller*, se realizan de forma sistemática, con brusquedad, sin avisar y sin ninguna explicación a la parturienta de por qué se hacen.

La episiotomía o corte intencionado en el perineo para aumentar la apertura vaginal es una práctica fruto de la postura supina en el parto (Fernández del Castillo 2006). Sin embargo, si bien los partos atendidos por las *bidan* del hospital son categorizados

como “partos de riesgo”, al preguntar a distintas *bidan* por qué las hacen, sus razones no hacen referencia a ninguna evidencia científica.

Las *bidan* del *puskesmas* intuyen que las del hospital las realizan “para que los bebés nazcan más rápido y así no tener que esperar”. Por otro lado, una *bidan* experimentada del hospital alega lo siguiente:

Las hacemos [episiotomías] para que “eso” [se refiere a la zona genital] quede bonito, pues con un corte limpio, la costura queda mejor (...). Si “eso” no queda *sempurna* (BI perfecto), el marido puede buscar a otra mujer. Se ve mucha diferencia entre aquellas mujeres a las que han cosido y a las que no (...). Luego los puntos duelen mucho, pero nosotras las mujeres aguantamos y ya está, es lo que nos ha tocado, ¿verdad?

La OMS establece que la episiotomía es recomendable en muy pocos casos, pues muestra más inconvenientes que beneficios: hemorragia e infección en el posparto, desgarró anal, incontinencias y dolores (Fernández del Castillo 2006). Por ello, incluso se reflexiona sobre la práctica abusiva de la episiotomía (realizada sin justificación alguna) como una forma de mutilación genital femenina (Hartmann et al. 2005).

Ninguna mujer, salvo algunas compañeras de esta *bidan*, se refiere a *di gunting* (BI que te corten) como positivo. Ni por este, ni por otro motivo; más bien todo lo contrario, una agresión directa al *harga diri*. El parto de Ori muestra los gritos y súplicas que las mujeres expresan durante la sutura de la incisión de una episiotomía asociándolo a un dolor más insoportable que el del parto.

Mama Grasia, Mama Sinfo y Mama Silia, todas *du'a rawin*, admiten que nunca cortaban el *jalan lahir* (El camino del nacimiento) cuando atendían partos, alegando que produce muchos dolores a las mujeres. “Imagínate haber sentido dolor durante el parto, estás cansadísima y encima, te cortan y te cosen”, dice Mama Grasia tras ser testigo de la experiencia de Ori.

Así, este capítulo anima a que el protocolo de episiotomías en el hospital general sea revisado, pues tal y como se practica ahora mismo supone una forma de violencia obstétrica. Otra práctica que se realiza sin consentimiento ni explicación a la parturienta es la maniobra *kristeller*<sup>243</sup>. Este procedimiento consiste en ejercer presión sobre el útero para que el bebé salga antes (Becerra-Chauca 2015, 2019).

Pero la OMS advierte de que no existen evidencias de su efectividad y que su aplicación deriva en consecuencias físicas y emocionales negativas para las madres (2015, 2019). Las lágrimas de Ori revelan su sufrimiento. Su cuerpo va pasando de una especialista a otra mientras le dicen: “Si lloras, no va a nacer”. Esta maniobra, sumada a estas frases desalentadoras, supone una forma de abuso físico y verbal a las mujeres.

### *Cortar el cordón*

La mayoría de los mamíferos no cortan el cordón umbilical hasta que la placenta nace (Dunn 2003). No obstante, cuándo cortarlo y cómo varía según la cultura (Coffey & Brown 2017). Si bien en el *puskesmas* y el hospital se corta de forma sistemática nada más

---

<sup>243</sup> Ideada por el ginecólogo alemán Samuel Kristeller.

salir el/la bebé, Mama Sinfo cuenta que, como *du'a rawin*, no lo hacía hasta que la placenta hubiese salido.

La *du'a rawin* argumenta que esto era bueno para el nacimiento de la placenta y la salud del/a bebé. Una vez fuera, como dos hermanos/as que iban a ser separados/as, se colocaban al lado de su madre durante un rato. Entonces, Mama Sinfo procedía a cortar ese vínculo, acompañado de rezos que honraban la ayuda que la placenta había dado a su hermano/a en esos meses.

Si bien las madres rurales no hablan de ello, las *du'a rawin* sí, como lo hacen otras matronas con conocimiento local en Guatemala (Cosmisnky 2018) o Francia (Gélis 1991). Numerosos estudios confirman que esperar a que el cordón deje de latir para cortarlo es beneficioso para maximizar la cantidad de oxígeno y hierro que la placenta traspasa al/la bebé (Geethanath et al. 1997, Rabe et al. 2008, Raju & Singhal 2012).

Por ello, la OMS recomienda esperar mínimo un minuto para cortarlo, especialmente en países de ingresos económicos bajos donde los/as bebés nacen con índices deficientes de hierro, debido a la anemia de sus madres (WHO 1998, 2019). De esta manera, en el caso del distrito Sikka, donde estos índices son bajos y la mortalidad materna y neonatal alta, el corte inmediato del cordón supone un riesgo vital, una discriminación cultural y un abuso físico a madre y bebé.

## Preferencia adaptativa

Si bien la mayor parte de madres del subdistrito Bola admiten que temen morir en el parto e identifican el *puskesmas* como un lugar seguro, donde el trato proporcionado por las *bidan* es *baik* (BI bueno),

el discurso también suele ir acompañado de algún “pero”: “Querría haber traído a mi *du’a rawin*” o “el dolor de los puntos fue insoportable”.

En cuanto a las mujeres que han parido en el hospital, estas suelen valorar la experiencia de sus partos como “buena” aunque añaden apuntes del tipo: “como hay mucha gente... las *bidan* no tienen tanto cuidado, porque están estresadas y eso hace que se enfaden con facilidad”. Ambas valoraciones, expresadas con sutileza por las madres rurales, evitan términos de maltrato, a pesar de las distintas formas de violencia obstétrica descritas anteriormente.

Castro y Savage (2018) argumentan que estas generosas calificaciones son comunes alrededor del mundo, fruto de la tan baja expectativa que tienen las mujeres sobre el trato biomédico (Castro & Savage 2018). Un hecho que hace que estas no perciban que están siendo expuestas a algún tipo de violencia (Castro & Erviti 2003, Freedman et al. 2014, Grigoryan et al. 2015, McMahon et al. 2014).

En su estudio sobre mujeres en República Dominicana, Castro y Savage (2018) revelan que estas mujeres y sus familias solo se enfrentan y cuestionan al personal de salud cuando sienten peligrar sus vidas y/o las de sus bebés. Este hecho es identificable también en mi trabajo de campo.

Las *bidan* del *puskesmas* Bola narraban cómo ciertos desencuentros con familias del poblado Umuta, ocurridos entre 2016 y 2017, entre ellas la muerte de un bebé, hizo que brotase la resistencia de parir allí. Con todo, las mujeres y sus familias no suelen quejarse de forma directa al personal de salud. En palabras del médico del *puskesmas* Waigete: “las mujeres aquí no se quejan como en Yakarta, donde las pacientes reclaman un buen servicio”.

Esta aceptación del servicio que reciben está relacionada con la *preferencia adaptativa* (Castro & Savage 2018). Este concepto explica que las personas tiendan a soportar abusos, al encontrarse en ambientes con opciones restringidas a nivel estructural (Nussbaum 2001). Está relacionado con no poder emplear la capacidad crítica, cuando se deja intuir en un momento determinado que no hay más opciones (Terlazzo 2016).

En este sentido, esta aceptación por parte de las mujeres está condicionada por la visión generalizada de que estos procedimientos no pueden cambiarse, asumiendo que mujeres y sufrimiento son dos cuestiones que van de la mano. Tal y como expresa la *bidan* del hospital mientras cosen a Ori: “(...) Nosotras, las mujeres, aguantamos y ya está. Es lo que nos ha tocado”.

### *¿Cuestión de empoderamiento?*

Tina, Floren y Dome no expresan abiertamente la intención de haber parido en casa, a excepción de Tina, que rectifica *a posteriori* su testimonio diciendo, al igual que sus vecinas, que parió en casa por una *causa media* (Hay 1999); en su caso, la falta de transporte. Sin embargo, todas revelan que cuestiones como parir en cuclillas acompañada de pocas personas, evitar los puntos de sutura o no mostrar sus genitales, son cuestiones que pueden darse pariendo en casa.

Así, esta investigación plantea la hipótesis de que mientras unas mujeres piensan que el trato que reciben en las instalaciones biomédicas es “lo que toca a las mujeres”, otras ven la oportunidad de empoderarse, y parir bajo sus prácticas locales, alegando

justificadamente que vivir lejos del *puskesmas* favorece el no llegar a tiempo a este espacio, tal y como muestra el caso de Úrsula.

Pues en relación con la preferencia adaptativa y la variabilidad de las circunstancias de cada mujer, Sintia, una madre rural que vive a pocos minutos andando del *puskesmas*, admite que ella no cuenta con esta posibilidad:

A veces el trato en el *puskesmas* no es bueno, no nos gusta. (...) A veces cosen sin poner *obat* (BI medicinas)... ¡Con lo que duele eso! La sensación es que duele muchísimo. Cuando me puse de parto me chequearon y me dijeron que volviera a casa. Al volver de nuevo me dijeron que me fuera otra vez. Estaba ya cansada y dolorida. Lo primero que pensé fue: “¡bah! Lo mejor es parir en casa”. Es lo primero que pensé. Pero lo segundo fue plantearme cómo iba a hacerlo si vivía tan cerca del *puskesmas*, se enfadarían. (...) Lo bueno de parir en casa es que no hay mucha gente, se está *aman* (BI a gusto). En el *puskesmas* hay demasiada, mucha que entra y sale. A las mujeres nos da vergüenza, todo el mundo nos ve “eso” [los genitales]. En casa solo la *du’a rawin*.

Tener esta confesión tan directa resulta complejo y necesita de confianza con la persona. Las palabras de Sintia revelan, junto con los testimonios descritos anteriormente, que las madres rurales pueden ser críticas con el trato que reciben en estos espacios, aunque no se quejen directamente al equipo biomédico, que tampoco les pregunta.

Este capítulo revela que las mujeres perciben tener pocas alternativas de parir en otro sitio que no sea el *puskesmas* o el

hospital, al estar prohibido y sancionado. Así, para evitar la confrontación, aceptan la apropiación de sus cuerpos, condicionadas por el miedo a morir y por lo que supondría no hacerlo. Sin embargo, conscientes de que en casa aspiran a un parto en un ambiente de seguridad cultural, algunas se empoderan cuando ven posibilidades y razones legítimas para justificarlo ante las *bidan*, tales como: vivir lejos del *puskesmas* y lo que ello conlleva.

## Conclusión

Antaño, el parto suponía un proceso físico y espiritual en el que la parturienta debía estar en unión con la comunidad ancestral, la naturaleza y Dios para que todo saliese bien. En la actualidad, si bien esta armonía sigue siendo crucial de la mano de las *du'a rawin*, el miedo a morir está también muy presente, por lo que las mujeres reconocen necesitar a las *bidan*.

Un modelo de parto humanístico encajaría bien con lo que las mujeres sikka quieren. No obstante, si bien la atención al parto en el distrito Sikka tiene por lema: "Ayudar a la madre y su familia a que sientan seguridad y comodidad durante el parto, respetando los deseos de la madre, cultura y creencias" (Depkes 2004), esto no se cumple en el *puskesmas* Bola o el hospital general.

Esto es el detonante del descontento de las mujeres, tanto hacia ciertas prácticas biomédicas como la imposibilidad de introducir sus prácticas locales y propiciar un entorno de seguridad cultural. Sin embargo, tras haberse constatado que parir en estas instalaciones reduce la mortalidad materna, el equipo biomédico no debería

banalizar esta insatisfacción; pues puede ser la causa de que las mujeres tengan resistencias a parir aquí.

Por ello, si bien es cierto que algunas madres acaban dando a luz en casa por no poder llegar al *puskesmas* por falta de infraestructuras, el sector biomédico sospecha que existen otras razones. Este capítulo proporciona datos que corroboran esta hipótesis.

Los testimonios de madres rurales y *du'a rawin*, sumadas a las formas de violencia obstétrica en ambos espacios, reflejan por qué algunas mujeres intentan buscar alternativas (límites al apoyo emocional, exposición genital, puntos de sutura, parir en posición supina, episiotomías, maniobras *kristeller*, tactos vaginales y corte del cordón).

La obligatoriedad de parir en estas instalaciones lleva a que muchas mujeres, incluidas las *bidan*, asuman la apropiación de sus cuerpos, aceptando que es lo que toca aguantar por ser mujer. Otras, aun mostrando una actitud crítica, no ven alternativas a otro tipo de parto al vivir cerca del *puskesmas*. Y solo algunas ven la oportunidad de empoderarse y parir bajo sus prácticas locales, alegando que no llegaron al *puskesmas* a tiempo por vivir lejos.

A pesar de todo, recordando que gran parte del éxito o fracaso de las políticas reproductivas se refleja en las interacciones que se producen entre las personas que brindan los servicios de salud y aquellas que los reciben (Hildebrand 2017), se muestra de nuevo que la negación cultural en la fase del parto por parte del sector biomédico y el gobierno local permea en la falta de transparencia y confianza entre *bidan*, madres rurales y *du'a rawin*.

Así, partiendo de que la libre toma de decisiones durante el parto es un derecho humano y el empoderamiento de las mujeres es

clave para la salud materna (ONU 1995), el modelo de parto humanístico que necesitan las mujeres sikka precisa de comunicación, confianza y respeto entre madres rurales, *du'a rawin*, *bidan* y demás personal biomédico, así como de la erradicación de prácticas automatizadas que responden a formas de violencia obstétrica.



75





- Ilustración 71. Primeras contracciones camino del *puskesmas*.
- Ilustración 72. Primera toma.
- Ilustración 73. *Bidan* y recién nacido.
- Ilustración 74. Abuela baña a su nieto.
- Ilustración 75. Llevan a Úrsula a la ambulancia. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/KtUAvTjixBA>
- Ilustración 76. Mujer de parto acompañada por su marido.
- Ilustración 77. Vecinas visitan a la nueva madre.
- Ilustración 78. Mujer agarra una cruz mientras da a luz.
- Ilustración 79. Primer baño.
- Ilustración 80. Matrimonio feliz.
- Ilustración 81. Madre y bebé en la sala de posparto del hospital general.
- Ilustración 82. *Bidan* y *du'a rawin* hablan del parto de Úrsula.
- Ilustración 83. Llevan a Úrsula a la ambulancia.
- Ilustración 84. En fase de dilatación.

## VIII. El posparto

## *Felipus Bura está en el buen camino*

Son las 5:30 a. m. Estoy esperando en la puerta de casa. Pak Rikardus, el *kepala dusun* Wuu (BI responsable del vecindario Wuu) del poblado Wolokoli, va a recogerme para el *lodong me* del primer hijo de su sobrino<sup>244</sup>. Ir a este ritual es difícil al ser un evento íntimo. Tras varios intentos fallidos, voy a asistir a uno gracias a que Agnes (enfermera) y Maya (*bidan desa* de Wolokoli) conocen a la familia.

Mamud está conmigo. Sorprendida de que alguien lo celebre un domingo y más de Pentecostés<sup>245</sup>, expresa su preocupación por que vaya a perderme la misa de hoy. Oímos el pitido de una moto. Es Pak Rikardus. Dice que me dé prisa. Me despido de ella. En el camino, este me cuenta que *lodong me* significa en SS “bajar al bebé de casa” y se celebra habitualmente a los cuarenta días del parto<sup>246</sup>, cuando cesa el periodo más vulnerable para madre y bebé.

Hay niebla, va a llover. Hombres y mujeres salen de sus casas para ir a misa vistiendo sus mejores *sarong ikat* (BI pareo sikka) y *legen*<sup>247</sup> (BI moño tradicional). Algunas personas nos saludan alegremente, entre ellas *bidan desa* Maya. Pak Rikardus dice que viene también al *lodong me*. Llegamos. Distingo unas siete viviendas.

---

<sup>244</sup> Pak Rikardus se señala a sí mismo el *bapak besar* (BI padre mayor) del padre del bebé. Significando que es el hermano mayor del abuelo del bebé. La abuela del bebé no puede presenciar físicamente el evento porque falleció hace años por enfermedad.

<sup>245</sup> Es domingo 4 de junio del 2017. Según la religión católica, este día conmemora la aparición del Espíritu Santo a María y a los apóstoles a los cincuenta días posteriores de la resurrección de Jesús.

<sup>246</sup> Según la zona, suele celebrarse a los cuarenta días del parto, lo que coincide con las seis semanas que considera el sector biomédico la fase posparto (Revolusi KIA NTT 2009), pero algunas familias lo celebran a los cuatro días o cuando el cordón umbilical ya se desprende de la barriga del/la bebé.

<sup>247</sup> Moños tradicionales en forma de ensaimada que se sujetan con un palo alargado y fino, normalmente de cuerno de elefante.

Aparca enfrente de la casa. La puerta está abierta. Pak Rikardus entra primero y me presenta a Dimas, padre del bebé, de veintiséis años; a Anita, la madre, de veinticuatro, y a Felipus Bura, el bebé.

Pide que le acompañe dos casas más adelante para recoger a Mama Maria Antonela, la *du'a rawin*. Llamamos a su puerta. Un vecino nos dice que está cogiendo plantas, mientras nos da conversación. Al poco, llega la *du'a rawin*. Pak Rikardus me presenta diciendo que estoy estudiando el Adat kelahiran. Ella lleva en su mano un botecito amarillo con líquido marrón, una caña de bambú y una piedra que Pak Rikardus y su familia han elegido para hoy.

Mama Anto (así la llaman) tiene cincuenta y ocho años y cuenta orgullosa que es madre de cinco hombres y tres mujeres. Al llegar, la *du'a rawin* saluda cariñosamente al matrimonio y al bebé. Nos quedamos de pie en el recibidor mientras Mama Anto monta un pequeño altar sobre una mesita en el centro de la sala, donde acomoda al bebé encima de una mantita mullida. En frente se sienta la madre; a los lados, el padre, el hermano del padre, el abuelo, los dos hermanos del abuelo y yo.

Empieza el *lodong me*. La *du'a rawin* se santigua y dibuja una cruz con su pulgar en la frente del bebé. Coge la caña de bambú con la mano derecha y la piedra, con la izquierda. A continuación, invoca con rezos a Dios y sus *nenek moyang* (BI antepasados) para que vengan y todo salga bien. Pide para que Felipus Bura crezca sano, sea bondadoso y cuide de su familia.

Choca con decisión el extremo inferior del bambú con la piedra produciendo un chasquido hueco y seco. Pasa la caña a su mano izquierda y vuelve a santiguarse, marcando seguidamente otra cruz en la frente del bebé. La caña vuelve a su derecha y la choca con la piedra. Con la caña dibuja semicírculos en el aire sobre Felipus Bura,

de izquierda a derecha. Otro chasquido. Ahora dibuja los semicírculos en la otra dirección. Un chasquido y suelta ambos elementos.

Levanta su mano derecha y avisa del siguiente paso. Coge al bebé por los pies y lo zarandea enérgicamente de atrás hacia delante varias veces. Cuando el último impulso alcanza su máxima altura, Mama Anto pasa sus manos a las axilas, lo lanza al cielo, lo suelta en el aire y lo vuelve a sujetar por los pies. Repite esto tres veces. Tras el último impulso, Mama Anto lo coge de nuevo de las axilas y dibuja con sus piernas colgantes un círculo en el aire.

Finalmente, lo acomoda dentro de su *sarong*. Felipus Bura está callado y tranquilo. La *du'a rawin* sale con él al camino. La seguimos. Vamos al *kebun leluhur, tempat nenek moyang* (El bosque de los antepasados). Al llegar, coge una rama de leña que tiene preparada y la coloca entre ella y el bebé. Reza en silencio. Moja su dedo pulgar derecho con saliva y lo pone sobre los labios del bebé. Sigue rezando. Bendice al bebé con otra cruz en la frente y le acerca la rama a la cara.

Mama Anto indica con su mano el paso a la siguiente fase. En silencio y sin soltar la rama nos dirigimos a la cocina rodeando la casa. Como es típico, este espacio está separado del resto de la casa. Allí, la hermana del abuelo del bebé y una vecina están cocinando la comida que compartiremos en familia después del ritual. La *du'a rawin* se sienta con Felipus Bura frente al fuego. Pone la rama en el fuego y espera a que prenda. Permanecemos unos minutos aquí.

A continuación, Mama Anto sale de la cocina y rodea la casa para entrar por la puerta delantera. Dentro, la *du'a rawin* se posiciona de nuevo frente al pequeño altar y señala con su mano que el *lodong me* ha terminado. Ha durado unos veinticinco minutos. La hermana

del abuelo trae té, café y unas galletas para que desayunemos mientras cuecen también unas *ubi* (BI casavas).

Pak Rikardus sale fuera y señala de lado a lado la calle. Cuenta con nostalgia que antaño este ritual era muy multitudinario. La familia se preparaba hasta que llegaba el día para dar de comer a muchísima gente: se reunían cocos, cacahuetes, maíz, arroz, cerdos, pollos, etc. La familia extensa siempre colaboraba para ello. Había tanta gente, que se sentaban fuera, expectantes, para ver salir al bebé por primera vez. Dice que ahora por cuestiones económicas el *lodong me* es más íntimo.

Admite que va perdiéndose a medida que van modernizándose (BI *maju*). Le da pena, pues así se inicia a un nuevo miembro sikka en el “buen” camino de la vida. Dice que no puede perderse y cuenta que aún es común preguntar: “*Anak Pak Rikardus sudah lodong me belum?*” (BI “¿Al hijo de Pak Rikardus ya le han hecho el *lodong me* o no?”), o a un niño travieso decirle: “*Siapa yang kasih kau lodong me sih?*” (BI ¿Pero a ti quién diablos te ha hecho el *lodong me*?).

Mientras desayunamos, la familia habla de la relación tan estrecha que tiene con Mama Anto, quien bebe su té sin decir nada. Dicen que, como vecina y *du'a rawin*, les ha acompañado y ayudado mucho a lo largo de sus vidas. Tras un breve silencio, la miran con cariño y bromean al ver que se le están subiendo los colores. Admiten que es una persona seria y ocupada, normalmente con compromisos de diferentes tipos a lo largo del día. La familia y ella ríen.

Al terminar de desayunar, la mayoría va a la cocina para ayudar. El bebé, su madre y la *du'a rawin* entran en la habitación matrimonial para realizar a Anita masajes que le hagan expulsar lo que le quede de *darah kotor* (BI sangre sucia). Hoy, el mayor periodo de vulnerabilidad ha pasado, y a partir de ahora, ella y el bebé podrán

ser gradualmente más independientes. En breve, llegarán familiares de otros lugares para conocer a Felipus Bura y celebrar este día.

## Primeros días en el *puskesmas*

Al igual que los primates tardan un tiempo en saber cómo cuidar a sus crías, dar a luz no hace que una mujer sepa automáticamente cómo ser madre (Raphael 1975). Dana Raphael (1973) denomina *matrescencia*<sup>248</sup> al periodo de transición, por el que pasa la mujer, de no tener hijos/as a sentirse madre. La duración de este *rito de paso*<sup>249</sup> (Van Gennep 2013) difiere según el contexto al tratarse de un hecho no solo biológico, sino también cultural.

Si bien las fases del embarazo y el parto son significativas en el proceso, el mayor impulso a la matrescencia llega en el posparto, al ser un momento en el que la mujer experimenta “profundos cambios corporales, de estatus dentro de su grupo social, en su vida emocional, en sus actividades rutinarias, en su propia identidad y en las relaciones con las personas que le rodean” (Raphael 1975:66).

El ritual *lodong me*, liderado por una *du'a rawin*, revela la importancia del Adat kelahiran en esta fase para la matrescencia y la introducción de un nuevo miembro en el “buen” camino de la vida. Cada cultura tiene pasos que guían a la madre en su nuevo rol mediante la interacción con ciertas personas y repitiendo actividades protagonizadas por ella y su bebé (Arensberg 1972).

---

<sup>248</sup> El término original es en inglés: *matrescence* (Raphael 1973).

<sup>249</sup> Conjunto específico de actividades dentro de una cultura que simbolizan y marcan la transición de un estado a otro en la vida de una persona (Van Gennep [1909]2013).

Así, ciertas prácticas locales alrededor del posparto son cruciales para la comunidad sikka. Pero la influencia de la economía capitalista, el catolicismo y la biomedicina hacen peligrar su continuidad, especialmente en zonas rurales. Por ello, a través de los anteriores conceptos como herramientas de análisis, principalmente, este capítulo busca dilucidar cuáles son estas prácticas y cómo permea esta situación en madres rurales, *bidan*, *du'a rawin* y el resto de la comunidad.

Las *bidan* atienden la mayor parte de partos en el distrito Sikka. Cuando una mujer da a luz, estas especialistas anuncian la llegada de su bebé exclamando a la recién parida: “¡Ya eres madre!”. En otros lugares como las Islas Salomón, suele decirse “una mujer ha dado a luz” o, en diversas culturas occidentales, “un bebé ha nacido” (Raphael 1975). Los primeros casos reflejan un foco más centrado en la madre, mientras que el último lo está en el/la bebé (Firth [1936]2004).

La comunidad sikka considera a madre y bebé una unidad hasta el *lodong me*. Sin embargo, aunque las *bidan* son mujeres locales y exclaman esta frase de forma espontánea, sus cuidados se dirigen más al recién nacido/a al tener una formación biomédica. Pero las prácticas y rituales del Adat kelahiran reflejan esta unión, a pesar de que algunas, como esperar varios minutos a cortar el cordón, hayan desaparecido por la medicalización del parto (véase capítulo anterior).

Antes del 2017, la recién parida y su bebé permanecían veinticuatro horas hasta que el/la médico les diese el alta<sup>250</sup>. Ahora,

---

<sup>250</sup> El programa Revolusi KIA NTT (2009) indica que la *bidan* tiene que realizar un primer chequeo del estado de la recién parida a las seis primeras horas después del parto hasta los tres días. Antes del 2016, pasadas las veinticuatro horas, la madre volvía a su casa y los chequeos eran

con el aumento de muertes maternas y la alta mortalidad neonatal en Nusa Tenggara Timur, el sector biomédico sikka indica que la nueva madre ha de permanecer los tres primeros días en la sala de posparto del *puskesmas*. En este tiempo, la interacción del equipo de *bidan* con la madre es escasa y la acción biomédica principal es la *observasi* (BI observación)<sup>251</sup>.

Los cuidados de la biomedicina tecnocrática se centran en la inmediatez de la salud física (Posmontier & Horowitz 2004). De ahí que el seguimiento consista solo en dos chequeos: uno, entre el día 8 y el 14, y otro, entre el 36 y el 42 (Revolusi KIA NTT 2009). Pero la comunidad<sup>252</sup> considera ciertos cuidados locales cruciales para la salud de madre y bebé. Por ello, la familia intenta en estas primeras setenta y dos horas adaptarlos a este espacio, sin tener más remedio que posponer algunos (Dennis et al. 2007).

### Entierro de la placenta

Firth ([1936]2004) describe en su trabajo con la comunidad Tikopia (Islas Salomón), que la llegada de un/a bebé es un acontecimiento acompañado de rituales por parte del grupo social. Estas acciones sirven tanto para dar la bienvenida al nuevo miembro como para interiorizar nuevos roles en la familia, siendo el mayor

---

continuados por su *bidan desa*. Ahora por cautela, la observación de estos tres días transcurre en el *puskesmas*.

<sup>251</sup> En este tiempo, las *bidan* van preguntando a la madre cómo se encuentra observando cómo va la lactancia, recomendándole métodos anticonceptivos, examinando la zona vaginal, su tensión y dándole medicamentos para fortalecerla (Revolusi KIA NTT 2009).

<sup>252</sup> Este estudio antropológico compara prácticas en el posparto de veinte países del Sudeste Asiático, Oceanía, América Latina, África, Oriente Medio, etc.

cambio el paso a una casa de primos/as, tíos/as, abuelos/as, padre, madre, etc.

Esta teoría se observa en varias prácticas del Adat kelahiran. El primer ritual tras el parto es el *tung puher oha* (entierro de la placenta<sup>253</sup>, BI *penguburan ari ari*). Nada más nacer, la *bidan* entrega la placenta en una bolsa al padre del/a bebé. Este la lleva seguidamente a su casa acompañado por varios familiares<sup>254</sup>. Una vez allí, la entierra cerca de la puerta de entrada en la parte frontal de la casa junto a diferentes elementos simbólicos que proyectan el futuro del/a bebé.

Durante mi trabajo de campo, asistí al *tung puher oha* del hijo de Aurelia, quien acababa de parir (capítulo 6). Eran alrededor de las 23:00 p. m. La *bidan* entrega la placenta a Oom Sisko, su marido. Este nos mira a mí y a Mama Fani, madre de Aurelia y *du'a rawin*, para que le sigamos. Fuera espera Beto, su hijo de siete años. Subimos a su moto Beto, él y yo. Mama Fani va en *ojek*, el mismo en el que ha venido desde su casa de Talibura al *puskesmas*.

La casa de Aurelia está a pocos minutos del *puskesmas*<sup>255</sup>. El camino está totalmente oscuro. Las estrellas brillan como nunca. Al llegar, Mamud (con quien vivo) oye la moto y viene para acompañarnos. A ambos lados de la puerta principal hay varias

---

<sup>253</sup> En algunos lugares de este distrito las placentas se cuelgan de un árbol, preferiblemente cercano a una corriente de agua. No obstante, en la mayor parte se entierra.

<sup>254</sup> Las personas que acompañan al padre en este momento varían según las circunstancias. Alguna madre cuenta que su marido fue con el primo, hermana mayor, padre y madre de este, otra dice que con otros familiares. En todo caso, suelen ser del núcleo familiar por parte del nuevo padre y/o la madre.

<sup>255</sup> Si la madre ha dado a luz en el hospital general (capítulo anterior), muchos padres entierran las placentas allí, al estar lejos de sus casas. Un motivo más por el que las familias prefieren que sus seres queridos no den a luz allí.

macetas. Oom Sisko aparta una y empieza a cavar con una pala. Mama Fani me susurra que justo al lado está la placenta de Beto.

A continuación, el padre entra en casa y coge varios objetos que posa en la tierra. En silencio, saca la placenta de la bolsa y la envuelve delicadamente en una tela blanca. La deposita dentro del hoyo e introduce también un cuaderno y un bolígrafo. Arroja un poco de tierra sobre dichos elementos, abre una botellita con agua y los salpica. A continuación, tapa totalmente el hoyo y lo riega.

Oom Sisko murmulla unas palabras a la placenta y coloca la maceta en su sitio. Ha sido breve. Mamud regresa a casa. Beto la acompaña para dormir hoy allí. Oom Sisko, Mama Fani y yo nos quedamos de pie un rato más antes de volver al *puskesmas* a acompañar a Aurelia. Oom Sisko me explica que ha de ser él quien entierre la placenta como *kepala keluarga* (BI cabeza de familia).

En la comunidad sikka, patrilineal y patrilocal (Lewis 2010), esta acción introduce al recién nacido/a en la línea familiar paterna independientemente de su sexo. Todas las placentas engendradas por un matrimonio se entierran en su casa. Es una forma de garantizarles a sus hijos/as un lugar al que siempre volver: su origen, la casa en la que crecieron, a pesar de que solo los hijos permanecerán siempre en la línea familiar, y las hijas, hasta que se casen.

La placenta es honrada siendo devuelta a la tierra, lugar del que todo nace según el Adat (capítulo 2); de ahí que las personas sean enterradas al morir. Es considerada una hermana mayor<sup>256</sup> que ha cuidado del/a bebé durante los nueve meses de embarazo. Al poco de nacer, muere y se transforma en un ángel que custodia y protege

---

<sup>256</sup> Se escribe en femenino porque placenta en castellano es femenino. No se refieren a ella con un sexo concreto.

la casa. La tela blanca que la envuelve refleja su pureza. Los elementos con los que es enterrada varían ligeramente según el sexo del/a bebé.

Dichos objetos representan cualidades que la familia desea para su hijo/a y este ángel velará porque así sea. Si es un bebé, se introduce un cuaderno y un bolígrafo para proyectar a una persona estudiosa y responsable. Si es una bebé, se añade a estos elementos: material de costura y una flor, para que además tenga belleza y destreza para tejer los *sarong ikat* (BI pareo local)<sup>257</sup>.

Por último, se vierte *air dingin* (BI agua fría, del tiempo) como si la placenta fuera también una semilla. Así, la persona crecerá sana y fuerte con los atributos deseados. Todo sucede en silencio, mientras principalmente el padre, responsable de continuar con el legado familiar, va rezando a sus antepasados y a Dios para que ayuden en que así sea. A los tres días, encenderá una vela en el lugar del entierro para potenciar este futuro en su hijo/a.

---

<sup>257</sup> Algunas personas recuerdan que antaño la placenta de un bebé era colgada en lo alto de un cocotero para que saliese buen trepador como su padre; la de una bebé se enterraba en la cocina para que fuese buena cocinera como su madre. Ahora casi siempre se entierran con papel y bolígrafo para los estudios. En algunos subdistritos como Mapitara y Talibura, independientemente del sexo se siguen colgando de árboles, aunque cada vez menos, pues admiten que esta forma atrae a muchos animales por el olor y se las acaban comiendo.

## Primer alimento

### *Importancia de la primera leche*

Llegamos al *puskesmas*. Aurelia sigue tumbada en la camilla con el bebé sobre su pecho. Siguen la recomendación *piel con piel*<sup>258</sup>. Esperan a que el bebé busque su pezón y amamante por primera vez. Esta práctica se conoce en el sector biomédico indonesio como *Inisiasi Menyusui Dini* (IMD), iniciativa basada en las recomendaciones globales para reforzar el sistema inmunológico del/la bebé a través de la ingesta de la *susu pertama* (BI primera leche o calostro).

Revolusi KIA NTT la promueve con fuerza para reducir la mortalidad neonatal en la provincia, pues especialistas locales como Oom Yose Luis recuerdan que, culturalmente, en muchas zonas de Flores, se solía tirar la primera leche al relacionar su color amarillo con suciedad. Esta iniciativa continúa con la *ASI Eksklusif*, también respaldada por la OMS (2017), para fomentar la lactancia durante los seis primeros meses de vida.

Tras intentar que el/la bebé mame durante la primera hora después de nacer, le inmunizan a las dos horas contra la hepatitis B. También le inyectan vitamina K para prevenir desangramiento craneal, le aplican crema antibiótica en los ojos por si la madre tuviese una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis o VIH)

---

<sup>258</sup> La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia durante la primera hora de vida. El/la bebé se coloca en contacto con su madre inmediatamente después del parto durante al menos una hora, ofreciéndole ayuda para reconocer los signos de que este/a quiere empezar a mamar (OMS 2017).

y, por último, le toman huellas dactilares junto a su madre. Pasadas unas seis horas, le darán su primer baño en manos de una *bidan*.

### *Gachas, huevo, coco y las manos elegidas*

Las *du'a rawin*, las madres y sus familiares dan importancia a las primeras comidas que ingiere la recién parida, pues hay determinados alimentos que favorecen una leche cuantiosa y de calidad. Una madre sana pasará un alimento sano a su bebé. La primera comida es especialmente importante y ha de ser cocinada por quien la madre elija. Será una persona querida, pues sus cualidades pasan de la comida a la madre y de la madre al bebé por la leche.

Para Aurelia la persona que cocina su primera comida es Monika, la hermana pequeña de Oom Sisko. Le tiene mucho aprecio y admira su altruismo y fuertes principios. Los alimentos para esta comida suelen ser: *bubur* (BI gachas de arroz), *telur ayam kampung* (BI huevo de gallina de campo<sup>259</sup>) y *santan kelapa* (BI leche de coco). Aurelia pide que le cocine algo español para la comida, quiere que su hijo tenga mi nariz, sea aplicado y sonriente como yo.

### Cuarenta días en casa

Al igual que en la mayoría de culturas, es en casa cuando por un tiempo determinado comienza el apoyo organizado por parte de

---

<sup>259</sup> *Du'a rawin*, madres y familiares hacen hincapié en que los huevos deben de provenir de gallinas que ellas u otros vecinos/as tengan en libertad en sus casas. Estas caminan libres por el terreno exterior y duermen en la copa de alguno de los árboles. Nunca suelen abandonar la casa, la sienten su hogar.

familiares a madre y bebé<sup>260</sup> (Dennis et al. 2007). Por ejemplo, de tres a cinco semanas en lugares de Korea (Moon-Park & Dimigen 1995); un mes, en China (Tien 2004, Chien et al. 2006), también en Taiwán (Liu-Chiang 1995) y en México (Mellado et al. 1989), y en Malasia (Valenzuela 2009) 40 días, como en la comunidad sikka.

A no ser que haya complicaciones, cuando la recién parida vuelve a casa, su trato con la *bidan* se reduce al seguimiento de su bebé. Un chequeo a los cinco días del parto; otro, a los quince, y otro, a los veintiocho. Las que viven cerca del *puskesmas* van con sus bebés a pie. Las que viven en otros *dusun* (BI vecindarios) son visitadas en sus casas por su *bidan desa* correspondiente. También las madres asistirán mensualmente a los *posyandu* hasta que sus hijos/as cumplan cinco años.

Para garantizar la salud de las nuevas madres, las *bidan* les proporcionan ciertos medicamentos: *paracetamol*, tres veces al día durante diez días, para las heridas; *amoxicilina*, tres veces al día durante siete días, para prevenir infecciones<sup>261</sup>; *novabion*, una vez al día durante treinta días, para prevenir infecciones, aumentar el hierro y regenerar la sangre; *methylergometrine*, dos veces al día durante dos días para prevenir hemorragias, y vitaminas S y F.

Más allá de esto, es ahora cuando tienen lugar la mayor parte de prácticas y ritos locales de la *matrescencia* y presentación del recién nacido/a a su grupo social. Algunas de ellas deberían haber empezado antes, pero la medicalización del parto y la ampliación de

---

<sup>260</sup> Habitualmente familiares femeninos como la *mama kandung* de la nueva madre, su marido, su suegra, u otras parientes mujeres (Dennis et al. 2007).

<sup>261</sup> La prescripción de antibióticos después de un parto vaginal sin complicaciones se ha convertido en práctica habitual en algunos contextos de bajos ingresos (Bonet et al. 2017). La OMS (2015) no recomienda la profilaxis antibiótica como rutina en partos vaginales sin complicaciones por pruebas de calidad muy baja.

la observación posparto a tres días en el *puskesmas* están causando cambios y adaptaciones, que no siempre son bien recibidas por madres y *du'a rawin*.

## Recibimiento

Madre y bebé salen del *puskesmas* para volver a casa en compañía de familiares cercanos. Cuando viven cerca van a pie, pero si su casa está en otro *dusun* (BI vecindario) la ambulancia les acerca. Es un momento feliz e íntimo, la madre está deseando llegar a casa y las personas allegadas que no han estado con ella están entusiasmadas por verla y conocer al nuevo miembro de la familia.

### *Himo me, huler wair y piong*

Aurelia y su bebé están a punto de llegar. Estamos preparando su recibimiento. Oom Sisko se encarga del *himo me* (SS sacrificio de animales, BI *potong hewan*) matando a uno de los pollos que vive en su jardín. Nos lo comeremos cuando lleguen. Tante Bura, hermana mayor de Oom Sisko, y Beto preparan la camita de colecho para el bebé en el centro de la cama de sus padres<sup>262</sup>. El pequeño está muy ilusionado por recibir a su nuevo hermano.

Mamud y yo estamos con Oom Sisko, quien ahora coge una hoja grande y un plato con agua y deja ambos elementos al lado de la puerta de entrada. Explica que cuando lleguen hará el *huler wair* (SS

---

<sup>262</sup> El bebé duerme en medio del matrimonio.

hoja de tipo *huler*<sup>263</sup> y agua) a madre e hijo. “¡Ya vienen!”, exclama Tante Bura con alegría. Los nuevos abuelos, Tante Bura, Beto, Mamud, Oom Sisko y yo salimos a recibirles. Este se coloca delante de la puerta sujetando el plato con una mano y la hoja con la otra.

Llega Aurelia con su bebé, junto a Monika<sup>264</sup> y Mama Fani. Estas dos se colocan a nuestro lado. Aurelia, con el bebé protegido dentro de su *sarong ikat*, se detiene delante de su marido. Intercambian sonrisas. Oom Sisko hunde la hoja en el agua y salpica generosamente primero a su esposa y luego a su hijo. Ambos entran en casa y el resto les seguimos. Ahora comeremos y charlaremos.

Mama Fani me explica que madre y bebé son recibidos y bendecidos por la familia paterna con el *air dingin* (BI agua fría, del tiempo), celebrando la transformación de Aurelia como madre de un nuevo ser y la bienvenida de un nuevo familiar. Nos acercamos a Tante Bura, quien está terminando de cocinar el pollo con vegetales y arroz. Ayudamos a preparar la mesa.

El padre de Oom Sisko (abuelo paterno del bebé) se acerca a Tante Bura y le extiende su mano derecha. La mujer coge comida con una cuchara y se la pone en la palma. El abuelo se dirige a la entrada donde está la piedra<sup>265</sup> que representa a sus antepasados. En su parte lisa, pone la comida y enciende una vela. Reza varios minutos para invocar a sus *nenek moyang* (BI antepasados), llamándoles para que vengan a comer y compartan este momento en familia.

---

<sup>263</sup> *Huler* es el nombre de la planta de la que se coge la hoja. Suelen ser grandes.

<sup>264</sup> Si bien me dirijo a Tante Bura por *tante* (BI tía), tanto Monika como ella son hermanas de Oom Sisko. La única razón de porque me dirijo a ella como *tante* es porque ella me dijo que la llamara así por tener un grado de confianza mayor.

<sup>265</sup> La piedra es una piedra común elegida para esta función y suele colocarse en la parte de la casa orientada al lugar por donde sale el sol.

Una vez tengan comida, ya puede comer el resto. A este ritual se le llama *piong* (SS día de pago) y se hace cuando hay algo que celebrar. Acordarse de la comunidad fallecida es muy importante, especialmente en estas ocasiones, como muestra de respeto, reconocimiento a sus orígenes, agradecimiento y cariño. No hacerlo puede despertar la furia ancestral y ser consecuencia de castigos.

### Siguientes semanas

A partir de ahora madre y bebé no saldrán de casa en un tiempo prudencial, al estar en un momento de gran vulnerabilidad. Han de protegerse de los *roh roh dan angin jahat* (BI espíritus y vientos malignos)<sup>266</sup>. Habitualmente no abandonan la casa hasta el *lodong me o*, en todo caso, hasta que perciban que el/la bebé está fuerte. En este tiempo, especialmente durante las primeras semanas, se realizan prácticas del Adat kelahiran para fortalecerles.

En lo que se refiere a la madre, se cuida que su temperatura corporal se regule, sus órganos se recoloquen y la *darah kotor* (BI sangre sucia) restante del parto salga a través de *ramuan* (BI preparados herbales naturales), baños herbales calientes y masajes. En cuanto al bebé, se espera a que el resto del cordón umbilical se desprenda, se da forma a su cuerpo, se le alimenta y baña.

---

<sup>266</sup> Valenzuela (2009) expone que en Malasia la salud mental y física de la recién parida ha de recuperarse a través del equilibrio frío-calor de su cuerpo. Para ello, se han de tomar precauciones y acciones relacionadas con los tipos de alimentos que come, la temperatura ambiental y/o el ataque de espíritus. Cosminsky (2016), en Guatemala, utiliza la palabra “viento maligno” igual que en sikka.

## *Madre: sangre sucia, baños y masajes*

El sector biomédico llama *darah nifas* (BI sangre posparto) a la sangre que la recién parida va expulsando durante el mes siguiente al parto, sin prestarle excesiva atención a no ser que haya complicaciones<sup>267</sup>. La comunidad se refiere a esta sangre como *darah kotor* (BI sangre sucia) y considera crucial que la madre la saque de su cuerpo lo antes posible, pues dicha sangre la desequilibra porque ha perdido su temperatura caliente y está muerta.

Las mujeres conocen prácticas locales que ayudan a que esta sangre salga rápido, haciendo que la recién parida recupere el calor perdido durante el parto<sup>268</sup>. La palabra *dingin* (BI frío) aparece anteriormente relacionada a un cuerpo sano, mientras *panas* (BI caliente) se relaciona con uno febril y enfermo. Sin embargo, aquí *dingin* se refiere a la temperatura “normal” de las cosas, pues indica mala salud cuando el frío sobrepasa lo habitual como en el posparto.

Valenzuela (2009), sobre la población malaya, y Cosminsky (2016), sobre la guatemalteca<sup>269</sup>, hablan también de la importancia de este sangrado y su relación con un estado corporal frío. Coincidiendo

---

<sup>267</sup> Esta información proviene de entrevistas, pues ni el programa Revolusi KIA NTT (2009), ni los informes y guías de salud de la provincia NTT (2016, 2017) hacen referencia a la *darah nifas*. Un hecho que refleja la poca importancia que el sector biomédico deposita en esta cuestión.

<sup>268</sup> Las prácticas y comportamientos de muchas culturas están sujetas como la sikka a este sistema humoral en el que el equilibrio entre frío y calor es necesario para una buena salud. De ahí que cuando un cuerpo está excedido en frío tiene que realizar prácticas y rituales para calentarlo y viceversa (Denny et al. 2007).

<sup>269</sup> Valenzuela (2009) realizó su trabajo en Pulau Tuba (Langkawi) y Cosminsky (2016) durante décadas con matronas de conocimiento local en plantaciones guatemaltecas de azúcar y café.

con ambos estudios y otros realizados en distintas culturas<sup>270</sup>, los baños herbales calientes están muy presentes para devolver el equilibrio térmico, sacando la *darah kotor* durante los siguientes cuarenta días del parto. No hacerlo puede ocasionar males a la madre; los baños suelen ser preparados por la madre de esta y/o su *du'a rawin*<sup>271</sup>. Una de estas especialistas argumenta:

Tras parir, la madre ha de bañarse con *air panas* (BI agua caliente). Se hierve con distintas hojas para hacer *ramuan* (BI remedio herbal con rezos). Al estar muy caliente, la *darah kotor* sale rapidísimo en los siguientes cuarenta días. Dos veces al día: mañana y tarde. Y masajeamos su vientre, espalda, cara... es necesario sacar esta sangre. Si no, puede subírsele a la cabeza y provocarle mareos hasta volverse *gila*<sup>272</sup> (BI loca, desequilibrada).

Estos baños suelen resultar muy agradables para las nuevas madres. Dicen que tras tomarlos se sienten *rigan dan segar* (BI aliviadas, ligeras, frescas). El agua va mezclada con hojas de plantas locales como *damar, jambu, jeruk, pisang, liti, mudah* y *asam*, y con ella se van masajeadando las distintas zonas del cuerpo desde cara, vientre, pecho y espalda, utilizando un paño de tela para presionar y comprimir las zonas de la piel.

---

<sup>270</sup> Véase para Tailandia (Kaewsarn et al. 2003), Jordania (Nahas 1999) e India (Choudhry 1997).

<sup>271</sup> Según la situación, y a lo largo del posparto, esta persona también puede ser la *mama mantu* (BI suegra, madre del marido) u otra familiar femenina.

<sup>272</sup> La población malaya también concibe que no expulsar esta sangre puede causar males como el *gila meroyan*, un tipo de enajenación transitoria debida a la falta de flujo sanguíneo (Valenzuela 2009).

Pero madres y *du'a rawin* dicen que las *bidan* no dejan tomarlos hasta que los puntos vaginales cicatricen. *Bidan* Rici, mujer sikka y coordinadora de *bidan* del *puskesmas* Bola, cuenta desde su propia experiencia que tras parir se bañaba con agua del tiempo poniéndose Betadine en los puntos. Fue solo cuando se curaron que empezó a darse estos baños herbales calientes. Pone cara de gusto al recordar cómo los disfrutaba.

La falta de consideración biomédica a la *darah kotor* en la cultura sikka influye en que, durante los tres primeros días tras parir, una mujer no pueda bañarse con agua caliente. Esto no es bien recibido por madres y *du'a rawin*<sup>273</sup>. Lina, de cuarenta y dos años y madre de varios hijos, alega que *dari kepala sendiri* (BI desde el sentido común) las mujeres no se mojan con agua caliente la zona vaginal si hay heridas, pero sí el resto del cuerpo:

¡Bañarnos con agua caliente es importantísimo para que la *darah kotor* salga rápido! Nos sentimos aliviadas (...). Pero en el *puskesmas* o el hospital no se hace. Encima ahora tienes que estar ahí tres días, antes solo uno. El agua no está caliente, ¡a veces ni siquiera hay agua!<sup>274</sup> Así la sangre sucia tarda más en salir. Es muy importante bañarse con agua caliente lo antes posible. Así lo hemos hecho siempre aquí y viene muy bien.

---

<sup>273</sup> En lugares como al noroeste de Argentina, las mujeres de comunidades vallistas sostienen que, cuando están embarazadas o en el posparto, pueden sufrir enfermedades como el *susto*; un desequilibrio cuerpo-espíritu, que puede provocar males severos, incluso a largo plazo, a la madre y su bebé si este no es tratado inmediatamente por las prácticas locales correspondientes.

<sup>274</sup> Ocasionalmente el *puskesmas* sufre averías en su sistema de agua, tardando días en solucionarlo (ver capítulos anteriores).

De nuevo, como en capítulos anteriores, esta forma de expresión sale más fácilmente en mujeres que viven alejadas del *puskesmas*, como Lina, que en madres que viven al lado, como Aurelia, quien si bien durante su embarazo decía frases como: “Cuando dé a luz no me bañaré con agua caliente, porque las *bidan* dicen que no se puede hasta después de un tiempo”, ahora que está en su posparto y hay confianza entre nosotras, admite:

Las *bidan* no nos dejan, pero me baño con agua caliente (...). El agua está súper caliente y no puede mezclarse con agua fría. Presiono aquí, aquí... aprieto aquí y aquí (...) [señala distintas partes de su vientre y espalda]. Pero no mojo mi *kemaluan* (BI zona vaginal), los puntos pueden saltar. Solo aquí, aquí... me siento muy bien y la *darah kotor* sale muy rápido.

Otra práctica indispensable en esta fase son los masajes, al igual que en lugares como India (Rodrigues et al. 2003) y Hawái (Mayberry et al. 1999) donde se practican con conciencia de que ayudan a calmar miedos y tensiones de la recién parida. Las mujeres sikka hablan con naturalidad de su importancia durante los siguientes cuarenta días del parto, pues el sector biomédico no los prohíbe en esta fase<sup>275</sup>.

Dicen que sirven para expulsar la *darah kotor*, devolver los órganos reproductivos a su lugar, activar la leche y restablecer la temperatura corporal. Para ello, se aplica un *minyak ramuan* (BI aceite herbal con rezos) de coco y otras plantas sobre el vientre y la espalda de la nueva madre, proporcionando movimientos decididos y específicos. Los realizan diariamente sus *du'a rawin* y/o madres.

---

<sup>275</sup> No prohibirlos no significa que los recomiende; no habla de ellos.

### *Bebé: amuletos, masajes y cordón umbilical*

Las protagonistas de esta investigación (madres rurales, *du'a rawin* y *bidan*) siguen las siguientes acciones cuando acaban de ser madres, estando veinticuatro horas con su bebé. El imperdible<sup>276</sup> con *kaliraga* que llevaban en el embarazo contra espíritus malignos pasa ahora al pequeño/a, complementándose con una pulsera metálica que colocan en su tobillo y que llevará hasta que cumpla cinco años de edad<sup>277</sup>.

Se da de mamar al/la bebé cada vez que lo demanda y se le baña dos veces al día con agua y jabón, una vez por la mañana y otra por la tarde. Al principio, para que pueda hacerlo sola, le ayuda su madre y/o *du'a rawin* (en el caso de las madres rurales), quienes también le muestran antes de cada baño cómo “dar forma a su bebé” (BI *membentuk bayi*) a través de masajes en su pequeño cuerpo.

Para ello se abre un *kemiri* (BI fruta conocida como nuez de la India o *candlenut*, en inglés) y se impregnan los dedos en su aceite natural. Seguidamente, se calientan las manos con el fuego de una vela y se masajea el cuerpecito para que crezca bonito y sano. Se pone atención a la nariz, alargándola con suavidad para una *hidung mancung* (BI nariz puntiaguda, lo menos chata posible) y se masajea con cariño su frente, mejillas, orejas, brazos, tronco, piernas y pies.

Se está pendiente del estado del cordón umbilical calculando su desprendimiento de la piel del pequeño/a, al ser muy valioso por representar el milagro de la vida y la unión física y sagrada que un día tuvo con su madre. Por ello, cuando el *tali pusat* (BI cordón umbilical)

---

<sup>276</sup> Elementos hechos de *besi* (BI hierro) para repeler a los malos espíritus.

<sup>277</sup> A los niños y niñas de dos a cinco años se les llama *anak balita*.

cae, la comunidad tiene distintas formas de honrar este elemento a nivel simbólico.

Familias como la de Aurelia tienen por tradición guardarlo dentro de la hoja de un platanero que esté creciendo. Este es un lugar seguro y fresco para que el cordón se funda con la naturaleza y el bebé crezca sano y fuerte. Otras, con la misma intención, lo suben a lo alto de un cocotero, lo dejan fluir con la corriente de un río, o lo guardan en botellitas de cristal.

*Bidan Rici* y *bidan Bunga*, como otras madres, lo guardan en un sobrecito con el nombre y la fecha de nacimiento. Dicen que, si un día sus hijos/as enfermasen, tienen la posibilidad de hacer una bebida con el cordón y curarse. Añaden también que, si el/la bebé no deja de llorar, pasarle el cordón por su pecho le calma al recordarle la seguridad que sentía dentro de su madre.

### *Lodong me*: los valores de una comunidad

El *lodong me*, introducido al inicio, tiene raíces muy fuertes en la cultura sikka. Sus detalles varían según la zona, pero el objetivo es el mismo: iniciar al bebé en el “buen” camino de la vida. Se celebra a los cuarenta días del parto, al amanecer<sup>278</sup>, el momento más *sejuk* (BI fresco) y cuando el día comienza, al igual que una nueva etapa. Dicen que, si se realiza a media tarde, hay riesgo de que la persona crezca *kepala batu* (BI terco y desobediente).

Antaño este ritual se hacía para todos los hijos e hijas de una familia. Pero actualmente las familias están preocupadas por su

---

<sup>278</sup> Algunas familias deciden hacer el *lodong me* cuando el cordón umbilical se desprende del/la bebé, aunque tradicionalmente es a los cuarenta días después del parto.

economía y ven este evento como un coste importante. Por ello, ante la injusticia de hacerlo a unos sí y a otros no, muchas familias lo celebran solo con el *anak laki pertama* (BI primer hijo varón), al ser el futuro *tanggung jawab* (BI responsable) de la herencia y cuidado familiar y ser quién inicia y marca el “buen” camino a sus hermanos y hermanas.

La *du'a rawin* que ha acompañado a la madre durante su embarazo, parto y posparto suele officiar este encuentro<sup>279</sup>, cerrando el proceso de seguimiento y dando paso a que la nueva madre y su bebé puedan entrar y salir de casa libremente. A continuación, se explica cada fase de este ritual para comprender qué significa para la comunidad sikka iniciarse en el “buen” camino de la vida<sup>280</sup>.

### Fases

La primera fase tiene la finalidad de “despertar la conciencia del bebé” llamando su atención. Los chasquidos le advierten que ha de estar atento a lo que se le quiere transmitir. Los zarandeos le familiarizan con “las idas y venidas” de la vida y le previenen de las dificultades que pueda encontrarse, le preparan para estar alerta, ser sabio y flexible en su camino (BI *supaya dia jangan terlalu kaku, kita di mutar, di buang, di ayun, di lempar*).

En la segunda fase, se presenta el bebé al bosque de sus antepasados<sup>281</sup>. Aquí, la *du'a rawin* en presencia de su familia quiere

---

<sup>279</sup> En ciertas ocasiones, el *lodong me* lo puede officiar alguien de la familia, habitualmente una mujer.

<sup>280</sup> Se recomienda releer la introducción del capítulo. Pak Rikardus y Mama Maria Antonela (*du'a rawin*) me explican en una entrevista al día siguiente las fases del *lodong me*.

<sup>281</sup> Valenzuela (2009) explica cómo tras la cuarentena, ciertas comunidades malayas hacen una ceremonia para presentar al bebé a Madre Tierra y

inculcarle: 1. Rezar antes de iniciar cualquier actividad para que siempre esté en contacto con Dios y sus antepasados; 2. Coger leña (Bl *kayu api*) de este bosque y no de otros, para enseñarle que no hay que coger nada de espacios ajenos y 3. Ser un buen proveedor para su familia.

En la tercera fase, se lleva el bebé a la cocina para prender la leña y familiarizarle con hacer fuego para su familia.

En la cuarta y última fase, salen de la cocina bordeando la casa para entrar a propósito por la puerta principal. Es necesario enseñar al niño el lugar de las cosas y la obediencia a sus mayores. Tras estos pasos, la *du'a rawin* va con la nueva madre y el bebé a realizarle el último masaje posparto. *A posteriori*, el evento concluye con una comida en familia.

### *Conversación con la nueva madre y su du'a rawin*

Mientras el resto charla y va a la cocina para ayudar, acompaño a Anita, madre del bebé, a su masaje. Esta mete el bambú y la piedra en su armario, donde los guardará hasta que su hijo sea mayor. Mama Anto, la *du'a rawin*, hace carantoñas al pequeño. Le pregunto cuál es su papel. Responde que ella solo ha iniciado al bebé en el “buen” camino de la vida actuando como canal de unión entre pasado, presente y futuro de la familia.

Anita, tumbada bocarriba, se levanta la camiseta. Mama Anto abre el aceite que trae de su casa y vierte una cantidad generosa sobre el vientre de la madre para masajearla. Nos inunda un fuerte olor a coco. El bebé está tranquilo al lado de su madre. Anita cuenta

que ahora podrá continuar con sus estudios de profesora de primaria y visitar más a menudo a su familia que vive en otra *desa* (BI poblado).

Seguimos hablando un rato. Pregunto a la *du'a rawin* por su conocimiento y el temor a que se pierda. Esta responde: “Lo he heredado de mis antepasados, de mi madre. No va a perderse, siempre habrá alguien de la familia que deba recibirlo. Este se despertará en la persona adecuada cuando llegue el momento”. La *du'a rawin* pide a Anita que se voltee para masajearle la espalda.

Le pregunto sobre su día a día. Es una persona muy ocupada, con una media de seis encuentros a la semana para proporcionar distintos servicios. Más allá del proceso reproductivo, también ayuda a curar otras dolencias y, especialmente, roturas de huesos<sup>282</sup>. Sabe lo que las personas tienen que tomar y cómo tocarles para que sanen. Le pregunto por su relación con las *bidan*. Dice que es buena, pero que su lenguaje no es el mismo.

Admite que esto hace que a veces no se entiendan y tengan que ir por separado. El conocimiento local no está en los libros y el de las *bidan*, sí. Por eso las mujeres acuden primero a las *du'a rawin*, porque se sienten más cercanas al conocimiento de sus antepasados, el *asli sikka* (BI auténtico sikka). Pero Mama Anto remarca que el *kerja sama* (BI trabajo conjunto) con las *bidan* es crucial y que hacen también mucho bien.

La *du'a rawin* termina el masaje. El bebé sigue tranquilo. Mama Anto se disculpa para ir a misa. Dice que volverá para la comida.

---

<sup>282</sup> En 2017, año de mi última estancia de trabajo de campo, no había médicos traumatólogos en Sikka. De manera que de forma irregular, médicos con dicha especialidad viajan desde Yakarta a Flores por un corto periodo de tiempo para operar a aquellas personas que lo necesiten. Durante mi estancia, vino un equipo médico del hospital Atma Jaya del 18 al 24 de junio del 2017.

Hace gestos de cariño al bebé y a la madre, seguidamente coge mis manos y con una sonrisa besa mi frente. Parece que mis preguntas y mi compañía le agradan. Mama Anto abandona la habitación. Anita da de mamar a su bebé.

Le pregunto por el nombre del pequeño. Felipus por ser el santo del día en el que nació y Bura por ser el nombre de uno de sus antepasados. Ha sido elección de su marido. Anita ríe y admite que, en caso de que no le hubiese gustado, se lo hubiesen puesto igual. Tras hablar un poco de su familia, le pregunto sobre los métodos anticonceptivos y si está pensando en seguir alguno.

Dice que le parecen muy bien porque las mujeres pueden espaciar embarazos y recuperarse adecuadamente<sup>283</sup>. Ella quiere ponerse el DIU como le ha recomendado su *bidan desa*<sup>284</sup>, porque admite que ahora tener muchos hijos/as es complicado. Se necesita mucho dinero para todo y si bien antes la gente solía decir “*banyak anak banyak rejeki*” (BI muchos hijos/as mucha riqueza), ahora también dice “*banyak anak, banyak susah*” (muchos hijos/as mucha dificultad).

Pregunto si han invitado a Maya, su *bidan desa* encargada de Wolokoli. Afirma que por supuesto, pero que no sabe por qué no ha

---

<sup>283</sup> Esta es la principal razón por la que las *bidan* insisten en que las madres los sigan, para reducir la mortalidad materna. Siempre en relación a una reproducción sana, lo meramente sexual es tabú.

<sup>284</sup> Después del parto, las *bidan* promueven activamente que las recién paridas tomen anticonceptivos tras el primer mes. Aunque es una decisión de marido y mujer, a veces el marido pone más trabas, por cuestiones como miedo a no tener más descendencia o a que la mujer tenga relaciones extramatrimoniales. La mayoría de madres rurales dicen querer tomarlos. El DIU es un anticonceptivo popular entre ellas, porque no libera hormonas en el cuerpo femenino, ya que muchas tienen miedo de las pastillas o inyecciones, porque notan efectos secundarios como dolores de cabeza, aumento de peso y dificultad para concebir más adelante.

venido. Dice que quizás siendo domingo haya ido a misa<sup>285</sup>, y que vendrá para comer porque además habían quedado en chequear su salud y la del bebé<sup>286</sup>. Oímos a gente entrando. Llegan familiares con sus hijos/as de otras partes del distrito para unirse a la celebración. Anita termina de dar el pecho y salimos a saludar.

### *Comida familiar y encuentro con la bidan desa*

Son las 13:00 p. m. Estamos sentadas de nuevo en la entrada de la casa junto a la familia recién llegada, entre ellos la madre y el padre de Anita. Sacan té, café y *ubi* (BI casava) hervidas. Tras charlar brevemente, las mujeres se levantan. Anita y su madre van de nuevo a la habitación, y las demás, a ayudar con la comida. En la cocina, cuentan que están preparando el pollo y el perro<sup>287</sup> que los hombres han sacrificado al amanecer.

Es la primera vez que como perro. Curiosa, pregunto a la hermana del abuelo por su procedencia: “Igual que este de aquí”, responde señalando con naturalidad a un perro que duerme plácidamente debajo de una mesita de madera. Una de las mujeres me acerca un plato con varios trozos de carne en salsa para probar. Es dura, pero tiene buen sabor. La mujer dice que les hubiera gustado comer cerdo, pero que son muy pobres para comprarlo.

---

<sup>285</sup> Así había sido. Pak Rikardus y yo la habíamos visto a primera hora de la mañana yendo a misa.

<sup>286</sup> Las revisiones que una *bidan* ha de hacer a madre y bebé son un mínimo de tres obligatorias. Esta era la última entre el día 36 y 42 tras el parto (Revolusi KIA NTT 2009).

<sup>287</sup> En el distrito Sikka es común el sacrificio de perro al igual que otros animales. Pocas personas consideran al perro una mascota. La carne ideal para consumir en esta ocasión es la de cerdo.

Pak Rikardus viene a por un poco de comida para el *piong*. Dice que vaya con él. Nos metemos en una pequeña habitación enfrente de la matrimonial. Allí está la piedra. Pone sobre ella arroz y varios trozos de carne. Enciende una vela y reza para invocar a la comunidad ancestral. Al terminar, llama a ciertos familiares para que vengan a comer aquí: el abuelo paterno, los dos maternos y, por último, Anita y Dimas con su bebé<sup>288</sup>.

Pak Rikardus me indica que salga de la habitación y observe desde la puerta para ver qué hacen. Con las piernas cruzadas se sientan en círculo sobre una tarima de bambú alrededor de la piedra. Varias mujeres entran y reparten platos, seis individuales con arroz para cada persona, incluyendo uno para el bebé y otros en el centro con el corazón del pollo y carne<sup>289</sup>. Antes de empezar a comer, el abuelo paterno coge el plato del bebé y le añade un poco de carne.

A continuación, lo pasa a las personas del círculo para que piquen de él. Pak Rikardus me explica que es para que el bebé sepa compartir y tenga poco ego. Ahora coge un vaso con *air dingin* (B agua fría, del tiempo) y salpica a madre y bebé para que tengan salud. Seguidamente, Anita coge el plato de su hijo, moja un dedo en la comida y lo posa sobre los labios del bebé para que este coma simbólicamente.

El plato va pasando a los demás y hacen lo mismo. Simboliza que la familia cuidará de él. Tras este paso, cada comensal empieza a comer con sus manos añadiendo algo de carne a su plato. Pak Rikardus dice que vayamos detrás de la casa, allí comeremos con los

---

<sup>288</sup> Aunque las personas que entran a comer cerca del *piong* pueden variar en la celebración del *lodong me*, siempre son familiares muy cercanos al matrimonio que tiene el bebé.

<sup>289</sup> En otro *lodong me* al que asisto era el corazón del cerdo que habían sacrificado.

demás familiares. Somos en total unas veinte personas. Entre paredes de bambú, nos sentamos sobre una tarima del mismo material. Varios niños y niñas de la familia nos traen platos con arroz, verduras y carne.

Me siento al lado de Mama Anto, quien me ofrece más arroz. Al terminar de comer, los hombres fuman y beben *moke* (BI bebida alcohólica local). Las mujeres y los/as jóvenes recogen y lavan los platos. Pak Rikardus me dice que es momento de volver a casa. Me despido de la familia y les agradezco la oportunidad de haber compartido un momento tan especial. Me sonríen y cariñosamente me dan las gracias también.

La *du'a rawin* aprovecha y sale con nosotros para ir a otro compromiso. La familia nos acompaña a la puerta y nos despide agitando sus manos. Pak Rikardus arranca la moto rumbo a mi casa de *desa Bola* (BI poblado Bola). A los cinco minutos, antes de salir de los dominios de *desa Wolokoli*, pasamos por delante del *poskesdes* donde vive *bidan desa Maya*. La encontramos barriendo su porche. Pak Rikardus detiene su moto para saludarla. Tienen confianza.

Este le pregunta por qué no ha venido a la celebración. *Bidan Maya* responde poco enérgica que estaba cansada. Pak Rikardus le lanza una reprimenda cariñosa diciéndole que habían quedado y era su responsabilidad. La *bidan* dice que lo siente, que irá a ver a Anita y su bebé esta semana. Pak Rikardus dice que no pasa nada, que ya se verán. Nos despedimos y seguimos nuestro camino. Al llegar, Mamud sale y habla un rato con Pak Rikardus, yo doy las gracias y me despido.

## Fuerzas globales, declive de prácticas locales

### Presencias y ausencias

Es relevante analizar tanto quién está, como quién no, cuándo y por qué, en cada momento durante el proceso reproductivo, pues estas novedosas interacciones en la vida de la madre con otras personas, revelan cómo y de la mano de quién va integrándose la matrescencia (Raphael 1975). En la primera comida tras el parto, la recién parida elige quién le cocina para que su leche sea cuantiosa, de calidad y las virtudes individuales de dicha persona pasen a su bebé.

Tras pasar tres días en la sala de posparto, madre y bebé vuelven a casa, donde empiezan las prácticas para recuperar el calor corporal perdido. La *mama kandung*<sup>290</sup> de la nueva madre y su *du'a rawin* son quienes suelen monitorizar dichos cuidados, centrándose principalmente en sacar la *darah kotor* (BI sangre sucia) a través de baños herbales calientes y masajes.

Dar el pecho, bañar y masajear al bebé la ayudan a ir asumiendo su papel. En cuanto a los ritos significativos en los que participan más familiares, las personas que suelen estar presentes son los abuelos/as, hermanos/as, la *du'a rawin* y algún vecino/a. El padre<sup>291</sup>, cabeza de familia, ejecuta la mayoría de estos eventos: entierra la placenta para que su bebé sea una persona estudiosa y

---

<sup>290</sup> Frecuentemente, debido a que su *mama kandung* viva lejos y no pueda ausentarse de su casa, este papel puede adoptarlo su *mama mantu* (BI suegra) u otra familiar.

<sup>291</sup> Aunque este capítulo se centra principalmente en la matrescencia, el tránsito a la paternidad o *patrescencia* también merece ser explorado en futuros estudios (Raphael 1975).

responsable, y realiza el *himo me* y *huler wair* cuando madre y bebé vuelven a casa.

A los cuarenta días se celebra el *lodong me* guiado por la *du'a rawin* que ha acompañado a la madre durante todo el proceso<sup>292</sup>, cerrando la fase de mayor vulnerabilidad e inculcando en el bebé los valores necesarios: salud física y mental, afrontar las dificultades con sabiduría y flexibilidad, rezar a Dios, la naturaleza y sus ancestros al inicio de cualquier actividad, respetar a sus mayores, no apropiarse de lo ajeno, saber compartir y cuidar de la familia.

Mama Anto oficia el *lodong me* de Felipus Bura como guardiana del conocimiento ancestral y amiga de la familia. *Bidan desa* Maya no se presenta, a pesar de haber sido invitada y quedar en chequear la salud de Anita y su bebé. Este es el último chequeo obligatorio, aunque aún está dentro del tiempo permitido si como dice va a visitar a Anita y su bebé la semana próxima. No obstante, *bidan desa* Maya es conocida por su puntualidad y compromiso. ¿Qué ha podido pasar?

Aunque falta una conversación con ella que aclare la situación, surgen varias hipótesis. Parece evidente que la *bidan* prioriza ir a misa al *lodong me*, al que aun habiéndose comprometido, no avisa de que no irá. Al encontrárnosla, se excusa con que está cansada, pero no muestra interés en cómo ha ido. Siendo una mujer local, conocedora de la importancia de este evento en *desa Wolokoli*, ¿su ausencia podría tener relación con que sea una *du'a rawin* quien oficia el ritual?

Esta pregunta surge a partir de otro *lodong me* al que asisto en *desa Bola* en el que entre las personas invitadas hay una prima del

---

<sup>292</sup> En ciertas ocasiones, el *lodong me* lo puede officiar alguien de la familia, habitualmente una mujer.

bebé de profesión *bidan* que viene de otro subdistrito en calidad de familiar. En base a esto, ¿podría ser un acto de cautela por parte de *bidan desa* Maya no asistir en calidad de especialista biomédica? ¿Significaría ello reconocer públicamente una negociación de “su” *conocimiento autorizado* (Jordan 1978) en manos de una *du’a rawin*?

## De rituales multitudinarios a íntimos

La comunidad diferencia entre aquellos lugares donde el Adat sigue siendo fuerte y aquellos en los que no lo es tanto. En Bola, las familias admiten su responsabilidad y deseo de perpetuar las prácticas del Adat, remarcando que es difícil dado el coste económico que suponen ciertos rituales. Pak Rikardus habla de que el *lodong me* era antaño una ocasión celebrada por familia, amigos/as y vecinos/as. Con ojos brillantes, señala el camino de un lado al otro y dice:

Todo estaba lleno de gente, de aquí a allí [señala]. Cada familia colaboraba aportando alimentos (...). ‘Hoy el *lodong me* es de mi hijo, mañana será del tuyo’, se decía. Ahora por cuestiones económicas es un evento íntimo al que solo asiste la familia más cercana, pues las personas necesitan el poco dinero que tienen. A medida que vamos *modernizándonos* (BI maju) vamos perdiendo tradiciones, pero el *lodong me* no puede perderse, es el conocimiento de nuestros ancestros y el inicio de un nuevo miembro de la comunidad en los valores de la vida.

El *lodong me*, última parte del Adat kelahiran, es también un rito de paso para la nueva madre en su matrescencia, donde su *du’a rawin* termina el ciclo de acompañamiento iniciado en el embarazo,

incluso la concepción, uniendo el pasado, presente y futuro de la familia en una armonía y equilibrio cosmológico palpable en el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de madre y bebé.

Pero la situación revela que el factor capitalista permea progresivamente tanto en el aumento del individualismo, reflejado en el paso de un sostén familiar extenso a uno mucho menor, como en el potenciamiento de una sociedad *sikka* patrilineal y patrilocal gobernada a su vez por la ideología patriarcal nacional, reflejado en reservar este ritual exclusivamente al primer hijo varón, cuando antaño se realizaba a cada hijo e hija del matrimonio.

Ello, sumado a la presión de la biomedicina en limitar a las *du'a rawin* (como se ha visto en capítulos anteriores), revela cómo la construcción de la maternidad es alterada y redefinida por los imperativos globales desde el gobierno local y nacional, obviando la aportación de estas especialistas a nivel reproductivo y coartando lo que las madres rurales consideran necesario para su bienestar por *seguridad cultural* (Williams 1999) y respeto a la *precedencia* (Fox 1988, Lewis 1998).

### Falta de consideración a la *darah kotor*

En el posparto, desde 2016, la observación de la recién parida y su bebé en el *puskesmas* se extiende a tres días, permeando en que ciertas prácticas locales tengan que posponerse. Si bien la nueva madre, su familia y la *du'a rawin* siguen con agrado prácticas biomédicas como que el/la bebé ingiera el calostro, no reciben igual que los baños herbales calientes tengan que aplazarse hasta regresar a casa.

*Bidan* Rici, mujer sikka y coordinadora de *bidan*, narra que tras su parto empezó a darse estos baños cuando sus puntos vaginales cayeron. Cosminsky (2016) señala que muchas mujeres guatemaltecas han dejado de tomarlos porque el sector biomédico divulga la idea de que las debilita. Las *bidan* siguen de forma similar esta línea. Pero Valenzuela (2009) expone que la sanidad pública malaya constató que estos baños no eran dañinos para las recién paridas.

No obstante, las madres admiten que los siguen tomando nada más llegar a casa porque es importante y les sienta muy bien<sup>293</sup>. Difieren de las *bidan* en hacerlo solo cuando los puntos cicatricen, pues argumentan que por sentido común el agua caliente no toca la zona vaginal. Aun así, piensan que retrasarlos tres días pone en peligro la salud de la madre al no recuperar el calor perdido y sacar la *darah kotor* lo antes posible y, también, del/a bebé al ingerir la leche que viene de su madre.

Esta situación revela tanto una falta de comunicación entre *bidan* y madres como de consideración biomédica hacia los principios térmicos y saberes del conocimiento local. Mama Anto, *du'a rawin*, dice así: “No hablamos el mismo lenguaje y eso hace que tengamos que ir por separado (...). Pero trabajar conjuntamente es crucial porque ellas también hacen mucho bien”.

Esta deslegitimación de dudosa base empírica por parte de las *bidan* hacia esta práctica ancestral despierta la preocupación de las nuevas madres y sus familias en los tres primeros días tras parir. Un hecho que enturbia la transparencia de madres y *du'a rawin* respecto

---

<sup>293</sup> Como en capítulos anteriores, en la fase del posparto se muestra también que mientras las mujeres que viven lejos del *puskesmas* admiten sin tapujos que toman estos baños nada más llegar a casa, aquellas que viven cerca se sienten más cohibidas.

a *bidan*, tal y como ocurre en anteriores fases del proceso reproductivo, mientras madres y *du'a rawin* fortalecen su relación en su habitual clima de *seguridad cultural* (Williams 1999).

## Conclusión

La progresiva influencia de la economía capitalista, el catolicismo y la biomedicina como fuerzas globales impulsadas desde un estado indonesio de ideología patriarcal presiona para debilitar el Adat kelahiran en zonas rurales. En este caso, a través de la deslegitimación y minusvaloración de ciertas prácticas y rituales ancestrales en el posparto, como los baños herbales calientes y los servicios de las *du'a rawin*.

En general, como recién paridas: *bidan* locales y madres rurales siguen la mayor parte de prácticas locales, a excepción del seguimiento de las *du'a rawin* y los baños herbales calientes al inicio, en cuyo caso solo los toman las madres rurales. Aquí se produce una falta de transparencia entre *bidan* y madres, pues estas últimas y sus familias están preocupadas por no permitirseles estos baños hasta que los puntos vaginales se caigan.

La cuestión es que las madres rurales podrían vivir ocultándolo si no fuera porque el tiempo de observación en el *puskesmas* ha aumentado a tres días desde 2016. Aquí, si bien la recién parida siente la necesidad de que dicho tratamiento y otros cuidados del conocimiento local comiencen lo antes posible, las *bidan* no consideran ni priorizan la preocupación que sienten estas madres al retrasar la expulsión de su *darah kotor*.

No obstante, las madres y sus familias tampoco se quejan directamente de ello, para evitar sentirse juzgadas y desagradecidas. Eso sí, al llegar a casa tomarán un baño inmediatamente y seguirán las demás prácticas, monitorizadas idealmente por su madre y/o su *du'a rawin*; pues los cuidados y rituales locales en el posparto son cruciales como pasos de la matrescencia a la maternidad, la paternidad y otros roles como el de abuelo/a, primo/a, hermano/a, etc.

Entre estos rituales, el *lodong me* es vital para muchas familias rurales, como se refleja en el de Felipus Bura, anteponiendo la celebración de este evento a la misa de Pentecostés por respeto al orden de *precedencia* (Fox 1988, Lewis 1996), según el cual el Adat kelahiran es anterior al catolicismo. Sin embargo, actualmente se celebra más en unos poblados que en otros, y en general solo asisten los familiares más cercanos, cuando antaño era un evento mucho más multitudinario.

La forma tradicional de celebrarlo se veía favorecida por un sistema de trueque que cada vez decae más. Aunque sigue siendo muy importante, la comunidad admite que su fuerza se está perdiendo por los imperativos económicos; pues el capitalismo permea progresivamente en el aumento del individualismo, reflejado en el paso de un sostén familiar extenso a uno mucho menor.

Pero el hecho de que la comunidad exprese su preocupación muestra, una vez más, su gran estima hacia el conocimiento local. La biomedicina tampoco contribuye. Ya que esta, representada por *bidan desa Maya*, revela con su desinterés y ausencia en el *lodong me* de Felipus Bura, su precedencia en el catolicismo y falta de consideración al Adat kelahiran, deslegitimando a la *du'a rawin* y la forma local de presentar a un miembro en sociedad e inculcarle los valores vitales.

Esta realidad no solo vuelve a separar a *bidan* de madres rurales, familias y *du'a rawin*, sino que muestra cómo estas fuerzas globales impactan en la construcción de la maternidad y otros roles en la comunidad sikka. Esto, en consonancia con Poonacha<sup>294</sup> (1997), revela cómo un estado colonialista patriarcal con políticas locales que lo legitiman promueve el desempoderamiento y control de las mujeres deslegitimando su conocimiento femenino ancestral.

---

<sup>294</sup> Veena Poonacha (1997) trabaja sobre el grupo social Coorgs al sur de la India.





93



94



95



96



97



98



99



100



101

- Ilustración 85. Cachorros.
- Ilustración 86. Cúrcuma y ajos.
- Ilustración 87. Ritual *piong*.
- Ilustración 88. Salsa picante.
- Ilustración 89. Preparando comida para el ritual *lodong me*.
- Ilustración 90. Primera fase del ritual *lodong me*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/lJa1V4EioM>
- Ilustración 91. Segunda fase del ritual *lodong me*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/AF59PKttPFQ>
- Ilustración 92. Amamantando.
- Ilustración 93. Madre y bebé.
- Ilustración 94. Guardando los cordones umbilicales.
- Ilustración 95. Madre mira a su bebé dormido.
- Ilustración 96. Cuna de colecho.
- Ilustración 97. Despiezando un cerdo.
- Ilustración 98. *Duá rawin*, madre e hijo en el ritual *lodong me*.
- Ilustración 99. Ritual *huler wair*.
- Ilustración 100. Vigilando sus cachorros.
- Ilustración 101. Tercera fase del ritual *lodong me*. Contenido audiovisual, escanee el código QR o diríjase a la URL <https://youtu.be/afhpAkAL-kl>
- Ilustración 102. Familia en el ritual *lodong me*.

## IX. La importancia del Adat

## El sueño de Ama

Mamud y yo convivimos con Ama<sup>295</sup>, su padre. Su nombre de pila es Mikel Ignatius y tiene casi noventa años. Desde hace cuatro, solo puede caminar de su cuarto a la cocina y al baño, muy despacito. Pasa las horas en la cocina sentado en su silla de madera mirando un punto fijo de la pared sin interactuar con nadie. La tumba de su mujer está justo fuera de la casa. De sus siete hijos e hijas, Mamud es quien vive con él<sup>296</sup>.

Ella se ocupa de llevar un pequeño quiosco que tienen al entrar en la casa; venden cosas del día a día como jabón, cerillas, cuadernos, lápices, aceite de palma, arroz, granos de café y caramelos. El primer lunes de cada mes, Mamud va a Maumere para cobrar la pequeña pensión de Ama, y así se mantienen. Cada día se levanta a las 5:00 a. m. para cuidar de él y ocuparse de los quehaceres de la casa.

Una noche de domingo, tras acostarlo, Mamud y yo nos sentamos en el suelo como solemos hacer para ver nuestra telenovela india. Durante los anuncios, me cuenta con nostalgia que su padre solía ser un hombre carismático, de principios férreos, fuerte, alto, gran escalador de cocoteros, y estricto a la vez que cariñoso con sus hijos e hijas. Apenada, piensa que no le queda mucho. Le agarro la mano y se la aprieto. Nos sonreímos.

---

<sup>295</sup> Mamud le llama *ama* (SS padre). Me dicen que yo, como sus nietos/as, le llame *ama mo'a* (SS abuelo). De esta manera, todo el mundo le acaba llamando Ama, ya sea por padre o por abuelo acortando la palabra.

<sup>296</sup> Tiene los estudios de primaria, es la única hija soltera y, por ello, quien se ha quedado viviendo en la casa.

La telenovela está terminando. Los bostezos se contagian. Al entrar en el cuarto que compartimos vemos al *toke*<sup>297</sup> en la pared de mi cama. “¡Mira qué suerte! Querías verlo de cerca y justo cuando te queda poco para irte viene a saludarte”<sup>298</sup>, exclama. Al acercarnos a él, este sube rápidamente al techo. Mamud se sienta en su cama para rezar. Yo preparo rápidamente mi mochila para mañana; viajo a Maumere por unos días. Finalmente, cada una se mete en su *sarong* (Bl pareo)<sup>299</sup> y apagamos la vela<sup>300</sup>.

En medio de la noche algo nos despierta. Ama se está riendo a carcajadas. Mamud se levanta, enciende la vela y va a su cuarto. El hombre parece haber enloquecido; habla con alguien mientras ríe. Mamud vuelve: “Está bien. Sueña con un amigo de toda la vida que ya murió. Van caminando por las playas de Doreng<sup>301</sup> y han encontrado muchísimas *ubi ubi* (Bl casavas) entre unos árboles. Están contentísimos. Todo está bien, durmamos”.

Por la mañana, Mamud prepara nuestro desayuno: *energen*<sup>302</sup> y *ubi* (Bl casava) cocida. Hoy, lunes, me pide que me quede con Ama mientras ella va al *pasar* (Bl mercado) para hacer la compra semanal. Mientras se prepara comentamos el *mimpi* (Bl sueño) de Ama. “¡Ay, qué triste estoy! Es una premonición: queda poco. Aunque estoy tranquila porque sé que es una buena persona. Encontrar muchas *ubi*

---

<sup>297</sup> Lagarto común en el Sudeste Asiático. En el distrito Sikka simbolizan suerte para la casa en la que viven.

<sup>298</sup> Apenas me quedaban dos semanas para volver a España.

<sup>299</sup> Al igual que la comunidad tienen distintos *sarong* para vestir a diario, o para ocasiones especiales, también tienen para dormir; con la diferencia de que estos tienen un remate de costura modo saco, para que los pies y el cuerpo de la persona estén protegidos y no puedan destaparse. Mamud me ha regalado uno, símbolo de su gran cariño hacia mí.

<sup>300</sup> Hacía varios días que se había ido la luz.

<sup>301</sup> Playas paradisíacas de arena blanca cerca del subdistrito Bola.

<sup>302</sup> Marca de polvos solubles en agua caliente de distintos sabores para elaborar una bebida energética.

es buen augurio: obtendrá *rejeki* (B! fortuna, riqueza) cuando deje su cuerpo”.

Mamud se pone las sandalias, coge lo que necesita y sale de casa. Me acerco a la silla donde está Ama y le digo que voy a estar en el quiosco por si viene alguien. Con su mirada fija en la pared, hace un gesto sutil con la cabeza para comunicarme que me ha oído. Al rato oigo sus pasos; está caminando al baño. Atenta, me percato de que estos cesan a mitad de camino. Me levanto y voy. Le veo cayéndose a cámara lenta, casi como si se estuviese sentando en el suelo, pero su cara expresa que no.

Le ayudo a reincorporarse y le acompaño al baño. Pide que le acerque la silla<sup>303</sup> que utiliza para hacer sus necesidades y hace un gesto para que le cierre la puerta. Seguidamente, salgo para llamar a alguien de la casa vecina. Sale Mama Fani<sup>304</sup> y le cuento lo ocurrido. Esta se mete en el baño para ayudar a Ama a desvestirse y sentarse. Al poco, Mamud llega del mercado y le ponemos al día. El *bemo*<sup>305</sup> a Maumere va a llegar pronto, así que cojo mi mochila y salgo a esperarlo.

Pasan los días y al volver a casa veo a dos hermanos de Mamud en la puerta. Les saludo; me cuentan que han venido para ver a Ama. Por lo visto, el día siguiente a la mañana en que se cayó, despertó sin poder moverse. Dicen que está entre dos mundos: solo delira y habla en sueños. Sus nietos y familiares de otras partes de

---

<sup>303</sup> El inodoro es de tipo pedestal. Así, para que Ama pueda sentarse al hacer sus necesidades, han hecho un agujero en una silla de plástico que colocan encima del inodoro.

<sup>304</sup> Mama Fani es *du'a rawin* y madre de Aurelia, nuestra vecina (aparece en otros capítulos como el del embarazo).

<sup>305</sup> Minibús local. Suele hacer el trayecto Bola-Maumere dos veces al día, aunque de forma irregular.

Indonesia están buscando la forma de venir. Ya han hablado con el sacerdote; en una semana vendrá a darle la extremaunción<sup>306</sup>.

El tiempo pasa lento, pero llega el día. Mamud está triste, aunque sigue con sus quehaceres. Ha estado toda la noche lloviendo a mares. El sacerdote de la iglesia de Bola llega a las 10:00 a. m. Es amigo de la familia. Entra en la habitación y le habla a Ama intentando gustarle alguna broma. Desde que lo conozco, hoy es su día más lúcido; está contento de ver a sus familiares reunidos y pregunta por los que faltan.

El sacerdote dice unas palabras y prepara todo para darle la comunión y el sacramento. Sus familiares lloran, yo también. Es un momento triste, sienten que ahora sí: Ama se va. El sacerdote sale de la habitación acompañado por varios familiares para irse. Empatizo mucho con Mamud y me planteo cómo me sentiré cuando muera mi padre. ¡Y cómo podía imaginarlo! Pronto lo sabría, pues mi padre fallecería de forma inesperada tan solo tres meses después.

Nos quedamos Kakak Niara<sup>307</sup>, Mamud y yo. La hermana mayor de Mamud, Tante Rita, entra llorando con agua caliente y sal para limpiar a Ama. Dice que le impacta mucho verle tan debilitado. En ese momento, Ama se dirige a ella y Mamud con determinación: "Recordad: tendréis que sacrificar muchos animales; habrá que dar de comer a muchas personas. Vestidme de blanco y no lo olvidéis: lo importante es que muchas personas vengan a comer". Sus hijas responden que así será y besan su mano.

---

<sup>306</sup> Uno de los Siete Sacramentos católicos. Este consiste en aplicar un aceite sagrado a la persona que está cerca de morir para fortalecerlo, reconfortarlo en su enfermedad y prepararlo para encontrarse con Dios.

<sup>307</sup> Una de las nietas de Ama. Tiene un par de años más que yo y nos hemos hecho buenas amigas. En su día me dijo que me refiriese a ella como *kakak* (BI hermana mayor).

El día está oscuro y llueve fuerte. No hay electricidad y hemos encendido varias velas. La familia habla de cómo preparar el funeral. El hijo mayor dice que está buscando el traje y los zapatos blancos para Ama<sup>308</sup>; Tante Rita comenta que alguien que conoce puede venderle una vaca a buen precio para su sacrificio<sup>309</sup>. No cesan las llamadas; esta tarde llegarán más familiares.

Hablan de cómo van cambiando las cosas: antaño los funerales eran muy multitudinarios y podían durar una semana. La gente se reunía, bailaba <sup>310</sup>, había mucha comida. Ahora por motivos económicos duran menos y son más íntimos. Ahora bien, a pesar de que en estos años la interacción de Ama con los demás había sido casi inexistente, en sus últimos días este tenía dos fijaciones claras: reunir a su familia y cumplir con el Adat kematian (rituales y prácticas ancestrales alrededor de la muerte).

## Reflexiones finales y propuestas

Si bien esta tesis se ha centrado principalmente en el proceso de creación de vida, concluirla con este relato etnográfico confirma lo que las distintas etapas del proceso reproductivo han mostrado, pues los últimos días de Ama revelan claramente la importancia del Adat para el colectivo sikka desde el nacimiento hasta la muerte, su lugar

---

<sup>308</sup> En Indonesia en general, el color blanco al morir representa la vuelta a la pureza, la limpieza del alma.

<sup>309</sup> Los animales sacrificados dependen del poder adquisitivo de la familia; desde el pollo, cerdo o vaca hasta el más caro: el caballo.

<sup>310</sup> Aunque la familia llora la pérdida de un ser querido, se alegran por la persona fallecida porque saben que está con la comunidad ancestral y sigue con ellos de otra forma.

en el orden de precedencia, su declive y sincretismo con el catolicismo.

La transmisión de sus rituales y prácticas ancestrales es esencial para la comunidad como proceso circular simbólico en el que la comunidad viva (SS *Ata bian*) llama y agradece a la fallecida (SS *Ata nitu*) por el regalo de la vida y la sabiduría ancestral heredada, reunificando así la Fuente originaria de creación del mundo (Butterworth 2008).

Estos actos se concentran en tres etapas: Adat kelahiran (prácticas y ritos durante el proceso reproductivo como embarazo, parto y posparto), Adat perkawinan (alianza matrimonial) y Adat kematian (muerte) (Dasi 2013). El conocimiento en cada ámbito es representado y transmitido por personas expertas consideradas *pewaris budaya* (BI guardianas) del Adat (Butterworth 2008, Dasi 2013, Fox 1988, Lewis 1996).

Sin embargo, la comunidad transita actualmente por un periodo de balance entre encuentros y desencuentros sobre el valor de sus costumbres respecto a los imperativos del crecimiento económico global, permeando en que gran parte esté preocupada por las futuras generaciones y su aprendizaje del Adat, al percibir que el conocimiento ancestral de estos guardianes y guardianas va perdiéndose (Butterworth 2008, 2009).

Esta investigación se centra específicamente en las consecuencias que acarrea la tensión actual entre biomedicina y Adat kelahiran en la concepción, embarazo, parto y posparto. Sus capítulos están relacionados holísticamente al concepto de *gobernanza reproductiva* (Morgan & Roberts 2012), analizando principalmente cómo afecta a los colectivos locales de *bidan*, *du'a rawin* y madres

rurales en sus interacciones personales, el objetivo común de reducir la mortalidad materna y mejorar la *matrescencia* (Raphael 1973).

Tras el primer capítulo introductorio, el segundo capítulo expone el recorrido histórico del archipiélago, sus primeros reinos independientes y distintas épocas de ocupación hasta la colonización holandesa, que introdujo la biomedicina y los atributos peyorativos sobre las *dukun bayi* al considerarlas un obstáculo para dicho fin, juzgando sus prácticas desde una perspectiva eurocéntrica (Niehof 2014). Una perspectiva que, desde la independencia del país en 1945, los diferentes gobiernos han mantenido, trabajando insistentemente en la consolidación de una identidad nacional a través de mecanismos como el Pancasila, base filosófica del Estado indonesio cuyo lema es “Unidad en la diversidad”, y el término Gotong Royong o “cooperación mutua”, animando a que las distintas comunidades del archipiélago prioricen una nación común a sus diferencias culturales (Bowen 1986).

Estas herramientas de unificación, si bien han tendido y tienden a visibilizar aspectos como la vestimenta, la literatura, la música o la gastronomía de cada lugar, también infravaloran otros muy arraigados como la medicina o la educación local, cuestiones que deben ser comunes en todo el país (Emmerson 1999). Una proyección que adquiere gran impulso con el gobierno de Suharto (1967-1998) y su Estado de políticas centralizadas dirigiendo el país hacia un ideal de vida occidentalizado, patriarcal, capitalista (Hildebrand & Barkin 2014).

En los años 80, el país se suma a la comunidad internacional y comienza a trabajar en reducir su alta mortalidad materna y alcanzar los objetivos internacionales, mediante la estrategia global de aumentar el número de *bidan* y remplazar a las *dukun bayi* (Niehof

2014). Pero, en 1999, el país experimenta un cambio drástico con la instauración de la descentralización democrática de sus políticas flexibilizando su aplicabilidad de acuerdo a las necesidades locales (Hull & Adioetomo 2002, Magrath 2016).

Paralelamente, desde los años 2000, se reconoce la importancia de las TBAs como soporte de las mujeres en sus culturas, y se apoya globalmente su trabajo conjunto con las SBAs (Sibley et al. 2004). Pero, a pesar de que el Ministerio de Salud indonesio promueve el *Kemitraan bidan dan dukun* (BI Acuerdo entre *bidan* y *dukun*), la presión por alcanzar los objetivos internacionales permea en que diversos contextos locales sigan adoptando mecanismos de recentralización para controlar el proceso (Magrath 2016).

Por ejemplo, unos distritos sí promueven la complementariedad entre ambas especialistas (Ambaretnani 2012, Magrath 2016, Iacob 2010, USAID Kinerja 2015), mientras otros siguen fomentando su rivalidad (Hildebrand 2012, Niehof 2014, Nova Nanur et al. 2016, Yusriani 2014). Con todo, la mortalidad materna del país sigue siendo de las más altas del mundo y los resultados revelan que un trabajo conjunto satisfactorio la reduce y mejora la salud de madres y bebés.

Para conocer qué ocurre en el distrito Sikka, el tercer capítulo contextualiza sus particularidades históricas, sociales y culturales de este grupo etnolingüístico, comenzando por establecer que el mismo obispo admite que el Adat tiene más peso en su comunidad que el catolicismo, una situación que se explica a través del principio de *oda* (BI precedencia), pilar en las bases sociales sikka (Lewis 1988).

No obstante, la comunidad percibe que su Adat está en declive, revelando que dicha precedencia es “estructural y agencial”, pues perpetuar el orden social depende de una voluntad social

contemporánea influida por los imperativos de la economía capitalista (Butterworth 2008). Esta realidad se refleja en distintos ámbitos cotidianos que enfrentan modernidad y tradición. Por ejemplo, en lo que hace al conocimiento biomédico obstétrico y el ancestral ¿siguen estando las *du'a rawin* primeras en este orden de precedencia?

El cuarto capítulo da cuenta de la situación de estas mujeres como guardianas del Adat kelahiran y las interacciones entre estas, *bidan* y madres rurales, a través de una descripción general de la educación, rutinas y motivaciones de *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales, todo ello no exento de las tensiones que despierta el papel de las *du'a rawin* en los intereses del gobierno local como demuestra la celebración del 65 aniversario del IBI (organización nacional de *bidan*). Un acto, oficiado por el gobierno, la Iglesia y el sector biomédico local que revela la posición política de la biomedicina como *conocimiento autorizado* (Jordan 1978), invisibilizando la labor de las especialistas ancestrales y mostrando la realidad estatal selectiva del Adat en un evento que sí valora la vestimenta, la música y la comida local.

La situación de la provincia de Nusa Tenggara Timur (NTT), sigue presentando una de las tasas de mortalidad materna y neonatal más altas del país (AIPMNH 2015). Sin embargo, a pesar de que los distintos estudios muestran que una buena complementariedad entre *bidan* y *dukun bayi* mejora dicha cuestión, el programa local Revolusi KIA NTT, enmarcado en la internacional *Safe Motherhood Initiative*, sigue poniendo gran parte de su foco en promover la desaparición de las *du'a rawin*.

A pesar de ello, desde hace décadas, el sector biomédico local exige a las *du'a rawin* su colaboración para lo que llaman *kerja sama* (B) trabajo conjunto) en relación al KBDD (Acuerdo nacional entre

*bidan* y *dukun*). Sin embargo, aunque este acuerdo dice basarse en unos supuestos principios de igualdad, transparencia y confianza entre especialistas, los capítulos de esta tesis dedicados a la concepción, embarazo y posparto revelan que su forma de implementación en el distrito Sikka desencadena lo opuesto.

Ello viene detonado por una *mirada colonizadora* (Butt & Munro 2007) hacia las *du'a rawin*, reflejada en la difusión de discursos biomédicos que deslegitiman las prácticas de estas especialistas en el proceso reproductivo<sup>311</sup>. Así, a pesar de que sigan diciendo que “trabajan juntas”, especialmente al mostrar que las *du'a rawin* colaboran como *kader* para difundir conocimientos biomédicos y proporcionarles información sobre las madres rurales<sup>312</sup>, la situación revela gran hipocresía.

El Dr. Yose Luis, representante del sector biomédico en el distrito Sikka, señala que aquellos lugares en los que la relación entre *kader* y *bidan* es buena, la mortalidad materna es menor. Por ello se muestra firme ante la necesidad de optimizar dichas interacciones, lo que refuerza lo revelado en los capítulos 5, 6, 7 y 8, al sugerir que mejorar la relación entre *bidan* y *du'a rawin* es importante, no solo porque estas especialistas colaboran la mayoría de las veces como *kader*, sino también porque ejercen paralelamente su labor como guardianas de la cultura local en la matrescencia.

Dado que la situación actual genera un enfrentamiento entre *bidan* y *du'a rawin*, que desencadena tensiones entre ambas

---

<sup>311</sup> Visión heredada de la colonización holandesa y promovida por el mandato del presidente Suharto sobre la superioridad de la biomedicina frente al saber de las *dukun bayi*, como “atrasado” (BI *kurang maju*) y contrario a la modernidad que persigue el país (Hildebrand 2012).

<sup>312</sup> Magrath (2016) habla de estrategias similares en distritos al oeste de Java que implican pagarle a las futuras *dukun bayi* de la zona los estudios de *bidan*.

especialistas y madres rurales, los siguientes capítulos tratan de descubrir este grado de (in)satisfacción en sus interacciones durante las fases de concepción, embarazo, parto y posparto para dilucidar las consecuencias en un marco interseccional de dinámicas de poder, desigualdades, exclusiones y tensiones entre dichos colectivos.

El quinto capítulo analiza esta cuestión en la fase de la concepción, revelando que las *du'a rawin* son las especialistas más consultadas por mujeres rurales y *bidan* en casos de infertilidad. Si bien estas últimas y otras trabajadoras biomédicas locales compaginan sus métodos ancestrales con la consulta a un ginecólogo, las madres rurales no disponen de dinero para ello.

No obstante, estas mujeres locales, independientemente de ser trabajadoras biomédicas o no, comparten culturalmente la convicción de que tener descendencia es un deber de reciprocidad necesario para agradecer a la comunidad ancestral el milagro de la vida. Por lo que el hecho de que este se produzca o no depende de la voluntad de Dios y demás ancestros. Así, los problemas para concebir suelen ser explicados a partir de un posible desequilibrio entre la propia pareja, dichas entidades y la naturaleza. De ahí que confíen en una *du'a rawin* como vehículo de conexión armonizadora entre estos elementos.

Esta situación despierta sentimientos de contradicción, vergüenza y culpa en las *bidan* porque ellas han de promover entre la población la idea de que el conocimiento de las *du'a rawin* es peligroso e innecesario al tenerlas a ellas como especialistas biomédicas. Esto dificulta que puedan compatibilizar profesión y cultura sin recurrir al secretismo, aun cuando en privado reconocen la

complementariedad de ambas, admitiendo que el conocimiento de las *du'a rawin* tiene un componente espiritual<sup>313</sup> que el suyo no tiene.

De esta manera, a pesar de que la infertilidad pueda estar relacionada con la falta de acceso a técnicas de reproducción asistida en contextos rurales, el conocimiento ancestral se posiciona como autorizado respetando el orden de precedencia de la mano de distintos métodos locales que implican el apoyo familiar y la ayuda de las *du'a rawin* en un clima de *seguridad cultural* (Williams 1999).

El sexto capítulo ahonda en las prácticas que siguen *bidan*, *du'a rawin* y madres rurales en el embarazo. A partir de la descripción etnográfica del paseo con Aurelia, una madre rural del poblado Bola, el texto muestra cómo el embarazo de las mujeres sikka transcurre entre un baile de prácticas biomédicas y ancestrales y cómo a su vez existen tensiones entre *bidan* y *du'a rawin* en esta fase del proceso reproductivo.

Utilizando el concepto de *don* e intercambio de Mauss (1925), como herramienta para entender los servicios de ambas especialistas como dones que deben ser intercambiados con sus receptoras según los parámetros de reciprocidad de su cultura para que dicha transacción sea exitosa para ambas partes<sup>314</sup>, la actitud eurocentrista hacia las *du'a rawin* por parte del gobierno local y el sector biomédico permea en que ninguna de estas transacciones se produzca como idealmente debiera. Aunque madres rurales, *du'a rawin*, *bidan* y otras trabajadoras biomédicas estén de acuerdo en que tanto los chequeos biomédicos como la mayor parte de prácticas y precauciones

---

<sup>313</sup> Hildebrand (2017) habla de esta noción de falta espiritual en las prácticas de las *bidan*.

<sup>314</sup> Esta herramienta es utilizada por Hildebrand (2017) en su estudio sobre por qué las madres rurales recurren menos de lo esperado a las *bidan* para dilucidar conflictos, desigualdades, formas de poder y estatus.

ancestrales son importantes durante el embarazo por una cuestión de *percaya* (BI creencia, confianza) y reciprocidad hacia sus ancestros, la opinión respecto a los tratamientos de las *du'a rawin* despierta opiniones diversas entre estos colectivos.

Aunque *bidan* y *du'a rawin* ocupan un lugar relevante en la comunidad, el sector biomédico quiere que las segundas desaparezcan. Para ello, las *bidan* deben difundir en los espacios públicos que los tratamientos de estas mujeres son peligrosos en el embarazo. Sin darle importancia, este sector pasa por alto el hecho de que actualmente la mayor parte de *bidan* y personal biomédico son personas autóctonas que han crecido junto a estas guardianas del Adat como familiares y vecinas.

Esta situación desencadena que, generalmente, el personal biomédico local tenga que encontrar alguna forma para corresponder a su comunidad ancestral, sufriendo contradicciones y dificultades para conciliar su identidad sikka con la mirada eurocéntrica del conocimiento biomédico en el que se han formado. Por ejemplo, algunas *bidan* se aplican en secreto el remedio que les preparó la *du'a rawin* temiendo perder su credibilidad como *bidan* y su estatus de ciudadanas modelo si la comunidad se entera. A su vez, enfermeras que siguieron los servicios de una *du'a rawin* paralelamente a los biomédicos, se sienten duramente juzgadas por sus compañeras *bidan*, al tiempo que sanitarios casados con *du'a rawin* han de ocultar el orgullo que sienten por sus parejas, mientras difunden que acudir a estas especialistas es motivo de multa.

Esto debilita el estatus de estas personas como sanitarios y como miembros de la comunidad sikka. Esta tensión también permea en que las madres rurales oculten a las *bidan* el acompañamiento de una *du'a rawin* en el embarazo para evitar ser juzgadas y

sancionadas. Así, mientras la relación con una *du'a rawin* es transparente y de confianza, la que tienen con la *bidan* es más opaca y distante. Esto se intensifica cuando las madres viven cerca del *puskesmas*, donde se concentra el mayor número de *bidan*.

Por su parte, las *du'a rawin* son cautas y dicen que están contentas de trabajar con las *bidan*, pero están confundidas al percibir una falta de reciprocidad por su parte. No entienden que, mientras ellas siguen cumpliendo con un trabajo conjunto, no solo no les pagan como prometieron <sup>315</sup>, sino que difunden narrativas que las desprestigian. No obstante, son conscientes de que para perpetuar su don y cumplir con su misión solo pueden resignarse y fingir que todo va bien para evitarse problemas.

En el séptimo capítulo, dedicado al parto, una *du'a rawin* cuenta que este antaño era un momento sagrado, físico y espiritual, que transcurría en casa entre prácticas ancestrales dirigidas a mantener la unión entre madre, bebé, comunidad ancestral, naturaleza y Dios para que todo saliese bien. En la actualidad, si bien esta armonía y ciertas prácticas ancestrales siguen siendo cruciales para las madres rurales, estas también señalan la habilidad del equipo de *bidan* en solventar complicaciones en el parto y evitar la muerte.

Sin embargo, su medicalización está causando rápidas modificaciones en la forma local de parir, especialmente desde la prohibición del parto en casa en 2009, una medida que sigue siendo prioritaria al haber reducido la mortalidad materna de la provincia un 40 % entre 2009 y 2014 (AIPMNH 2015). Pero, aunque el parto ideal para las madres parece responder a un *modelo humanizado* <sup>316</sup>

---

<sup>315</sup> Magrath (2016) revela este mismo caso al oeste de Java.

<sup>316</sup> El modelo de parto humanístico consiste en combinar medicamentos y prácticas biomédicas con aquellas que produzcan un entorno seguro para

(Davis-Floyd 2001) y el sector biomédico aspire a ello, la realidad es que este tipo de parto aún queda muy lejos.

Por tanto, aunque las madres rurales expresen por lo general el deseo de dar a luz en instalaciones médicas, los partos transcurridos en casa preocupan al personal biomédico, levantando la sospecha de que las razones que exponen estas madres ante lo ocurrido son excusas que ocultan la realidad: “Creemos que hay quien, sabiéndolo y queriéndolo, decide deliberadamente no venir al *puskesmas*; pero no sabemos por qué”, explica uno de ellos.

Y es que, si bien es cierto que algunas madres acaban dando a luz en casa por razones que el personal biomédico comprende, los testimonios de madres rurales y *du'a rawin*, sumados a las formas de *violencia obstétrica*<sup>317</sup> observadas en ambos espacios (límites al apoyo emocional, exposición genital, aplicación de puntos de sutura, parir en posición supina, episiotomías, maniobras *kristeller*, tactos vaginales y corte del cordón), reflejan el sufrimiento experimentado por estas mujeres en las salas de parto, dando respuesta a por qué algunas mujeres puedan estar buscando alternativas.

Por último, el octavo capítulo centrado en el periodo del posparto analiza algunas de las prácticas y rituales cruciales para la comunidad mientras la continuidad de algunas de ellas como los baños herbales calientes y el ritual *lodong me* peligran debido a la progresiva influencia de la biomedicina en su actitud por deslegitimar y minusvalorar estas prácticas y los servicios de las *du'a rawin*.

Si bien *bidan* locales y madres rurales siguen la mayor parte de prácticas ancestrales en el posparto, las segundas también

---

cada mujer. Este modelo se está popularizando cada vez más en el mundo (Davis-Floyd 2001).

<sup>317</sup> Fue definido por primera vez por el gobierno venezolano en 2007.

consideran necesario el acompañamiento de las *du'a rawin* y la toma de baños herbales calientes los primeros días tras el parto. En este sentido, las madres rurales perciben que lo mejor es ocultarlo dado que las *bidan* prohíben estos baños hasta que los puntos vaginales caigan y promueven discursos negativos sobre las *du'a rawin*.

La cuestión es que el tiempo de observación en el *puskesmas* tras el parto ha aumentado a tres días desde 2016, por lo que la nueva madre tiene que esperar a llegar a casa para tomar dichos baños. Este retraso de la expulsión de la *darah kotor* (BI sangre sucia) preocupa a las madres y a sus familias al pensar que es perjudicial para la salud, desencadenando un malestar hacia las *bidan* que no es manifestado para evitar sentirse juzgadas y parecer desagradecidas.

Por otro lado, el ritual del *Iodong me*, oficiado generalmente por las *du'a rawin*, revela su importancia para las familias en la *matrescencia* e iniciación del bebé en el “buen” camino de la vida. Sin embargo, debido al recelo biomédico hacia estas especialistas, la comunidad explica con nostalgia que su celebración está en declive, a consecuencia de una progresiva economía individualista que ha desencadenado el paso de un evento multitudinario a uno más íntimo, y el paso de una celebración para todos los hijos e hijas de un matrimonio a tan solo una para el primer hijo varón.

Esta tesis confirma lo ya descubierto por otros trabajos antropológicos instrumentales en este campo de investigación como el de Ginsburg y Rapp (1995a), y más recientemente Briggs (2017), en relación a cómo ahondando en las prácticas reproductivas de una comunidad, en este caso la *sikka*, se accede no solo a aspectos importantes de su cultura sino también a las políticas que impactan en

sus prácticas reproductivas desencadenando desigualdades fruto del alcance capitalista neoliberal.

Briggs (2017) concluye tras un exhaustivo seguimiento del proceso de elección de Trump como presidente de EEUU, que toda política es en esencia política reproductiva; pues es en los hogares, las familias, los matrimonios y sus decisiones reproductivas, donde la realidad socioeconómica, interseccionada por el género, la etnia y la clase, revela su mayor impacto a medida que las redes sociales se reducen y los salarios se tornan insuficientes para los estándares vitales que promueven los gobiernos.

En cuanto al objetivo general de contribuir a la necesidad de estudios que analicen la relación entre *bidan* y *dukun bayi* en Indonesia, en base a que gran parte del éxito o fracaso de los programas reproductivos se refleja en las interacciones de las personas que proporcionan los servicios de salud y aquellas que los reciben (Hildebrand 2017), esta tesis revela que las interacciones entre *bidan* y *du'a rawin* en el distrito Sikka tienen carencias profundas que impiden un compañerismo satisfactorio para ambas.

Esta investigación no pretende señalar a personas individuales que hacen su trabajo con tesón, sino a los programas reproductivos locales que fomentan la competencia entre ambas especialistas en vez de un trabajo conjunto, ya que, en el distrito Sikka, la visión eurocentrista de sus políticas, heredada de la época colonial y el régimen centralista de Suharto, va dirigida a cumplir los objetivos internacionales intentando incansablemente el control reproductivo de las mujeres a través de posicionar a las *du'a rawin* en el olvido y a las *bidan* como conocimiento autorizado.

La realidad sikka pide algo distinto. Está comprobado que la interacción constante y autoritaria entre Estado y poblaciones

autóctonas permea en una resistencia pasiva por parte de las mismas, debido a nociones locales de legitimidad y obligación (Bowen 1986). La herramienta de resistencia de la comunidad sikka es claramente un secretismo que va más allá del que se produce de madres rurales y *du'a rawin* hacia *bidan*, es también el secretismo de sanitarios/as locales hacia *bidan* y de las propias *bidan* al resto de la comunidad. Es convertir a la *du'a rawin*, y por tanto a las necesidades de las mujeres, en un tabú social.

Este *modus operandi* por parte del sector biomédico solo desencadena la falta de transparencia del proceso reproductivo de las mujeres y la comunidad hacia las *bidan*, añadiendo dificultad al objetivo común de mejorar la salud reproductiva de las mujeres y disminuir la mortalidad materna y neonatal. La clave parece radicar en que esta perspectiva eurocentrista implica una actitud colonialista hacia el Adat kelahiran, al considerarlo inferior al conocimiento biomédico.

Esta tesis propone que, para conseguir que la comunidad trabaje conjuntamente en la misma dirección, el sector biomédico local intente no ver el Adat kelahiran en el acompañamiento de las *du'a rawin* como un conocimiento amenazante, deje de invisibilizarlo y lo valore como un complemento que las mujeres también necesitan para su salud y bienestar emocional en sus procesos reproductivos.

La comunidad siente el Adat como parte de su identidad y herencia cultural. Esta realidad ha de ser comprendida como una de las especificidades de este distrito en un país supuestamente democrático y descentralizado que busca acomodar sus políticas a las necesidades de cada contexto. La prueba de ello, y de que este no supone una amenaza para el sector biomédico, se refleja en el

hecho de que muchas *bidan* y sanitarias locales siguen, de forma paralela a los servicios biomédicos, los de las *du'a rawin*.

Esta realidad pone de manifiesto la base eurocéntrica del programa reproductivo local, la necesidad de las mujeres locales de seguir estas prácticas, la complementariedad de *bidan* y *du'a rawin*, la voluntad local de perpetuar dichos tratamientos por *percaya* (BI confianza) y la reciprocidad hacia la comunidad ancestral por el don de la vida y el secretismo como única vía para hacerlo, dado el temor de reconocerlo públicamente a sabiendas de que ello traerá consecuencias.

Esta situación revela, como demostraron Ginsburg y Rapp (1995a) en su libro *Conceiving the New World Order* compuesto por trabajos de varias autoras que, a pesar de la imposición de ideas, políticas y prácticas por parte de los programas reproductivos, ello se termina adaptando de una forma u otra multidireccionalmente según las configuraciones sociales y lógica cultural de cada contexto.

Por ello, con el ánimo de favorecer una mejor relación entre *bidan* y *du'a rawin* en enero de 2016, Joko Widodo (2016), actual presidente de Indonesia abogó en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar por el empoderamiento femenino como vía para mejorar la salud reproductiva de las mujeres. Sin embargo, está comprobado que las ideas que reflejan estas palabras son complejas de implementar en el marco de un Estado de tradición paternalista (Niehof 2014) y en contextos locales que siguen adoptando mecanismos de recentralización (Magrath 2016).

Esta tesis propone que una forma de empezar a materializar las palabras del presidente es oír la voz de las mujeres rurales sikka respecto a qué consideran mejor para su salud reproductiva. Así, esta investigación visibiliza la necesidad del colectivo femenino de que sus

procesos reproductivos transcurran en un clima de *menghargai* (BI respeto) entre *bidan* y *du'a rawin*, al considerar a ambas necesarias para su salud y bienestar, no solo físico sino también emocional, algo que la biomedicina parece muchas veces olvidar, también en los contextos socioculturales occidentales (Davis-Floyd 2018).

Esta situación es similar en otros países. El Kotni (2016, 2019) describe sobre México cómo las matronas de distintas culturas están luchando por el reconocimiento estatal de sus conocimientos, así como limpiar su reputación respecto a la atribución gubernamental de causantes de la mortalidad materna, alegando cuestiones relacionadas con el “respeto”, la relación que tienen con las mujeres y el valor de sus conocimientos locales dentro de sus contextos.

En el caso sikka, esta realidad como voluntad local queda reflejada perfectamente en un momento concreto de la entrevista a Symplisius Dasi<sup>318</sup> (2013). Casi al final de una conversación larga sobre el valor del Adat, Dasi señala que este es un conocimiento que sigue desarrollándose y adaptándose a las necesidades contemporáneas. En ese momento entra su hija, causalmente *bidan*, en la sala y este le dice: “Estamos hablando de lo que siempre te digo: tu abuela era *du'a rawin*, nunca has de olvidarte de dónde vienes”.

Así, si la comunidad local, incluidas las *du'a rawin*, reconocen a las *bidan* como necesarias en sus procesos reproductivos, solo queda que el sector biomédico local también visibilice la importancia de estas especialistas ancestrales en la identidad sociocultural y bienestar de las mujeres sikka, fomentando la complementariedad entre ambas especialistas, y no su enfrentamiento.

---

<sup>318</sup> Autor local de *Conociendo la cultura de los ancestros* (BI Mengenal budaya leluhur) para que las generaciones venideras aprendan el Adat.

## *Ama's dream*

Mamud and I live with Ama<sup>319</sup>, her father. His nickname is Mikel Ignatius and he's almost 90 years old. For about four years now, he's only been able to walk from his bedroom to the kitchen or the bathroom, very slowly. He spends most of his time seated on a wooden chair in his kitchen, staring at the same spot on the wall and not talking to anyone. His wife's grave is just outside the house. Of his seven sons and daughters, Mamud is the one who lives with him<sup>320</sup>.

Mamud operates a small shop at the entrance to the house, from which she sells everyday things like soap, matches, notebooks, pens, palm oil, rice, coffee beans and candies. On the first Monday of each month, Mamud goes to Maumere to pick up the money from Ama's pension, and that's how they get along. At 5:00 am each day she wakes up to look after him and take care of the house.

One Sunday night, after putting Ama to bed, Mamud and I sit on the floor to watch our Indian soap opera, as is our habit. During the commercials, she tells me with nostalgia that her father was a very charismatic man with unbending principles, strong, tall, great at climbing coconut trees, strict but at the same time loving with his children. Sadly, she believes he doesn't have much time left. I take her hand and hold it in mine. We smile at each other.

The soap opera ends. Our yawns become contagious. Upon entering the room we share, we see the *toke* on the wall above my bed. "What good luck! You wanted to see him, and just when you are

---

<sup>319</sup> Mamud calls him Ama (SS father). They tell me that I, like their grandchildren, call him *ama mo'a* (SS grandfather). Thus, everyone ends up calling her Ama, either by father or grandfather, shortening the word.

<sup>320</sup> She has elementary school studies, she is the only single daughter and, therefore, who has stayed living in the house.

about to leave, it came to say goodbye”<sup>321</sup>, Mamud exclaims. When we move closer, it shoots up the wall to the ceiling. Mamud sits on her bed to pray. I quickly make up my backpack for my trip tomorrow; I’m headed to Maumere for a few days. Finally, we each put on our *sarong*<sup>322</sup>, and we blow out the candle<sup>323</sup>.

In the middle of the night, something wakes us up. Ama is laughing hysterically. Mamud gets up, lights the candle and goes to his room. The man appears to have lost his mind; he is laughing while talking with someone. Mamud comes back: “He’s OK. He’s dreaming about a lifelong friend who is dead. They are walking on the beach in Doreng<sup>324</sup> and they’re coming upon many *ubi ubi* (BI cassava) in some trees. They are so happy! Everything is fine, let’s go back to sleep”.

In the morning, Mamud makes our breakfast: *energen*<sup>325</sup> and baked *ubi* (BI cassava). Today, she asks me to stay with Ama while she goes to the *pasar* (BI market) for her weekly shopping trip. While she’s getting ready, we talk about Ama’s *mimpi* (BI dream). “Oh, I’m so sad! It’s a premonition: just a little time left. Although I’m at peace because I know that he is a good person. Finding a lot of *ubi* is a good omen: he will find *rejeki* (BI luck, riches) when he leaves his body”.

Mamud puts on her sandals, grabs what she needs and leaves the house. I go to where Ama is in his wooden chair and tell him that I’m going to mind the shop in case anyone comes. With his gaze fixed

---

<sup>321</sup> It is a common lizard in Southeast Asia. In the Sikka district it symbolizes good luck for the house in which they live.

<sup>322</sup> In the the community there are different types of *sarong*: to wear them daily, for special occasions, or also another type to sleep; the difference is that these ones have a seam-like finish, so that the person's feet and body are protected and covered. Mamud has given me one, as a symbol of her great affection towards me.

<sup>323</sup> It had been several days since the light was gone.

<sup>324</sup> Paradise white sand beaches near the subdistrict Bola.

<sup>325</sup> It is a brand of powder with different flavors in order to make an energetic drink.

on the wall, he makes a small gesture with his head to let me know that he heard me. After a while I hear his footsteps; he's walking to the bathroom. Attentive, I notice that he stops midway there. I get up and go to him. I see him falling in slow motion, almost as if he was going to sit down on the floor, but his face makes it clear that he is not.

I help him get up and get to the bathroom. He asks me to help him get to the bath chair<sup>326</sup> that he uses to take care of his necessities, and then he indicates that I should close the door. Immediately, I go outside and call over to the neighbor's house. Mama Fani<sup>327</sup> comes out and I tell her what happened. She goes to the bathroom to help Ama get undressed and sit down. Mamud arrives shortly after that from the market, and we update her. The *bemo*<sup>328</sup> to Maumere will arrive soon, so I grab my backpack and go outside to wait for it.

When I return to the house a few days later, I see two of Mamud's brothers in the doorway. I greet them; they say that they have come to see Ama. It appears that the day after the morning he fell, Ama woke up unable to move. His sons say he is between two worlds: he is delirious and only speaks in dreams. His grandchildren and other relatives from other parts of Indonesia are trying to figure out how to come. They've already spoken to the priest; he'll come in a week to perform *extreme unction*<sup>329</sup>.

---

<sup>326</sup> The toilet is of a pedestal type. Thus, so that Ama can sit down when doing her needs, they have made a hole in a plastic chair that they place on top of the toilet.

<sup>327</sup> Mama Fani is *du'a rawin* and Aurelia's mother, our neighbor.

<sup>328</sup> Local minibus. It usually covers the Bola-Maumere route twice a day, although irregularly.

<sup>329</sup> One of the Seven Catholic Sacraments. This one involves applying a sacred oil to the person who is close to death to strengthen him, comfort him in his illness and prepare him to meet God.

Time passes slowly, but the day comes. Mamud is sad, but she never fails to complete her daily tasks. It has been raining buckets all night. The priest from the church in Bola arrives at 10:00am. He is a friend of the family. He goes to Ama's bedroom and attempts to make him laugh with a joke. This is Ama's most lucid day since I have known him; he is happy to see his family together and asks after those who are not there.

The priest says a few words and prepares everything for communion and last rites. Ama's family cries, as do I. The moment is sad, as they feel that the time has come: Ama is leaving. The priest leaves the bedroom, accompanied by a few family members to see him off. I sympathize a lot with Mamud, wondering how I will feel when my father dies. I can't even imagine it! But soon enough I will know for myself, as my father will die unexpectedly only three months later.

Kakak Niara<sup>330</sup>, Mamud and I remain in Ama's room. Mamud's older sister, Tante Rita, enters crying, carrying with warm water and salt with which to bathe Ama. She says it affects her a lot to see him so debilitated. Right then, Ama directs himself to her and Mamud with determination: "Remember, you have to sacrifice many animals; you will have to feed many people. Dress me in white and don't forget: the most important thing is that many people come to eat". His daughters kiss his hand and affirm that is how it shall be.

The day is dark with heavy rain. The electricity is out, so we've lit several candles. The family plans the funeral. The oldest son says he is looking for a white suit and white shoes for Ama<sup>331</sup>; Tante Rita

---

<sup>330</sup> One of Ama's granddaughters. She is a couple of years older than me and we have become good friends. She once told me to refer to her as *kakak* (BI older sister)

<sup>331</sup> In Indonesia in general, the white color at death represents the return to purity, the cleansing of the soul.

shares that she knows someone who will sell them a cow for the sacrifice at a good price<sup>332</sup>. The calls don't stop; this afternoon more relatives will arrive.

Ama's children talk about how things are changing. Years ago, funerals were much more crowded and could last a week. People got together and they danced<sup>333</sup>; there was always a lot of food. Now, for economic reasons, funerals are shorter and more intimate. Even so, and despite the fact that Ama's social interactions have been virtually nonexistent in recent years, in his last days he was very clear about two things: that his family should come together, and that they should respect the Adat kematian (ancestral rituals and practices concerning death).

## Final reflections and proposals

If indeed this dissertation has been principally focused on the process of the creation of life, concluding it with this short ethnography of Ama's last days confirms what the different phases of the reproductive process clearly show, namely the importance of Adat for the Sikka community from birth to death, its place in the order of things, and its harmony with Catholicism.

The transmission of ancestral rituals and practices is essential to this community, as a circular, symbolic process through which the community *Ata bian* (SS the living) communicates with and gives

---

<sup>332</sup> The type of animal slaughtered depends on the family's purchasing power; from chicken, pork or cow to the most expensive: the horse.

<sup>333</sup> Although the family mourns the loss of a loved one, they rejoice over the deceased because they know he is with the ancestral community and he remains with them in different way.

thanks to *Ata nitu* (SS the dead) for the gift of life and for their inherited ancestral wisdom, thereby reunifying with the original source of the world's creation (Butterworth 2008).

These acts are divided into three phases: Adat kelahiran (rites and practices of the reproductive process, including pregnancy, birth and the postpartum), Adat perkawinan (the marriage alliance) and Adat kematian (death) (Dasi 2013). Knowledge in each area is represented and transmitted by experts who are considered the *pewaris budaya* (BI guardians) of Adat (Butterworth 2008, Dasi 2013, Fox 1988, Lewis 1996).

However, the present-day Sikka community finds itself in a period of transition, attempting to balance respect for long-standing traditions with the imperatives of global economic growth, a process that is leading to significant preoccupation for future generations and their knowledge of Adat, given that the ancestral knowledge of these guardians is slowly being lost (Butterworth 2008, 2009).

This investigation focuses specifically on the consequences of this tension between biomedicine and Adat kelahiran in the processes of conception, birth and the postpartum period. Its chapters are holistically related to the concept of *reproductive governance* (Morgan & Roberts 2012), principally analyzing how this concept affects interpersonal interactions among the *bidan*, *du'a rawin* and rural mothers, and how these interactions in turn affect the overall goal of reducing maternal mortality and improving the experience of *matrescence* (Raphael 1973).

After the introduction, chapter 2 summarized the long history of the Indonesian archipelago, including its initial experiences with independence and various periods of occupation through Dutch colonization, which brought with it biomedicine and attendant

pejorative attitudes toward the *dukun bayi*, considering them obstacles to modernization and judging their practices from an ethnocentric perspective (Niehof 2014).

This perspective has been maintained, since independence was gained in 1945, by various Indonesian governments, which have worked consistently to consolidate a national identity via mechanisms such as Pancasila, the philosophical foundation of the state. This philosophy is based on the theme of “Unity in diversity” and the term *Gotong Royong* or “mutual cooperation”, which encourages distinct communities to prioritize national commonalities over their individual differences (Bowen 1986).

Consequently, these tools of unification have tended to highlight and place more value on the diversity of different parts of Indonesia with respect to things like dress, literature, music, and gastronomy, while at the same time undervaluing other deeply ingrained and varied aspects like local medicine and education, insisting that these latter should be common to the entire country (Emmerson 1999). This attitude took firm hold during the government of Suharto (1967-1998) and the implementation of centralized policies that were designed to steer the country toward a Westernized ideal (Hildebrand & Barkin 2014).

In the 1980s, Indonesia joined with the international community in an effort to reduce their high rate of maternal mortality, attempting to achieve international objectives via a global strategy of increasing the number of *bidan* and thereby replacing the *dukun bayi* (Niehof 2014). However, a significant change took place in 1999 with the democratic decentralization of governmental policies, which allowed for a more flexible application of certain policies in accordance with local needs (Hull & Adioetomo 2002, Magrath 2016).

At the same time, since the early 2000s, the importance of the TBAs to various cultures has been recognized and their work alongside SBAs is now universally supported (Sibley et al. 2004). Nevertheless, despite the fact that the Indonesian Health Ministry gives autonomy to each local government, pressure to achieve international objectives continues to exert heavy influence via the adoption and maintenance of mechanisms of recentralization, in order to exercise greater control over reproductive processes (Magrath 2016).

For example, while some districts promote the complementarity of the two types of specialist (Ambaretnani 2012, Magrath 2016, Iacob 2010, USAID Kinerja 2015), others continue to encourage their rivalry (Hildebrand 2012, Niehof 2014, Nova Nanur et al. 2016, Yusriani 2014). Meanwhile, the country's maternal mortality rate remains one of the highest in the world and research shows that when the two specialties work well together, mortality rates decline and the health of mothers and babies improves.

To better understand what's happening in the Sikka district, Chapter 3 contextualizes the unique historical, social and cultural characteristics of this ethnolinguistic group, notably the fact that the local bishop admits that Adat holds more sway in his community than the Catholic Church does, a phenomenon perhaps best explained by the principle of *oda* (BI precedence), a pillar of Sikka social values (Lewis 1988).

Nevertheless, the Sikka community is aware that their practice of Adat is in decline, which reveals precedence to be “structural and agency-based” given that maintaining social order depends on a type of contemporary social willingness heavily influenced by capitalist economic imperatives. This reality can be observed in various

everyday areas of life where modernity and tradition clash. For example, with respect to the contrast between modern biomedical, obstetric knowledge and the ancestral tradition, do the *du'a rawin* continue to enjoy a place of honor in this order of precedence?

Chapter 4 explores the role of these women as guardians of Adat kelahiran and the relationship between them, the *bidan*, and rural mothers, through a general description of the education, routines, and motivations of the *bidan*, *du'a rawin* and mothers. At the same time, this exploration does not ignore the tensions inherent in the role of the *du'a rawin* for local governments, a tension on full display at the 65<sup>th</sup> anniversary celebration of the national organization of *bidan* (IBI), an event jointly officiated by the government, the church and the local biomedical sector that clearly demonstrated the position of authority enjoyed by the latter as the source of *authorized knowledge* (Jordan 1993). Such recognition of the biomedical sector serves at the same time to devalue and make invisible the work of specialists of the ancestral tradition, thereby clearly demonstrating the selective recognition of Adat by the state, given that the event did in fact feature certain specific aspects of local culture such as clothing, music and food.

The province of Nusa Tenggara Timur (NTT) continues to experience one of the highest rates of maternal mortality in Indonesia (AIPMNH 2015). However, despite the fact that various studies have demonstrated that good cooperation between the *bidan* and *dukun bayi* improves maternal health outcomes, the local program known as Revolusi KIA NTT, based on the international Safe Motherhood Initiative, continues to place emphasis on eliminating the role of the *du'a rawin*.

For decades, the biomedical sector in Flores has paid lip service to collaboration with the *du'a rawin*, collaboration which they refer to as *kerja sama* (BI shared work) in the KBDD (the national agreement between *bidan* and *dukun*). However, despite the fact that this agreement purports to be based in ideas of equality, transparency and trust between specialists, the chapters of this dissertation dedicated to conception, pregnancy and the postpartum reveal that its implementation in the district of Sikka has in fact led to the opposite.

Such an attitude can be understood in the context of the *colonial gaze* (Butt & Munro 2007) toward the *du'a rawin* and is seen reflected in the proliferation of biomedical discourse that delegitimizes the reproductive work of these local experts<sup>334</sup>. So despite the fact that they continue to claim that they are “working together”, in particular to demonstrate that the *du'a rawin* collaborate as *kader* to disseminate biomedical knowledge and also to share information about rural mothers with biomedical authorities<sup>335</sup>, the situation is rife with hypocrisy.

Dr. Yose Luis, the representative of the biomedical sector in the district of Sikka, acknowledges that in those areas where the *kader* and *bidan* work well together, maternal mortality is lower. As a result, he is firm in his belief that such cooperation must be cultivated, a stance that is supported by the data shared here in chapters 5, 6, 7 and 8 which suggest that improving relations between the *bidan* and

---

<sup>334</sup> A belief in the superiority of biomedicine as contrasted with a view of the *dukun bayi* as “backward” (BI *kurang maju*) and antithesis to the modernization pursued by the country can be viewed as a direct descendent of both Dutch colonization and the stated mandate of the administration of President Suharto.

<sup>335</sup> Magrath (2016) relates similar strategies among districts in west Java that involve paying for the studies of future *dukun bayi* to become *bidan*.

*du'a rawin* is important not only because these specialists work most often as *kader*, but also because they are at the same time acting as guardians of local culture in the period of matrescence.

Given that the current situation in which the *bidan* and *du'a rawin* are operating generates tension between the two groups of specialists and also with rural mothers, subsequent chapters of this work outline more clearly the level of (dis)satisfaction inherent in these groups' interactions during the periods of conception, pregnancy, childbirth and the postpartum, in order to elucidate the attendant consequences using an intersectional framework of power, inequality, exclusion and tension.

The chapter 5 focuses specifically on the phase of conception, revealing that the *du'a rawin* are the specialists most often consulted not only by mothers but also by the *bidan* in cases of infertility. While the *bidan* and other local biomedical professionals do combine local ancestral methods with consultation with a gynecologist, most rural women do not have the financial resources to access such consultation.

Regardless of whether or not these local workers are biomedical professionals, they all share the culturally based conviction that having children is a duty of reciprocity, that is, a necessary way of thanking the ancestral community for the miracle of life. Whether or not one is able to reproduce depends on the will of God and one's ancestors. Consequently, difficulties conceiving are often understood as problems within the couple, and in their relationship to God, their ancestors, and the natural world, problems that they trust a *du'a rawin* to be able to resolve.

This reality easily leads to feelings of contradiction, shame and guilt among the *bidan*, who find themselves obligated to promote the

idea that the knowledge held by the *du'a rawin* is dangerous and unnecessary, now that the people have access to biomedical specialists in the form of the *bidan* themselves. This situation makes it difficult for the *bidan* to harmonize their work with their culture without resorting to secrecy, even when in private they recognize the complementarity of the two specialties and admit that the knowledge of the *du'a rawin* encompasses a spiritual component<sup>336</sup> that is lacking in their own approach.

In this way, despite the fact that persistent infertility in rural contexts is often related to a lack of access to assisted reproductive technology, ancestral knowledge holds a position of authority in a climate of *cultural safety* (Williams 1999) by respecting the prescribed order of precedence inherent in various local approaches that endorse family support and the help of the *du'a rawin*.

The chapter 6 delves more deeply into the practices followed by the *bidan*, the *du'a rawin* and rural mothers during pregnancy. Via the ethnographic description of an outing with Aurelia, a rural mother from Bola, the text demonstrates how pregnancy among Sikka mothers evolves as a sort of dance between biomedical and ancestral practices, highlighting the tension that exists between the *bidan* and the *du'a rawin* during this crucial phase of the reproductive process.

Utilizing Mauss' (1925) concept of *gift* exchange to analyze the interactions of these specialists with rural pregnant women, we see that, within the parameters of reciprocity inherent in their culture, the exchanges are crucial to the success of the pregnancy. Consequently, the Eurocentric attitude of both the government and the biomedical sector toward the *du'a rawin* ensures that none of these "transactions"

---

<sup>336</sup> Hildebrand (2017) addresses this idea of a lack of spirituality in the practices of the *bidan*.

have an ideal outcome<sup>337</sup>. Although rural mothers, *du'a rawin*, *bidan* and other biomedical professionals agree that both medical checkups and ancestral practices are important to pregnancy for reasons of *percaya* (BI belief, trust) and reciprocity toward one's ancestors, opinions with respect to the work of the *du'a rawin* vary widely among these collectives.

Although both the *bidan* and the *du'a rawin* occupy important positions in the Sikka community, the biomedical sector would clearly prefer for the latter to simply disappear. To that end, the *bidan* are obligated to affirm in public that the practices of the *du'a rawin* are dangerous to pregnancy. As a result, the sector ignores the fact that the majority of the *bidan* and other biomedical professionals are native to the district and grew up alongside these guardians of Adat, as their family members and neighbors.

All of this gives rise to a situation in which local biomedical professionals, seeking a way to comply with their ancestral community, experience significant difficulty and contradiction in attempting to reconcile their Sikka identity with the western education they received. For example, some *bidan* use remedies prepared for them by the *du'a rawin* in secret, out of fear of losing their professional credibility and status as model citizens if the community were to find out. At the same time, nurses who use the services of a *du'a rawin* while also seeing a *bidan* feel harshly judged by their colleagues, and health professionals married to *du'a rawin* are forced to hide the pride they feel in their spouse while at the same time reminding people that using their services can result in a fine. The result is a devaluing of

---

<sup>337</sup> This approach is utilized by Hildebrand (2017) in her study regarding why rural women seek the counsel of the *bidan* less than expected to resolve conflicts, inequalities, and issues of power and status.

their status as both health professionals and members of the Sikka community.

The same tensions lead rural mothers to hide from their *bidan* the fact that they are also using the services of *du'a rawin* during their pregnancy, in order to avoid judgment and sanctions. Consequently, relationships between pregnant women and *du'a rawin* are generally transparent and trusting, while those between mothers and *bidan* can be opaque and lacking in trust. This situation is only amplified when mothers live close to *puskesmas*, where the majority of *bidan* are located.

For their part, the *du'a rawin* cautiously say that they are happy to work with the *bidan*, while at the same time they are confused by the apparent lack of reciprocal feeling on the latter's part. They fail to understand how, while the *du'a rawin* seek to cooperate with the *bidan*, not only do the *bidan* often fail to pay them the promised fee<sup>338</sup>, they also spread stories and rumors detrimental to the reputation of the *du'a rawin*. Nevertheless, they are painfully aware that in order to meet the goal of perpetuating the gift and to avoid problems, they simply have to resign themselves to the situation and pretend as though everything is going fine.

In chapter 7, dedicated to childbirth, a *du'a rawin* explains that in years past, this event was physically and emotionally sacred, and it was meant to take place at home among ancestral practices that were designed to maintain the connections among the laboring mother, her child, the ancestral community, the natural world, and God, to ensure that everything turned out well in the end. In the present day, while certain ancestral practices and the harmony that they engender continue to be crucial in the eyes of rural mothers, these mothers also

---

<sup>338</sup> Magrath (2016) recounts a similar case in west Java.

acknowledge the ability of the team of *bidan* to deal with complications during the birth process, and ultimately to prevent death.

The medicalization of the childbirth process in the district is bringing about precipitous changes in the local way of childbirth, particularly since the outlawing of home birth in 2009, a measure that continues to be a priority given its success in reducing maternal mortality in the province by 40% between 2009-2014 (AIPMNH 2015). However, although the ideal birth experience for mothers employs a humanized model<sup>339</sup> (Davis-Floyd 2001), and the biomedical sector of Indonesia says that it aspires to the same, the reality is that this type of humanized birth experience remains out of reach for most mothers in Sikka.

Although in general, rural mothers express a desire to give birth at medical facilities, home-based births still preoccupy biomedical professionals, who suspect that the reasons rural women provide for having given birth at home hide the truth: “We believe there are those who, planning it and wanting it [to deliver at home], deliberately decide not to come to the *puskesmas*, but we don’t know why”, explains one such professional.

The fact is that while certain mothers may give birth at home for reasons that biomedical professionals purport to understand, the experiences of those mothers and the *du’a rawin* that accompany them, together with the various forms of *obstetric violence*<sup>340</sup> observed in both spaces (lack of emotional support, genital exposure and unnecessary vaginal contact, the use of episiotomies and stitches

---

<sup>339</sup> The humanistic model of childbirth is characterized by combining medicine and biomedical practice with other practices that help to produce a secure environment for each woman. This model is becoming more and more popular throughout the world (Davis-Floyd 2001).

<sup>340</sup> Codified for the first time by the Venezuelan government in 2007.

without consent, being forced to give birth lying down, the employment of discredited techniques such as the Kristeller method, and precipitous cord-cutting) all serve to highlight the suffering experienced by these women in biomedical labor wards, thereby directly answering “why” some women continue to seek out alternatives to biomedical birth.

Lastly, chapter 8, which is focused on the postpartum period, analyzes certain crucial rituals and practices during this period at a time when the survival of such practices as warm herbal baths and the *lodong me* ritual is in question due to increasing biomedical influence and its dismissive attitude toward such practices and *du'a rawin* that enact them. While local *bidan* and the rural mothers they serve continue to observe the majority of ancestral practices in the postpartum, mothers view as essential the services of the *du'a rawin* and the use of warm herbal baths in the first few days after delivery.

As a result, these mothers perceive that it's better to hide their use of the bathing ritual from the *bidan*, given that the *bidan* prohibit the practice before vaginal sutures have come out, while also speaking negatively about the work of the *du'a rawin* in general. Because the typical stay in a *puskesmas* has increased to three days after birth since 2016, new mothers have to wait until they are back at home before engaging in the bathing ritual. This delay in expelling the *darah kotor* (BI tainted blood) causes significant worry for new mothers and their families, who believe it is detrimental to her health, which in turn causes negative feelings toward the *bidan* that the new mothers hide so as not to be judged or viewed as ungrateful.

The ritual of *lodong me*, on the other hand, typically officiated by the *du'a rawin*, is important for families with respect both to matrescence and establishing the baby on a “good” path in life.

However, due to the suspicion held by biomedical professionals toward *du'a rawin*, the Sikka nostalgically lament that its celebration is in decline, due to a progressive, individualist economy that has changed a shared, community event into something more intimate, as well as from a ritual performed for all children to one that now usually only happens for the first male offspring.

This results of this dissertation confirm what has been observed by other important anthropological works in this field (Ginsburg & Rapp 1995), namely that delving deeply into the reproductive practices of a community – in this case, the Sikka – provides insight not only into important cultural aspects of that community, but also into the policies that impact reproductive practices and lead to inequalities.

With respect to the overall objective of contributing to the understanding of the crucial relationship between the *bidan* and the *du'a rawin* in Indonesia, given that a significant part of the success or failure of reproductive agendas is a result of the beneficial interactions between the people who provide healthcare services and those who receive them (Hildebrand 2017), this dissertation demonstrates that there are still significant deficits in the interactions among these groups in the Sikka district, deficits that impede a productive camaraderie for both.

This investigation is not intended to call into question the work of professionals who are doing their utmost in challenging circumstances, but rather the local reproductive agendas that foment competition between the two types of specialist, instead of cooperation. In the Sikka district, Eurocentric policies, the inheritance of both the colonial period and the centralist regime of Suharto, are designed to meet international objectives by ceaselessly seeking to

control women's reproduction, including by positioning the *du'a rawin* as passé and the *bidan* as the official source of authorized knowledge.

The Sikka reality, however, seeks something altogether different, demonstrating that relentless and authoritarian interaction between the state and local populations leads to a sort of passive resistance on the latter's part, arising out of local notions of legitimacy and obligation (Bowen 1986). The weapon of resistance in the Sikka community is clearly that of secrecy, which goes beyond that employed by rural mothers and *du'a rawin* toward the *bidan*, to encompassing the approach of local health professionals toward the *bidan* and that of the *bidan* toward the rest of the community. Ultimately, so much secrecy results in turning the *du'a rawin*, and consequently the needs of local mothers they serve, into a sort of social taboo.

This *modus operandi* on the part of the biomedical sector only serves to cultivate a lack of transparency about reproductive processes between mothers and their community and the *bidan*, complicating the shared objective of improving women's reproductive health and lowering maternal and neonatal mortality rates. The key seems to lay in the Eurocentric perspective of the colonial attitude toward Adat kelahiran, in considering it inferior to biomedical knowledge.

This dissertation proposes that, in order to ensure that the entire community is working together toward the same goals, the biomedical sector should refrain from viewing the use of Adat kelahiran in the work of the *du'a rawin* as threatening and attempting to make it invisible, but instead should value such work as something complementary to their own, and which the mothers themselves need

for their physical health and emotional wellbeing throughout their reproductive life.

The Sikka community views Adat as part of their identity and cultural heritage, a fact that should be understood as a fundamental characteristic of a culturally distinct district in a democratic and decentralized country that purportedly seeks to adjust its policies based on the local context. Proof of the fundamental nature of this Sikka belief, as well as support for the idea that such belief is in no way a threat to the biomedical sector, can be found in the fact that many *bidan* and other local health professionals themselves use the services of the biomedical sector and the *du'a rawin* simultaneously.

This somewhat contradictory reality reveals much about the contemporary reproductive context of the Sikka district: not only the Eurocentric foundation of the local reproductive agenda, but also the complementarity of the *bidan* and *du'a rawin*, the necessity of local mothers to continue following ancestral practices, the desire to maintain those practices for reasons of *percaya* (BI trust), the reciprocity toward the ancestral community for the gift of life, and finally, the necessity of employing secrecy as the only available manner to engage in traditional practices given that acknowledging them publicly can engender negative consequences.

As demonstrated by various authors in *Conceiving the New World Order* (Ginsburg & Rapp 1995), the Sikka context reveals that despite the attempted imposition of certain reproductive agendas, ideas, policies and practices, in the end they will always adapt to the cultural logic of the area in question. In January 2016, with the goal of cultivating better relations between *bidan* and *du'a rawin*, Joko Widodo, President of Indonesia, advocated at the International Family Planning Conference for female empowerment as a way of improving

women's reproductive health. However, implementing the ideas comprised by these words is proving more difficult than saying them, particularly in the context of a state with a paternalistic tradition (Niehof 2014), as well as local contexts that continue to adopt mechanisms of recentralization (Magrath 2016).

This dissertation proposes that one way to begin to put in to practice the words of the president is to listen to the voices of rural Sikka women with respect to what they consider best for their own reproductive health. In this way, this investigation makes clear the female collective's need for their reproductive processes to take place within a climate of *menghargai* (BI respect) between *bidan* and *du'a rawin*, in considering both groups essential to their both their physical and their emotional health and wellbeing.

This need is often overlooked by the biomedical sector, not only in places like Indonesia, but in western sociocultural contexts as well (Davis-Floyd 2018). For example, El Kotni (2016, 2019) describes how in Mexico, midwives from various cultures are fighting for recognition of their acquired knowledge from the state, in order to repair the damage to their reputation caused by governmental attribution of maternal mortality to their practices. In their argument, they raise questions about respect, the relationships they have with the women they care for, and the value of their local knowledge in context.

In the case of the Sikka, this concept of local desires as reality was perfectly reflected in a specific moment during an interview with Symplisius Dasi<sup>341</sup> (2013). At the end of a long conversation about the value of Adat, Dasi shared that Adat is a type of knowledge that is always developing and adapting itself to contemporary needs. At that

---

<sup>341</sup> Local author of *Mengenal budaya leluhur* (BI Understanding the Culture of Our Ancestors), written to allow future generations to learn Adat.

moment, her daughter, coincidentally a *bidan*, entered the room and said: “What we are talking about is what I’m always telling you: Your grandmother was a *du’a rawin*, and you should never forget where you come from”.

In the end, if the local community, including the *du’a rawin*, can recognize the *bidan* as a necessary part of reproductive processes, it is in turn up to the local biomedical sector to acknowledge the importance of these specialists of ancestral knowledge to the region’s sociocultural identity and to the wellbeing of Sikka women, thereby fostering complementarity and cooperation among these groups, instead of confrontation.

## X. Glosario

## Glosario

**Adat kelahiran:** dentro del patrimonio cultural sikka aunado en el Adat, el Adat kelahiran supone aquella parte de rituales, prácticas y creencias alrededor del proceso reproductivo.

**Adat kematian:** para referirse a los rituales, prácticas y creencias alrededor de las alianzas matrimoniales.

**Adat perkawinan:** en este caso, a los rituales, prácticas y creencias alrededor de la muerte.

**AIPMNH:** siglas que vienen de *Australia and Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health*.

**BI:** siglas para indicar *Bahasa Indonesia*.

**Bidan:** término indonesio para denominar a las matronas biomédicas. Se utiliza *bidan* a secas para las matronas biomédicas en general, y también para aquellas que trabajan en un hospital o *puskesmas*.

**Bidan desa:** se utiliza cuando se quiere especificar que son las *bidan* encargadas de un poblado concreto.

**Bidan pembantu:** se utiliza cuando se quiere especificar que las *bidan* que trabajan habitualmente en el *puskesmas*, ejercen cuando es necesario de ayudantes para las *bidan desa*.

**Bidan senior:** término utilizado de forma informal para referirse a aquellas *bidan* veteranas.

**Desa:** se traduce como poblado y está compuesto por diferentes vecindarios o *dusun*.

**Du'a rawin:** término local para referirse a las mujeres especialistas en el conocimiento obstétrico local.

**Dukun bayi:** término indonesio utilizado de forma genérica en Indonesia para hacer referencia a aquellas mujeres que encarnan el conocimiento obstétrico autóctono de sus comunidades. Debido a que

Indonesia abarca una gran diversidad cultural, cada lugar asigna en su lengua local el nombre que comprende las particularidades de estas especialistas. Por ejemplo, en el distrito Sikka son conocidas como *du'a rawin* y en Java occidental como *paraji* (Ambaretnani 2012).

**Dukun liar:** *dukun bayi* sin nociones biomédicas al no haber realizado cursos para ello.

**Dukun terlatih:** *dukun bayi* con ciertas nociones biomédicas al haber realizado cursos para ello.

**Dusun:** son los distintos vecindarios que componen un poblado o *desa*, que no tienen porque estar cerca los unos de los otros; pueden estar separados por bastante terreno selvático.

**Ilmu warisan:** conocimiento ancestral heredado de generación en generación.

**Kabupaten:** en Indonesia es la división administrativa del territorio que se encuentra directamente debajo de una provincia.

**Kader:** mujeres rurales que se ofrecen voluntarias para ayudar a las *bidan*, fomentando y vigilando la salud reproductiva de las mujeres de su vecindario, a cambio de *sukarela* (BI compensación económica variable).

**KBDD:** siglas Kemitraan Bidan dan Dukun para referirse a la asociación o trabajo conjunto de *bidan* y *dukun bayi*.

**Kecamatan:** traducido como subdistrito. En Indonesia es la división administrativa del territorio que se encuentra directamente debajo de un *kabupaten* o distrito.

**Mama kandung:** madre biológica.

**Matrescencia:** periodo de transición por el que pasa la mujer de no tener hijos/as a sentirse madre (Raphael 1973).

**Modernidad:** movimiento europeo y estadounidense que se inició en el s. XVIII en pleno contexto de revolución industrial, comenzando

a regularizar diversos aspectos cotidianos como salud, cuerpo, saber, trabajo, espacio y tiempo para la maximización y productividad de la vida misma (Foucault 2001[1966]). Este proceso afectó a sus colonias, queriendo implantar en dichos territorios este sistema, de ahí que la modernidad esté también relacionada a la continua apropiación/colonización de otros conocimientos locales a través de mecanismos de poder en numerosos aspectos diarios (Foucault 1973, Giddens 1989, Habermas 1989).

**NTT:** siglas para indicar la provincia Nusa Tenggara Timur.

**Ojek:** hombres que utilizan sus motos para llevar a personas de un sitio a otro tras pactar un precio previo.

**Polindes:** viene de *Pondok Bersalin Desa*, traducido como “centro del poblado para la atención al parto”. La *bidan desa* suele vivir y atender aquí a las mujeres de su *desa* (BI poblado). Si bien hace unos años las mujeres podían dar a luz aquí, ahora está destinado a la planificación familiar y a las fases del embarazo y posparto.

**Poskesdes:** viene de *Pos Kesehatan Desa*, traducido como “puesto del poblado para la salud”.

**Posyandu:** viene de *Pos Pelayanan Terpadu* y hay uno por vecindario. Es un espacio reservado para realizar reuniones mensuales con embarazadas y madres con hijos/as menores de cinco años para chequearles la salud.

**Puskesmas:** centro de salud comunitario de atención primaria (suele haber uno por subdistrito).

**Pustu:** viene de *Puskesmas Pembantu*, traducido como “centro de apoyo al *puskesmas*”. Atendido generalmente por una enfermera/o para cuestiones sobre salud general.

**Revolusi KIA NTT:** programa de la provincia NTT para la salud materna e infantil.

**Sarong:** pareo confeccionado por las mujeres locales en base a la técnica y diseños ancestrales.

**SBA:** la OMS utiliza este término para referirse a las *Skilled Birth Attendants* o matronas biomédicas.

**SS:** siglas para indicar palabras en lengua sikka.

**TBA:** la OMS utiliza este término asociado a las *Tradicional Birth Attendants* o matronas formadas en el conocimiento médico local de sus culturas.

## XI. Referencias

AbouZahr, C. & Wardlaw, T. (2003). Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization*, 79:561-568.

Agus, Y., Horiuchi, S., & Porter, S. (2012). Rural Indonesian women's traditional beliefs about antenatal care. *BMC Research Notes*, 5:589-596.

AIPMNH (2015). *Activity completion report, January 2009-June 2015*. Jakarta: AIPMNH. Allerton, C. (2013). *Potent landscapes: place and mobility in Eastern Indonesia*. Honolulu: University of Hawai'i Press.

Ambaretnani, P. (2012). *Paraji and bidan in Rancaekek: integrated medicine for advanced partnerships among traditional birth attendante and community midwives in the Sunda region of West Java, Indonesia* (Tesis Doctoral). Leiden University, Holanda.

Arensberg, C. M. (1972). Culture as behavior: structure and emergence. *Annual Review of Anthropology*, 1:1-26.

Arndt, P. (1932). *Mythologie, religion und magie im Sikagebiet (ostl. Mittelflores)*. Ende: Arnoldus.

-----([1933]2002). *Hubungan kemasyarakatan di Wilayah Sikka (Flores Tengah Bagian Timur)*. Maumere: Penerbit Puslit Candraditya.

Avakian, A. V. & Haber. B. (2005). *From Betty Crocker to feminist food Studies: critical perspectives on women and food*. Boston, MA: University of Massachusetts Press.

Bachelard, G. (1975). *La poética del espacio*. Buenos Aires: FCE.

Barker, J. (2008). Beyond Bandung: developmental nationalism and (multi) cultural nationalism in Indonesia. *Third World Quarterly*, 29(3):521-540.

Becerra-Chauca, N. (2015). Maniobra Kristeller: una revisión de su práctica. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 11(2):1-9.

Becerra-Chauca, N. y Failoc-Rojas, V. E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2):1-13.

Beding, B. M. dan Lestari-Beding, S. I. (2001). *Pelangi Sikka, rekaman Jurnalistik*. Maumere: Pemda Kabupaten Sikka.

Bennett, L. R. (2005). *Women, Islam and modernity: single women, sexuality and reproductive Health in Contemporary Indonesia*. Nueva York, NY: Routledge.

----- (2017). Indigenous healing knowledge and infertility in Indonesia: learning about cultural safety from Sasak midwives. *Medical Anthropology*, 36(2):111-124.

Bennett, L. R. & Davies, S. G. (2015). *Sex and sexualities in contemporary Indonesia: sexual politics, health, diversity and representation*. Londres: Routledge.

Bennett, L. R. & De Kok, B. (2018). Reproductive desires and disappointments. *Medical Anthropology*, 37(2):91-100.

Bennett, L. R., Wiweco, B., Bell, L., Shafira, N., & Pangestu, M. (2015). Reproductive knowledge and patient education needs among Indonesian women infertility patients. *Patient Education and Counseling*, 98:64-69.

Bennett, L. R., Wiweco, B., Hinting, A., Adnyana, I. P., & Pangestu, M. (2012). Indonesian infertility patients' health seeking behaviour and patterns of access to biomedical infertility care: An interviewer administered survey conducted in three clinics. *Reproductive Health*, 9(24):1-7.

Bhutta, Z. A. & Black, R. E. (2013). Global maternal, newborn, and child health: So near and yet so far. *New England Journal of Medicine*, 369(23):2226-2235.

Blackburn, S. (2004). *Women and the State in modern Indonesia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bohannan, P. (1992). *Para raros, nosotros. Introducción a la antropología cultural*. Madrid: Akal Ediciones.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva, C. F., Diniz, A. L., Tuncalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R. Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health

facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6):1-32.

Bonet, M., Ota, E., Chubueze, C. E., & Oladapo, O. T. (2017). Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11:1-34.

Bourdieu, P. ([1980]1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Bowen, J. R. (1986). On the political construction of tradition: Gotong Royong in Indonesia. *The Journal of Asian Studies*, 45(3):545-561.

Bowser, D. & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Boston: Harvard School of Public Health.

Briggs, L. (2017). *How All Politics Became Reproductive Politics: From Welfare Reform to Foreclosure to Trump*. Oakland, CA: University of California Press.

Brown, C. (2003). *A short history of Indonesia: the unlikely nation?* Nueva Gales del Sur: Allen & Unwin.

Browner, C. & Sargent, C. (2011a). *Reproduction, globalization, and the State: new theoretical and ethnographic perspectives*. Durham, NC: Duke University Press.

----- (2011b). Introduction: Toward global anthropological studies of reproduction: concepts, methods, theoretical approaches. En C. Browner & C. Sargent (Eds.). *Reproduction, globalization, and the State: new theoretical and ethnographic perspectives* (pp. 1-19). Durham, NC: Duke University Press.

Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23(3):263-285.

Butt, L. & Munro, J. (2007). Rebel girls? Unplanned pregnancy and colonialism in highlands Papua, Indonesia. *Culture, Health & Sexuality*, 9(6):585-598.

Butterworth, D. J. (2008). *Lessons of the ancestors: ritual, education, and the ecology of mind in an Indonesian community* (Tesis Doctoral).

University of Melbourne, Australia.

----- (2009). Precedence, contestation, and the deployment of sacred authority in a Florenese village. En M. P. Vischer (Ed.). *Precedence. Social differentiation in the Austronesian world* (pp. 167-190). Canberra: ANU E Press.

Calister, L. C. (1995). Cultural meanings of childbirth. *Journal of Obstetrics, Gynecology & Neonatal Nursing*, 24(4):327-331.

Castro, A. (1999). Commentary: increase in caesarean sections may reflect medical control not women's choice. *British Medical Journal*, 319:1401-1402.

Castro, A. & Savage, V. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(138):1-27.

----- (2018). Obstetric Violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2):1-15.

Castro, A., Savage, V., & Kaufman, H. (2015). Assessing equitable care for indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 38(2):96-109.

Castro, R. & Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1):90-110.

----- (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México [25 years of research on obstetric violence in Mexico]. *Revista CONAMED*, 19(1):37-42.

Che Chi, P. & Urdal, H. (2018). The evolving role of traditional birth attendant in maternal health in post-conflict Africa: A qualitative study of Burundi and Northern Uganda. *Sage Open Medicine*, 6:1-9.

Chien, L. Y., Tai, C. J., Ko, Y. L., Huang, C. H., & Sheu, S. J. (2006). Adherence to "doing the month" practices associated with fewer physical and depressive symptoms among postpartum women in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 29(5):374-383.

Cholil, A., Iskandar, M. B., & Sciortino, R. (1998). *The life saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Jakarta: Kementerian Peraran

Perempuan.

Choudhry, U. K. (1997). Traditional practices of women from India: pregnancy, childbirth, and newborn care. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 26(5):533-539.

Claramita, M., Nugraheni, M., Van Dalen, J., & Van der Vleuten, C. (2013). Doctor-patient communication in a Southeast Asian setting: the conflict between ideal and reality. *Advances in Health Science Education*, 16:69-80.

Coffey, P. S & Brown, S. C. (2017). Umbilical cord-care practices in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(68):1-21.

Collins, E. C. (2007). *Indonesia betrayed: how development fails*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press.

Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2010). *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law*. Nueva York, NY: Clarendon Press.

Cosminsky, S. (1977). El papel de la comadrona en Mesoamérica. *América Indígena*, 37(2): 305-351.

----- (2016). *Midwives and mothers: the medicalization of childbirth on a Guatemalan plantation*. Austin: University of Texas Press.

D'Ambruoso, L., Martha, E., Izati, Y., Kiger, A., & Coates, A. (2013). Maternal mortality and severe morbidity in rural Indonesia. *Social Medicine*, 7:47-67.

Daru, J., Zamora, J., Fernández-Félix, B., Vogel, J., Oladapo, O. T., Morisaki, N., Tunçalp, Ö., Torloni, M. R., Mittal, S., Jayaratne, K., Lumbiganon, P., Togoobaatar, G., Thangaratinam, S., & Khan, K. S. (2018). Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. *The Lancet*, 6(5):548-554.

Dasi, S. (2013). *Mengenal Budaya Leluhur*. Maumere: Adolffy Gleko.

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American rite of passage*. Berkeley, CA: University of California Press.

----- (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 75(1):5-23.

----- (2018). *Ways of knowing about birth: mothers, midwives, medicine and birth Activism*. Long Grove, IL: Waveland Press.

Davis-Floyd, R. & Sargent, C. (1997a). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.

----- (1997b). Introduction: The anthropology of birth. En R. Davis-Floyd & C. Sargent (Eds.). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives* (pp. 1-51). Berkeley, CA: University of California Press.

Dayley, R. (2016). *Southeast Asia in the new international era*. Boulder, CO: West view Press.

De Certeau, M., Giard, L. y Mayol, P. (1999). *La invención de lo cotidiano: Habitar, cocinar*. México, D. F.: Universidad Iberoamericana.

De Moulin, D. (1989). Teaching of medicine in the Dutch East Indies. En A. M. Luyendijk-Elshout (Ed.). *Dutch Medicine in the Malay Archipelago, 1816-1942* (pp. 153-167). Amsterdam: Rodopi B.V.

Del Río, A. (2013). *Tawantinsuyo 5.0: Cosmovisión andina*. Bloomington, IN: Palibrio.

Dennis, C. L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, D., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health*, 3(4):487-502.

Depkes. (2004). *Buku asuhan persalinan normal*. Yakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Diccico-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). Making sense of qualitative research: the qualitative research interview. *Medical Education*, 40:314-321.

D'Oliveira, A. F., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359:1681-1685.

Douglas, M. (1966). *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. Nueva York, NY: Routledge.

Dower, J. W. (1986). *War without mercy: race and power in the Pacific War*. Nueva York, NY: Pantheon.

Dreyfus, H. & Rabinow, P. (1983). *Michael Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Dunn, P. M. (2003). Dr. Erasmus Darwin (1731-1802) of Lichfield and placental respiration. *Arch Dis Child Fetal Neonata*, 88:346-348.

El Kotni, M. (2016). "*Porque Tienen Mucho Derecho*". *Parteras, biomedical training and the vernacularization of human rights in Chiapas* (Tesis Doctoral). State University of New York, Albania.

-----(2018). Structural violence: an important factor of maternal mortality among indigenous woman in Chiapas, Mexico. En D. Schwartz (Ed.). *Maternal health, pregnancy-related morbidity and death among indigenous women of Mexico and central America: An anthropological, epidemiological and biomedical approach* (pp.147-167). Cham: Springer.

-----(2019). Regulating traditional Mexican midwifery: practices of control, strategies of resistance. *Medical Anthropology*, 38(2):137-151.

Elson, R. (2008). *The idea of Indonesia: A history*. Cambridge: Cambridge University Press.

Emmerson, D. K. (1999). *Indonesia beyond Suharto: polity, economy, society, transition*. Nueva York, NY y Londres: M. E. Sharpe.

Fernández del Castillo, I. (2006). *La revolución del nacimiento*. Barcelona: ediciones Granica.

Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O. M. R., Graham, W. J., Mills, A., Borghi, J., Koblinsky, M., & Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet*, 368:1535-1541.

Firth, R. ([1936]2004). *We, the Tikopia: a sociological study of kinship in primitive Polynesia*. Londres: Routledge.

Foster, G. & Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. Nueva York, NY: John Wiley K Sons.

Foucault, M. (1973). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets Cuadernos Marginales.

-----(1976). *Histoire de la sexualité. Vol 1. La volonté de savoir*. París: Gallimard.

-----(1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

-----([1963]2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D. F.: Siglo XXI Editores.

Fowler, E. (2013). *Advancing reproductive rights in a religious world: a comparative survey of reproductive rights in Poland, Indonesia and Israel* (Tesis de Máster). University of Toronto, Canadá.

Fox, J. J. (1988). *To speak in pairs: essays on the ritual languages of Eastern Indonesia*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fox, J. J. & Lewis, E. D. (1993). Ata Sikka. En P. Hockings (Ed.). *Encyclopedia of World Cultures. Volume V: East and Southeast Asia* (pp. 19-22). Boston, MA: G. K. Hall & Co.

Freedman, L. P. & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948):42-44.

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a Research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12):915-917.

Frenk, S. (1995). Pica: ¿Trastorno de la conducta o necesidad orgánica? *Cuadernos de Nutrición*, 18(2):7-14.

Gallardo, M. H. (2013). Alfred Russel Wallace (1823-1913): Obra y figura. *Revista Chilena de Historia Natural*, 86:241-250.

Geertz, C. (1960). *The religion of Java*. Chicago, IL y Londres: The

University of Chicago Press.

----- (1983). *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.

Geethanath, R. M., Ramji, S., Thirupuram, S., & Rao, Y. N. (1997). Effect of timing of cord clamping on the iron status of infants at three months. *Indian Pediatrics*, 34:103-106.

Gélis, J. (1991). *History of childbirth*. Boston, MA: Northeastern University Press.

Gellately, R. & Kiernan, B. (2003). *The specter of genocide: mass murder in historical perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Georges, E. (2008). *Bodies of knowledge: the medicalization of reproduction in Greece*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Gerrits, T. & Shaw, M. (2010). Biomedical infertility care in Sub-Saharan Africa: a social science review of current practices, experiences and view points. *Facts, views & vision in Obygn*, 2(3):194-207.

Giddens, A. (1989). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.

Ginsburg, F. & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20:311-343.

----- (1995a). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley, CA: University of California Press.

----- (1995b). Introduction: Conceiving the new world order: the global politics of reproduction. En F. Ginsburg & R. Rapp (Eds.). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 1-19). Berkeley, CA: University of California Press.

Goodburn, E. A., Chowdhury, M., Gazi, R., Marshall, T., & Graham, W. (2000). Training traditional birth attendants in clean delivery does not prevent postpartum infection. *Health Policy and Planning*, 15(4):394-399.

Grace, J. (1996). Healers and modern health services: antenatal,

birthing and postpartum- care in rural East Lombok, Indonesia. En P. L. Rice & L. Manderson (Eds.). *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 145-167). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Grey, E. D. (2009). *Doing research in the real world*. Londres: Sage.

Grayman, J. H. (2017). Topography and scale in a community-driven maternal and child health program in Eastern Indonesia. *Medicine Anthropology Theory*, 4(1):46-78.

Grigoryan, R., Thompson, M. E., Crape, B., & Hekimian, K. (2015). Explaining women's high satisfaction with objectively poor quality childbirth services: Armenia as a case study. *Health Care for Women International*, 36(1):121-134

Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Habermas, J. (1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid: Taurus.

Hahn, R. A. (1999). *Anthropology in Public Health*. Oxford: Oxford University Press.

Harding, S. (2008). *Sciences from below: feminisms, postcolonialities, and modernities*. Durham, NC: Duke University Press.

Harrison, K. (1989). Maternal mortality in developing countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96:1-3.

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *The journal of the American Medical Association*, 293(17):2141-2148.

Hay, M. C. (1999). Dying mothers: maternal mortality in rural Indonesia. *Medical Anthropology*, 18(3):243-279.

----- (2004). *Remembering to live: Illness at the intersection of anxiety and knowledge in rural Indonesia*. Ann Arbor MI: University of Michigan Press.

Herrera-Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24:65-73.

Hildebrand, V. (2009). *Sumbawan obstetrics: the social construction of obstetrical practice in rural Indonesia* (Tesis Doctoral). Washington University in St. Louis, EEUU.

----- (2012). Scissors as symbols: disputed ownership of the tools of biomedical obstetrics in rural Indonesia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(3):557-570.

----- (2013). Midwifery, morality, and human rights: views from a rural Indonesian clinic. *Annual Meeting of the American Anthropological Association*. Chicago, 20-24 de noviembre.

----- (2017). Gift giving, reciprocity and exchange. En E. Ettore, E. Annandale, V. M. Hildebrand, A. Porroche-Escudero, & Rothman, B. K. (Eds.). *Health, culture and society: conceptual legacies and contemporary applications* (pp. 179-211). Cham: Palgrave Macmillan.

Hildebrand, V. & Barkin, G. (2014). Midwife radio: the entangled trajectories of global health programming, broadcast media, and the Indonesian state. *Anthropological Quarterly*, 87(4):1105-1136.

Hochschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3):551-575.

----- (1990). Ideology and emotion management: a perspective and path for future research. En T. D. Kamper (Ed.). *Research Agendas in the Sociology of Emotions* (pp. 117-142). Nueva York, NY: State University of New York Press.

Hockings, P. (1993). *Encyclopedia of world cultures (vol. 5): East and Southeast Asia*. Londres: Macmillan.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, J., & Sakala, C. (2012). Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10:1-59.

Hull, T. (2003). The political framework for family planning in Indonesia: three decades of development. En A. Niehof & F. Lubis (Eds.). *Two is enough* (pp. 57-81). Leiden: KITLV Press.

Hull, T. & Adioetomo, S. M. (2002). Women, family planning and decentralisation: new variations on old themes. En K. Robinson & S. Bessell (Eds.). *Women in Indonesia: gender, equity and development* (pp. 235-249). Singapur: Institute of Southeast Asian Studies.

Hull, T. & Hull, V. (2005). From family planning to reproductive health care: a brief history. En T. Hull (Ed). *People, populations and policy in Indonesia* (pp. 1-70). Yakarta: Equinox Publishing.

Hunter, C. (2002). Embracing modernity: transformations in Sasak confinement practices. En S. Rozario & G. Samuel (Eds.). *The daughters of Hariti: childbirth and female healers in South and Southeast Asia* (pp. 279-297). Londres y Nueva York, NY: Routledge.

Hydrick, J. L. (1942). *Intensive rural hygiene work in the Netherlands East Indies*. Nueva York, NY: The Netherlands Information Bureau.

Iacob, A. M. (2010). *Through the eyes of the family: an exploratory research on infant and maternal health care beliefs and practices in two villages in West-Lombok* (Tesis de Máster). Wageningen University, Holanda.

Inhorn, M. (1994). *Quest for Conception*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.

Inhorn, M. C. & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted reproductive technologies and culture change. *Annual Review of Anthropology*, 37:177-96.

Iskandar, M. B., Utomo, B., Hull, T., Dharmaputra, N. G., & Azwar, Y. (1996). *Unraveling the mysteries of maternal death in West Java: reexamining the witnesses*. Yakarta: University of Indonesia.

Istiadah. (1995). *Muslim women in contemporary Indonesia: investigating paths to resist the patriarchal system*. Clayton, CA: Monash University.

Janssen, P. A., Hanley, G. E., & Greyson, D. (2010). Regional variation in the cesarean delivery and assisted vaginal delivery rates. *Obstetrics & Gynecology*, 115(6):1201-1208.

Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7):377-383.

Jolly, M. (1998). Introduction: Colonial and postcolonial plots in histories of maternities and modernities. En K. Ram & M. Jolly (Eds.). *Maternities and Modernities: Colonial and Postcolonial Experiences in Asia and the Pacific* (pp. 1-25). Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Jordan, B. (1978). *Birth in four Cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publication.

----- (1989). Cosmopolitan obstetrics: some insights from the training of traditional midwives. *Social Science & Medicine*, 28(9): 925-944.

----- (1992). Authoritative knowledge and its construction. *Introductory remarks to symposium on 'Birth in twelve cultures: papers in honor of Brigitte Jordan'*. Annual Meeting of the American Anthropological Association, Xerox Palo Alto Research Center and Institute for Research on Learning, San Francisco, CA, diciembre.

----- ([1978]1993). *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois, IL: Waveland Press.

----- (1997). Authoritative knowledge and its construction. En R. Davis-Floyd & C. Sargent (Eds.). *Childbirth and authoritative knowledge* (pp. 55-79). Berkeley, CA: University of California Press.

Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4):358-366.

Kimani, V. N. (1981). The ansystematic alternative: towards plural health care among the Kikuyu of central Kenya. *Social Science & Medicine*, 15(3):333-340.

KINERJA. (2015). *Aceh Singkil achieves Indonesia's first-ever UNPSA win*. Yakarta: USAID Indonesia

Kitley, P. (2000). *Television, Nation and Culture in Indonesia*. Athens: Ohio University Center for International Studies.

Kitzinger, S. (1997). *The new pregnancy and childbirth*. Sydney: Penguin Books.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12(2-B):85-93.

-----(1979). Why do indigenous practitioners successfully heal? *Social Science & Medicine*, 13(1):1-84.

-----(1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Nueva York, NY: Basic Books.

-----(1995). *Writing at the margins. Discourse between anthropology and Medicine*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kode Mete, K. (2017). *Profil kesehatan 2016*. Kupang: Dinas Kesehatan.

Kruske, S. & Barclay, L. (2004). Effect of shifting policies on traditional birth attendant training. *Journal of Midwifery Womens Health*, 49:306-11.

Laderman, C. (1987). The Ambiguity of Symbols in the Structure of Healing. *Social Science and Medicine*, 24(4):293-302.

Lane, K. & Garrod, J. (2016). The return of the traditional birth attendant. *Journal of Glob Health*, 6(2):1-5.

Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.

-----(2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques. Le cru et le cuit*. París: Plon.

-----(1983). *Le regard éloigné*. París: Plon.

Levinson, D. & Ember, M. (1996). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Nueva York, NY: Henry Holt and Company.

Lewis, E. D. (1988a). *People of the source: the social and ceremonial order of the Tana Wai Brama on Flores*. Dordrecht: Foris Publications.

----- (1988b). A quest for the source: the ontogenesis of a creation myth of the Ata Tana 'Ai. En J. Fox. (Ed.). *To speak in pairs. Essays on the ritual languages of Eastern Indonesia* (pp. 246-281). Cambridge: Cambridge University Press.

----- (1989). Why did Sina dance? Stochasm, choice, and intentionality in the Ritual life of the Ata Tana 'Ai of Eastern Flores. En P. Alexander. (Ed.). *Creating Indonesian cultures. Oceania ethnographies* (pp. 175-198). Sydney: Oceania Publication.

----- (1994). Sikka Regency. En R. Hamilton (Ed.). *Gift of the cotton maiden: textiles of Flores and the Solor Islands* (capítulo siete). Los Angeles, CA: University of California.

----- (1996). Origin structures and precedence in the social orders of Tana 'Ai and Sikka. En J.J. Fox & C. Sather (Eds.). *Origins, ancestry and alliance: Explorations in Austronesian ethnography* (pp. 157-177). Canberra: Australian National University Press.

----- (1998a). The tyranny of the text: oral tradition and the power of writing in Sikka and Tana 'Ai, Flores. *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, 154(3):457-477.

----- (1998b). Don Alésu's quest: the mythohistorical foundation of the rajadom of Sikka. *History and Anthropology*, 11(1):39-74.

----- (1999). The encyclopaedic impulse: accounts of the origin of the rajadom of Sikka by two Sikkanese authors. *KITVL*, 155(3):543-578.

----- (2000). *Shot list (visuals, titles, voice-over narration, and sub-titles) To a celebration of origins*. Watertown, NY: Documentary Educational Resources Inc.

----- (2003). Ritual, metaphor, and the problem of direct exchange in a Tana Wai Brama child transfer. En P. Nas, G. Persoon, & R. Jaffe (Eds.). *Framing Indonesian realities: essays in symbolic anthropology in honour of Reimar Schefold* (pp. 27-51). Leiden: KITLV Press.

-----(2006a). From domains to rajadom: notes on the history of territorial categories and institutions in the rajadom of Sikka. En T. A. Reuter (Ed.). *Sharing the earth, dividing the land: land and territory in the Austronesian world* (pp. 179-210). Canberra: Australian National University Press.

-----(2006b). Ritual and reflexes of lost sovereignty in Sikka, a regency of Flores in Eastern Indonesia. *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde*, 162(2/3):306-335.

-----(2009). Precedence in the formation of the domain of Wai Brama and the rajadom of Sikka. En M. P. Vischer (Ed.). *Precedence. Social differentiation in the Austronesian world* (pp.133-165). Canberra: Australian National University Press.

-----(2010). *The stranger-kings of Sikka*. Leiden: KITLV Press.

-----(2016a). Authenticity and the textiles of Sikka. En J. C. H. Lee & M. Ferrarese (Eds.). *Punks, monks and politics: authenticity in Thailand, Indonesia and Malaysia* (pp. 125-143). Londres: Rowman & Littlefield Publishers.

-----(2016b). Precedence and hierarchy: meditations on an unanswered ethnological question. En M. Prager & L. Prager (Eds.). *Parts and wholes: essays on social morphology, cosmology, and exchange in honour of J.D.M Platenkamp* (pp. 51-75). Berlín: LIT Verlag.

Lewis, E. D. dan Pareira Mandalangi, O. (2008). *Hikayat kerajaan Sikka*. Maumere: Penerbit Ledalero.

Lewis, E. D., Asch, T., & Asch, P. (1994). *A celebration of origins*. Watertown, NY: Documentary Educational Resources.

Lewis, M. P. ([1951]2009). *Ethnologue: Languages of the world*. Dallas: SIL International.

Lindsey, T. (1999). *Indonesia: law and society*. Sydney: The Federation Press.

Liu-Chiang, C. (1995). Postpartum worries: an exploration of Taiwanese primiparas who participate in the Chinese ritual of Tso-Yueh-Tzu. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(4):110-122.

Maffi, I. (2013). *Women, health and the state in the Middle East: the politics and culture of childbirth in Jordan*. Londres: Tauris.

Magrath, P. (2016). *Moral landscapes of health governance in East Java, Indonesia* (Tesis Doctoral). University of Arizona, EEUU.

Marano, K. D., Wald, J. D., & Allen, T. I. (2009). Global earthquake casualties due to secondary effects: a quantitative analysis for improving rapid loss analyses. *Natural Hazards*, 52(2):319-328.

Matthey, S., Panasetis, P., & Barnett, B. (2002). Adherence to cultural practices following childbirth in migrant Chinese women and relation to postpartum mood. *Health Care Women International*, 23(6-7):567-575.

Mauss, M. (1925). Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïque. *Année Sociologique, New Series*, 1:30-186.

-----([1925]2009). *Ensayo sobre el don forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Madrid: Katz Editores.

Mayberry, L. J., Affonso, D. D., Shibuya, J., & Clemmens, D. (1999). Integrating cultural values, beliefs, and customs into pregnancy and postpartum care: lessons learned from a Hawaiian public health nursing project. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1):37-45.

McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; A qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(268):13.

Mellado, V., Zolla, C. y Castañeda, X. (1989). *La atención al embarazo y parto en el medio rural mexicano*. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Merchant, C. (1983). *The death of nature*. Nueva York, NY: Routledge.

Metzner, J. K. (1982). *Agriculture and population pressure in Sikka, isle of Flores. A contribution to the study of the stability of agricultural*

*systems in the wet and dry Tropics*. Canberra: Australian National University.

Meyer-Rochow, V. B. (2009). Food taboos: their origins and purposes. *Ethnobiol Ethnomed*, 5(18):5-18.

Micozzi, M. (2008). Culture, anthropology and the return of “complementary medicine”. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4):398-414.

Miller, G. (1996). *To the spice islands and beyond: travels in Eastern Indonesia*. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Miller, T. & Smith, H. (2017). Establishing partnership with traditional birth attendants for improved maternal and newborn health: a review of factors influencing implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(365):1-10.

Minggu, D. (2017). *Profil kesehatan 2017*. Kupang: Dinas Kesehatan.

----- (2018). *Profil kesehatan 2018*. Kupang: Dinas Kesehatan.

Molina-Serra, A. (2018). *Esterilizaciones en Perú: control reproductivo desde el poder y las familias indígenas* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Montobbio, M. (2010). Indonesia: Construcción nacional y gobernanza democrática. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 89-90:167-195.

Moon-Park, E. H. & Dimigen, G. (1995). A cross-cultural comparison: postnatal depression in Korean and Scottish mothers. *Psychologia: International Journal of Psychology in the Orient*, 38(3):199-207.

Morán-Faúndes, J. M. y Morgan, L. M. (2018). La vida no es una sola: los usos políticos de la “vida” en Latinoamérica. *Revista Culturales*, 6:1-38.

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1):63-70.

Morgan, L. (2019) Reproductive governance, redux. *Medical Anthropology*, 38(2):113-117.

Morgan, L. & Roberts, E. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2):241-254.

Moser, C. (2011). *Flores: A glimpse of the people & Culture*. Indonesia. Ginebra: Swisscontact.

Müller-Ebeling, C., Rättsch, C., & Shahi, S. B. (2002). *Shamanism and tantra in the Himalayas*. Londres: Thames & Hudson.

Munro, J. (2016). *Indigenous women, antenatal care and childbirth in Papua, Indonesia: State, society and governance in Melanesia program*. Canberra: Australian National University.

Murphy-Lawless, J. (1998). *Reading birth and death: history of obstetric thinking*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Nahas, V. & Amasheh, N. (1999). Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: a transcultural study. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1):37-45.

Newland, L. (2002). Of paraji and bidan: hierarchies of knowledge among Sundanese. En S. Rozario & G. Samuel (Eds.). *Daughters of Hariti: childbirth and female healers in South and Southeast Asia* (pp. 256-278). Londres y Nueva York, NY: Routledge.

Niehof, A. (2014). Traditional birth attendants and the problem of maternal mortality in Indonesia. *Pacific Affairs*, 87(4):693-713.

Nilsson, J. (2005). *The right to reproductive choice in Lombok, Indonesia* (Tesis de Máster). Lund University, Suecia.

Nourse, J. W. (1999). *Conceiving spirits: birth rituals and contested identities among the Laujé of Indonesia*. Washington: Smithsonian Institution Press.

----- (2013). The meaning of dukun and allure of Sufi healers: how Persian cosmopolitans transformed Malay-Indonesian history. *Journal of Southeast Asian Studies*, 44(3):400-422.

----- (2015). Blaming the victim: neoliberal tropes of maternal mortality in upland Sulawesi, Indonesia. *American Anthropological Association Meeting*. Denver, 18-22 de noviembre.

Nova Nanur, F., Widarini, N. P. dan Karmaya, M. (2016). Kemitraan dukun dengan bidan dalam Pertolongan Persalinan: studi kualitatif di kabupaten Manggarai Timur. *Public Health and Preventive Medicine*, 27(4):27-34.

Nussbaum, M. (2001). Adaptive preferences and women's options. *Economics and Philosophy*, 17:67-88.

Okonofua, F. E. (1996). The case against new reproductive technologies in developing countries. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 103:957-62.

Omebet, W. (2009). Reproductive healthcare systems should include accessible infertility diagnosis and treatment: an important challenge for resource-poor countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106:168-71.

OMS (2015). *Recomendaciones de la OMS para a prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto*. Ginebra: Suiza.

----- (2017). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Ginebra: Suiza.

ONU (2015). *The millennium development goals report*. Nueva York, NY: United Nations.

Orinbao, P. S. (1992). *Tata berladang tradisional dan pertanian rasional suku bangsa Lio*. Nita: Seminari Tinggi St. Paulus Ledalero.

Osoimehin, B. (2016). Presentación del evento. *International Conference on Family Planning (ICFP)*. Nusa Dua, 25 de enero.

Pemberton, J. (1994). *On the subject of "Java"*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Petchesky, R. (1990). *Abortion and woman's choice: the state, sexuality and reproductive freedom*. Boston, MA: Northeastern University Press.

Pigg, S. (1997). Authority in translation: finding, knowing, naming, and training "traditional birth attendants in Nepal. En R. Davis-Floyd, R. & C. Sargent (Eds.). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives* (pp. 233-262). Berkeley, CA: University of California Press.

Pitts, J. (1968). Social control: the concept. En D. L. Stills (Ed.). *International encyclopedia of social sciences* (pp. 381-396). Nueva York, NY: Macmillan.

Posmontier, B. & Horowitz, J. A. (2004). Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1):34-43.

Pusdiknakes (2003). *Asuyan sayang ibu*. Yakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan.

Quinn, E. (2004). *History in literature: a reader's guide to 20th century history and the literature it inspired*. Nueva York, NY: Facts on file.

Rabe, H., Reynolds, G. J., & Diaz-Rossello, J. L. (2008). A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology*, 93:138-144.

Raju, T. N. & Singhal, N. (2012). Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth. *Clinics in perinatology*, 39(4):889-900.

Ram, K. & Jolly, M. (1998). *Maternities and modernities: colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Nueva York, NY: Cambridge University Press.

Raphael, D. (1973). *The tender gift: breastfeeding*. Nueva Jersey, NJ: Prentice-Hall.

----- (1975). Matrescence, becoming a mother, a "new/old" rite de passage. En D. Raphael (Ed.). *Being female: reproduction, power and change* (pp. 65-71). París: Mouton Publishers.

Remorini, C., Palermo, M. L. y Schwartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud colectiva*, 14(2):193-210.

República Bolivariana de Venezuela. (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Organic law on the rights of women to a life free of violence]*. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Revolusi KIA NTT (2009). *Percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir*. Kupang: Dinas Kesehatan NTT.

----- (2016). *Profil kesehatan: semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan yang Memadai*. Kupang: Dinas Kesehatan NTT.

----- (2017). *Profil kesehatan: semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan yang Memadai*. Kupang: Dinas Kesehatan NTT.

Ricklefs, M. C. ([1981]1993). *A history of modern Indonesia since c. 1300*. Hampshire: Palgrave MacMillan.

----- ([1981]2001). *A history of modern Indonesia since c. 1200*. Hampshire: Palgrave MacMillan.

Roberts, E. (2015). Reproduction and cultural anthropology. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 20:450-456.

Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S., & de Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science & Medicine*, 57(10):1797-1806.

Sacks, A. & Grayman, J. H. (2018). *Indonesia-Long term Generasi qualitative study*. Washington, D. C., WA: World Bank.

Sadler, M., Santos, M. J., Ruíz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24:47-55.

Sax, B. (2001). *The Mythical Zoo*. Oxford: ABR-CLIO.

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, CA: University of California Press, 1992. 614 p., ilustrações, tabelas e bibliografia.

Schmidt, P. (1997). *Iron technology in East Africa: symbolism, science and archaeology*. Indiana: James Currey.

Sen, K. (2003). Radio days: media-politics in Indonesia. *The Pacific Review*, 16(4):573-589.

Setyowati, S. (2010). An ethnography study of nutritional conditions of pregnant women in banten Indonesia. *Makara Kesehatan*, 14(1):5-10.

Shefner-Rogers, C. & Sood, S. (2004). Involving husbands in Safe Motherhood: effects of the SUAMI SIAGA campaign in Indonesia. *Journal of Health Communication*, 9(3):233-258.

Sibley, L., Sipe, T. A., & Koblinsky, M. (2004). Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Social Science and Medicine*, 59(8):1757-1768.

Siswanto, R. (2005). Pemberdayaan masyarakat miskin pedesaan dalam rangka 'Making Pregnancy Safer': studi dan implikasi terhadap upaya pelayanan kesehatan maternal. *Pemberdayaan Masyarakat Miskin*, 21(2):77-86.

Slikkerveer, L. J. (1990). *Plural medical systems in the Horn of Africa: the legacy of Sheikh'Hippocrates*. Oxon, MD: Kegan Paul International.

Smith-Oka, V. (2013). Managing labor and delivery among impoverished populations in Mexico: cervical examinations as bureaucratic practice. *American Anthropologist*, 114(4):595-607.

Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., & Martin, C. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(40):1-11.

Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Nueva York, NY: Holt, Rinehar & Winston.

Stein, E. (2005). *Vital times: power, public health, and memory in rural Java* (Tesis Doctoral). University of Michigan, EEUU.

----- (2007). Midwives, Islamic morality and village biopower in Post-Suharto Era Indonesia. *Body and Society*, 13(3):55-77.

Strathern, A. & Stewart, P. J. (2005). *Ceremonial exchange*. In J. G. Carrier (Ed.), *A handbook of economic anthropology*. Northampton: Edward Elgar.

Stratz, C. H. (1897). *De vrouwen op Java: eene gynaecologische studie*. Amsterdam y Semarang: Scheltema & Holkema.

Street, A. (2012). Affective infrastructure: hospital landscapes of hope and failure. *Space and Culture*, 15(1):44-56.

Sudirman, J. S. (2006). *Kemitraan bidan dengan dukun bayi dalam menolong persalinan bagi ibu-ibu yang melahirkan di pedesaan Kecamatan Palolo kabupaten Donggala*. Palu: Fakultas Kesehatan.

Surjadaja, C. (2008). Policy analysis of abortion in Indonesia: the dynamic of State power, human need and women's right. *IDS Bulletin*, 39(3):62-71.

Suryakusuma, J. (1987). *State Ibuism: the social construction of womanhood in the Indonesian New Order* (Tesis de Máster). Instituto de Estudios Sociales, Holanda.

----- (1996). The State and sexuality in New Order Indonesia. En L. J. Sears (Ed.), *Fantasizing the feminine in Indonesia* (pp. 92-119). Durham, NC: Duke University Press.

Terlazzo, R. (2016). Conceptualizing adaptive preferences respectfully: an indirectly substantive account. *Journal of Political Philosophy*, 24(2):206-226.

Thouw, J. (1992). Delegation of obstetric care in Indonesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 38(suplemento):45-47.

Tien, S. (2004). Nurses' knowledge of traditional Chinese postpartum customs. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7):722-732.

Towghi, F. (2018). Haunting expectations of hospital births challenged by traditional midwives, *Medical Anthropology*, 37(8):674-687.

Trevathan, W. (1997). An evolutionary perspective on authoritative knowledge about birth. En R. Davis-Floyd & C. Sargent (Eds.). *Childbirth and authoritative knowledge* (pp. 80-90). Berkeley, CA: University of California Press.

----- (1999). Evolutionary obstetrics. En W. Trevathan, E. O. Smith, & J. McKenna (Eds.). *Evolutionary medicine* (pp. 183-208). Nueva York, NY: Oxford Press.

Turner, V. ([1969]1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.

UN (2015). *The millennium development goals report*. Nueva York, NY: United Nations.

Valenzuela-García, H. (2009). El contexto de la salud malaya: sistema humoral, medicina tradicional, reproducción y ritos de paso. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 64(2):37-62.

Van Balen, F. & Gerrits, T. (2001). Quality of infertility care in poor resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*, 16:215-9.

Van Gennep, A. ([1909]2013). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Madrid.

Varma, P. K. (2010). *Becoming Indian: the unfinished revolution of culture and identity*. Londres: Allen Lane.

Poonacha, V. (1997). Rites de passage of matrescence and social construction of motherhood: Coorgs in South India. *Economic and Political Weekly*, 32(3):101-110.

Ware, N. C. & Kleinman, A. (1992). Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54(5):546-560.

White, S. & Anshor, M. U. (2008). Islam and gender in contemporary Indonesia: public discourses on duties, rights and morality. En G. Fealy & S. White (Eds.). *Expressing Islam: religious life and politics in Indonesia* (pp. 137-158). Singapur: Institute of Southeast Asian Studies.

WHO (1998). *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Ginebra: World Health Organization.

-----(2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Ginebra: World Health Organization.

-----(2017). *Malaria in pregnant women*. Ginebra: World Health Organisation, High-riskgroups. Recuperado de: [https://www.who.int/malaria/areas/high\\_risk\\_groups/pregnancy/en/](https://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/)

-----(2018). *WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health*. Ginebra: Green Ink.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank y United Nations (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*. Ginebra: WHO.

Widodo, J. (2016). Apertura del evento. *International Conference on Family Planning (ICFP)*. Nusa Dua, 25 de enero.

Williams, R. (1999). Cultural safety: what does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2):213-214.

Wurm, S & Hattori, S. (1983). *Language atlas of the Pacific area (Part 2)*. Canberra: Australian Academy of the Humanities.

Yusriani, A. O. (2014). Partnership between midwives and traditional birth attendants (TBAs) in the work health district minasate'ne Pangkep. *Full Paper Proceeding*, 1:471-481.

Yuval-Davis, N. (1997). *Gender and Nation*. Londres: Sage.

Zacher-Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4):437-454.





