



Ciencias Sociales
Universidad de la República
URUGUAY



**Trabajo
Social**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Monografía Licenciatura en Trabajo Social

**Implicancias de la biomedicina en la asistencia al
parto en mujeres ciegas en Montevideo.**

Soledad Navarro de Castro

Tutora: María Noel Míguez

2025

AGRADECIMIENTOS

Fue muy difícil llegar hasta acá, y es por ello que este momento resulta un poco irreal para mí. Culminar este camino no habría sido posible sin el acompañamiento de mi familia, sin el apoyo incondicional de mi compañero Fer, gracias por escucharme tantas veces y siempre “darme para adelante”. Quiero agradecerle a mi hija Antonia y a mi hijo Lautaro por entender cuando mamá tenía que estudiar en la computadora y por siempre alegrarse con cada pequeño logro. A mi mamá, mi papá, mis hermanas y mi hermano, por ayudarme siempre que los necesité. A mis amigos/as, esos/as que están presentes desde siempre, gracias por entender cuán importante es esto para mí.

Ingresé a la facultad de “grande” con muchos miedos y prejuicios que poco a poco aprendí a cuestionar y superar. Por eso, quiero agradecerle a la Facultad de Ciencias Sociales por todo este trayecto recorrido y por todo lo que me brindó. A todos/as los/as docentes que me crucé en este camino y que han dejado una huella en mí. A mis compañeros/as que se volvieron amigos/as, que siempre compartían un mate y me enriquecían en cada intercambio.

Gracias a las mujeres increíbles que tuve el placer de entrevistar, que me dieron mucho de su tiempo y no dudaron en abrirse por completo en los encuentros. Gracias a los profesionales de la salud por compartir sus experiencias y brindar tanta información.

Muchas gracias a María Noel, mi tutora por todo su apoyo, su paciencia desde el día uno y su generosidad. Gracias por inspirarme tanto y por esas clases tan lindas que mucho disfruté. Te admiro mucho y te agradezco por incentivarme a confiar en mí.
¡Gracias!

ÍNDICE

Introducción

Capítulo 1: Despejando el caos

Capítulo 2: Lo común y lo singular

Capítulo 3: Mujeres pariendo a oscuras

Reflexiones finales

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento corresponde a la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Plan 2009.

El tema de investigación que se propone desarrollar y poner en tensión en el siguiente documento refiere a las implicancias de la biomedicina en la asistencia al parto en mujeres ciegas en Montevideo.

La elección del tema está vinculada al acercamiento que tuvo la estudiante a la temática discapacidad luego de haber transitado su práctica pre-profesional en esta área y de haber cursado la materia Análisis Crítico de la Discapacidad. Este último hecho generó fuertes interrogantes para quien suscribe respecto a situaciones de la vida cotidiana y, sobre todo, luego de haber sido madre. Es por ello que se decide hacer “foco” en el parto vinculado a la biomedicina, discapacidad y género, donde el saber médico hegemónico aún expresa un discurso que cuestiona e incluso niega el derecho a la maternidad de estos colectivos.

En cuanto a la fundamentación objetiva de esta elección, se considera relevante poner sobre la mesa la temática de la asistencia al parto en mujeres ciegas y cómo la biomedicina genera diversas implicancias en éstas. El Estado uruguayo ha adherido a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), de Naciones Unidas, del año 2006, y existe normativa que vela por el ejercicio de estos derechos. Al dar inicio a este trabajo, se encontró bibliografía referida al parto de mujeres y maternidad de mujeres en situación de discapacidad, pero no se logró encontrar información que diera cuenta de la temática específica elegida. Es por ello, que se entiende pertinente elaborar un documento que permita explorar y reflexionar sobre el tema para así contribuir a la reflexión teórica en torno al mismo desde las ciencias sociales.

Para desarrollar este documento se propone como objetivo general: “Conocer las implicancias de la biomedicina en la asistencia al parto en mujeres ciegas en Montevideo. Asimismo, para dar respuesta a este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Estudiar los constructos teóricos en torno a salud, discapacidad y género.

- Analizar los entramados que rodean a la asistencia al parto en mujeres ciegas en Montevideo.
- Conocer sensaciones y percepciones de asistencia al parto de mujeres ciegas en Montevideo.

Respecto al marco teórico-metodológico desde el cual se realizará el siguiente documento es a partir de la matriz histórico-crítica de Kosik (1967). Este autor considera que la realidad está en constante movimiento, por lo que ésta se podrá comprender a partir de la razón dialéctica, la cual consiste en “el pensamiento crítico que quiere comprender ‘la cosa misma’, y se pregunta sistemáticamente cómo es posible llegar a la comprensión de la realidad” (p. 21).

Para poder comprender el fenómeno que se propone analizar en la presente investigación, y siguiendo al autor (Kosik, 1967), se deberá superar el “mundo de la pseudoconcreción” para acceder a la “esencia” y descubrir lo que oculta la exterioridad del fenómeno, ya que: “El fenómeno muestra la esencia y, al mismo tiempo, la oculta” (p. 17). Es así que “para poder conocer las cosas y la estructura de ellas” (p. 26) se propone realizar “rodeos” que vayan de lo abstracto a lo concreto, en un vaivén que está en constante relación con la historicidad. De esa manera, “lo concreto se vuelve comprensible por medio de lo abstracto; el todo por medio de la parte” (p. 35). Según el autor, estos “rodeos” se realizan en un “movimiento en espiral”, por medio del pensamiento, acercándose al “concepto del todo ricamente articulado y comprendido” (p. 35). El método del pensamiento, así, consiste en ir de lo genérico a lo particular, realizando un “movimiento del pensamiento y en el pensamiento” (p. 35), negando lo que se presenta como inmediato.

Considerando lo anterior, y para realizar los rodeos pertinentes, es necesario delimitar el objeto de la presente investigación, por lo cual las determinaciones que se entienden contribuyen a ello son discapacidad, salud y género. Luego, se hará un acercamiento a los entramados que rodean la asistencia al parto en mujeres ciegas en Montevideo y se intentará conocer cómo se singularizan en sensaciones y percepciones que experimentan algunas mujeres ciegas en la atención de su parto. Para lograr esto último, se llevará adelante un trabajo de campo que dé cuenta de ello, realizando entrevistas a la población objetivo.

Cuando se habla de investigación se hace alusión a “un proceso planificado a través del cual observamos un aspecto de la realidad que nos interesa (...) pautado según reglas generales que, en principio, toda investigación debe tener para considerarse científica” (Scribano, 2015, p. 28). En una investigación cualitativa, como indica Scribano (2008), hay un fuerte vínculo entre diseño, técnicas, análisis y construcción teórica. Se propone aquí llevar adelante una investigación cualitativa, sosteniendo una actitud objetiva y reflexiva, poniendo en duda aquellas naturalizaciones que han determinado “su supuesta “posición” científico-académica” (p. 28).

Es así que se desplegará un proceso de investigación cualitativa exploratoria que, como indica Scribano (2015), se plantea un problema del cual no se cuenta con suficiente información y se busca comprender las características del objeto, dimensiones, funcionamiento, entre otras. En este contexto, las técnicas que se llevarán adelante son: entrevistas en profundidad y análisis de fuentes documentales. Scribano (2015) entiende que dichas entrevistas le permiten al entrevistador/a tener “un guión flexible” y “amplia libertad” para llevar adelante la entrevista. La interacción que ocurre entre las dos personas (entrevistado/a-entrevistador/a) “es muy personal y es importante generar cierto ambiente de “confianza” (p. 160), ya que en el diálogo que se produce “el centro de la escena lo ocupa el sujeto que es entrevistado y la información que éste dispone” (Scribano, 2008, p. 75). Del mismo modo, se debe indicar que las entrevistas serán también abiertas para que el/la entrevistado/a pueda desplegarse con fluidez en sus relatos. Ello “permite el despliegue de los significados y contenidos simbólicos del entrevistado según sus propias palabras y maneras de pensar y sentir el mundo” (Canales, 2006, p. 236). Por fuentes documentales, se reconoce que es necesario realizar un estudio de la documentación previo a las entrevistas, lo que significa recurrir “a fuentes históricas, estadísticas oficiales, a la prensa, a los archivos, informes, estudios y a todo tipo de documentación, constituyen la base para el logro de los objetivos” (Scribano, 2015, p. 33).

El muestreo que se llevará adelante en el marco de este entramado metodológico, requiere de la realización de entrevistas con una base de seis para luego realizar la técnica “bola de nieve” hasta saturar la muestra. La base será:

- 1 Ginecólogos/as
- 1 Partera/o
- 1 Doula

- 3 mujeres ciegas que hayan parido en los últimos veinte años

A partir de esta base, se realizará “bola de nieve”, que, como reconoce Scribano (2008), ésta resulta ser una forma de elegir a los/las entrevistados/as de manera parcial, ya que se seleccionan a aquellos/as que reúnen ciertas características particulares y estos sugieren a otros sujetos/as que conozcan de la temática: “La muestra se genera en forma progresiva, resultando de que cada sujeto proponga a otras personas que conozcan” (Navarrete, 2002, citado en Scribano, 2008, p. 37). Como indica Canales (2006), la saturación de la muestra sería el momento en el cual el análisis de los discursos de las entrevistas concluye porque quien investiga logró “decodificar” su objeto. Es decir, “la información redundante en lo sabido, y por lo mismo el objeto se ha agotado en sus descriptores” (Canales, 2006, p. 24).

En palabras de Kosik (1967), el comienzo de la investigación y la exposición no resultan ser lo mismo, ya que la primera es casual y la segunda resulta necesaria. Al explicar se muestra como “la cosa” transita una “transformación necesaria” que va de lo abstracto a lo concreto (pp. 36-37). De esa forma, la lógica de exposición consiste en un primer capítulo, titulado “Despejando el caos”, en el cual se trabajan los constructos teóricos abstractos que dan cuenta de la temática. Estos son: discapacidad, salud y género. En un segundo capítulo, titulado “Entre lo común y lo singular”, se despliegan particularidades que dan cuenta de un devenir histórico en Montevideo y estos median lo universal y lo singular. Estas mediaciones se construyen a partir de los discursos de actores relevantes en la salud en Montevideo. El tercer capítulo, titulado “Mujeres pariendo a oscuras”, pretende dar cuenta de cómo se materializan las categorías en los cuerpos de las mujeres ciegas que han parido en Montevideo en los últimos veinte años, cómo se singulariza y se concreta en ellas. Por último, se cierra la presente monografía final de grado con reflexiones finales que intentarán ser nuevas aperturas y plantear nuevos cuestionamientos.

CAPÍTULO I- DESPEJANDO EL CAOS

En el presente capítulo se pretende hacer una aproximación reflexiva de las categorías de discapacidad, salud y género. En palabras de Kosik (1967), es clave despejar todo lo “caótico y nebuloso” para que “lo concreto se vuelva comprensible por medio de lo abstracto; el todo por medio de la parte” y será mediante “rodeos” que se desarrollarán a lo largo del documento que se buscará comprender “un hecho” que es parte “estructural de un “todo” (p. 35 y p. 40).

Para iniciar el recorrido, se dan pasos en la categoría discapacidad, y para ello es preciso “dar cuenta de la dimensión política e histórica de la *discapacidad*, entendiéndola como una producción social que se sostiene en relaciones de asimetría y desigualdad” (Angelino en Angelino y Rosato, 2009, p. 6). Existen diferentes formas de entender la discapacidad, siendo la históricamente legitimada la vinculada al modelo médico. Éste funda sus causas en lo biológico y su “carácter natural”, que da lugar al “déficit” y es esto lo que permite clasificar a los cuerpos, según cumplan o no con un mandato de cuerpo “normal”, del cuerpo “Uno” (único) (p. 9).

Desde el modelo médico se retoma la idea de “normalidad”, a partir de la cual se espera que todos los cuerpos respondan hegemonícamente a lo estandarizado, buscando generar personas que se acomoden a esa medida. Desde esta visión, se piensa a la discapacidad como un problema o una “desviación”, ya que se aleja de lo normal y se debe encontrar la forma de corregirla (Vallejos, en Angelino y Rosato, 2009, p. 61). Se impone la discapacidad en un sujeto a partir de la constatación de un déficit y, como expresan Kipen y Vallejos (en Angelino y Rosato, 2009), se logra asociar la discapacidad a un fundamento que es biológico porque se evidencia en un cuerpo y constituye una “realidad objetiva” que no se puede negar, se impone.

A partir de un diagnóstico que realiza el saber médico es que se constata ese déficit, el cual lleva inevitablemente a que el sujeto sea “deficitario” o “discapacitado”. En este ámbito, déficit y discapacidad parecerían ser sinónimos y pensados como padecimientos o sufrimientos para la persona y su familia. La deficiencia da cuenta de la falta en relación a una medida que se toma como patrón o referencia que se opone a lo que se entiende como “normal”, ya que existe una ideología normalizadora que no es azarosa sino que es una construcción en un momento y espacio específico, lo cual posibilita que mediante criterios

hegemónicos se pueda clasificar que “*es* y que *no es* normal” sin ser cuestionado (Kipen y Lipschitz, en Angelino y Rosato, 2009, p. 65). En palabras de Skilar (2000):

(...) las deficiencias forman parte de un discurso históricamente construido, donde la deficiencia no es simplemente un objeto, un hecho natural, una fatalidad, si no un proceso social que implica profundamente a todas las personas que tienen un cuerpo y viven en el mundo de los sentidos. Ese discurso, así construido, no afecta sólo a las personas con deficiencia: regula también las vidas de las personas consideradas normales. (pp. 4-5)

Se construye entre todas las personas una idea de “nosotros” que corresponde a quienes se ajustan al patrón de referencia, mientras que los “otros” son quienes no lo cumplen y poseen la etiqueta del déficit, por ser diferentes y no encajar en aquello que se establece como “normal”. Ese “otro” va a formar su identidad a partir de una patología, que fue el resultado de un diagnóstico dado en un ámbito determinado y que a la larga influirá en la totalidad de su identidad. Incluso se potencia su situación de discapacidad al punto de quedar anclado a la discapacidad, sin poder trascenderla (Miguez y Sosa, 2017).

Es pertinente poner en cuestión el papel que juega la “ideología” cuando se habla de discapacidad. Como plantea Angelino (en Angelino y Rosato, 2009), desde el modelo médico se propone centrar la mirada en el individuo y su cuerpo, y cómo éste rompe con la idea de “normalidad”. Es la “ideología” que consigue que la discapacidad sea vista como algo natural porque lo centra en la biología, en el cuerpo, y es por ello que el déficit va de la mano con la discapacidad: “En la discapacidad, el efecto de evidencia opera con tal fuerza a partir de la naturalización de la idea de déficit” (p. 82). Por esa razón, es “natural” el calificativo de discapacitado, cualquiera lo puede ver y eso hace que no se pueda dejar de reconocer o negar.

Es la “ideología de la normalidad” la que logra con éxito que se borre todo ese proceso histórico que se construye en torno a una idea de lo que es la normalidad y pone en contraposición a la discapacidad, o sea, a lo que no se ajusta a la norma. Existen una serie de características que determinan lo que es discapacidad y, a la vez, se unen a lo que da sentido a la normalidad. En consecuencia, como afirma Priolo (en Angelino y Rosato, 2009), la

“ideología de la normalidad” se sostiene en una lógica binaria de pares contrapuestos, ya que se pone por un lado lo deseable y en oposición la discapacidad que constituye lo indeseado, incluso lo que no debe ser.

Desde esta perspectiva de la discapacidad es interesante notar que, al ser el individuo quien “rompe la norma”, quien “padece” el problema, es sobre él que recae la responsabilidad de “corregirse”, de “normalizarse”, de rehabilitarse hasta lo “esencialmente humano” (Almeida, et al., en Angelino y Rosato, 2009, p. 23). Entonces, como señalan estos autores, llama la atención que la medicina sea la única disciplina que pueda “proveer la cura, mediante diferentes prácticas y rehabilitación” (p. 23). Se fija como la “ciencia de la normalidad” y es el médico quien “(...) comienza a constituirse en un agente central no sólo en el control de las enfermedades, sino en la producción de individuos sanos” (Vallejos, en Angelino y Rosato, 2009, p. 57). Incluso su rol va más allá, porque, como subraya la autora, el médico puede influir en temas que tienen que ver con la moral, instaurándose, también, como una autoridad en la materia.

En consecuencia con lo anterior, resulta evidente que desde esta visión no son iguales todas las personas porque hay quienes detentan poder sobre otros. No todos los sujetos están en una posición de igualdad, ya que unos tienen poder para diagnosticar, rehabilitar, curar, mientras que otros están sujetos a ese poder. Se construye un poder “que fabrica, que observa, un poder que sabe y se multiplica a partir de sus propios efectos” y distribuye a los sujetos a partir de “individualidades diferenciales” por medio de “una serie de mecanismos que aseguran la formación, la acumulación, el crecimiento del saber” (Foucault, 2000, p. 55).

Así, como indica Butler (2002), los cuerpos materializan dinámicas de poder porque existen “normas reguladoras que gobiernan” (p. 19). Algunos serán deficitarios, o sea que esas normas cobrarán significado en sus cuerpos, ya que el poder reiterativo del discurso produce “fenómenos que regula e impone” (p. 19). Aquellos/as que no cumplen con los parámetros de normalidad establecidos se convierten en “anormales”, materializándose esas normas en sus cuerpos. Como ya se mencionó, construirán su identidad a partir de esa etiqueta que inevitablemente los sujeta a una posición muy difícil o casi imposible de cambiar.

Por otro lado, existe otra forma de ver la discapacidad que busca romper con la idea del cuerpo “deficitario” que irrumpe en el mundo. En palabras de Angelino (2009), del “déficit

construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar” (p. 9) y de esa manera clasificar a las personas en “normales” o “anormales”. Desde la perspectiva del *modelo social*, se propone pasar de una visión de la discapacidad como algo “individual” que porta el sujeto a una mirada que cuestione en realidad “cuales son las relaciones que la producen” (p. 22). Se entiende, así, a la discapacidad como una construcción social que es parte de un proceso histórico y que su devenir será modificado, en la cual la “normalidad” también resulta ser una construcción social (Míguez, 2014). La discapacidad se apoya en “términos de desigualdad, donde las líneas demarcatorias entre normalidad y anormalidad responden a posturas etnocéntricas” y se debe reconocer el componente social y no verlo como algo natural (Angulo et al., 2015, p. 15).

Por otro lado, el modelo social propone otra forma de ver la discapacidad, ya que considera a las personas “(...) como sujetos de derecho, a los que se les reconocen las singularidades y la diversidad a través del respeto por el otro (...) la discapacidad es una construcción social” (Angulo et al., 2015, p. 19). En consonancia con dichas autoras, a partir de las ideas que la sociedad construye respecto a la discapacidad, es que estos sujetos son ubicados en una posición determinada según criterios que responden a una “ideología de la normalidad”. Ello resulta en posicionarlos/as en una *situación de discapacidad*.

A partir del término *situación de discapacidad* se da cuenta de que “es la sociedad la que ubica a un sujeto concreto en un lugar determinado, mediada por el afán clasificatorio y calificador de la ideología de la normalidad” (Angulo et al., 2015, p. 15). Es esa “ideología de la normalidad” que dice quiénes pertenecen y quiénes no, quiénes quedan dentro del “nosotros” y quienes dentro del “otros”. Es la sociedad la que construye una visión de la discapacidad sobre “sujetos singulares”, clasificándolos y excluyéndolos de espacios cotidianos o silenciando sus voces. Desde el *modelo social* son las personas en situación de discapacidad “sujetos de derecho, con posibilidades de ampliar sus derechos” (pp. 15-16).

A partir del modelo social, se proponen otras formas de pensar la discapacidad y dejar de verla como algo “natural”, o que siempre fue así, para cuestionar las ideas que sustentan a la discapacidad como un tema individual que surge de un sujeto deficitario que se aleja de los parámetros de la “normalidad”. Es la sociedad la que vuelve al sujeto “discapacitado”, a partir de una ideología que logra imponerse y que es tomada como lo natural. Como refieren Rosato

y Angelino (2009), de ahí sale esa visión “trágica y medicalizada” (p. 23) que tiene lugar en la sociedad capitalista a partir de un modelo de producción particular.

Para desarrollar la dimensión salud, y en línea con lo anterior, es oportuno recurrir a Foucault (1992, 2000), quien expresa que a partir de la modernidad se van estableciendo prácticas y discursos que regulan y normalizan los cuerpos y sus comportamientos. Ello da lugar a que la biomedicina se convierta en una ciencia y su poder sea capaz de imponer su verdad a las sociedades, instaurando la figura del médico por encima de la del paciente.

Para dicho autor, el poder es una relación que se ejerce en todos los ámbitos sociales, en todo el entramado social y no solo de arriba hacia abajo. Es en la modernidad que se determina lo que es saludable o “normal” y lo que resulta patológico o “anormal”. Para ello, se crean instituciones que imponen su saber y que establecen formas en las cuales deben comportarse las sociedades. Son las instituciones “disciplinarias” como el hospital, la escuela, la cárcel, entre otras, que ejercen su poder y éste recae sobre los cuerpos, estableciendo conductas y corrigiendo aquéllas que son entendidas como “desviaciones”.

Foucault (1992) habla de un disciplinamiento en las sociedades modernas para referirse a las personas que actúan siguiendo la “regla natural” o “la norma” y que se alinea con un “código de normalización” construido desde “el campo de las ciencias humanas” (p. 159). Este disciplinamiento busca dominar conductas y moldear formas de pensar que respondan a lo que se establece como lo “normal” e intenta que todo ello se haga sin cuestionar o casi sin pensarlo. Para ello, se establecen mecanismos de poder de una forma casi imperceptible, “va más allá, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos” que “atraviesa todo el cuerpo social” y resulta también que el poder transita de una forma más eficiente, ya que produce efectos de manera “continua, ininterrumpida, adaptada, individualizada” (p. 193). Para dicho autor, el poder no resulta ser fijo o estático, no lo tienen exclusivamente ciertas personas sobre otras que lo padecen, sino que fluye constantemente, introduciéndose en todo el entramado social, adaptándose a cada persona y a su cotidianidad, “transita transversalmente, no está quieto en los individuos” (Foucault, 1992, p. 152).

Corresponde destacar que el poder necesita del saber. Para este autor: “El poder, lejos de estorbar al saber, lo produce. Si se ha podido construir un saber sobre el cuerpo, es gracias al conjunto de una serie de disciplinas escolares y militares” (Foucault, 1992, p. 115). Es así que

el poder se ejerce a través del conocimiento que producen las diferentes disciplinas. Por consiguiente, dicho conocimiento colabora para que se construya y consolide lo que se reconoce como “verdadero” para luego imponerse a las personas, y de esa forma se ejerce y reproduce un poder que genera el cuerpo social. Siguiendo a Foucault (1992), se puede afirmar que poder y conocimiento están fuertemente vinculados, siendo así un ejemplo las instituciones biomédicas que producen conocimiento respecto a la salud y el cuerpo, pero también ejercen control sobre éste.

Es así, que el poder transversaliza la vida cotidiana de los/as sujetos/as de las sociedades occidentales modernas, un poder que “se ha introducido en el cuerpo, se encuentra expuesto en el cuerpo mismo” (Foucault, 1992, p. 112), y que influye en cómo éstos/as se perciben, se comportan y aún más cómo se sienten o piensan respecto a sí mismos/as. Es por ello que Foucault (1992) habla de una microfísica del poder, donde hay un poder que se impone sobre los cuerpos de tal forma que se introduce “silenciosamente” en la existencia de los/as sujetos/as. Logra controlar hasta el más mínimo detalle de su comportamiento, “el poder encuentra el núcleo mismo de los individuos, alcanza su cuerpo, se inserta en sus gestos, sus actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana” (Foucault, 1992, p. 97). De esa manera, las personas incorporan formas de ser y estar, de sentirse en el mundo, las cuales entienden como propias, sin siquiera cuestionarlo, pero en realidad representan mecanismos de poder que se han establecido y se han incorporado como “naturales”.

Cuando se organiza la sociedad burguesa e industrial resultan ineficientes los mecanismos de control y vigilancia del comportamiento que se aplicaba anteriormente, por medio de la ley y el soberano. En este sentido, “la revolución burguesa del siglo XVIII y comienzos del XIX fue la invención de una nueva tecnología del poder, del que las disciplinas constituyen la pieza esencial” (Foucault, 2000, p. 89). Se implanta otra forma de “disciplinamiento” donde el poder se impone sobre los cuerpos de forma menos evidente y “moldea” a las personas, constituyéndose un “poder disciplinario” (Foucault, 1992, p. 158). Esto resultó ser clave para que se estableciera el capitalismo industrial.

Para este nuevo sistema capitalista se necesitaban individuos/as que fueran productivos y funcionales a este sistema, o sea que adecuen su actuar, sentir y pensar al poder disciplinario que se impone. Como expresa Vallejos (2009):

el cuerpo puede y debe ser normal; y la medicina se transforma en una ciencia de la normalidad. Un cuerpo que ha dejado de ser espeso para comenzar a volverse transparente a partir del desarrollo de los conocimientos de anatomía, pero que no ha dejado de ser indócil y que exige sobre él una serie de procedimientos que lo tornen productivo, acorde a las exigencias de la producción capitalista. (en Angelino y Rosato, 2009, pp. 56-57)

De este modo, la biomedicina es una disciplina que ejerce su poder al constituirse como un saber experto. Es desde ese lugar de poder que “crea objetos de saber los hace emerger, acumula informaciones, las utiliza” (Foucault, 1992, p. 108), o sea que elabora conocimiento que le permita dominar los cuerpos de forma cada vez más efectiva para que sean funcionales a un sistema económico determinado y en un momento dado. Se podría decir que el objetivo es “producir una población sana”, para lo cual cada sujeto/a será sometido/a a un “examen perpetuo” con el fin de saber si “se ajusta a la regla, a la norma de salud que se ha definido” (Foucault, 2000, p. 54), y de no ajustarse, el saber buscará la forma de corregirlo/a. Es para el autor, desde la sociedad industrial, que se establece “un aparato punitivo” que diferencia “los normales y los anormales”, y que deja de lado a aquellos/as que no contribuyen a “las fuerzas productivas”. Es así que se llega “al enorme complejo estado actual” (Foucault, 1992, p. 117).

En la modernidad, la biomedicina combina medicina y biología, e integra otras disciplinas como química, física, abordando temas de salud con una perspectiva científica. Mediante la investigación busca producir conocimiento que permita determinar “la causalidad, diagnóstico, prevención y tratamiento del funcionamiento normal y anormal del humano, bien sea individual o colectivamente” (Larralde, 1993, p. 20). Entonces, a partir de lo que se define como sano o enfermo en un momento determinado, la biomedicina investigará y proporcionará conocimiento para tratar enfermedades generando saber, ya sea en forma de “teoría, vacuna, fármaco, procedimiento”, intentando “cambiar o ayudar a cambiar, la realidad de la salud de la humanidad” (Latour y Woolgar, citado en Larralde, 1993, p. 20).

Siguiendo la línea de Foucault (1992), se puede interpretar a la biomedicina como una disciplina que es capaz de imponer su verdad y establecer normas respecto a lo que es un

cuerpo o una mente “normal”. Por medio de la evidencia que se obtiene en investigaciones realizadas en laboratorios se produce medicación, tratamientos e interpretaciones vinculadas a la salud que tienen un impacto en la vida cotidiana de las personas. A partir de los aportes que da la biomedicina, es que la medicina define cómo atiende a los/as “pacientes”, qué se debe curar o rehabilitar y qué es saludable y qué no lo es.

Se puede entrever cómo la biomedicina repercute en la vida cotidiana de las personas, ya que un diagnóstico determina cómo es vista y tratada una persona por la comunidad médica y por el resto de la sociedad. Al establecer y reconocer ciertos tratamientos, medicación y/o procedimientos específicos para controlar o curar enfermedades, la biomedicina impone su poder sobre los cuerpos argumentando qué se debe hacer si se quiere ser saludable/“normal”. Inevitablemente, se impone un saber y un poder sobre el/la “paciente”, que establece cómo debería comportarse y si éste/a realmente desea curarse, los seguirá al pie de la letra. Dicho poder se establece de manera “natural”, se imparte de forma “silenciosa” y logra influir en la percepción que tiene cada persona de sí misma, de cómo se siente y cómo se proyecta, según discursos que le dicen que es ser “normal” y cómo alcanzar una buena salud. De esa forma, la figura de la persona “normal” se refuerza con la del “anormal”, dando lugar a “expresiones de un dualismo constitutivo de la conciencia occidental” (Foucault, 1992, p. 44).

En consonancia con lo anterior, se podría decir que la salud no se define al azar, sino que es más bien una construcción en un contexto y momento dado, tiene que ver con mecanismos de poder y con lo que la disciplina reconoce como verdadero. Es a partir de los conocimientos biomédicos que se integren, que se regulan las prácticas médicas, las cuales tendrán efectos en la vida cotidiana de las personas y desde donde se vigilará la salud de todos/as. Las enfermedades deben ser tratadas por un/a médico/a, quien tiene la función de curar, de normalizar a la persona, sin contemplar las subjetividades.

Resulta así que esta concepción de salud es también una construcción política, ya que: “Toda relación de fuerza implica en todo momento una relación de poder (...) cada relación de poder reenvía, como a su efecto, pero también a su condición de posibilidad, a un campo político del que forma parte” (Foucault, 1992, p. 169). Por consiguiente, “todo es político” debido a que existen relaciones de fuerza que forman parte de todos los aspectos de la vida social, son parte de todas las interacciones y de las prácticas cotidianas. La biomedicina, a través de sus instituciones, ejercen un poder “disciplinario” sobre los cuerpos, imponiendo normas de

comportamiento, definiendo qué es la salud y proponiendo estándares que las personas deben seguir.

De acuerdo con lo anterior, las instituciones de la biomedicina también juegan un papel muy importante en las identidades de las personas, ya que son éstas las que definen quiénes son “normales” y quiénes “anormales”. Quienes resultan ubicados/as en la “anormalidad” por la biomedicina quedan etiquetados/as bajo rótulos que destacan el alejamiento de la “normalidad”. Ello tiene un impacto en cómo éstos/as se perciben y son tratados/as por el resto, influyendo en el pleno ejercicio de sus derechos como ciudadanos/as. Estas situaciones se repiten sistemáticamente en las situaciones de discapacidad.

Para continuar transitando este camino, es relevante adentrarnos en la dimensión de género. Lagarde (1996) señala que las diferentes culturas a lo largo de su historia van desarrollando sus propias ideas de lo que entienden cómo género. Es así que “cada sociedad, pueblo o grupo” tiene una visión sobre el género que no es casual, sino que está influenciada por sus valores, creencias, tradiciones y su contexto histórico. De esa forma, la autora, entiende que la vida cotidiana resulta fuertemente marcada por normas de género que instauran comportamientos esperados, roles y relaciones de poder, que dejan en claro lo que significa “ser hombre o ser mujer, los contenidos de las relaciones entre mujeres y hombres y los deberes y las prohibiciones para las mujeres por ser mujeres y para los hombres por ser hombres” (p. 19).

Es entonces que el comportamiento de las personas está condicionado por normas y discursos que dicen cómo se debe actuar, lo que se espera que haga cada uno/a. Las normas de género recaen en el cuerpo de los/as sujetos/as diciendo cómo deben comportarse y relacionarse, reproduciendo desigualdades y estructuras de poder. Esto se inicia desde el nacimiento, según Lagarde (1996):

A partir del momento de ser nombrado, el cuerpo recibe una significación sexual que lo define como referencia normativa inmediata para la construcción en cada sujeto de su masculinidad o de su feminidad, y perdura como norma permanente en el desarrollo de su historia personal, que es siempre historia social. (p. 27)

Por esta razón, como señala la autora, el género se construye desde el momento del nacimiento, ya que a partir de la constatación del sexo del bebé, que sea “niño o niña”, se da inicio a un “orden de poder” fundado sobre la sexualidad. Existen expectativas sobre lo que implica ser hombre o mujer o sea que ese “niño o niña”, a partir de dicha asignación, aprende e interioriza su “masculinidad” o su “feminidad”, lo que no resulta “natural” sino que es una construcción que va a continuar adquiriendo durante toda su vida. De esa forma, se estructuran normas de género que influyen en la sociedad de tal forma que permiten mantener y reproducir un sistema de poder. Inevitablemente esto repercute en cada una de las personas, desde cómo son vistas, tratadas y valoradas por el resto de la sociedad, hasta en cómo cada una construye su identidad a lo largo de su vida.

Desde la sociedad hay una expectativa depositada en cada sujeto/a de cómo debe aprender a ser hombre o mujer y de que se amolde a ello. Por lo que Lagarde (1996) reconoce que de diferentes maneras se proporciona esa enseñanza, yendo desde lo más inmediato del niño/a, que sería el entorno de personas que lo/la rodean en la crianza, la escuela, el hospital, hasta los medios de comunicación, que imparten y reproducen los mandatos de género. Entonces, ellos/as podrán incorporar esos mandatos como propios o ignorarlos, pero sí se debe destacar que existe un aprendizaje constante de lo masculino y de lo femenino, lo cual demuestra que no se nace con esa información o que es algo “natural” que cada uno/a trae, sino que en realidad es un aprendizaje constante de la persona, el cual puede “cumplir o desobedecer”.

Dicho proceso de formación de los contenidos de género tiene lugar “en las relaciones próximas, directas e íntimas con las personas más significativas del entorno, las enseñanzas de género adquieren el rango de mandatos: son órdenes todopoderosas, inobjetables e irrenunciables dadas por quienes poseen la verdad y el poder” (Lagarde, 1996, p. 57). En las interacciones más cercanas se aprende a ser hombre o mujer y esas personas que enseñan al sujeto/a tienen una gran influencia en su vida, transmiten ese “deber ser” de forma directa y continua. Por lo cual, los/as niños/as perciben esos discursos como “la verdad” y resultan difíciles de cuestionar, ya que ello significaría desafiar las normas. Debido al poder que poseen esas personas y a que su palabra es vista como la única “verdad”, se aceptan y acatan esas normas como algo “natural” y necesario.

Para Lagarde (1996), al presentarse las diferencias de género como algo “universal”, éstas muestran “credibilidad”, como si fuera algo característico de la naturaleza humana y no realmente una construcción social e histórica, donde las instituciones y la sociedad juegan un rol clave en perpetuar roles y mandatos de género, que cada persona deberá esforzarse y superar adversidades, para cumplir con esas expectativas sociales que se muestran como lo “normal”. De ese modo, se logra ocultar toda la construcción de los roles de género: “Así se crea la falsa ilusión de que la sociedad y las instituciones no intervienen en los hechos femeninos y masculinos” (Lagarde, 1996, p. 58).

En consonancia con lo mencionado, resulta oportuno recurrir a los aportes de De Beauvoir (2008), quien en la mitad del siglo XX reflexionaba respecto a la construcción del género. Ella afirmaba que:

No se nace mujer, se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que califica de femenino. Únicamente la mediación de otro puede construir a un individuo como un Otro. (De Beauvoir, 2008, p. 207)

Siguiendo con dicha autora, para las mujeres la identidad femenina no viene asignada desde el nacimiento, sino que se “aprende” a ser mujer desde ese día, y a lo largo de toda la vida; resulta ser un proceso social y cultural que se “construye” diariamente por medio de roles, normas y expectativas que se imponen como un deber ser. Si bien existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres, estas diferencias biológicas no son las que determinan los distintos roles que se constituyen en la sociedad para hombres y mujeres, sino que se van construyendo socialmente y se les imponen a las personas como lo “natural”. Es más, De Beauvoir (2008) expone cómo la sociedad utiliza los términos “no masculino” o “el castrado” para referirse a la mujer. Ésta es una figura que no cumple con los requisitos de lo masculino y por eso surge el concepto “femenino”, resultando una invención de la cultura y no de la biología.

Ese “Otro” de quien habla De Beauvoir (2008), la mujer, no se construye de forma aislada y autónoma, sino que se forma a partir de la mirada y el reconocimiento de los demás. Se forma a partir de la interacción con el resto de la sociedad, no siendo su identidad algo fijo que se hace de una vez y para siempre; está en permanente construcción y es fuertemente determinada por la mirada de los demás. La existencia de la mujer es validada y definida en relación a los “otros”; sin embargo, los hombres no necesitan de la mirada de los demás para definirse. En consecuencia, se pone en manifiesto que existen relaciones de poder entre los géneros y que ello influye en cómo construyen las personas su identidad.

Para De Beauvoir (2008), la sociedad le impone “un destino” a la mujer, y ello genera “un conflicto, al principio, entre su existencia autónoma y su ‘ser-otro’; se le enseña que, para agradar, hay que tratar de agradar, hay que hacerse objeto, y, por consiguiente, tiene que renunciar a su autonomía” (p. 220). Desde su nacimiento, las mujeres enfrentan un conflicto constante entre lo que desean y entre lo que la sociedad les enseña que deben ser, donde radica su valor, y en el deber ser esa “otra” para los demás. Se le enseña a satisfacer expectativas ajenas y no las propias, porque en la sociedad patriarcal, la mirada del “otro” la define sobre todo la mirada masculina; ella tiene que “agradar” a los varones. En ese camino, inevitablemente ella se convierte en “objeto” para poder cumplir con las expectativas del resto, pero a la vez, se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones y de ejercer su libertad, lo cual le impide ser una sujeta plena de derecho.

Al ser la mujer vista como un “objeto”, dicha autora entiende que la sociedad implanta un ideal de cómo debe ser un cuerpo femenino y en qué consiste la belleza femenina. Si bien esto cambia a lo largo del tiempo, también es cierto que hay aspectos que no varían y resultan claves en la forma en que se percibe al cuerpo de una mujer. Al estar “destinada a ser poseída, es preciso que su cuerpo ofrezca las cualidades inertes y pasivas de un objeto” (De Beauvoir, 2008, p. 159). En una sociedad que entiende y educa a las mujeres como un “objeto” de deseo y de posesión, el varón puede poseerla a nivel físico y también puede controlarla. Entonces, su cuerpo debe ser pasivo o sea sin decisiones propias y sin ninguna autonomía, siendo moldeada para estar a disposición de los demás.

Retomando a Lagarde (1996), ella afirma que si la mujer incorpora lo que la sociedad le imparte y actúa según su “condición femenina”, cumpliendo con los “mandatos”, ello le permitirá “ocupar un lugar social” y significará “ser aceptadas sólo como seres inferiores,

como sombras del sujeto” (p. 61). Sin embargo, aquellas que se niegan a seguir sus “deberes de género”, solo les queda “la exclusión, el rechazo, la desvalorización, el daño y el castigo institucionales y personales” (p. 61).

De Beauvoir (2008) indica cómo a medida que van creciendo los/as niños/as, ambos van interiorizando que hombres y mujeres ocupan diferentes lugares de poder y de autoridad en la sociedad. En sus palabras: “Cuanto más maduro el niño, más se ensancha su universo y más se afirma su superioridad masculina” mientras que la niña “comprende que no son las mujeres, sino los hombres, quienes son los dueños del mundo” (p. 225). Es más, toda la cultura que la rodea y contribuye a formar su identidad “femenina”, hace una exaltación de la figura masculina, mientras que la mujer ocupa un lugar secundario. Se la educa para aceptarlo, de forma constante y casi invisible, ella aprende respecto a la superioridad masculina porque “su cultura histórica, literaria, las canciones, las leyendas con que la acunan, son una exaltación del hombre” (De Beauvoir, 2008, p. 227).

A medida que la niña crece, la autora reconoce como “la pubertad transforma el cuerpo de la jovencita. Es más frágil que antes” (De Beauvoir, 2008, p. 270). No solo se da un cambio importante en su cuerpo a nivel biológico, sino que también de allí en más, deberá cumplir con las expectativas, tolerando presiones respecto a su cuerpo, de cómo éste debe lucir e incluso de cómo debe vivir su sexualidad. Es por ello que se ubica en un lugar más expuesto o más vulnerable que antes: “Soporta todo su cuerpo con embarazo” (p. 273). Por el contrario, al joven le resulta más sencillo, ya que “su vocación de ser humano y de varón no se contrarían (...) Al realizarse en tanto que independencia y libertad es como adquiere su valor social y conjuntamente su prestigio viril”, aspectos que para una joven mujer no van de la mano porque “existe divorcio entre su condición propiamente humana y su vocación femenina” (pp. 276-277).

De ese modo, la joven se convence “de la superioridad viril; este prestigio de los varones no es un pueril espejismo; tiene bases económicas y sociales” (De Beauvoir, 2008, p. 269). Es para la autora un hecho que existan en la sociedad estructuras de poder que permiten que se sostenga y reproduzca, sin cuestionar, la posición de “superioridad” de los varones por encima de las mujeres. Ello se sustenta por medio de un sistema económico y la manera en que se organiza la sociedad, la cual asigna roles a cada género, que excluyen a las mujeres de esferas de poder y de toma de decisión. Por lo que afirma, que “los hombres son los dueños

del mundo sin discusión” (De Beauvoir, 2008, p. 269), no solo se le impone esto a las mujeres, sino que no se debate al respecto, ya que esta idea de dominio masculino lleva siglos.

Desde la sociedad patriarcal, se refuerza la desigualdad estructural entre los géneros, “desde la infancia se le repite a la mujer que está hecha para engendrar y se le canta el esplendor de la maternidad; (...) todo es justificado por ese maravilloso privilegio que ostenta de traer hijos al mundo” (De Beauvoir, 2008, p. 473). Se establece un rol definido que la mujer debe cumplir: ser madre y su función en la sociedad se limita a lo reproductivo, a los cuidados, relegándolas a la maternidad y al mundo privado: el hogar. Ese “privilegio” las pone en una posición subordinada, como si estuviera hecha solamente para ello porque su cuerpo puede engendrar y de esa forma se les adjudica una tarea que la vuelve clave para la reproducción y el cuidado, sin posibilidad de que elija si quiere o no ese destino.

Por consiguiente, De Beauvoir (2008) expresa, que a las niñas se les enseña de pequeñas “su vocación”, se las convence del “instinto maternal” y así incorporan que “el cuidado de los hijos corresponde a la madre y así se lo enseñan” (p. 222). Tal “instinto” se le inculca desde temprana edad y además se la incentiva a ilusionarse con ese futuro que le aguarda, debido a que solamente a partir de la maternidad es que “la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico, esa es su vocación “natural”, puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie” (p. 464). Como su cuerpo está diseñado para cumplir con el rol de procrear, esa es su única función y es entonces que se le enseña cómo la biología es un factor determinante en su destino. La sociedad la convierte en madre y cuidadora y toda su identidad es construida alrededor de la maternidad. Como si no fuera poco, la autora da cuenta de la vulnerabilidad y preocupación que experimenta la mujer, porque a la vez ella “teme dar a luz a un lisiado, un monstruo, porque conoce la pavorosa contingencia de la carne, y ese embrión que la habita es solamente carne” (p. 481). Indica la autora, “en la colectividad humana, nada es natural, y que, entre otras cosas, la mujer es un producto elaborado por la civilización: la intervención de otro en su destino es original” (pp. 718-719). Entonces, lo que se considera “natural” como los roles de género, como se espera que actúen las personas, no es el resultado de la biología sino que es construido por estructuras sociales y culturales. Existe detrás todo un proceso histórico y social que ha moldeado la idea de lo que significa ser mujer, y a la vez su suerte es influida y/o definida por los “otros”, quitándole así autonomía y control sobre su destino.

En esa línea, Butler (2007) desafía la idea de “biología es destino”, la cual asigna roles de género dependiendo de las características biológicas del sujeto/a. Entiende al género como una construcción cultural impuesta a las personas y que puede cambiar en el tiempo, no es algo estático, sino que es influenciado por normas, expectativas y la cultura. Expresa que “el género se construye culturalmente: por esa razón, el género no es el resultado casual del sexo ni tampoco es tan aparentemente rígido como el sexo” (Butler, 2007, p. 54).

Butler (2007) considera que los cuerpos son producto de una cultura que les dice que se espera de un cuerpo “masculino” o “femenino”, va más allá de la biología, “la distinción sexo/género muestra una discontinuidad radical entre cuerpos sexuados y géneros culturalmente contruidos” (p. 54). El género no es una consecuencia inmediata del sexo biológico, sino que se construye en sociedad por medio de normas, roles y expectativas que se establecen a las personas a lo largo de sus vidas. Según la autora, actualmente “parece que el género es tan preciso y fijo como lo era bajo la afirmación que ‘biología es destino’. En tal caso, la cultura, y no la biología, se convierte en destino” (Butler, 2007, p. 57). Ella critica las presiones culturales que existen para que los sujetos/as se ajusten a roles de género rígidos, los cuales, a la larga, pueden terminar siendo tan limitantes como las que impone la biología. En este sentido, plantea que: “Aunque el género parezca congelarse en las formas reificadas, el ‘congelamiento’ en sí es una práctica persistente y maliciosa, mantenida y regulada por distintos medios sociales” (Butler, 2007, p. 98).

A pesar de que el género parece ser algo invariable en cuanto a roles y categorías, en realidad es el resultado de una práctica constante y sostenida que hace que se perciba como “natural”. Existen normas y comportamientos que se reproducen y refuerzan en la sociedad, los cuales permiten que se perciba como algo inherente de ser mujer u hombre, sin poder dar cuenta, en realidad que es una construcción que se impone mediante la repetición y regulación. Al volverse tan rígido, el género “congela” los roles o sea que limita a aquellas personas que no se ajustan a las normas de género y a la misma vez produce desigualdades de poder. Este proceso no es casual, sino que funciona como una forma de control social.

Entonces a partir de lo expuesto anteriormente, resulta oportuno cuestionar: ¿Cómo influyen las normas de género y las expectativas sobre la reproducción femenina en la percepción de la

capacidad reproductiva de las mujeres cuando estas no cumplen con los estándares establecidos como “normales” por la biomedicina?

CAPÍTULO II- LO COMÚN Y LO SINGULAR

En este segundo capítulo, se busca explicitar cómo los contenidos teóricos desarrollados previamente, logran materializarse en los discursos de actores relevantes del sistema de salud y otras figuras vinculadas al acompañamiento del parto de mujeres ciegas. Para ello, se desarrollará un análisis crítico-reflexivo de los relatos recabados en el trabajo de campo y se intentará dar respuesta a los objetivos propuestos en la presente investigación. Esta reflexión se centrará en las determinaciones que atraviesan las dimensiones discapacidad, salud y género.

Para llevar adelante las entrevistas, se hizo un primer acercamiento con la Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación Visual Tiburcio Cachón y, posteriormente, con la Comisión Directiva de la Unión Nacional de Ciegos del Uruguay. Si bien los primeros contactos fueron un desafío, fue posible contactar con una persona del ámbito de la salud y así como con acompañantes que asistieron a mujeres ciegas durante el parto (doulas y partera).

Con el fin de poner luz en los entramados que rodean a la asistencia al parto en mujeres ciegas, se generan intercambios a partir de los cuales se puede vislumbrar cómo existen “discursos” que imponen su verdad y generan una “mecánica de poder (que) se apoya más sobre los cuerpos y sobre lo que éstos hacen que sobre la tierra y sus productos” (Foucault, 1992, p. 157). O sea que penetra en la conciencia de las personas y en este caso se materializa en los cuerpos de las mujeres ciegas:

Yo creo que el proceso de maternidad es difícil para todas las mujeres, para todas. El hecho de que nos falte una capacidad sensorial, como es la visión, muchas veces, ya digo, para la propia paciente, lamentablemente como ella se desarrolla en la sociedad y como la sociedad la trata. Porque la realidad es esa, la realidad es que la sociedad, en cierta manera, queriendo o no margina, discrimina. Entonces, eso hace que la paciente no esté en las mejores condiciones para empoderarse y sentir que puede apropiarse de su maternidad. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Es oportuno retomar aquí las ideas de De Beauvoir (2008), quien señala que la maternidad se le presenta a la mujer como un “destino fisiológico”, su “vocación natural puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie” (p. 464). Sin embargo, a partir de lo dicho en estas entrevistas, se puede entrever que en la sociedad actual persiste una visión de la discapacidad que se alinea con una perspectiva normalizadora, la cual ha sido capaz de instaurar discursos. Como señala Foucault (1992), produce efectos en las conductas de las personas y, en este caso, se construye que lo “normal” es que el destino de estas mujeres ciegas sea no ser madres.

De Beauvoir (2008) muestra cómo la maternidad ha sido históricamente concebida como un mandato inevitable para las mujeres, al presentarse como su destino biológico y natural. De esta manera, a pesar de ser mujeres, desde la mirada biologicista, sus cuerpos “no se ajustan a la norma” por ser portadoras de “un déficit”. Tal como plantean Angelino y Rosato (2009), es la inscripción de la diferencia por lo corporal. En este sentido, quedan eximidas y/o excluidas del destino del cual hace mención De Beauvoir (2008), en tanto rompen con los esquemas de normalidad fuertemente arraigados en las sociedades modernas. Como se expresa a continuación:

No tenemos una frecuencia alta, lamentablemente. Las pacientes vivencian mucho la ceguera como una discapacidad para una posible maternidad; entonces, eso hace que muchas mujeres no videntes, porcentualmente la población de mujeres no videntes, la gran mayoría no son madres (...). (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

El bajo número de mujeres ciegas madres, da cuenta de “efectos y mecanismos de poder que se ejercen sobre ellos como mecanismos y efectos de exclusión, descalificación, exilio, rechazo, privación, negación, desconocimiento; es decir, todo el arsenal de conceptos o mecanismos negativos de la exclusión” (Foucault, 2000, p. 51). Es más, su sola presencia en estos lugares, donde no deberían estar, produce incomodidad, como se reconoce a continuación:

“En general las personas le tienen miedo a lo diferente, ¿verdad? Entonces, tratan de apurar la cosa como para no complicarseles la vida” (Entrevista 4, doula, abril 2025).

Se da cuenta de “la incomodidad que provocan los cuerpos que resisten a su normalización (...) que instalan la pregunta por la eficacia de las instituciones, tal como las conocemos, y se proponen re-mirar y re-fundar” (Vallejos, 2009, p. 62). Entonces, ¿por qué tiene lugar esa incomodidad? Si bien, cómo se afirma a continuación, existen figuras en el ámbito de la salud que buscan romper con discursos que naturalizan la exclusión, es necesario exponer cómo esa “incomodidad” es resultado de un entramado histórico de relaciones de poder que incluye a ciertas corporalidades.

(...) es una naturaleza humana que frente a algo que no puedo resolver en el diario, ahí es que se genera el rechazo y la discriminación. Es simplemente una conducta humana de defensa, no es una agresión hacia la otra persona, sino es simplemente un instinto de preservación y de huida de una situación que les genera incomodidad y no pueden resolver. Entonces, esto hay que tratar, para poder acercar y encontrar soluciones a toda esta problemática. También hay que encontrar en el otro que no hay una maldad innata detrás de la conducta, sino simplemente ignorancia, falta de preparación o falta de condiciones adecuadas para que uno tenga desde el tiempo que necesita una persona. Porque requiere más tiempo, te lleva más tiempo poder hablar. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Siguiendo las ideas de Foucault (1992), entender el rechazo y la discriminación como algo “natural” y no como el resultado del poder que se instala en el entramado social, esconde el carácter “político”. El poder se materializa en las personas y en sus cuerpos, se impone de forma sutil y difícil de percibir, y produce discursos que avalan la exclusión de ciertos/as sujetos/as como lo “normal”. La falta de conocimiento o ignorancia, como se plantea, esconde un ejercicio de poder sobre ciertas minorías que, aún hoy, no cuentan con las condiciones adecuadas para ser incluidas. “Todo es político” (p. 169), y en este caso también, ya que el sistema no las incluye. No es una casualidad, sino que resulta ser una decisión estructural que da cuenta de cómo hay cuerpos que todavía no importan y, a la vez, cómo se les impide ejercer plenamente sus derechos.

El poder penetra en la conciencia de las personas y, en este caso, convence, cómo le sucede a estas mujeres, que no serán capaces de cumplir el rol de madres. Esto se refleja en los fragmentos de entrevistas que siguen a continuación:

(...) y si lo son, lamentablemente, este, los hijos los crían las familias de ellas y no ellas, ¿no? Una realidad que, bueno, lentamente va tratando de cambiar, pero el bajo número que tenemos hace que sea difícil. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

La desconfianza que tiene, en general, el sistema de salud en relación con la capacidad de cuidar los recién nacidos que tienen las madres ciegas, hay como esto de, seguro se te va a caer o no le vas a poder dar bien la teta o no te vas a dar cuenta de si se hizo caca, o de tal cosa, o tal otra. Y eso está muy... Eso se siente, se percibe, que hay ahí como a priori una desconfianza en tu capacidad de cuidar y eso es heavy para las mujeres porque ya, a priori, estás partiendo de la base de que no voy a ser capaz de hacerlo. Sin lugar a dudas, que por ahí se precisa un apoyo, todas las mujeres precisan apoyo en el puerperio, sin lugar a dudas, capaz precisas un apoyo súper presente en un montón de cosas o de organizar las cosas en tu casa de una manera que permita que vos puedas llevar adelante esas tareas sin estar dependiendo de otro, ¿no? este (...) pero en general el personal de salud, ya de por sí parte de un lugar de desconfianza. (Entrevista 5, profesional de la salud, mayo 2025)

No se hace referencia a un acompañamiento o a redes que apoyen, como ocurre con muchas mujeres que son madres, sino que hay un desplazamiento de su rol, debido a su ‘condición’ que las ubica en un lugar de menor valor social. Es su “déficit” el que las convierte en una especie de “menor de edad permanente, que en el caso de tener derechos, tiene suspendido su ejercicio o requiere de la tutela de otros para ejercerlos” (Rosato, et al., 2009, pp. 90-91). Su

rol de madre debe ser realizado por otra persona o debe ser supervisado, porque se entiende *a priori* que no podrán, incluso antes de tener la oportunidad de demostrar lo contrario. A pesar de estar ‘dentro de la sociedad’ quedan por fuera “(...) de ciertas prácticas sociales y circuitos institucionales. Prácticas para las que estos sujetos, denominados personas con discapacidad o discapacitados están inhabilitados (...)” (Kipen y Vallejos, 2009, p. 102).

Siguiendo a Foucault (2000), aún hoy en día se podrían identificar mecanismos de poder que no tienen en cuenta a ciertos grupos, por ejemplo, en la preparación del parto:

El proceso de preparación para el parto no contempla particularidades, entonces, las clases de parto son las mismas para todas y es un problema que tenemos porque ella puede escuchar los audios o puede ponerse en el Zoom, pero capaz que si hay presentaciones que muchas veces hay fotos, si ella no tiene a alguien que le diga lo que se está mostrando, pierde un poco de validez o interés. De todas maneras, se maneja muchísimo la comunicación verbal, no disponemos de recursos en braille, (...). Pero claro, la realidad es que nuestra población de personas no videntes, de personas con problemas auditivos es muy baja, son todas habilidades que requieren una práctica diaria. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Tal como se desprende del testimonio, garantizar un real acceso a la información sigue siendo un desafío, debido a que la preparación no contempla la diversidad y no se cuenta con materiales/recursos que puedan facilitar el acceso a la información de estas mujeres. Desde el centro de salud, sus integrantes advierten que los talleres podrían resultar ineficaces para estos grupos, a menos que las mujeres ciegas estén acompañadas de otra persona. De todas formas, se continúa utilizando la misma modalidad y se aplica como otra única estrategia la comunicación verbal, que si bien puede ser muy efectiva, depende de la capacidad del/de la profesional de la salud de poder propiciar un ambiente de escucha y confianza. El hecho de que la realidad no cambie, se explica/justifica por la baja población y que se sostenga así en el tiempo, provoca esa “exclusión” y “privación” que expresa Foucault (2000). Entonces, cabe aquí preguntarse, ¿cuál es el mensaje que le envía el centro de salud a esas mujeres?

Por otro lado, y como se evidencia en las entrevistas, algunos integrantes del equipo de salud identifican la ausencia de materiales accesibles en el proceso de preparación para el parto y el acompañamiento del embarazo. En respuesta, despliegan estrategias diversas, por ejemplo: priorizan el diálogo, generan recursos propios o incorporan gestos simples, como advertirle previamente a la mujer ciega que será tocada, entendiendo que tales acciones, aunque sean pequeñas, contribuyen de manera concreta a mejorar la experiencia del acompañamiento.

Muchas veces mostramos láminas del útero, de cómo el útero va creciendo, de las mamás, ahí les explicamos de otra manera, de cómo es o llevamos un globo para que lo pueda tocar, llevamos las mamas o sea con las cosas que no pueden ver, tratar de ser más descriptivas. (Entrevista 4, doula, abril 2025)

(...) no es que el abordaje tenga que ser distinto pero tenes que tener un montón de detalles que tenés que estar permanentemente teniendo en cuenta. Por ejemplo, una de las cosas que (mujer ciega que acompañó en embarazo y parto) permanentemente me marcaba, no me toques, en una buena, no me toques sin avisarme que me vas a tocar, ¿no? Que uno capaz hace un mimo en el brazo, te pongo la mano en el hombro, y esto de incorporar hasta esas cosas pequeñitas. (Entrevista 5, profesional de la salud, mayo 2025)

Como indican los testimonios, se tensionan las formas ‘tradicionales’ de comunicación y, al mismo tiempo, se evidencia la necesidad de transmitir un saber médico fuertemente apoyado en lo visual mediante otros recursos/técnicas que contemplen a las mujeres ciegas. Sin embargo, desde la lógica biomédica, el embarazo de las mujeres ciegas se entiende como algo poco común, que se enmarca dentro de una dinámica de “maternidad de riesgo” como se expresa a continuación:

El embarazo de mujeres ciegas, se aborda como otros partos con discapacidad, tratando de adaptarse a las necesidades de la paciente, muchas veces son referidas a

las policlínicas de alto riesgo obstétrico, para poder ser seguidas más personalmente e individualizadamente. Pero bueno, tratamos que sea siempre en equipo, a cargo de ginecólogos por supuesto, pero bueno contamos con servicio de asistente social que cuando tenemos dificultades podemos recurrir a ellos y con un equipo de psicología médica que también vemos que cuando la cosa lo solicita también recurrimos, generalmente tratamos de no verlas solos. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Se observa que, al ser considerado como un embarazo que requiere de apoyos específicos, las mujeres son derivadas a policlínicas especializadas y acompañadas por equipos multidisciplinarios. A través de estas instituciones y de sus prácticas cotidianas, la biomedicina genera mecanismos que logran imponer un poder “disciplinario”, instaurando ciertas prácticas médicas que se apoyan en otros saberes y producen ‘verdades’ con efectos concretos en la vida de las personas, tal como indica Foucault (1992). Se instala así una mirada que ‘normaliza’ la diferenciación y que lleva a la vigilancia del embarazo de estas mujeres.

Dicho autor, señala cómo a partir del siglo XIX, surgen “personajes, instituciones y saberes”, como la figura del psicólogo y trabajador social (entre otros), es así, que “ciertas personas vienen a inmiscuirse en la vida de los otros, de su salud, de la alimentación, de la vivienda (...)” (p. 118). Este intelectual ‘específico’, desde su saber, interviene en un contexto concreto y no habla en nombre de lo “universal”, sino que actúa en red con otros saberes, ya que se producen así “lazos transversales de saber a saber” (p. 194).

Foucault destaca (1992) que estos “intelectuales específicos” forman parte de los dispositivos de saber-poder y operan desde adentro, donde su saber genera efectos reales en la vida de las personas y, es por ello, que es importante que se puedan analizar y cuestionar las relaciones de poder. Esto provoca inquietudes cómo: ¿Cuán necesaria es la intervención de múltiples profesionales en el proceso de embarazo y parto de mujeres ciegas? ¿Estas miradas aportan a una atención más integral o marcan más bien una diferencia, la cual implica que su embarazo requiere de una vigilancia específica? Y, estando inmersos/as en el sistema, ¿son los/as

intelectuales realmente libres de cuestionar o transformar las prácticas que producen desigualdad?

Por otro lado, en las entrevistas se manifiesta la necesidad de que exista una preparación para la atención de esta población específica y de contar con espacios de sensibilización para generar prácticas en el sistema de salud que no ‘excluyan’.

(...) la mayoría de los técnicos que trabajamos en las distintas ramas de la salud no tenemos capacitación, ni entrenamiento, para trabajar con población de ciegos, ¿no? Es más, va más por lo intuitivo de lo que cada uno piense que debe ser o cuál sería la mejor forma de manejar esa situaciones. Ni en nuestras currículas, ni después hay demasiada capacitación en esa área. (Entrevista 5, profesional de la salud, mayo 2025)

Luego destaca la importancia de la capacitación, señalando:

Creo que no sería mala idea que los prestadores tuvieran gente entrenada para asistir a personas ciegas, ¿no? Que ya tuvieran un poquito más de formación, por sobre todo en estos detalles tan sutiles que está bueno cuidar. O de tener como más incorporado que tenés que cuidar, ¿no? Estaría buenísimo hacer capacitaciones a todo el equipo de salud, ¿no? (Entrevista 5, profesional de la salud, mayo 2025)

“Sería buenísimo tener más instancias de sensibilización, para tener más herramientas para el seguimiento, manejo y atención de usuarias con discapacidad, eso sería lo ideal” (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025).

Se puede advertir la falta de formación del sistema de salud y la necesidad de generar instancias que brinden herramientas para lograr un mejor acompañamiento de estas mujeres. Esta población que “no se ajusta a la regla, a la norma de salud que se ha definido” (Foucault,

2000, p. 54). Es concebida como portadora de cuerpos deficitarios y no es contemplada en las prácticas médicas y, en consecuencia, quedan por fuera. En este marco, suena oportuno la creación de espacios de capacitación y sensibilización para el personal de salud, como se sugiere en las entrevistas, para constituir herramientas efectivas de inclusión, visibilizar a estas mujeres y cuestionar los dispositivos de normalización aún vigentes. Estos espacios podrían reconocer a estas personas como sujetas plenas de derechos y con un papel activo en relación a su salud, embarazo y parto. De todas formas, nuevamente, surgen interrogantes, en este caso respecto a cómo capacitar, o sea, ¿qué tipo de saberes y relaciones de poder se ponen en juego al capacitar?

A la misma vez, surge de las entrevistas que mayormente el ámbito de la salud se apoya en lo visual, lo que implica tener que modificar el modo en que se transmite la información. Es ahí donde se destaca la importancia de la comunicación oral:

(...) cuando vos haces el seguimiento del embarazo, técnicamente es lo mismo, solo que tenés que estar teniendo constantemente presente todos estos detalles que con una persona que no es ciega o incluso hasta la manera en que vos comunicas algunas cosas, ¿no? En general estamos acostumbrados que nuestra comunicación es muy visual en un montón de aspectos, ¿no? (Entrevista 5, profesional de la salud, mayo 2025)

(...) hay cosas que tú ves que no precisás que te expliquen pero cuando tú haces algo o algún movimiento o vas a hacer alguna intervención, explicarle que la vas a tocar. Igual hay que pedirle permiso a cualquier mujer, sin lugar a dudas -“permiso te voy a tatar, te voy a tocar”-, pero más especialmente a la persona que no ve, que no te agarre de sorpresa, ¿no? Y empoderarla. (Entrevista 4, doula, abril 2025)

Todo lo que se le va a hacer, si, se le explica, si en algún momento no se le explica algo, es porque se nos escapó, pero tratamos de explicar todo porque sabemos que ella

no ve lo que estamos haciendo, tratamos de contárselo. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Se puede percibir nuevamente, que uno de los obstáculos que tiene la medicina es centrar su comunicación en lo visual y, por ello, habilitar la comunicación verbal significaría utilizar un recurso que puede contribuir a desarmar estas lógicas de exclusión.

A partir de lo desarrollado hasta aquí, se puede advertir cómo el embarazo y parto de mujeres ciegas está atravesado por discursos biomédicos que sostienen desigualdades y a su vez limitan su autonomía. Aún así, las entrevistas dan cuenta de que existen profesionales que intentan aplicar estrategias para brindar un acompañamiento más respetuoso e inclusivo. Pero en general, las prácticas que utiliza el sistema de salud reproducen relaciones de poder que naturalizan una visión de la maternidad y la discapacidad. De allí, surgen inquietudes respecto a cuál sería el camino para que éstas mujeres sean reconocidas y puedan ejercer plenamente sus derechos.

CAPÍTULO III- MUJERES PARIENDO A OSCURAS

En el presente capítulo, se busca analizar cómo los procesos identificados en los capítulos anteriores se hacen presentes en los relatos de mujeres ciegas en el transcurso de su embarazo y parto. Continuando en el camino de un análisis reflexivo, se intentará conocer sus sensaciones y percepciones respecto al transcurso de su embarazo y al día del parto.

Si bien, como se mencionó anteriormente, se había recurrido al Centro de Rehabilitación Visual Tiburcio Cachón y a la Comisión Directiva de la Unión Nacional de Ciegos del Uruguay, resultó un reto contactarse con mujeres ciegas que hayan parido en Montevideo en los últimos veinte años. De todas formas, se pudieron propiciar dos encuentros virtuales y dos presenciales con mujeres que se ajustaban a la consigna.

En la primera entrevista, se expresa como existe una visión de la discapacidad que no va de la mano con la sexualidad, desconociendo así el derecho a estas personas.

“Es la sociedad la que encasilla. porque es como que vos no sos un ser sexuado, sos asexuado (...)” (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025).

A partir de lo anterior, se puede advertir cómo se invisibiliza una sexualidad autónoma, ya que en ellas prevalece la discapacidad por sobre la condición de ser mujer. De esta manera, en la actualidad, persisten formas de ver a “las personas con discapacidades como asexuadas y enfermas, y se sustentan en una serie de mitos tales como la ausencia de control sobre su propia sexualidad o su supuesta incapacidad para tener una actividad sexual satisfactoria” (Moya, 2009.p. 140). Son ubicadas en una especie de “niñez eterna” (Miguez, 2020, p. 139) por lo cual, para poder vivir plenamente su sexualidad, deben de enfrentar desafíos y romper con prejuicios que consideran que la sexualidad es un atributo exclusivo de aquellos/as que se adecúan a “la normatividad reproducida por las sociedades de hoy en día” (Miguez, 2020, p. 139).

En esa línea, se puede predecir que la maternidad no suele asociarse con la discapacidad y algunos testimonios lo reflejan:

“(…) mucho menos se van a pensar que tenes un hijo y mucho menos pensar que lo vas a tener por propia voluntad y de forma planificada” (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025).

A partir del encuentro con su ginecólogo y luego de comentarle respecto a su embarazo, una de las mujeres entrevistadas recuerda con asombro cómo el profesional le consultó si había sido un embarazo deseado:

“Me acuerdo de eso porque como que no me esperaba que preguntara eso” (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025).

¿Por qué sorprende que una mujer ciega esté embarazada y que, a su vez, el embarazo haya sido deseado/planificado? A pesar de que existe reglamentación que reconoce y asegura su derecho a formar una familia y desarrollar su maternidad, se extrae de las citas anteriores ideas que aún prevalece y se fundan en la noción de que “estas personas no son consideradas aptas para la reproducción” (Moya, 2009, p. 141). A partir de comentarios, preguntas o actitudes, estas mujeres entienden que el entorno no las percibe como madres. Retomando a Foucault (1992), se puede destacar la idea de que el poder penetra en lo más íntimo de las personas y se manifiesta en actitudes, formas de ver el mundo, de aprender, de expresarse y transitar la vida cotidiana. De modo tal que se determina cuáles cuerpos son pensados como reproductivos y cuáles quedan por fuera. En este sentido, las mujeres ciegas quedarían “excluidas” de la maternidad, manteniendo así una lógica de poder que continúa regulando en especial la vida de “los locos, los enfermos, los criminales, (...)” (Foucault, 2000, p. 51).

Entre los discursos transmitidos por las mujeres, surgen testimonios que refieren a la falta de información recibida durante el embarazo:

Yo me cambié de ginecólogo porque el ginecólogo que tenía, el doctor (nombre), me acuerdo, ese doctor, yo empecé a sentir como que me tenía mucha pena, mucha lastima, entonces, yo sentía que no me informaba lo suficiente, que no me sabía explicar. Era mi ginecólogo de antes, fue mi ginecólogo de siempre. (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025)

Había un ginecólogo solo acá en la policlínica. Entonces, por ir a la policlínica de la zona digamos, que me quedaba cerca, me quedé con ese ginecólogo. Era bien, pero en sí muy tranquilo, como que le tenías que estar preguntando todo, no te mandaba mucho las cosas, mandaba siempre los análisis de sangre pero las ecografías, la parte de monitoreo, esas cosas, como que era muy tranquilo y no mandaba. Tenía que estar atrás de él y yo como primeriza tampoco tenía información de lo que se podía mandar. Después en la licencia de él, me atendí con otra que era una partera, y ¿cómo no tenés tal cosa? ¿No tenés otra? Pero nunca mandó le decía yo, y yo no tenía cómo saber que me faltaban las cosas. Y bueno, era un ginecólogo de esos o sea era viejo ya, como que, no sé, no mandaban las cosas, esa fue la realidad. (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025)

Ambos relatos expresan un sentir común: recibir poca información durante su embarazo. En el primer discurso, aparece la percepción de “pena” que sintió una de las entrevistadas por parte de su doctor, lo cual revela una mirada de la discapacidad centrada en el “déficit”, en lo “biológico”, como un “cuerpo no se ajusta a la norma” (Angelino, 2009, p. 78) y se contrapone a una idea de “normalidad”. Esas percepciones “atraviesan íntimamente” (Vallejos, 2009, p. 61) la subjetividad de las personas, y provoca que estas mujeres sean vistas desde lo que les falta, contribuyendo a que “la discapacidad es vivida (...) como una tragedia personal” (Almeida, et. al, 2009, p. 23) y no se da lugar a que ellas sean reconocidas como sujetas plenas. Tratarlas de manera diferente por no adecuarse a lo esperado se siente en el intercambio y evidentemente impacta en el vínculo que se tiene con el/la profesional de la

salud y seguramente en cierta medida, en cómo se perciben estas mujeres a sí mismas y su lugar en el mundo.

Al mismo tiempo, los testimonios muestran que profesionales de la salud no estarían brindando un acompañamiento respetuoso e informado, dado que las entrevistadas expresan haber recibido poca información. Esto también puede pensarse a partir de lo que señala Foucault (2000), un saber médico que concentra poder, “un tipo de poder que no está ligado al desconocimiento sino que, al contrario, solo puede funcionar gracias a la formación de un saber, que es para él tanto un efecto como una condición de su ejercicio” (p. 59). De esa forma, este poder tiene efecto en la vida de estas mujeres, ya que se reproducen aquí desigualdades en el acceso a la información y ello las deja subordinadas a un saber profesional. En consecuencia, estas mujeres no podrán tomar decisiones de manera informada y autónoma, porque ese saber permanece concentrado en manos expertas.

Siguiendo esa misma línea, surgen testimonios explícitos que describen las dificultades que vivieron las mujeres ciegas para acceder a información respecto al embarazo y parto. Al mismo tiempo, estos relatos ponen de manifiesto prácticas que producen y reproducen relaciones de poder que limitan a las sujetas.

¡Aja! Todo impreso te dan, un bolsito precioso con todo impreso” (...) Yo nunca tuve una clase de parto, nunca hablé con una partera, nunca me enseñaron como una persona en situación de discapacidad: ¿vos tenés idea de cómo cambiar un bebé? ¿Cómo? (...) ¿Me vas comprendiendo? Yo nunca tuve eso, no, no, nunca. No hay un acercamiento de discapacidad, madre y hospital, no hay. Tendría que haber, ¿no? Yo no la tuve, a mí nunca me ofrecieron nada en ese momento. (Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025)

Las cosas que me daban, me las daban o impresas o a veces yo les preguntaba: ‘che, esto impreso, ¿vos lo tenés en la computadora? ¿Me lo podés pasar por un mail?’ Entonces ahí me lo pasaban por un mail y yo por ahí veía algo. Pero lo que me pasaba

a mí, también haciéndome cargo en una parte, sin duda para mí fue muy elemental la información. (Entrevista 3, mujer ciega, abril 2025)

Me dieron un librito que después me lo leyeron, que dan, no se si dan a las primerizas un librito que tenía los síntomas, lo que te podía pasar, como escala de los trimestres, pero me lo leían, era escrito, no era accesible para mí (...) sé que había (clases de parto) pero me dió cosa. Porque dije, capaz que muestran muchos videos, ¿viste? Y no fui a las clases, no fui a las clase por eso, me dió no sé qué. Porque capaz muestran videos y yo no me siento cómoda, ¿viste? Como que me dió eso de pensar así (...) y no me animé a preguntar. (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025)

Estas voces revelan cómo no se garantiza el acceso a la información, lo que tiene un efecto de exclusión al ubicar a las mujeres ciegas por fuera de espacios que deberían ser accesibles e inclusivos. El hecho que las instituciones de la salud se apoyen únicamente en material visual respecto al embarazo, limita las posibilidades y la autonomía de estas mujeres. De esta manera, su “acceso a la salud”, a información relevante y necesaria se ve afectado, porque no se consideran otras necesidades que salen de “lo común” y tampoco se ofrecen otras condiciones que se adecúen a ellas.

Retomando a Butler (2002), podría pensarse que al ubicar a estas mujeres fuera de los marcos de reconocimiento del orden biomédico, se las constituye como “seres abyectos”, es decir, personas que no son reconocidas como sujetos/as plenas, pero cuya exclusión hace posible definir aquello que se considera “normal”. En palabras de la autora: “Esta matriz excluyente mediante la cual se forman los sujetos requiere pues la producción simultánea de una esfera de seres abyectos, de aquellos que no son ‘sujetos’, pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos” (p. 19). En este sentido, quienes forman parte del "adentro" dependen de ese "exterior constitutivo". El centro de salud, mediante estas prácticas, desconoce y excluye a las mujeres ciegas al dirigir solamente su atención a las mujeres sin discapacidad que responden a la norma.

Lo que se considera “normal” en la atención ginecológica se construye diariamente. Invisibilizar a aquellas mujeres que no ‘encajan’ en los parámetros de lo “normal” produce desigualdades materiales y sociales en el ámbito de la salud. Esas prácticas cotidianas que son parte del sistema definen quienes son sujetas plenas de derecho y quienes no. Al valorar a las personas de acuerdo a sus capacidades se coloca lo visual por encima de otras formas de acceso a la información.

Resulta adecuado volver a tomar las ideas de De Beauvoir (2008), quien sostiene que la mujer durante el embarazo es visibilizada, ya que: “Por fin, su cuerpo es de ella, puesto que es del hijo que le pertenece. La sociedad le reconoce su posesión y la reviste, además, de un carácter sagrado” (p. 480). Se le otorga un “reconocimiento social” debido a la vida que se gesta dentro de ella, no es valorado su cuerpo en sí mismo, sino que a raíz de la función que está cumpliendo. De acuerdo a la autora, la sociedad impone la idea de maternidad como la razón central de existencia de las mujeres y su valor es medido en relación al otro, en este caso ese otro es su hijo/a.

Sin embargo, como se desarrolló previamente, las mujeres ciegas quedan por fuera de este destino y reconocimiento. Al prevalecer una visión de la discapacidad que se centra en el “déficit” y una mirada social e ideológica que define qué es normal y que no. La maternidad queda reservada para aquellas mujeres que se ajustan a la “norma”. Esta visión construye una idea de la discapacidad que ubica a estas mujeres en “distintos espacios y posiciones” (Angelino, 2009, p. 83).

En los relatos del día del parto, se puede vislumbrar cómo estas construcciones sociales se traducen en prácticas que generan desigualdad y no colaboran con la autonomía de estas mujeres.

(...) como yo te digo, estuve internada porque no daban con los meses para que se encajaran. Yo tuve que ponerme un poco firme porque venían tres o cuatro ginecólogos y metían mano, y yo decía ‘yo ya no puedo más, déjenme en paz, no quiero que me toquen más’. Fue porque yo tuve que, digamos, que ponerme digamos firme, porque parecía una lotería: ‘está de 35, no está de 36’. Venía otro y decía: ‘está

de 37'. Y yo dije, ta que no me tocaran más y me dijeron ahí: 'bueno no te vamos a tocar más, no te vamos a hacer más exámenes pero tenes que quedarte internada' (...).
(Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025)

Este extracto de entrevista describe prácticas que se aplican habitualmente a las mujeres en el ámbito de la salud. A pesar de ser una técnica que les puede generar incomodidad, se realiza de manera reiterada y naturalizada. Es frecuente escuchar relatos que describen dolor o malestar que producen ciertos procedimientos y, a la vez, reconocen una intervención constante sobre el cuerpo que se debe soportar al momento de parir. Esta idea de padecimiento el día del parto concuerda con lo expresado por De Beauvoir (2008): “Las mujeres están hechas para sufrir -sentencian ellas mismas-. Es la vida... No se puede hacer nada. Esta resignación engendra la paciencia que a menudo se admira en ellas” (p. 592). Como si la única forma posible de parir fuera a través del sufrimiento, por estar destinadas a ello; como si esa aceptación del dolor y pasividad fuese lo esperado y que, en definitiva, las volviera dignas de reconocimiento.

A pesar de “estar hecha para engendrar” (De Beauvoir, 2008, p. 473) como se le repite a las mujeres desde su infancia, resulta sustancial mencionar que “normalmente la mujer (...) necesita ayuda para cumplir la función a que la destina la Naturaleza” (De Beauvoir, 2008, p. 489). Esa ayuda que requiere la mujer para cumplir con “su destino”, la brinda el centro de salud y, como se cita aquí, le genera incomodidad y malestar, reafirmando un modelo de atención donde el saber médico prevalece sobre las mujeres y, a la vez, limita su autonomía.

Por otro lado, retomando a Foucault (1992), se puede advertir nuevamente cómo, en la cotidianidad, se configuran mecanismos de poder que imponen prácticas que están avaladas por saberes específicos y con efectos concretos en la vida de las personas. En este caso, la biomedicina ejerce poder sobre las mujeres a partir del saber que autoriza al/a la profesional de la salud a “manipular” sus cuerpos sin cuestionarse cómo ellas experimentan estas intervenciones. Ante esta asimetría, la entrevistada relata que tuvo la necesidad de “ponerse firme” para detener la práctica y desde el otro lado se accede detenerse, pero con la condición de que se acaten las decisiones que tomen los/las profesionales de la salud. Tiene lugar así “la materialidad del poder sobre los cuerpos mismos de los individuos” (Foucault, 1992, p. 112), ya que el poder actúa sobre ellos generando obediencia, moldeando comportamientos o produciendo cierta resistencia, como acontece en el ejemplo.

El siguiente relato refiere a la ayuda/atención que se les otorga a las mujeres el día del parto y, en especial, a las mujeres ciegas:

El ginecólogo de guardia me pasó también que, no solo me quería inyectar oxitocina sino que me cortó sin consentimiento (...) sabía lo que pasaba porque yo preguntaba o porque sentía lo que me iban haciendo, pero sino el ginecólogo no. Es como te digo, el ginecólogo decía inyectele oxitocina y yo le decía que no, la enfermera me estaba pasando el algodón para desinfectar y yo le decía, no me toque. Fue así el parto. (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025)

Otro testimonio describe la preparación antes de recibir anestesia general:

Mientras me iban preparando para el parto, me pusieron iodofon, un líquido. No me dijeron: ‘mira, que te vamos a mojar la panza o te vamos a esterilizar la parte que vamos a cortar’. Yo sentí algo frío, ayy me asusté, yo tenía unos nervios, ¡imagínate! Cualquier cosa que me tocaba yo saltaba como un resorte. Entonces, lo que yo le pedí fue que cuando me fueran a hacer algo, me avisaran, porque mi cuerpo estaba en alerta, porque cualquier cosa que me tocaban, yo saltaba, ¡pin! Saltaba o me ponía tensa, este, y ta, yo le dije así, pero no tuve una devolución (como) ‘bueno dale dale, quedate tranquila’. Yo supongo que era iodofon, o algún líquido desinfectante yo lo supuse, y después cuando me agarraron el brazo para ponerme la anestesia, este, vinieron me manotearon el brazo y dije: ‘¿qué vas a hacer?’ ‘Te voy a pinchar para ponerte la anestesia’ ‘¿Puede ser que antes de que me pinches me avises?’ ‘A no, quedate tranquila’, me dice, ‘no te va a pasar nada’. Y claro, y ta y yo le iba a decir ‘no es porque me pase algo, si me vas a pinchar, con los nervios que tengo, no veo, mi cuerpo va a tirar el brazo automáticamente para atrás por un instinto’. Ta, pero no me

dio el tiempo porque me cazaron el brazo y ¡fum! (Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025)

Estos relatos dan cuenta de las tensiones que experimentan las mujeres ciegas al momento de parir en un espacio que debería contemplar la diversidad y la inclusión. Las prácticas que se describen muestran cómo el desarrollo del parto es predominantemente visual y que, cuando no existe diálogo entre el/la profesional de la salud y la mujer ciega, la atención resulta compleja y posiblemente violenta.

En sintonía con Foucault (1992), el cuerpo de las mujeres se vuelve un objeto sobre el cual nuevamente el/la ginecólogo/a interviene sin consentimiento de la persona, porque existe un saber médico con el poder para pinchar, cortar, etc. Ese saber está legitimado y autoriza prácticas que colocan a la mujer en una posición subordinada. Es así que se habilitan silencios, se omite información y se normalizan procedimientos que contienen violencia simbólica y física, que impactan sobre el cuerpo y emociones de las mujeres.

Respecto a este momento, De Beauvoir (2008) señala que hay mujeres “que afirman haber experimentado durante el parto una impresión de poder creador; verdaderamente han realizado un trabajo voluntario y productor; muchas, por el contrario, se han sentido pasivas, un instrumento dolorido, torturado” (p. 491). Entonces, ¿cómo se siente una mujer ciega que no puede ver lo que sucede a su alrededor al momento de parir y que, al preguntar o hablar, no recibe respuestas? ¿Cuánta seguridad puede sentir si se procede sobre su cuerpo sin previo aviso? Y, ¿cuán escuchada puede sentirse si no se respeta lo que ella expresa?

Otra mujer que también recibió anestesia general describe su experiencia:

El parto fue bastante traumático para mí. Decí que, cómo digo, después que nace tu hijo ya no te importa nada. Como que, viste, que la tenés ahí, pero en realidad fue, ehh como que todo a las apuradas, y no sé. Me pregunto si era tan necesario que fuera así, me mandaron a hacer una cesárea de urgencia, nunca me preguntaron qué tipo de anestesia quería y yo en el momento no me despabile y bueno estaba (pausa) esteeee,

y me dieron general, horrible. Bueno yo no sé si en ese momento existía, lo que se llama hoy, las cartas de de ... ¿cómo se llama? El plan de parto, yo no sé, pero a mí, nunca lo supe si eso existía. Y ta, y a mi hija, en realidad me la sacaron y como era de 37 semanas, la llevaron a una termocuna y era de bajo peso, tenía dos kilos trescientos, este, si y 43 cms, una piojita. Y bueno, y ta, y eso fue como todo. Yo lo que recuerdo es pin pan pun, ta al quirófano, ¿viste? Eso fue como el procedimiento que yo recuerdo, fue como eso. En ningún momento vino alguien ‘mira te explicamos’, bla bla bla. (Entrevista 3, mujer ciega, abril 2025)

A partir de este testimonio, vuelve a surgir la falta de comunicación y de información que experimentaron estas mujeres el día del parto. No parecen existir momentos en los cuales el saber médico transmita información respecto a los procedimientos que se realizan ese día y en el momento. Tampoco aquí se constata que se habilite a las mujeres a plantear dudas o, quizás, que se les consulte su opinión o deseo. Se espera de ellas un rol “pasivo” que resulta ser “un destino que le ha sido impuesto por sus educadores y por la sociedad” (De Beauvoir, 2008, p. 220). Incluso, en este momento, son ellas quienes se deben adaptar/ajustar a otros. Aún mucho tiempo después, la entrevistada recuerda ese día como “traumático” y “a las apuradas”. Surgen dudas que ponen en tensión los tiempos institucionales y los tiempos de las mujeres al parir. En este caso, parecen imponerse las lógicas y los ritmos de la institución biomédica por sobre las experiencias y los tiempos de las mujeres.

Asimismo, se introduce el tema del uso de la anestesia general. Si bien los “métodos de la anestesia están en vías de desmentir la afirmación bíblica: “Parirás con dolor”(…) Resulta difícil saber cuales son exactamente los sufrimientos que evitan a la mujer (...) Para ciertas mujeres, el alumbramiento es un martirio” (De Beauvoir, 2008, p. 490). El mandato bíblico condenaba a la mujer al sufrimiento; sin embargo, a pesar de los avances médicos que existen en la actualidad, este momento en la vida de algunas mujeres continúa siendo una experiencia dolorosa/traumática. Si bien el dolor físico puede variar, sigue existiendo el padecimiento y persiste una forma de poder sobre el cuerpo de estas mujeres, legitimado por un saber médico. El control se sustenta en la autoridad que tiene el discurso médico y en el lugar que se ubica a

la mujer en la sociedad, el cual le permite actuar a otros/as sobre su cuerpo con mucha libertad al momento del parto.

Luego del parto y de recuperar la conciencia, una madre describe cómo fue el traslado hacia la habitación:

Porque cuando me sacaron la anestesia del quirófano y me llevaron a mi cama a la sala, los camilleros me decían ‘pasate para la cama’ y yo estaba re drogada, ¿no? No entendía nada, ‘yo que sé donde está la cama’, le decía yo. Me decía: ‘ahí señora’, ¿entendes? Y yo como podía, tenía que decirle, ‘no veo’, ¿entendes? No sabía ni cómo ayudarme a trasladar porque las camas, las habitaciones, no están aptas para que el camillero interactúe libremente con un cuerpo, ¿entendes? Porque todo tienen que darlo por hecho de que las personas en cualquier tipo de situación se traslade de la camilla a la cama. Yo tenía miedo de tirarme para un costado y que la camilla no estuviera. Me quedé paralizada, ¿me entendés? Entonces yo me dí cuenta del vacío que hay. Entonces estamos hablando de salud, de parir y no tienen acercamiento, es tremendo. (Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025)

Aquí se puede distinguir una “posición teórica acerca de la discapacidad” por parte de la institución médica (Angelino, 2009, p. 3) evidenciada en el desconocimiento respecto a otras formas de acompañar y trasladar a una persona ciega. El espacio físico y las prácticas de cuidado se configuran según un “parámetro de una normalidad única”, lo cual produce una dinámica de “inclusión/excluyente” (p. 9), donde las diferencias son invisibilizadas y la atención se organiza en torno a un cuerpo normativo.

Es necesario aquí recurrir a lo planteado en la entrevista por parte del profesional de la salud, respecto al manejo del espacio físico:

La circulación en el hospital es un tema muy serio y es un tema que tiene pautas. O sea, yo tengo que tener pautas circulatorias en las habitaciones, por un tema de

seguridad, porque si hay que salir corriendo de una habitación o si hay que sacar urgente a un paciente las camillas de las salas de parto, entonces en realidad no se hacen cambios sobre las habitaciones. Las habitaciones tienen que tener la estructura armada y el equipo circula por ahí muy sabido. (Entrevista 6, profesional de la salud, junio 2025)

Este testimonio evidencia que el diseño del espacio hospitalario tiene una “estructura armada” que asume que los/as usuarios/as tiene un cuerpo que se ajusta a la norma y, por tanto, se desenvuelven de forma autónoma. Es así que la ceguera se convierte en una diferencia que no se tiene en cuenta al diseñar el hospital. También, se puede entender cómo ese diseño y estructura esconde un saber/poder disciplinario que pone por encima la eficiencia en el uso del espacio y la seguridad en caso de emergencia, por sobre las necesidades que pueda requerir una persona ciega al hacer uso de esos espacios. Y en cierta medida la seguridad se vuelve así el motivo de la rigidez en el uso del lugar y la imposibilidad de hacer cambios, escondiéndose así desigualdades que repercuten en los cuerpos que no se ajustan a la norma. Es por ello que cabe preguntarse: ¿cómo se ve afectada la experiencia de maternidad en una mujer ciega dentro de una institución que solo contempla la normalidad de los cuerpos que atiende?

Por otro lado, una de las entrevistadas explica su despertar de la anestesia y no saber lo que había ocurrido con su bebé:

Cuando empecé a despertarme fue el momento, creo de los momentos más duros. Te juro, mirá que he pasado cosas, pero eso fue re duro. La sensación de desolación que me dio despertarme en una camilla en un pasillo, donde escuchaba gente que pasaba y yo trataba y no podía, hacía (hace un ruido afónico), ¿viste? (...) me desperté así, la sensación de no tener panza, de no saber lo que pasó, ehh y de no poder hablar. Paaah, eso fue terrible. Así estuve un rato, no sé cuánto, para mí fue una eternidad, ¿viste? Y allá a las cansadas una mujer se dió cuenta de que estaba yo queriendo manifestarme, ¿viste? Y se acercó a mí, que supongo que sería una enfermera, dijo ‘ahh para que no

sé qué’. ‘Mi hija’ (voz afónica), yo decía mi hija (voz afónica nuevamente), eso fue de película de terror, horrible. Y bueno, y como recuerdo claro tengo ese momento y después, este supongo que lo que hicieron fue llevarme a mi sala, (...). (Entrevista 3, mujer ciega, abril 2025)

El relato muestra cómo un cuerpo anestesiado pierde todo control respecto a lo que está sucediendo, generando una experiencia de desconocimiento del propio parto y una especie de “ruptura” entre el cuerpo y la conciencia, ya que la mujer no participa del nacimiento de su hijo/a. La anestesia y el control que ejerce la biomedicina en esta intervención deja por fuera a la involucrada, convirtiéndola en un cuerpo “dócil” e intervenido por un saber biomédico que actúa sobre ella. Surge, entonces, otra pregunta: ¿qué lugar se le asigna a la mujer en el desarrollo del proceso de parto?

Asimismo, podría pensarse que una anticipación de los procedimientos a seguir luego del nacimiento, mediante información, acompañamiento y contención, brindaría a las mujeres mayor seguridad y tranquilidad al despertar. Sin embargo, la entrevistada se enfrentó a silencios y un despertar “sin panza” que evidencia su exclusión del parto y del saber sobre su propio cuerpo. En este escenario, se percibe una forma de violencia expresada en la falta de reconocimiento y en el abandono de la mujer (en un corredor) luego de parir, ubicándola en un lugar de dependencia y necesidad de asistencia por parte un/a profesional de la salud para entender lo ocurrido.

Esta experiencia desarrollada hasta aquí hacen que surjan en estas mujeres ciertos sentimientos y percepciones del día del parto que tienen que ver con un no reconocimiento de su derecho a parir y que las ubica por fuera del espacio de salud.

“Fue difícil y me sentí, más allá de lo vulnerable que estaba por el momento en sí, natural, me sentí como muy invadida, no me sentí acompañada y cuidada y protegida, sino que me sentí invadida. Fue como muy intenso” (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025).

“Respetada sí, pero escuchada y no, no porque el movimiento que tiene el hospital es entran y salen, entran y salen; y todo el tiempo era explicar lo mismo, ‘disculpa, yo no veo’, ¿entendés? (Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025).

¿Cómo decir? Ehh, poco humanizada, ¿no? ¿Viste? Eso, eso como muy mecanizada, ¡fa! (silencios) No sé cómo expresar lo que quiero decir, porque, eso no es empatía, pero como cero consideración a lo humano, ¿viste? A la emocionalidad del ser, ¿no? Que existe ahí en ese lugar, o sea es cómo un trato de, muy 3d, digamos, ¿no? Tipo somos materia y ya, ¿viste? Una cosa así, ¿viste? (Entrevista 3, mujer ciega, abril 2025)

Sus relatos dan cuenta de experiencias de parto que no resultaron positivas y provocaron incomodidad, malestar y una escasa autonomía, en un entorno que, a partir de lo recogido en estas entrevistas, no logra adaptarse ni incluir completamente a las mujeres ciegas. Persiste una asimetría de poder, donde las mujeres dependen completamente del equipo de salud para comprender lo que sucede y poder participar de manera consciente en su proceso de parto; donde al parecer abundan las prácticas que no las reconocen como sujetas de derecho y el silencio institucional refuerza la exclusión. Además, se reconoce una especie de “carga adicional” vinculada a la necesidad constante de explicar su ceguera y de solicitar información respecto a lo que está sucediendo. Si bien es comprensible que existan protocolos en el área de la salud y que el personal se vea obligado a seguir, pero por lo que expresan estas mujeres tienen efectos de invasión, vulnerabilidad y deshumanización. Se puede desprender de estas experiencias la necesidad de repensar espacios, saberes y prácticas que reconozcan la diversidad y diferentes formas de transcurrir el parto.

Incluso luego de todo lo descrito, aparecen relatos que detallan prejuicios que tiene el resto de la sociedad respecto a la maternidad de las mujeres ciegas, como se observa a continuación:

“Y una de las neonatogolas fue y le dijo al padre: ‘¿qué va a hacer esa madre cuando usted vaya a trabajar?’” (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025).

En este testimonio se pone de manifiesto la fuerte desconfianza que persiste respecto a la capacidad de estas mujeres para criar solas. Tal desconfianza se sostiene en una visión de la discapacidad centrada en la falta y desviación de la norma, que limita sus posibilidades. Hay una mirada que les asigna “una identidad y condición social devaluadas, que se convierte en una faceta central de la existencia” (Rosato, et al., 2009, p. 91) que se convierte en lo único que importa e instaura así “una visión negativa y desprestigiada de la discapacidad” (p. 91).

El equipo de salud posee el saber biomédico que le otorga autoridad para intervenir sobre las demás personas, imponiendo lo que considera como verdadero. Es así que: “El ejercicio del poder crea perpetuamente saber, e inversamente, el saber conlleva efectos de poder” (Foucault, 1992, p. 108). Lo que expresan los/as profesionales de la salud impacta en la vida de las personas, como se observa a continuación:

Lo que los médicos siempre decían es que no me dejaran sola con el bebé, como que ellos tenían mucho miedo de que algo le pasara al bebé. Eso me caía medio ahí, porque yo no le iba a hacer nada malo al niño, o sea. Incluso había ido al Cachón, me habían preparado para cambiar los pañales, todas esas cosas sabía hacerlas, o sea, pero como que ellos tenían ese miedo y después como que tomaron eso como que para siempre y yo les explicaba que no, que nosotros podíamos quedarnos solos con el niño, que no le iba a pasar nada, ¿viste? ‘Ay pero no’ los médicos dijeron, y ellos como que acá en casa tomaron eso, como que fuese, ay no pero los médicos dijeron que no podías quedar sola y todo un tema, ¿viste? Para la familia todo un tema por la falta de información y de los médicos de haber dicho eso que la familia lo tomó así como a rajatabla y no quería que estuviera solo con el niño. Pero eso fue lo único. (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025)

Se hace visible que el discurso biomédico se vuelve incuestionable y traspasa los límites del hospital para introducirse en el ámbito familiar, condicionando así la experiencia de la maternidad de una mujer ciega. Las prácticas de cuidado resultan reguladas por un saber

biomédico que determina quien es capaz o no de cuidar. Se instaura una desconfianza sobre ellas sin haber demostrado no ser capaces. Persiste aún una mirada de la discapacidad que tiende a infantilizarlas y les niega la posibilidad de ser reconocidas como adultas responsables y autónomas.

Esta mirada de incompatibilidad entre la crianza y la discapacidad genera dispositivos de poder que, siguiendo a Foucault (2000), operan sobre las mujeres produciendo “efectos de exclusión, descalificación, exilio, rechazo” (p. 51).

(...) ella no me la quería dar en brazos, me decía: ‘no, tenés que dormir y está niña tiene que estar en la cuna’. Y yo decía: ‘no, dame a mi hija’. Se tuvo que levantar (su pareja) sacarsela de los brazos y dármele. (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025)

Fue un momento difícil, porque aparte nadie se alegró, todos me decían: ‘¿cómo vas a hacer?’. Por parte de la familia, ‘¿cómo vas a hacer?’ ‘¿Cómo vas a hacer?’. Es lo primero que me decían. Porque, claro, una persona ciega, ¿viste? Con ceguera total, ay, ‘¿cómo vas a hacer?’. Eso era, y yo les decía: ‘lo veré, será por instinto’, les decía yo, porque ni yo tampoco sabía, pero bueno, hubiese necesitado más apoyo, esté en ese sentido, no fue muy celebrado todo, pero bueno. (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025)

Como indican Rosato, et al. (2009), esta mirada hacia la discapacidad hace que estas personas sean vistas y ubicadas en una posición social de menor valor, lo cual se convierte en un rasgo central de su existencia que las condena a un tipo de ciudadanía incompleta (p. 91). Esta “visión negativa” no solo cuestiona su derecho a la maternidad, sino que también repercute en la forma en cómo ellas se ven en su rol de madre y su capacidad para hacerlo, al interiorizar la desconfianza que las rodea.

Sin embargo, se vislumbran otras prácticas que dan cuenta de otra clase de acompañamiento con estas mujeres:

Tener a nuestra ginecóloga ahí fue como tener mil puntos a favor, porque con ella veníamos hace meses conociéndonos. Ella siempre fue muy directa, muy espontánea, muy de decir los pro y los contra, muy de respetar nuestras decisiones siempre. (Entrevista 1, mujer ciega, marzo 2025)

“En el parto no estuvo mi ginecólogo tratante, estuvo otro de piso que también tremenda onda. Vino, me acuerdo, se sentó en la cama, me preguntó cómo me sentía (...)” (Entrevista 2, mujer ciega, abril 2025).

“Las enfermeras eran muy accesibles en ese momento en la policlínica porque todos los meses me veían y cualquier cosa, como que les preguntaba a ellas también” (Entrevista 4, mujer ciega, abril 2025).

Estos extractos muestran que existen profesionales que logran trascender la mirada centrada en la discapacidad, dando lugar a otro tipo de acompañamiento, basado en el respeto, la comunicación y el reconocimiento de la singularidad de cada mujer. En este sentido, estas prácticas se aproximan más a un enfoque de derechos, en el cual el/la profesional establece un vínculo horizontal, en el cual se brinda información y se respetan las decisiones de las involucradas. Todo ello contribuye a que la experiencia de embarazo y parto se transforme, situando a la mujer como protagonista de su proceso y ampliando las posibilidades para una atención más inclusiva y humana.

Reflexiones Finales

A lo largo de estos tres capítulos se buscó realizar un acercamiento a la temática referida al embarazo y parto en mujeres ciegas en Montevideo en los últimos veinte años, intentando comprender los entramados que rodean la asistencia del parto y adentrarse en las sensaciones y percepciones que emergen en torno a esta experiencia. De la mano de Kosik (1967), se procuró “acercarnos a la cosa” mediante “rodeos” (p. 25) que permitan conocer y comprender una parte de la realidad, reconociendo que no es posible y, tampoco se pretende aquí, develar una verdad absoluta. Sin embargo, como indica dicho autor, “el pensamiento llega, al final de su movimiento, a algo distinto, por su contenido, de aquello de que había partido” (p. 34).

Previo a las entrevistas y con el fin de alcanzar una mayor comprensión del tema, se intentó recabar información y recurrir a distintas fuentes documentales. Sin embargo, este primer paso pudo alcanzarse parcialmente, debido a la escasa información disponible respecto al tema específico. A su vez, contactar con mujeres ciegas que hayan sido madres en el período de los últimos veinte años, en Montevideo, resultó ser un gran desafío, ya que parecería tratarse de un grupo reducido. Muchos de los contactos a los cuales se pudo acceder corresponden a mujeres de baja visión o mujeres que contrajeron la ceguera luego del nacimiento de sus hijos/as. Esta escasez de información invita a preguntarse: ¿Cómo debe interpretarse la poca visibilidad del tema? ¿Se relaciona acaso con el bajo número de mujeres ciegas que son madres, o con las representaciones sociales en torno a la discapacidad y a la maternidad?

A partir de la interacción que estas mujeres mantienen con el resto de la sociedad y, tal como plantea De Beauvoir (2008), construyen su identidad en relación a la mirada que los “otros” tienen sobre ellas. Sin embargo, a pesar de ser mujeres, la sociedad a través de discursos y prácticas, inculca lo que se considera “natural”, que en este caso implica quedar por fuera de la maternidad, limitando así su autonomía y su poder de decisión sobre sus propios cuerpos. Aunque el entorno concibe la discapacidad como un problema y les dice que sus cuerpos no son “aptos” para engendrar, las mujeres ciegas entrevistadas lograron romper con los mandatos y ejercer su derecho a ser madres.

Los mecanismos de socialización actúan de manera constante e invisible, llevando a las mujeres a internalizar la idea de la supremacía masculina; es decir, a ubicarlas en una

posición de desventaja en relación a los varones. A esto se suma la visión negativa que persiste sobre la discapacidad, que coloca a las mujeres ciegas en una doble posición de desventaja. Es así que se continúan escuchando discursos que refuerzan su supuesta imposibilidad de matinar y de cuidar. Cabe aquí preguntarse: ¿qué efectos tiene esa doble mirada sobre sus deseos y posibilidades de maternidad?

Todo indica que existe un marco legal orientado a proteger y garantizar el derecho de estas mujeres a ser madres; no obstante, a partir de las entrevistas, se vislumbra la persistencia de prejuicios y obstáculos que deben enfrentar a diario, desde el inicio del embarazo hasta incluso luego del nacimiento de sus bebés. Se evidencian discursos médicos que miran con desconfianza su maternidad, espacios de divulgación de información que no las incluyen y entornos físicos que no contemplan la diversidad. Todo ello da cuenta de prácticas que, bajo la apariencia de inclusión, terminan reafirmando la exclusión de estas mujeres de dichos lugares.

A la luz de los relatos recabados, se observa cómo la biomedicina ejerce poder sobre las mujeres mediante el saber que autoriza a los/las profesionales de la salud a intervenir sobre sus cuerpos, sin cuestionar cómo ellas viven dichas intervenciones. Estas mujeres relatan que aún se realizan prácticas que repercuten negativamente sobre sus cuerpos y que se desconocen sus opiniones. También señalan intervenciones que las dejan por fuera al apoyarse en lo visual, y se resalta la importancia de que exista una comunicación fluida para garantizar una atención que las considere activamente. Surge así la inquietud: ¿cómo construir prácticas que contribuyan a una experiencia de parto en la que las mujeres realmente se sientan acompañadas y protagonistas?

Por otro lado, resulta esperanzador escuchar voces de la salud y relatos de mujeres que han vivido experiencias de atención en las cuales fueron respetadas y escuchadas, en contextos donde quienes brindan la atención pueden intercambiar con ellas desde una posición de igualdad, reconociéndolas como sujetas plenas de derecho. Esto lleva a preguntarse: ¿cómo promover que estas prácticas se reproduzcan en otros centros? ¿Podría la divulgación de estas experiencias, tanto en instituciones de la salud como en la comunidad en general, generar visibilidad sobre el tema y contribuir al reconocimiento e inclusión del derecho a la maternidad de mujeres que no se ajustan a los estándares considerados “normales”?

Se entiende que es sumamente pertinente continuar explorando e indagando en torno a este tema, con el fin de aportar a la reflexión teórica desde las ciencias sociales. En este trabajo se buscó contribuir a dicha reflexión y dar voz a mujeres ciegas que viven estas experiencias. Sabiendo que es imposible alcanzar una conclusión final y única, el objetivo es en realidad seguir reflexionando y problematizando sobre la temática.

A modo de cierre, quien suscribe, entiende que compartir este breve extracto de entrevista da cuenta de la fortaleza de estas mujeres para seguir adelante con sus deseos, aún cuando el entorno les indique lo contrario:

“Fue el regalo más hermoso que me dio mi hija, descubrir esa fuerza en mí”
(Entrevista 3, mujer ciega, abril 2025).

Bibliografía

- Almeida, MA., Angelino, C., Priolo, M. y Sanchez, C. (2009) Alteridad y discapacidad: las disputas por los significados. En A.Rosato, y MA. Angelino, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (pp. 11-30). Noveduc.
- Angelino, M. (2009). La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción. En A.Rosato, y MA. Angelino, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (pp. 1-10). Noveduc.
- Angulo, S; Díaz, Sh; Míguez, MN. (2015). *Infancias y discapacidad: Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos*. Unicef
- Beauvoir, S. (2008). El segundo sexo: Editorial Sudamericana, S.A.
- Butler, J. (2002). Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2007). El género en disputa: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Canales Cerón, M (2006) “Metodologías de investigación social”. Lom Ediciones
- Foucault, M (1992). Microfísica del poder. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (2000). Los Anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kipen, E. y Lipschitz, A. (2009). Demasiado cuerpo. En A.Rosato, y MA. Angelino, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (pp. 64-75). Noveduc.
- Kipen, E. y Vallejos, I. (2009). La producción de la discapacidad en clave de ideología. En A.Rosato, y MA. Angelino, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (pp. 93-110). Noveduc.
- Kosik, K. (1967). “*Dialéctica de lo concreto*”. México, D.F: Grijalbo S.A.
- Lagarde, M. (1996). Género y feminismo: desarrollo humano y democracia. Madrid: Horas y Horas.
- Larralde, C. (1993). *La Biomedicina ¿qué, quién y para quién?*. Ciencias. 30, 19-22.
- Míguez, MN. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Estudios Sociológicos Editora.
- Míguez, MN. (2014). *Discapacidad como construcción social en Francia y Uruguay*. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 14(2), 61-70.

- Míguez, MN. y Sosa, L. (2017). *Construcción de alteridades corporales en situación de discapacidad*. Revista Inclusiones, 4(Número Especial), 10-24.
- Míguez, M. (2020). *Discapacidad y sexualidad en América Latina: Hacia la construcción del acompañamiento sexual*. Universidad Central.
- Moya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad: Perfil de su doble discriminación. *Feminismo/s*, 13, 133–152.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttió, B., & Priolo, M. (2009). *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. Ciencia, Docencia y Tecnología, 20(39), 87–105.
- Scribano, A. (2008). *“El proceso de investigación social cualitativo”*. Buenos Aires: Prometeo.
- Scribano, A. (2015). *“Introducción al proceso de Investigación en Ciencias Sociales”*. Buenos Aires. CICCUS.
- Skilar, C. (2000). Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. Las exclusiones del lenguaje, del cuerpo y de la mente. En P. Gentili, *Códigos para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad*. (pp. 109.122). Santillana.
- Vallejos, I. (2009). La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En A.Rosato, y MA. Angelino, *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (pp. 46-63). Noveduc.