Transformando la gobernanza del aborto en América Latina y el Caribe a través del acompañamiento feminista

Mariana Prandini Assis

DOI: 10.54871/ca25bp11

“Un dispositivo de acción colectiva” (Burton y Peralta, 2016), “un dispositivo de acompañamientos de abortos” (Burton, 2023), “un dispositivo a que llamamos Socorra Rosa” (Zurbriggen, entrevista 2023): es como *dispositivo* que investigadoras y activistas feministas describen la práctica del acompañamiento a mujeres y otras personas que deciden abortar con medicamento, iniciada por La Colectiva Feminista La Revuelta, en la Patagonia argentina, durante el 2010. Como lo narró la investigadora-activista Ruth Zurbriggen (comunicación personal, 2023), la idea de armar ese “dispositivo” surgió después del acompañamiento a una joven pareja mapuche en su aborto con un médico que prestaba el servicio de forma clandestina, a un alto precio y en un contexto de muchas violencias. Munidas del conocimiento sobre cómo hacer un aborto con medicamentos, las activistas de La Revuelta, por medio del dispositivo Socorro Rosa, dejaron de ser “pasadoras de información”, para convertirse en acompañantes de personas que deciden abortar (Zurbriggen, comunicación personal,

2023). Dos años más tarde, el dispositivo se difundió nacionalmente con la fundación de las Socorristas en Red, Feministas y Transfeministas que Abortamos.

Similar es la historia de Las Libres, un grupo de activistas feministas en el estado de Guanajuato, México, que a mediados de los años 2000 desarrolló un modelo holístico de acompañamiento de aborto como parte de su trabajo con sobrevivientes de violación (Braine, 2023; Singer, 2019; Souza, 2021). Al inicio, Las Libres conectaban las personas con ginecólogos y las acompañaban durante el procedimiento médico. Con el tiempo, aprendieron sobre el aborto con pastillas y empezaron a manejarlo ellas mismas (Braine, 2023). Para Las Libres, el acompañamiento de abortos, que incluye brindar apoyo emocional y logístico e información calificada, es una acción política que les devuelve a las mujeres y otras personas que gestan el ejercicio del poder de decidir acerca de la reproducción: un poder fundamental a su libertad y dignidad (Singer, 2019, p. 173).

Las Libres y Socorristas en Red son apenas dos ejemplos de una amplia red activista transnacional que impulsa el aborto autónomo feminista en América Latina y el Caribe por medio de estrategias de acción directa, las cuales involucran popularizar información médica y jurídica sobre aborto con pastillas; brindar apoyo logístico, material y emocional a las personas que abortan; recolectar, compilar y analizar información epidemiológica respecto al aborto fuera del sistema formal de salud; y transformar los sentidos morales, políticos y jurídicos del aborto. En este capítulo, con base en su investigación activista y una revisión de la vasta literatura acerca del aborto autónomo en la región, la autora argumenta que dicho activismo interviene en la gobernanza de la reproducción, fundamentado en un horizonte normativo transformador de las reglas que gobiernan el aborto en el paradigma médico-legal (Assis y Erdman, 2022; Millar, 2024).

Gobernando la reproducción y gobernando el aborto

La idea de que el Estado nación es la única fuente de autoridad reguladora en el mundo contemporáneo ha sido objeto de contestación. La soberanía basada en el Estado se ha reconfigurado en nuevos ensamblajes de territorio, autoridad y derechos, impulsados por procesos que son o bien explícitamente globales o transnacionales –por ejemplo, la formación de instituciones globales como la Organización Mundial del Comercio y los tribunales de crímenes de guerra–, o bien que ocurren desde dentro de los territorios nacionales, pero están “orientados hacia agendas y sistemas globales”, que consisten en “redes y formaciones multisituadas y transfronterizas que pueden incluir órdenes normativos” (Sassen, 2006, p. 3).

Para comprender este paisaje jurídico pluralista transnacional (Zumbansen, 2012) formado por “actores, normas y procesos que compiten y se superponen” (Canfield, 2018, p. 999), investigadoras e investigadores han recurrido a un conjunto de conceptos, uno de los cuales es la *gobernanza*. Dicho término se emplea para describir una forma novedosa de regular la vida social que no surge de una única fuente de autoridad centralizada y jerárquica. Más bien, la gobernanza se promulga a partir de múltiples fuentes de autoridad que operan en un ámbito en donde la distinción entre el Estado y la sociedad civil regulada es difusa. Como tal, el concepto de gobernanza habla de la interdependencia entre organizaciones, que son más amplias que el Gobierno e incluyen también diversos tipos de agentes no estatales, de las continuas interacciones entre los agentes que intervienen en la producción de la regulación y, quizá lo más importante, de la falta de una posición soberana del Estado (Rhodes, 1996, p. 660).

Así pues, en la era de la gobernanza, la autoridad reguladora se deriva de la deferencia de otros actores, que puede obtenerse gracias a los conocimientos técnicos, la legitimidad moral, los recursos económicos, el poder político, etc. (Krisch, 2017). Entre las características

más importantes de esta forma de autoridad reguladora se encuentran la informalidad, la multiplicidad de fuentes y actores que participan en el proceso regulador, la falta de estructuras reguladoras oficiales unificadas y el dinamismo regulador (Krisch, 2017).

El concepto de *gobernanza* ya se ha utilizado para examinar la regulación de la reproducción humana. Empleado por primera vez en el contexto de América Latina, la gobernanza reproductiva se refiere a lo siguiente:

Los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores - como instituciones estatales, iglesias, agencias donantes y organizaciones no gubernamentales (ONGs) - utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas para producir, supervisar y controlar comportamientos y prácticas reproductivas (Morgan y Roberts, 2012, p. 243).

Como lente analítica, la idea de *gobernanza reproductiva* ayuda a hacer visibles las interconexiones entre eventos, estrategias y actores aparentemente desenmarañados y diversos, para así conducir la atención a “cómo se moviliza y activa la reproducción en momentos históricos particulares” (Morgan, 2019, p. 113).

Durante algún tiempo, el concepto de *gobernanza reproductiva* fue desplegado para examinar contextos nacionales específicos por parte de antropólogas, quienes prestaron atención a los actores (ONG, políticos, iglesias, grupos de derechos de las mujeres) y las leyes “diseñadas para aumentar la vigilancia, la regulación y el enjuiciamiento, y a cómo la gobernanza reproductiva está destinada a promulgar un imaginario político ideal” (Morgan y Roberts, 2012, pp. 250-251).

Es cierto que la intersección de políticas internacionales, como las relacionadas con la población, la migración y la salud, también fueron objeto de estudios de gobernanza reproductiva (Morgan y Roberts, 2012). Sin embargo, lo nacional fue visto principalmente como el espacio en donde esas políticas internacionales fueron ejecutadas, experimentadas y analizadas (Morgan y Roberts, 2012). La gestión

de las poblaciones nacionales (Morgan y Roberts, 2012), las batallas legales emprendidas en los tribunales nacionales o las arenas legislativas o la forja de identidades locales que reflejan el imaginario político del Estado a través de leyes nacionales y regulaciones profesionales (Suh, 2017) se encuentran entre las preguntas más comunes de los estudios sobre gobernanza reproductiva. Por lo tanto, lo internacional o lo transnacional desempeña un papel secundario en el examen de este concepto.

En este capítulo, se desea cambiar de marcha y considerar lo transnacional como una esfera en la cual pueden surgir y, de hecho, surgen nuevos órdenes normativos, incluidos los del aborto. Es cierto que gran parte de las leyes sobre el aborto todavía se promulgan dentro de las fronteras del Estado nación y que las luchas discursivas en torno a su significado se producen dentro de ese espacio geográfico (Wilson, 2011). También es cierto que el derecho internacional de los derechos humanos ha hecho poco para afectar de manera directa las leyes y las restricciones nacionales respecto al aborto, al mantener un marco que protege y promueve principalmente a la futura madre (Suh, 2017). Sin embargo, es importante reconocer que, en la actualidad, la gobernanza del aborto se extiende más allá de las fronteras del Estado nación e involucra a una multiplicidad de actores, que incluyen ONG internacionales y grupos de reflexión, empresas farmacéuticas, la Organización Mundial de la Salud, grupos religiosos transnacionales, asociaciones profesionales internacionales y redes de activistas transnacionales.

Existe una literatura joven pero creciente sobre la gobernanza del aborto. Centrándose en el contexto europeo, esta literatura ha examinado cómo la gobernanza del aborto

se forma en diferentes contextos geográfico-culturales por instituciones nacionales e internacionales, así como a través de las configuraciones históricas y sociales de diferentes actores, incluyendo controles legislativos nacionales y transnacionales, argumentos biomédicos o religiosos, normas éticas o mandatos morales destinados

a producir, supervisar y controlar las normas, reglas y prácticas reproductivas (Unnithan y De Zordo, 2018, p. 658).

Al hacerlo, dicho cuerpo académico:

“Resitúa” el análisis del aborto con referencia a un paisaje global cambiante en el que confluyen nuevos modos de consumo, flujos rápidos de conocimiento e información, un recurso cada vez más rutinizado a las tecnologías reproductivas y formas relacionadas de bio-socialidad y solidaridad entre receptores y practicantes (Unnithan y de Zordo, 2018, pp. 657-658).

No obstante, gran parte del análisis de la gobernanza del aborto se ha centrado en lo que se ha denominado gobernanza “desde arriba”, es decir, la gobernanza “entregada en forma de leyes y políticas, edictos religiosos y programas estatales”, y traducida en “atención clínica, discurso público y mensajes en los medios de comunicación” (El Kotni y Singer, 2019). Como lo ha resaltado Lynn M. Morgan, “la gobernanza reproductiva dirige nuestra atención a los poderes de creación de discursos y sujetos que ejercen los Estados y otros actores poderosos: empresas, tribunales, organizaciones no gubernamentales y autoridades religiosas” (Morgan, 2017, p. 272). Sin embargo, en este capítulo, la autora se centró en lo que se ha definido como resistir o reelaborar los procesos de gobernanza reproductiva “desde abajo” (El Kotni y Singer, 2019), enfocándose en las redes activistas transnacionales que, a menudo, carecen de visibilidad o recursos económicos. O sea, se propone que las activistas no solo son receptoras de lo que producen esos “actores poderosos”, sino que ellas mismas ejercen poder y participan activamente en la producción de la gobernanza del aborto.

Los Estados gobiernan mediante leyes que, en última instancia, se apoyan en la amenaza o el uso de la fuerza: para gobernar, la autoridad estatal se basa en la reivindicación del monopolio sobre el poder coercitivo legítimo. Por el contrario, el poder cívico no puede imponerse mediante el uso legítimo de la violencia, sino que se produce

a través de la persuasión y las prácticas cotidianas que llevan a la sociedad a cambiar sus perspectivas y puntos de vista (Cover, 1983).

En el caso de las redes de activistas de aborto autónomo, el objetivo de la autora fue rastrear cómo participan en la producción de un paradigma regulatorio alternativo, fundamentado en la adaptabilidad, la horizontalidad, la solidaridad y el afecto. Al hacerlo, también impugna la propia distinción de arriba y abajo aplicada a la gobernanza, porque el pasaje del examen de la ley al estudio de la gobernanza implica, precisamente, la ausencia de estructuras jerárquicas o de la noción de un único centro productor de leyes, reglamentos y normatividades. Sin embargo, esto no significa que la gobernanza esté desprovista de asimetrías y desequilibrios de poder (Canfield, 2018). Respecto al aborto, resulta claro el poder que sigue ejerciendo el paradigma médico-legal, dominante en los sistemas jurídicos nacionales e internacionales; los discursos de salud pública, global y locales; y las campañas de derechos humanos (Assis y Erdman, 2022; Millar, 2024). En la próxima sección, se comienza con una breve descripción de dicho paradigma, para luego teorizar sobre cómo el activismo transnacional por el aborto autónomo lo desafía a partir de otro horizonte normativo.

El paradigma médico-legal y la emergente gobernanza feminista del aborto

El paradigma médico-legal orienta la gobernanza del aborto desde que se convirtió en un tema de regulación jurídica, más precisamente, de criminalización, en el siglo XIX (Thomson, 2013). Como lo detalla Michael Thomson (2013), en Europa y Estados Unidos, los médicos lanzaron campañas por la criminalización del aborto como parte de su proceso de profesionalización. Leyes prohibiendo el aborto y limitando su práctica a profesionales regulares autorizados no solo diferenciarían los médicos de otras proveedoras de cuidado en salud, como las matronas, las hierberas y las curanderas, sino que

también señalarían la superioridad ética y científica de los primeros (Thomson, 2013).

De esta forma, los médicos “crearon el aborto como una cuestión ética y subsecuentemente se colocaron en el centro de la respuesta social” para esa cuestión (Thomson, 2013, p. 192), demandando la aprobación de leyes penales que establecerían una jurisdicción sobre los cuerpos y los procesos reproductivos. En dicho proceso, ellos trataron de demonizar el aborto y las abortistas, así como de afirmar conocimiento científico respecto a la vida embrionaria (Thomson, 2013, p. 196). Una vez aprobadas, estas leyes penales tuvieron el efecto de institucionalizar el control médico sobre los cuerpos y los procesos reproductivos; un control que no se ha modificado, sino que se ha profundizado con la adopción de leyes y decisiones judiciales que pasaron a permitir el aborto.

En efecto, cuando, a partir de mediados del siglo xx, una ola de liberalización del aborto se extendió por diferentes partes del mundo, el paradigma médico-legal fue reinscrito, tanto en las nuevas legislaciones adoptadas como en las decisiones judiciales que reconocieron un derecho al aborto, entre ellas, *Roe v. Wade* (1973, Estados Unidos). En el nuevo paradigma, un aborto es legal cuando es realizado por un profesional médico, en el lugar, el período y bajo las circunstancias autorizadas por la ley. Como lo explica Erica Millar (2024, p. 3), el control médico se manifiesta en quién está “legalmente autorizado para practicar abortos y decidir cuándo hacerlo”, dónde los abortos pueden “tener lugar (dentro de las instituciones médicas)” y cuáles conocimientos especializados transforman “a los fetos y a las personas embarazadas en pacientes médicos”.

Según se ilustra, en el paradigma médico-legal, el Estado y la profesión médica se enredan en la trama de la gobernanza del aborto. Al identificarlo como un asunto médico, las ley, además de sacar el aborto de su contexto político y social, afirma cuatro formas de poder médico, como lo enseña Sally Sheldon: un control técnico sobre el procedimiento médico, es decir, cómo hacerlo y en qué situaciones; un control decisorio acerca de quién puede acceder a un aborto;

un control paternalista, en el cual se racionaliza la autoridad médica como actuando en el mejor interés de la persona gestante; y, finalmente, un control normalizador, en el que esa misma autoridad emplea su *expertise* de análisis y cura el problema presentado por la persona gestante, cuya vida íntima es inspeccionada de acuerdo con el marco médico (Millar, 2024, p. 3).

Fue en contra de ese paradigma médico-legal que se empezaron a organizar, a mediados de los años 2000, feministas activistas en diferentes localidades en América Latina y el Caribe, alrededor de lo que hoy es conocido como el aborto autónomo con pastillas (Braine, 2023): una historia de mucha experimentación social. En 1973, la farmacéutica estadounidense Searle desarrolló el misoprostol, una prostaglandina sintética indicada para el tratamiento de úlceras gástricas (Collins, 1990), que llegó a América Latina en la década de 1980. Registrado en Brasil en 1986 como Cytotec®, el misoprostol estaba ampliamente disponible en farmacias sin receta médica. En la década de 1990, investigadoras brasileñas fueron las primeras en documentar el uso que las mujeres hacían de Cytotec para interrumpir embarazos no deseados (Barbosa y Arilha, 1993).

Poco se sabe sobre cómo las brasileñas hicieron este descubrimiento o los medios por los cuales dicho conocimiento fue difundido, pero lo cierto es que pronto se popularizó en toda América Latina y el Caribe (Chong, Su y Arulkumaran, 2004; Costa, 1998; De Zordo, 2016). Durante ese mismo periodo, en Francia, la mifepristona, un esteroide sintético que bloquea la progesterona, fue desarrollada por el bioquímico Étienne-Émile Baulieu (Corey, Czako y Kürti, 2007). Registrada en su país de origen en 1987, la mifepristona debe utilizarse junto con el misoprostol para realizar un aborto con pastillas, mientras el misoprostol es un abortivo eficaz cuando es empleado solo (Raymond, Harrison y Weaver, 2019).

Desde el descubrimiento de estos fármacos y el uso informal del misoprostol, los estudios sobre la eficacia y la seguridad del aborto con pastillas se tornaron más frecuentes. Ya en el 2003, la Organización Mundial de la Salud recomendó, en su primera guía sobre

aborto seguro, un protocolo combinado de mifepristona y misoprostol como el método preferido para el aborto en el primer trimestre (World Health Organization, 2003). Seguidamente, en el 2005, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología publicó la primera edición de su manual “Uso de Misoprostol en obstetricia y ginecología”, que también contenía protocolos sobre el uso del fármaco para el aborto (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2013).

Adaptando estas directrices a los contextos locales (Drovetta, 2015; Mines, Villa, Rueda y Marzano, 2013) y apoyándose en la facilidad de acceso al misoprostol en la región, activistas feministas empezaron a implementar estrategias de acción directa, utilizando la nueva tecnología reproductiva, las pastillas, y difundiendo y produciendo conocimiento sobre ellas y con ellas (Belfrage, 2023). Desde entonces, organizaciones y colectivos de toda América Latina y el Caribe han desarrollado

diferentes modelos de atención que brindan información [...] sobre cómo usar y acceder con cuidado a la medicación abortiva, qué esperar durante y después del proceso, cómo identificar complicaciones y la necesidad de atención médica, cómo confirmar el aborto y lidiar con los riesgos de criminalización, así como apoyo emocional y referencias a otros servicios cuando sea necesario (Larrea et al., 2021, p. 3).

Una de las primeras innovaciones introducidas por las activistas fueron las líneas directas. La primera fue instalada en Ecuador en el 2008 (Drovetta, 2015) y actualmente hay docenas de líneas directas de aborto en las Américas, África y Asia (Gill, Cleeve y Lavelanet, 2021). En general, estas operan de forma pública y proporcionan información sobre cómo utilizar el medicamento, acompañando y apoyando a la persona durante todo el proceso. Algunas líneas también remiten a las personas a proveedores de medicamentos confiables. Otras realizan actividades de promoción y defensa, como marchas, conferencias de prensa y foros de debate; además de producir vídeos y manuales sobre el aborto, mantener sitios web y organizar

reuniones de activistas (Walsh, 2020). Por último, existen líneas que recopilan datos y llevan a cabo investigaciones epidemiológicas para demostrar la calidad y la eficacia de la atención que brindan (Gerdts y Hudaya, 2016; Gerdts et al., 2020). Las actividades de las líneas directas varían mucho en función de los recursos, la escala de trabajo y el entorno legal.

Las activistas feministas de América Latina y el Caribe también han sido pioneras en otra estrategia de acción directa: el acompañamiento (Braine, 2023). Los grupos de acompañamiento consisten en colectivos, organizaciones o redes nacionales y regionales, que brindan información basada en la evidencia y apoyo físico y emocional, individual o grupal, a la persona que aborta durante todo el proceso, según sus necesidades y preferencias. El modelo de acompañamiento ha proliferado en toda la región y, al igual que las líneas de atención, adopta diferentes formas y tamaños en función del contexto local. Algunos de los colectivos y las redes de acompañamiento son muy públicos y visibles, como Socorristas en Red en Argentina, Con las Amigas y en la Casa en Chile, Las Parceras en Colombia, Las Comadres en Ecuador, Las Fuertes en México y Red Compañera en toda América Latina y Caribe. Estos colectivos y redes mantienen sitios web y cuentas en redes sociales; organizan seminarios; publican artículos, libros y folletos informativos; y producen videos y música. Otros, ante el riesgo de criminalización, como es el caso de los países centroamericanos y Brasil, permanecen en el anonimato, trabajando a través de redes de ayuda mutua. Sin importar su condición pública o clandestina, la práctica del acompañamiento, por medio de su acción directa, se compromete activamente “con el mundo para provocar un cambio, en el que la forma de la acción [...] es en sí misma un modelo para el cambio que se desea provocar” (Graeber, 2009, p. 210).

Actualmente, existe una variedad de estudios de salud pública documentando la calidad, la seguridad y la eficacia de los abortos con acompañamiento feminista (Bercu et al., 2022; Egwuatu et al., 2022; Gerdts et al., 2020; Moseson et al., 2020a; Moseson et al., 2020b; Wollum et al., 2022). Por su parte, también crece el número de trabajos

etnográficos que detallan las prácticas, las estrategias, las políticas y las vivencias de las activistas feministas por el aborto autónomo en la región (Atienzo et al., 2024; Belfrage, 2023, 2024; Bercu et al., 2022; Kimport et al., 2023; Maffeo et al., 2015; McReynolds-Pérez et al., 2023; Singer, 2019; Kraus, 2019). En lo que sigue, se desarrollan los cuatro principios fundamentales que orientan este activismo: adaptabilidad en lugar de control técnico, horizontalidad en lugar de control decisorio, solidaridad en lugar de control paternalista y afecto en lugar control normalizador. Tales principios no solamente están en oposición a los que sostienen el paradigma médico-legal, sino que instauran un nuevo modo de gobernar el aborto.

La adaptabilidad contra el control técnico

Como se ha argumentado en la sección anterior, la primera forma de control médico instaurada por el paradigma médico-legal es el control técnico. El aborto, definido como un procedimiento médico, requiere conocimiento experto sobre cómo hacerlo, en qué situaciones y con cuáles recursos. Esto significa que profesionales médicos siguen instrucciones estandarizadas que se aplican indistintamente a los diferentes casos y que requieren una infraestructura igualmente universal: la tecnicidad del aborto. En oposición al control técnico, las activistas feministas por el aborto autónomo acompañado practican la adaptabilidad, es decir, sus prácticas y cuidados se adaptan a cada realidad territorial y a las necesidades y las capacidades individuales de la persona acompañada. Como lo ha narrado la antropóloga feminista Madeleine Belfrage, durante el tiempo que pasó siguiendo a activistas en México, llegó “a comprender que el aborto autónomo significa facilitar una mayor libertad reproductiva en condiciones imperfectas” (Belfrage, 2024, p. 552).

Es la adaptabilidad, por ejemplo, la que informa sobre la realización del aborto apenas con misoprostol, un fármaco ampliamente accesible en la región, mientras rechaza la noción de que el llamado

“patrón de oro” del aborto en salud global –la combinación de mifeprestol con mifeprestona– es el único aceptable (Belfrage, 2023). Además, la adaptabilidad es la que lleva a las activistas a ajustar la información brindada al contexto, la lengua y las necesidades de cada persona, de modo que pueda tener un aborto en sus propios términos, como lo observaron Sara Larrea, Laia Palència y Carme Borrel (2021). Por último, es también la adaptabilidad la que hace que preocupaciones como la seguridad jurídica y de las pastillas sean un tema central para las activistas. Se debe recalcar que mucho de su trabajo ocurre en contextos donde el aborto está parcial o totalmente criminalizado y las personas tienen que acceder a las pastillas en el mercado paralelo. Así es como las activistas adaptan su acompañamiento a tales condiciones, minimizando los riesgos para sí mismas y las personas que acompañan (Larrea et al., 2021). En suma, “ser flexible” es una de las características involucradas en el modelo de acompañamiento feminista de abortos (Veldhuis, Sánchez-Ramírez y Darney, 2022).

La horizontalidad contra el control decisorio

Una segunda forma de poder médico instaurada por el paradigma médico-legal consiste en el control decisorio: el profesional médico es la autoridad con el poder de decidir quién puede y, consecuentemente, quién no puede acceder al aborto. Esto significa que el médico se convierte en un verdadero guardián de la legalidad y la legitimidad del aborto de las personas. En oposición a tal control, las activistas por el aborto autónomo establecen relaciones horizontales con las personas que apoyan, un tipo de atención “que las instituciones de salud existentes a menudo son incapaces de ofrecer” (Sutton y Vaccarezza, 2023, p. 379).

En efecto, durante la práctica de acompañamiento de abortos, las activistas buscan diseminar información sobre cómo hacerse un aborto con pastillas lo más ampliamente posible, porque así las

personas pueden “ir ellas mismas a la farmacia por el misoprostol o ponerse en contacto con los acompañantes si” desean o necesitan ayuda (Belfrage, 2023, p. 20). Como muestran Suzana Veldhuis, Georgina Sánchez-Ramírez y Blair G. Darney, en el contexto mexicano el acompañamiento feminista “es un modelo horizontal que involucra confiar en las mujeres y en lo que ellas dicen, y no preguntar las razones de su aborto” (Veldhuis et al., 2022, p. 41). Por lo tanto, se trata de popularizar el conocimiento de modo horizontal, con vistas a devolver el poder decisorio a la persona que aborta. Las activistas no se ven como sustitutas de médicos, sino como personas que facilitan la circulación de conocimiento para un aborto seguro, un conocimiento pragmático y situado que pone la persona que aborta en el centro de una vasta trama de relaciones horizontales (Assis et al., 2022; McReynolds-Pérez, 2017).

La solidaridad contra el control paternalista

Una tercera forma de poder instalada por el paradigma médico-legal es el control paternalista, que racionaliza la autoridad médica como actuando en el mejor interés de la persona gestante. En una relación necesariamente jerárquica y desigual, el médico es la autoridad que detenta un mejor saber, el cual emplea sobre el cuerpo de la persona gestante en su interés superior. Pese a ser la persona gestante quien experimenta la gestación, el médico es el mejor calificado para tomar las decisiones en su lugar, sea por abortar o no abortar. Contrariando ese paternalismo, las activistas feministas movilizan relaciones de solidaridad entre sí y con las personas acompañadas, para ir más allá de “satisfacer una necesidad utilitaria de acceso al aborto seguro en un contexto en el que la opresión estructural pesa mucho sobre las opciones de las mujeres” (Belfrage, 2024, p. 552): ellas instauran un vínculo, aunque muchas veces efímero (Krauss, 2018), en el cual todas se cuidan y son cuidadas (Assis et al., 2022). Como lo muestran Nayla Luz Vacarezza y Julia

Burton, “los acompañamientos transforman la vivencia solitaria y muchas veces secreta del aborto en una experiencia colectiva” (2023, p. 8). Estos enseñan a “ayudarnos una a las otras, ayudarnos a hacer algo que nadie más nos quiere ayudar a hacer” (Kimport et al., 2023, p. 7). Ni las personas que abortan están solas ni las acompañantes en sus prácticas de acompañamiento.

El afecto contra el control normalizador

Finalmente, el paradigma médico-legal también legitima un control normalizador, en el que la autoridad médica emplea su *expertise* de análisis y cura del problema presentado por la persona gestante, cuya vida íntima es inspeccionada según el marco médico. En esa dimensión del poder médico, la patologización es un aspecto fundamental de la normalización: el cuerpo gestante será recolocado en un estado normal de salud a través del empleo del saber médico, que puede curar y disciplinar. Rompiendo con ideas de normalidad, patología, cura y disciplinamiento, el cuidado ofrecido por las acompañantes está basado en un tipo de afecto que no se encuentra en otros espacios, como la familia o las instituciones de salud, o en otras relaciones (McReynolds-Pérez et al., 2023). Específicamente, las activistas ven su trabajo como ir más allá de solo confrontar el derecho para responder a “una inadecuación del tratamiento médico basada en su falta de atención afectiva” (McReynolds-Pérez et al., 2023, p. 11). En este sentido, las prácticas de acompañamiento establecen una relación de cuidado afectivo entre acompañadas y acompañantes, produciendo un espacio donde no hay juzgamiento o malos-tratos, según suele ocurrir en establecimientos formales de salud (Zurbriggen, Keefe-Oates y Gerds, 2018).

Conclusión

La literatura sobre gobernanza reproductiva y gobernanza del aborto se ha centrado en los agentes poderosos –legisladores, autoridades religiosas, empresas, tribunales– y cómo operan para conformar imaginarios, discursos y subjetividades de control. En el presente capítulo se analizaron las prácticas y los discursos de las activistas feministas por el aborto autónomo en América Latina y el Caribe como actoras que también producen la gobernanza del aborto. Sin embargo, al contrario del paradigma médico-legal, estas activistas impulsan una agenda política que moviliza la adaptabilidad en contra del control técnico, la horizontalidad en contra del control decisorio, la solidaridad en del contra control paternalista y el afecto en contra del control normalizador. Al hacerlo, su activismo no solo resiste al paradigma médico-legal, sino que enseña que es posible gobernar el aborto de otro modo.

Bibliografía

Assis, Mariana Prandini y Erdman, Joanna (2022). Abortion rights beyond the medico-legal paradigm. *Global Public Health*, 17(10), 2235-2250. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1971278>

Assis, Mariana Prandini et al. (2022). Abortion Care in Times of Crisis: An Autonomous Feminist Model in Latin America and the Caribbean. En Emma O'Dwyer y Luis G. Silva Souza (comps.), *Psychosocial Perspectives on Community Responses to Covid-19* (pp. 107-118). Nueva York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003301905-11>

Atienzo, Erika et al. (2024). Safe abortion in Latin America: a look at abortion accompaniment collectives from the perspective of their activists. *Culture, Health & Sexuality*, 26(5), 588-604. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2233589>

Baird, Barbara y Millar, Erica (2020). Abortion at the edges: Politics, practices, performances. *Women's Studies International Forum*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2020.102372>

Barbosa, Regina Maria y Arilha, Margareth (1993). A Experiência Brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, 1(2), 408-417. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16073/14608>

Belfrage, Madeleine (2024). Reclaiming Autonomy: The Changing Landscape of Mexican Abortion Activism. *Signs*, 49(3), 535-556. <https://doi.org/10.1086/727986>

Belfrage, Madeleine (2023). Revolutionary pills? Feminist abortion, pharmaceuticalization, and reproductive governance. *International Feminist Journal of Politics*, 25(1), 6-29. <https://doi.org/10.1080/14616742.2022.2154688>

Bercu, Chiara et al. (2022). In-person later abortion accompaniment: a feminist collective-facilitated self-care practice in Latin America. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 121-143. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2009103>

Braine, Naomi (2023). *Abortion beyond the law: Building a global feminist movement for self-managed abortion*. Londres, Nueva York: Verso.

Burton, Julia (2023). ¿Necesitás abortar? Estés donde estés te acompañamos: pandemia y acompañamiento de abortos en la ciudad de Neuquén, Argentina, durante 2020. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 12(4), 64-84. <https://doi.org/10.17566/CIADS.V12I4.1200>

Burton, Julia y Peralta, Guillermina (2016). Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*, (6), 158-181.

Canfield, Matthew (2018). Disputing the Global Land Grab: Claiming Rights and Making Markets Through Collaborative Governance. *Law & Society Review*, 52(4), 994-1025. <https://doi.org/10.1111/lasr.12367>

Chong, Yap-Seng; Su, Lin-Lin y Arulkumaran, Sabaratnam (2004). Misoprostol: a quarter century of use, abuse, and creative misuse. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(2), 128-140. <https://doi.org/10.1097/01.OGX.0000109168.83489.66>

Collins, Paul (1990). Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications. *Medicinal Research Reviews*, 10(2), 149-172. <https://doi.org/10.1002/med.2610100202>

Corey, Elias James.; Czakó, Barbara y Kürti, László (2007). *Molecules and medicine*. Nueva York: Wiley. <https://www.wiley.com/en-us/Molecules+and+Medicine-p-9780470227497>

Costa, Sarah H. (1998). Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63(S1), 131-139. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00195-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00195-7)

De Souza, Marcelle Cristine (2021). “No estás sola”: Aborto seguro e acompanhado como estratégia feminista para a descriminalização social na América Latina [Tesis de doctorado]. Universidade de São Paulo.

De Zordo, Silvia (2016). The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. *Historia, Ciências, Saude - Manguinhos*, 23(1), 19-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100003>

Drovetta, Raquel Irene (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>

Egwuatu, Ijeoma et al. (2022). Effectiveness of self-managed abortion during the COVID-19 pandemic: Results from a pooled analysis of two prospective, observational cohort studies in Nigeria. *PLOS Global Public Health*, 2(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PGPH.0001139>

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2013). *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología*. Panamá: Tecnoquímicas.

Gerdt, Caitlin y Hudaya, Inna (2016). Quality of care in a safe-abortion hotline in Indonesia: Beyond harm reduction. *American Journal of Public Health*, 106(11), 2071-2075. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303446>

Gerdts, Caitlin et al. (2020). Effect of a smartphone intervention on self-managed medication abortion experiences among safe-abortion hotline clients in Indonesia: A randomized controlled trial. *Int J Gynecol Obstet*, 149(1), 48-55. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13086>

Gill, Roopan; Cleeve, Amanda y Lavelanet, Antonella (2021). Abortion hotlines around the world: a mixed-methods systematic and descriptive review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1907027>

Graeber, David (2009). *Direct Action: An Ethnography*. Chicago: AK Press.

Kimport, Katrina et al. (2023). The pleasure, joy and positive emotional experiences of abortion accompaniment after 17 weeks' gestation. *Culture, Health & Sexuality*, 26(8), 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2287720>

Krauss, Amy (2018). The ephemeral politics of feminist accompaniment networks in Mexico City. *Feminist Theory*, 20(1), 37-54. <https://doi.org/10.1177/1464700118755660>

Krisch, Nico (2017). Liquid authority in global governance. *International Theory*, 9(2), 237-260. <https://doi.org/10.1017/S1752971916000269>

Larrea, Sara; Palència, Laia y Borrell, Carme (2021). Medical abortion provision and quality of care: What can be learned from feminist activists? *Health Care for Women International*, 45(1) 1-20. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1969573>

Maffeo, Florencia et al. (2015). Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red - feministas que abortamos: una forma de activismo corporizado y sororo. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, 20(44), 217-227. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855566&info=resumen&idioma=ENG>

McReynolds-Pérez, Julia (2017). No Doctors Required: Lay Activist Expertise and Pharmaceutical Abortion in Argentina. *Signs*, 42(2), 349-375. <https://doi.org/10.1086/688183>

McReynolds-Pérez, Julia et al. (2023). Ethics of Care Born in Intersectional Praxis: A Feminist Abortion Accompaniment Model. *Signs*, 49(1), 63-87. <https://doi.org/10.1086/725843>

Millar, Erica (2024). Abortion, decriminalisation and the medico-legal paradigm. *Social Science & Medicine*, 355. <https://doi.org/10.1016/j.SOCS-CIMED.2024.117098>

Mines, Ana et al. (2013). “El aborto lesbiano que se hace con la mano”. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). *Bagoas - Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades*, 7(9), 133-160. <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4659>

Morgan, Lynn (2019). Reproductive Governance, Redux. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38, 113-117. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1555829>

Morgan, Lynn (2017). Reproductive Governance meets European Abortion Politics: The Challenge of Getting the Gaze Right. En Silvia De Zordo; Joanna Mishtal y Lorena Anton (comps.), *A Fragmented Landscape: Abortion Governance and Protest Logics in Europe* (pp. 266-282). Nueva York, Oxford: Berghahn Books.

Morgan, Lynn y Roberts, Elizabeth (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241-254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>

Moseson, Heidi et al. (2020a). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. *Contraception*, 102(2), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.CONTRACEPTION.2020.04.015>

Moseson, Heidi et al. (2020b). Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reproductive Health*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01016-4>

Raymond, Elizabeth; Harrison, Margo y Weaver, Mark (2019). Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics and Gynecology*, 133(1), 137-147. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>

Rhodes, Roderick (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>

Roe v. Wade, 410 US 113 (1973).

Sassen, Sasika (2006). *Territory, Authority, Rights*. Princeton: Princeton University Press.

Singer, Elyse (2019). Realizing Abortion Rights at the Margins of Legality in Mexico. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38(2), 167-181. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1474213>

Suh, Siri (2017). Accounting for abortion: Accomplishing transnational reproductive governance through post-abortion care in Senegal. *Global Public Health*, 13(6), 662-679. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1301513>

Sutton, Barbara y Vacarezza, Nayla Luz (2023). Introduction: Abortion Rights Strategies in Argentina, Colombia, and Mexico. *South Atlantic Quarterly*, 122(2), 378-385. <https://doi.org/10.1215/00382876-10405133>

Thomson, Michael (2013). Abortion Law and Professional Boundaries. *Social & Legal Studies*, 22(2), 191-210. <https://doi.org/10.1177/0964663912474740>

Unnithan, Maya y de Zordo, Silvia (2018). Re-situating abortion: Bio-politics, global health and rights in neo-liberal times. *Global Public Health*, 13(6), 657-661. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1445271>

Vacarezza, Nayla Luz y Burton, Julia (2023). Transformar los sentidos y el sentir. El activismo cultural de las redes de acompañantes de abortos en América Latina. *Debate Feminista*, 33(66), 1-30. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2023.66.2409>

Veldhuis, Suzanne; Sánchez-Ramírez, Georgina y Darney, Blair (2022). "Becoming the woman she wishes you to be": A qualitative study exploring the experiences of medication abortion acompañantes in three regions in Mexico. *Contraception*, 106, 39-44. <https://doi.org/10.1016/J.CONTRACEPTION.2021.10.005>

Walsh, Aisling (2020). Feminist Networks Facilitating Access to Mifepristone in Mesoamerica. *Feminist Review*, 124(1), 175-182. <https://doi.org/10.1177/0141778919888070>

Wilson, Joshua (2011). Sustaining the State: Legal Consciousness and the Construction of Legality in Competing Abortion Activists' Narratives. *Law and Social Inquiry*, 36(2), 455-483. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2011.01238.x>

Wollum, Alexandra et al. (2022). The influence of feminist abortion accompaniment on emotions related to abortion: A longitudinal observational study in Mexico. *SSM - Population Health*, 19. <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2022.101259>

World Health Organization (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.

Zumbansen, Per (2012). Defining the Space of Transnational Law: Legal Theory, Global Governance, and Legal Pluralism. *Transnational Law and Contemporary Problems*, 21(2), 305-336. https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/scholarly_works/757

Zurbriggen, Ruth; Keefe-Oates, Brianna y Gerdtts, Caitlin (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Sorcorrista network of Argentina. *Contraception*, 97(2), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.170>