

*Reflections on the exercise of reproductive autonomy in the context of intimate partner violence**

Pp. 72 - 83

Angélica Barrera Bolívar**

julio - diciembre / 17

tesis **Psicología** Vol. 12 - Nº 2
ISSN 1909-8391

72

- * Manuscrito asociado al desarrollo del proyecto de investigación titulado “Ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres que en contextos de violencia de pareja toman la decisión de la interrupción voluntaria del embarazo”. Universidad El Bosque. Tutoría: Mary Luz Mejía Gómez.
- ** Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Candidata a Magister en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque. Correspondencia: abarreraba@unbosque.edu.co, ange840@gmail.com.

Reflexiones sobre el ejercicio de la autonomía reproductiva en el contexto de violencia de pareja¹

Como citar este artículo: Barrera, A. (2017). Reflexiones sobre el ejercicio de la autonomía reproductiva en el contexto de violencia de pareja. *Revista Tesis Psicológica*, 12(2), 72-83.

Recibido: junio 29 de 2017
Revisado: julio 27 de 2017
Aprobado: noviembre 26 de 2017

ABSTRACT

There is a need for not to allocate women rights in intangible scenarios where the actions and capacities exercised by women in search of higher welfare states are not noticeable. Nevertheless, that need depends on social, political, family and economic conditions, but particularly, in conditions of violence, access to the exercise of rights can be limited. In that sense, the objective of this article is to present a theoretical reflection on the exercise of reproductive autonomy in the context of Intimate Partner Violence and its support in health services. On the first hand, the different concepts of autonomy are presented from a philosophical orientation and from some feminist bets; Secondly, an explanation given from the structural bases of patriarchy in which some dynamics of violence directed towards women in contexts of intimate relationships and the psychosocial effects and impacts are noticed. To conclude, it establishes the relevance of the continuous improvements that health entities should have to support women from a human rights perspective so that they can obtain better access to health services and strengthen the effective enjoyment of their sexuality. Furthermore, the most common scenarios such as the family and the community, should foster the bonds of support that contribute to processes in which women make decisions of getting away from aggressors.

Keywords: reproductive autonomy, violence against women, feminism, empowerment, reproductive rights and human rights.

RESUMEN

Existe la necesidad de que los derechos no se ubiquen en escenarios intangibles, sino que se presenten en las acciones y capacidades que ejercen las mujeres en búsqueda de estados de mayor bienestar, no obstante, esta acción depende de condiciones sociales, políticas, familiares y económicas; pero particularmente, en condiciones de violencia se puede limitar el acceso al ejercicio de los derechos. De esta manera el objetivo de este artículo es presentar una reflexión teórica sobre el ejercicio de la autonomía reproductiva en el contexto de violencia de pareja y su atención en los servicios de salud. En primera instancia, se presentan los diversos conceptos de autonomía desde una orientación filosófica y desde algunas apuestas feministas; en segunda instancia, se visibilizan algunas dinámicas de la violencia dirigida hacia la mujer en contextos de pareja y los efectos e impactos psicosociales, explicación dada desde las bases estructurales del patriarcado. Para concluir, se establece la relevancia del continuo mejoramiento que deben tener las entidades de salud al atender a las mujeres desde un enfoque de derechos, para que puedan obtener un mejor acceso a los servicios de salud y se fortalezca el goce efectivo de su sexualidad.

Palabras clave: autonomía reproductiva, violencia contra la mujer, feminismo, empoderamiento, derechos reproductivos y derechos humanos.

Introducción

La palabra autonomía deriva del griego *autos* (propio) y *nomos* (regla, autoridad y ley) y por primera vez se empleó para referirse a la autorregulación y autogobierno de las ciudades Estado Helénicas independientes (Beauchamp & Childress, 1999). El concepto de libertad comenzó a materializarse en gran medida durante el Renacimiento, encontrando su madurez en la época de la Ilustración, en el que se integran dos condiciones: a. Libertad al actuar independientemente de influencias que generan control; y b. Ser agente, es decir tener la capacidad de actuar con una intención (Beauchamp & Childress, 1999).

Tanto Kant como Mill defendieron el respeto a la autonomía, así, para Kant toda persona tiene la capacidad de determinar su propio destino, teniendo una libertad moral. Para Mill se debía respetar el libre desarrollo con la posibilidad de actuar y elegir sin coacción según sus convicciones personales, siempre que no interfirieran con la libertad de los otros (Urrea, 2012).

Ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo, esto último significa tener derecho a opiniones propias para elegir según valores y creencias personales (Beauchamp & Childress, 1999). Por el contrario, el no respetar la autonomía implica ignorar y negar la igualdad de la cual goza la persona. Además, deben existir ciertas condiciones para que una elección sea autónoma, como lo son, mitigar los miedos y todas aquellas situaciones que dificulten o impidan la autonomía (Beauchamp & Childress, 1999).

No obstante, los planteamientos de Kant y Mill fueron pensados desde y para el género masculino, debido a que en ese momento histórico no se consideraba a las mujeres como sujetos de derechos (Urrea, 2012), sumado a la idea de que, no es posible ubicar la autonomía de las

mujeres únicamente en el contexto teórico de la filosofía previa, ya que se debe tener en cuenta las profundas inequidades que históricamente las mujeres han vivido por el ejercicio de poder sobre sus cuerpos. A su vez, estas definiciones se consideran excesivamente racionalistas puesto que excluye por completo el ámbito de los afectos y las emociones que toda decisión conlleva (García, 2005).

Una vez se hace evidente el contexto de los Derechos Humanos y los movimientos feministas que impulsaron el reconocimiento y acceso a condiciones de justicia para las mujeres, la autonomía empieza a ser un lugar central para recuperar escenarios de libertad y autodeterminación. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012), la autonomía de las mujeres es esencial para garantizar el ejercicio de los Derechos Humanos, donde son necesarias las siguientes condiciones: primero, la autonomía física, que se traduce en el control sobre su propio cuerpo; y segundo, la toma de decisiones.

Cuando las mujeres ejercen su libertad y toman decisiones acordes a sus propias expectativas, se está realizando todo un acto político de resistencia a la estructura patriarcal, en ese sentido, como bien lo afirma Lagarde (1998):

La autonomía es un pacto político. Cada avance de autonomía es un avance político y requiere una recomposición de las relaciones de poder, una reconfiguración de la política, y requiere de un lenguaje político pues la autonomía debe ser enunciada políticamente (p. 13).

De esta manera, es necesario propender por el ejercicio real de la autonomía expresada en la toma de decisiones, alejadas de contextos de coerción, teniendo en cuenta que es totalmente arbitrario e inhumano las limitaciones sobre su propio cuerpo, vida y autodeterminación.

La incidencia de la violencia dirigida hacia la mujer en contextos de pareja

Los índices de incidencia a nivel internacional y nacional de la violencia contra las mujeres en contextos de pareja, es considerado un grave problema en la salud pública frente al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Moore, Frohwirth & Miller, 2010). El estudio Multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud (2005), recolectó datos sobre 24.000 mujeres de 10 países; el reporte muestra que entre 23% y 56% de las mujeres informaron que alguna vez habían sufrido violencia física y/o sexual generada por sus parejas. A su vez, en otro estudio de corte comparativo de datos de encuestas de demografía y salud realizadas en 12 países de América Latina se determinó que: la mayoría de las mujeres (61% a 93%) informaron haber sufrido violencia física de pareja; y que en los últimos 12 meses de realizar la encuesta habían recibido violencia emocional con datos que oscilan de un 61,1% en Colombia en el año 2005 a un 92,6% en El Salvador. (Organización Panamericana para la Salud, 2012). Para el caso de Colombia, en el año 2014, el Instituto de Medicina Legal reportó 48.849 casos de violencia de pareja, de los cuales el 85% corresponde a violencia contra la mujer (Presidencia de la República de Colombia y Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015). En contextos de pareja o expareja, cada 12.6 minutos una mujer fue violentada (Corporación Sisma Mujer, 2016), es decir, cada hora cinco mujeres, cada dos horas, 10 mujeres, cada día 132 mujeres y cada mes, 3.968 mujeres fueron violentadas. La violencia contra la mujer no es el resultado de hechos aislados, sino que está profundamente arraigado en las relaciones estructurales de desigualdad, lo cual está legitimado desde la cultura (Naciones Unidas, 2006).

Si las mujeres están históricamente en desventaja, sería de gran preocupación la autonomía reproductiva, ya que este concepto genera que se camine directamente sobre el escenario de pareja y las negociaciones, teniendo en cuenta que autonomía es la capacidad de obrar según su propio criterio; si se especifica en el ejercicio reproductivo haría referencia a la libre decisión de tener hijos y a determinar el número a concebir, siendo esto parte esencial de la dignidad humana, autodeterminación e igualdad (Mesa por la vida, 2016). Es posible que el ejercicio de la autonomía reproductiva en torno al uso de la anticoncepción si sea parcialmente limitado, ya que depende del control de los recursos, la posibilidad de la movilidad y el acceso a la información como lo determina Jejeebhoy y Sathar (2001). Pero a esta comprensión de la autonomía reproductiva, le falta lo más importante y es el impacto social y emocional que la violencia genera, ya que la mujer tenía la capacidad de analizar las influencias de la opresión, se podría determinar que había la posibilidad de tomar la decisión de planificar, pero acceder al método estaba mediado por una condición del entorno y no había un ejercicio pleno de la autonomía. Como lo establece Marsico (2003) y Nussbaum (2012), la interacción social va a ser un determinante para que las decisiones sean autónomas.

Así que en la vida de las mujeres surge la gran pregunta ¿Dónde se tiene que construir la autonomía? La respuesta dada por Lagarde (1998) es en la familia, que por lo general se deja en el último lugar, ya que por tradición política se trasladó al territorio de lo público la lucha de la equidad, pero en las relaciones más cercanas es donde se pone en una cuerda floja los derechos fundamentales como la autonomía y dignidad. En muchos casos la familia podía significar amor, pero también podría ser el espacio en donde se ejerce la desatención, abuso y degradación, siendo la mujer tratada no como fin

mismo, sino como un agregado instrumento de las necesidades de los otros, como solo reproductora, de descarga sexual, cuidadora, entre otros, y no como una fuente de dignidad en sí misma (Nussbaum, 2002). No es fortuito que en las expresiones culturales se ejerzan mensajes contra las mujeres, como un medio y no fin en sí mismas.

Además, en el contexto de pareja, por definición de género, las mujeres están simbólicamente, social y subjetivamente confundidas con la pareja; la pareja es una institución donde los límites de la cercanía se juegan vulnerando el ejercicio pleno de la autonomía (Lagarde 1998). De esta forma, las condiciones de riesgo para las mujeres son mayores que para los hombres, no son pares en medio del conflicto ya que no se cuenta con los mecanismos suficientes para enfrentar la violencia.

Ante la defensa de los derechos y la apuesta de las mujeres de salir a agenciar decisiones para sus vidas en el contexto público, se percibió una condición de violencia en los contextos privados. La violencia del hombre hacia la pareja estaría asociada, en algunas ocasiones al temor de los varones en la “liberación”; esta autonomía que supone la incorporación de las mujeres a un trabajo con un ingreso económico, a esto las norteamericanas llamaban *battering wife* (Espinosa, 2004) (Castro & Casique, 2008). Las mujeres que laboran de forma remunerada, se perciben con mayor autonomía y con frecuencia esto desata conflictos con sus parejas renuentes a ceder o negociar su autoridad patriarcal (Ariza, 2012); además la dependencia económica podría significar una limitación para la toma de decisiones libres en una relación de pareja.

Aunado a lo expuesto, es pertinente enunciar que la violencia contra las mujeres en el terreno de la relación de pareja tiene que ver, entre otras cosas, con intentar romper con la división

sexual del trabajo al interior del hogar; dicho de otro modo, la violencia en la pareja se asocia, también, con la alteración real o imaginaria de los roles socialmente asignados a la mujer, el de esposa y madre (Castro & Casique, 2008); pero si en el interior de las relaciones de pareja, la situación para la mujer no resulta del todo favorable, en el ámbito social la situación no es la más satisfactorias. Es así como existen diferentes prácticas de inequidad económica y falta de reconocimiento en el ámbito público, donde se les asignan a las mujeres salarios más bajos y se le impide de diferentes maneras la movilidad social, todo lo cual genera mayores escenarios de dificultad y riesgos para las mujeres a diferencia de los hombres, lo que puede llevar a que no sea fácil para la mujer el decidir fácilmente la terminación de una relación de pareja.

Otra característica propia de la ejecución del delito de la violencia contra la mujer es el silencio social por temor a la reacción de los demás. El aislamiento se genera por dos condiciones: 1. La parálisis por el miedo a que exista una represalia contra los seres queridos, puede incidir en que aumente la quietud y se paralice la mujer sin encontrar apoyos emocionales, así que se toma una decisión y es callar la violencia, como refiere Nussbaum (2012) y Espinosa (2004), los roles femeninos han generado que las mujeres estén pendientes en mayor medida de los otros, ya que se hace difícil realizar acciones para su propio bienestar, y 2. El temor al juicio social, como bien lo afirmaba Rothenberg (2003), se ha protegido desde el discurso al hombre que agrade, este ha obtenido el poder social y se cree con el derecho de castigar, controlar e incidir en la toma de decisiones de la mujer.

Esta protección al discurso del hombre genera la culpa en la mujer como una expresión que le resta importancia a los reales efectos que trajo la violencia; con gran asertividad lo menciona Marcela Lagarde (1998), la culpa incide en el

cuestionamiento sobre sus propias capacidades y ella termina asumiendo la responsabilidad de la violencia que es leída como castigo a una acción indebida ejercida por la mujer. Vale la pena resaltar en este punto, que la noción de la culpa es el producto de concepciones enmarcadas en contextos religiosos patriarcales, de lo cual se puede deducir que las mujeres se encuentran subjetivadas desde esa noción de culpabilización que la lleva a asumir una determinada posición frente al fenómeno de la violencia que hacia ella se ejerce; a su vez, uno de los factores que más influye es ser egoístas; las mujeres crecen con creencias muy fuertes en torno al egoísmo, de esta manera se evalúa que la preocupación solo por el sí mismo es un acto que constituye un “ser egoísta”, lo que a su vez generaría una acción inadecuada e inaceptable desde el punto de vista ético (Lagarde, 1998).

Afectaciones en la salud sexual y reproductiva

A lo largo de este manuscrito, se ha enfatizado que a violencia genera afectaciones emocionales y físicas, pero a ello se suma el control sobre el cuerpo de las mujeres, lo cual se considera, es una acción simbólica que subyuga o coarta la posibilidad del ejercicio de autonomía de la mujer; el impedirle a la mujer acceder voluntariamente a sus derechos sexuales y derechos reproductivos se constituye en un ejercicio dominante, que pasa también por el control sobre el cuerpo mismo. En estudios realizados en Asia, África, Europa y Estados Unidos, se evidencia cómo las dinámicas de las relaciones violentas generan control en la natalidad y determinadas elecciones sobre métodos anticonceptivos. Entre los resultados más significativos se identificó que muchos hombres tienen control sobre la sexualidad de las mujeres, basado en creencias culturales de posesión frente al cuerpo femenino (Ravindran & Balasubramanian, 2004). En algunos de estudios, las participantes

informaron que sus parejas se habían negado a usar preservativos e impidieron el acceso a la atención médica en medio de un contexto de control de la natalidad; también manifestaron que sus relaciones de pareja estaban marcadas por situaciones como la infidelidad y abuso sexual, fenómenos ante los cuales –para este estudio– las mujeres tenían que planear estrategias para poder acceder a sus derechos reproductivos (Thiel de Bocanegra, Rostovtseva, Khera & Godhwani, 2010). Lo expuesto transgrede la dignidad de las mujeres y limita el ejercicio de la autonomía reproductiva como el escenario libre de elegir el momento y las condiciones de tener hijos, sin coacciones de otros. Ante ese escenario de poder y dominio sobre el cuerpo, es habitual que las mujeres se nieguen a tener relaciones sexuales, pero las condiciones de control incide a que haya un registro alto de violencia sexual (Thaller & Messing, 2014), que no se reporta, con pocas denuncias e impunidad sobre los hechos.

En Canadá, un estudio (Bourassa & Bérubé, 2007) encontró que el 50% de las mujeres que tienen un aborto, habían sido víctimas en las primeras semanas de gestación de abuso físico o sexual durante su embarazo; puesto que la violencia tiende a aumentar durante el embarazo, algunas mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo con el fin de evitar más violencia, y no continuar así en una relación novicia; aunque también pueden darse cuenta de que no quieren criar a un hijo o hija en un hogar violento (Upadhyay et al, 2014).

La preparación del sistema de salud

Teniendo en cuenta los impactos en la salud integral que puede generar las condiciones de violencia ejercida de hombres hacia mujeres en el contexto de pareja, es necesario contar con la preparación del sistema de salud y las

instituciones para asumir la atención y poder fomentar la autonomía en la toma de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y vidas. Teniendo en cuenta que la autonomía es un acto político, ya que es la búsqueda de escenarios sociales, culturales y políticos que permiten condiciones más favorables para el ejercicio de derechos, es importante mencionar que en condiciones de vulnerabilidad las mujeres ejercen acciones autónomas intentando así terminar las relaciones de violencia.

La recuperación por la autonomía sería una labor colectiva que permite abrir mayores escenarios de protección y ser la red para que se tejan nuevas opciones y se otorgue a la mujer ese ejercicio libre de decidir, escenario en el que se resaltan derechos fundamentales como la libertad, autodeterminación, dignidad e igualdad, fomentando la condición de ser mujer como sujeto de derechos. Pero aún existen barreras en el acceso a los servicios, que en su mayoría están enraizadas en condiciones sociales, económicas, culturales y legales, que trascienden las consideraciones de la salud y se expresan en los tratos que reciben las mujeres, incrementando contextos de mayor vulnerabilidad frente al abuso sexual o de otra índole, dentro y fuera del matrimonio, (Cook, Dickens & Fathalla, 2003).

En investigaciones realizadas en México, no se brinda atención médica ni jurídica a los efectos que trae la violencia de pareja, por desconfianza de las pacientes hacia los mecanismos legales y sociales prefieren callar y no comentar el escenario de violencia ni sus impactos (Herrera, Rajsbaum, Agoff, & Franco, 2006). Cuando la mujer se acerca a un servicio de salud puede que en el motivo de consulta no verbalice el escenario de violencia ya sea por vergüenza u otros factores, muy probablemente recibiría una medicalización o un diagnóstico emocional y esto limitaría el acceso a la atención y a un proceso de restitución de derechos (Espinosa, 2004). Un estudio realizado en Estados Unidos

reveló que los profesionales preferían evitar preguntar sobre la violencia de pareja ya que podían abrir “una caja de pandora” que temían no saber manejar o que reflejaba el estado de sus propias relaciones (Sugg & Inui, 1992), no obstante, es evidente que los espacios en salud podrían convertirse en el primer escenario de atención si los/las profesionales indagan sobre el escenario de lo privado, lo cual sería una oportunidad para empezar el proceso de restitución de sus derechos.

La recuperación de la autonomía es un proceso que se gestiona desde la cooperación y la construcción de confianza en los espacios de salud. Desde la teoría feminista, muchas autoras manifiestan la inseparabilidad del yo y el contexto, y enuncian que el yo se construye en relación con los otros, existe la necesidad de desarrollar una nueva ontología pasando del “yo” al “yo entre otros” y no un “yo contrapuesto a los otros”, la interdependencia es una parte integrante de la autonomía (Marsico, 2003). Es necesario fomentar las redes interinstitucionales y de atención para crear nuevos escenarios de apoyo, pero también la construcción de lugares para la disertación sobre la violencia estructural y simbólica, que se ha transmitido desde expresiones que son aprendidas por los seres humanos y empiezan a generar patrones de comportamiento particulares cuando se establece una relación, fomentando expresiones de poder en especial de hombres hacia mujeres, niños y niñas. La violencia está dada en todos los contextos, expuesta con mensajes de medios de comunicación, el entorno laboral, familiar, las instancias educativas, entre otros. De esta manera es necesario continuar realizando acciones para deslegitimar y deconstruir escenarios de poder sobre las mujeres.

A su vez, es vital que el Estado garantice que las personas puedan hacer uso de sus derechos, posibilitando la distribución equitativa de la salud,

la habilitación económica y el ingreso, lo que se considera crucial para hacer de las libertades un escenario accesible y real. Como lo establece Jhon Rawls (Camps, 1994), el acceso a los recursos y su uso, garantiza el valor equitativo de las diferentes libertades, dándose condiciones favorables, culturales, sociales y económicas.

Conclusiones

Se hace visible que el ejercicio de poder se encuentra en los escenarios más comunes y en los cuales las instituciones tienen menos acceso. La importancia de abordar en el área de la salud los derechos sexuales y derechos reproductivos permite acercarse a disminuir las brechas en el acceso a servicios de salud, pero también posibilitar empezar una ruta de atención desde el escenario de la justicia otorgando algunas medidas de no repetición.

La labor de garantizar un derecho, es una labor social, política y económica, que tiene como objetivo permitir los escenarios suficientes para que una mujer ejerza la autonomía en cada una de sus acciones, sin embargo, este escenario tiene limitaciones. Como afirma Figueroa (2010), no sería posible imaginar un sujeto sin coacciones, sino que más bien las personas son estimuladas a tomar conciencia de las mismas y trabajar para disminuirlas, es en este sentido en que avanza por la capacidad de ejercer la libertad en diferentes ámbitos centrales para la sexualidad y reproducción.

Las mujeres continúan realizando acciones diariamente para dar ruptura a dichas relaciones de pareja y transformar escenarios de su vida,

ya que la autonomía no es una capacidad que se retire por completo de las personas, aunque estén en escenarios de coerción. Teniendo en cuenta que la violencia ejercida en un contexto patriarcal está orientada a ubicar a la mujer para limitar su acceso a derechos, restringir sus redes de apoyo y disminuir sus capacidades, esto no conduce a que se limiten todas sus cualidades. En este contexto el ejercicio de la autonomía está vinculado a cada acción que perpetúe la mujer para formular objetivos, tomar decisiones y actuar, siendo este un acto político, un primer paso para romper los esquemas de la violencia.

Mientras las mujeres ejercen sus acciones en contra de la violencia, se convierte en un deber social y político fomentar mayores escenarios de garantías en salud, educación y justicia para que los derechos sexuales y derechos reproductivos se puedan ejercer en los escenarios más comunes como lo son la familia. Es de vital importancia fomentar los lazos de apoyo comunitarios en los procesos en que las mujeres toman decisiones para alejarse del agresor, ya que los vínculos y procesos emocionales permiten que las capacidades personales se fortalezcan y se pueda ejercer acciones autónomas. También resulta de vital importancia señalar que los profesionales de la salud y de la esfera de justicia tengan las capacidades de abordar a una mujer, ya que una vez se habla de lo sucedido, puede que sea la primera vez y la última, en que la mujer se acerque a un espacio para recibir un acompañamiento. Cada instante resulta importante para abordar una problemática y poder garantizar que la autonomía sea un concepto tangible y ejercido por las mujeres.

Referencias

- Ariza, G. (2012). *De inapelable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Beauchamp T., & Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bourassa, D., & Bérubé, J. (2007). The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 29(5), 415–423.
- Camps, V. (1994). La igualdad y la libertad. En A. Valcárcel (Ed.). *El concepto de igualdad* (pp. 17-28). Madrid: Pablo Iglesias.
- Castro, R., & Casique, I. (2008). *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). *El Estado frente a la autonomía de las mujeres*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Cook R., Dickens, B., & Fathalla, M. (2003) *Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Corporación Sisma Mujer. (2016). *Ley 1257 Ocho años de obstáculos en la protección integral para las mujeres víctimas de violencias Informe de seguimiento a la Ley 1257 de 2008*. Bogotá: Ediciones Antropos Ltda.
- Espinosa, L. (2004). Más allá del género. Nuevos enfoques de “nuevas” dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja. *Athenea digital*, 6, 1-4.
- Figueroa J. (2010). *Marco ético para los derechos sexuales y reproductivos*. En Ministerio de la Protección social. *Marco Ético de los derechos humanos sexuales y reproductivos en el contexto Nacional e Internacional*. Bogotá: Comité Editorial Convenio 620.
- García J. (2005). *Consentimiento informado y autonomía moral*. En García J. & Velayos C. *Bioética : perspectivas emergentes y nuevos problemas*. (pp. 257-271). Madrid: Tecnos.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., & Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud pública de México*, (48), 259–s267.
- Jejeebhoy, S., & Sathar, Z. (2001). Women’s autonomy in India and Pakistan; *Population and development review*, 687-712.

- Lagarde, M. (1998). Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Nicaragua: *Puntos de encuentro*. Recuperado de http://www.caladona.org/grups/uploads/2013/04/claves-feministaspara-el-poderio-y-autonomia_mlagarde.pdf
- Marsico, G. (2003). *Bioética: voces de mujeres*. Madrid: Nancea.
- Mesa por la Vida. (2016). *Mesa por la vida y la salud de las mujeres*. Recuperado de <http://despenalizaciondelaborto.org.co/site/Glossary/autonomia-reproductiva>
- Moore, A., Frohwirth, L., & Miller, E. (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social Science & Medicine*, 17(11), 37-44.
- Naciones Unidas. (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Nussbaum, M. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano el enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades, propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la salud.
- Organización Panamericana para la Salud. (2012). *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington: HQ Library Cataloguing-in- Publication Data.
- Presidencia de la República de Colombia y Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (2015). *Informe al Congreso 2014-2015, seguimiento a la implementación de la ley 1257 de 2008*. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.
- Ravindran, T., & Balasubramanian, P. (2004). “Yes” to Abortion but “No” to Sexual Rights: The Paradoxical Reality of Married Women in Rural Tamil Nadu. *Reproductive Health Matters*, 12(23),88-99.
- Rothenberg, B. (2003). “We Don’t have Time for Social Change”: Cultural Compromise and the Battered Woman Syndrome. *Gender & Society*, Recuperado el 14 de julio de 2017 de <https://doi.org/10.1177/0891243203255633>
- Sugg, N. K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians’ response to domestic violence. Opening Pandora’s box. *JAMA*, 267(23), 3157–3160.

- Thaller, J., & Messing, T. (2014). Reproductive Coercion by an Intimate Partner: Occurrence, Associations, and Interference with Sexual Health Decision Making. *Health Social Work*, 41(1), 11-19.
- Thiel de Bocanegra, H., Rostovtseva, D., Khera, S., & Godhwani, N. (2010). Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Against Women*, 16(5), 1-12.
- Upadhyay, U., Gipson, J., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E., Fraser, A., Prata, N. (2014). Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 115 111-120.
- Urrea, F. (2012). Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioético género. *Revista Colombiana de Bioética*, 7(2), 89-106.