

N° 492

EMPODERAMIENTO DE
LA MUJER Y DEMANDA
POR SERVICIOS DE
SALUD PREVENTIVOS
Y DE SALUD
REPRODUCTIVA EN EL
PERÚ 2015-2018

Pedro Francke y
Diego Quispe O.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 492

Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018

Pedro Francke y Diego Quispe O.

Julio, 2020

DEPARTAMENTO
DE ECONOMÍA



DOCUMENTO DE TRABAJO 492
<http://doi.org/10.18800/2079-8474.0492>

Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018
Documento de Trabajo 492

©Pedro Francke y Diego Quispe O. (autores)

Editado e Impreso:

© Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,

Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú.

Teléfono: (51-1) 626-2000 anexos 4950 - 4951

econo@pucp.edu.pe

<http://departamento.pucp.edu.pe/economia/publicaciones/documentos-de-trabajo/>

Encargado de la Serie: Jorge Rojas Rojas

Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,

jorge.rojas@pucp.edu.pe

Primera edición – Julio, 2020.

ISSN 2079-8474 (En línea)

EMPODERAMIENTO DE LA MUJER Y DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS Y DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL PERÚ 2015-2018

Pedro Francke y Diego Quispe O.

RESUMEN

En el mundo y en el Perú se ha puesto en primer plano de la agenda la Universalización de la Salud, siendo un área específica de preocupación las necesidades de salud sexual y reproductiva. En el Perú el 85% de las mujeres unidas no desea más hijos o los quiere postergar por 2 o más años, pero apenas 55% usa métodos anticonceptivos modernos, y se calcula en medio millón las mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar, lo que significa que están en riesgo de quedar embarazadas cuando no lo desean. Un problema central para enfrentar estas necesidades de salud es la debilidad de la demanda efectiva, es decir, las familias y personas en muchos casos no tienen conocimiento, no han internalizado ni tienen como práctica usual el procurar esas atenciones.

Nuestra investigación analiza el efecto que tiene el empoderamiento de las mujeres sobre la demanda de atenciones de salud sexual como el uso de métodos anticonceptivos, el despistaje de VIH/SIDA y las consultas ante síntomas básicos de infecciones de transmisión sexual. Usamos la encuesta ENDES del periodo 2015-2018. Medimos el empoderamiento de la mujer utilizando las respuestas directas de las mujeres, agrupándolas en 4 grandes categorías: decisión sobre las compras del hogar, libertad de movimiento, respeto de la pareja hacia sus deseos y derechos, y autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud.

Encontramos que el indicador de decisión sobre compras del hogar no resultó significativo o con los signos esperados. La libertad de movimiento de la mujer a un nivel medio incrementa la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos modernos y de métodos de decisión de la mujer mas no aumenta el uso de los que son de decisión de la pareja. El respeto de la pareja hacia los deseos y derechos de la mujer influye positivamente en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en los de uso de la pareja masculina en particular. El que la mujer tenga mayor autonomía en tomar decisiones respecto de su propia salud resulta el indicador de empoderamiento con resultados más amplios sobre el uso de servicios de salud sexual y reproductiva, afectándolos positivamente con excepción del despistaje de VIH/SIDA.

Una mirada general muestra que diversos indicadores de empoderamiento de la mujer sí tienen efectos positivos y significativos sobre la demanda por métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva. Los efectos son variados, con relaciones diversas entre los distintos ámbitos de empoderamiento de la mujer y los diversos métodos y servicios de salud sexual y reproductiva.

Palabras Clave: Salud sexual y reproductiva, Demanda de salud, Empoderamiento de la mujer
Códigos JEL: I12, J13, J16

ABSTRACT

In the world and in Peru, the Universalization of Health is on the agenda, with sexual and reproductive health needs being a specific area of concern. In Peru, 85% of united women do not want more children or want to put them off for 2 or more years, but only 55% use modern contraceptive methods, and it is estimated that half a million women have unmet needs for family planning, which means that they are at risk of getting pregnant when they don't want to. A central problem to face the satisfaction of these health needs is the weakness of demand, because families and people in many cases do not have knowledge nor current practice of using these services.

Our research examines the effect that women's empowerment has on the demand for sexual health care such as the use of contraceptive methods, the screening of HIV / AIDS and medical consultations upon basic symptoms of sexually transmitted infections. We use the DHS survey for the 2015-2018 period. We measure the empowerment of women using the direct responses of women, grouping them into four main categories: decision on household purchases, freedom of movement, their couple's respect for their wishes and rights, and autonomy in making decisions about oneself health.

We found that the indicator of decision on household purchases was not significant or with the expected signs. The freedom of movement of women at an average level increases the probability of using modern contraceptive methods and of contraceptive methods of women's decision but not of those of the couple's decision. The couple's respect for the wishes and rights of the woman positively influences the use of modern contraceptive methods and those of the male partner in particular. The fact that women have greater autonomy in making decisions regarding their own health is the indicator of empowerment with broader results on the use of sexual and reproductive health services, affecting positively the demand for them with the exception of HIV/AIDS screening.

An overview shows that various indicators of women's empowerment do have positive and significant effects on demand for contraceptive methods and demand for sexual and reproductive health services. There are diverse relationships between the different areas of women's empowerment and the various methods and services of sexual and reproductive health.

Key Words: Reproductive and sexual health, Health demand, Women's empowerment
JEL Code: I12, J13, J16

EMPODERAMIENTO DE LA MUJER Y DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS Y DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL PERÚ 2015-2018

Pedro Francke y Diego Quispe O.

1. JUSTIFICACION

En el mundo y en el Perú se ha puesto en primer plano de la agenda política la Universalización de la Salud. A nivel internacional, las Naciones Unidas en la definición de los Objetivos del Desarrollo (ODS) ha establecido la meta de «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades» (ODS 3) y en particular “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Meta 3,8).

Un área específica de preocupación son las necesidades de salud sexual y reproductiva, tanto en relación a la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, como en relación a las enfermedades de transmisión sexual. Específicamente sobre la salud sexual y reproductiva, los ODS se plantean “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (Meta 3.7). Hay que recordar que ya en la declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 se estableció que “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear [...] lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables”.

Es importante recordar que el uso de anticonceptivos, además de reflejar un derecho humano, tiene importantes efectos sanitarios y económicos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud - OMS (WHO 2010), el uso de anticonceptivos por mujeres que quieren postergar o evitar los embarazos puede prevenir un 32% de las muertes maternas y 10% de muertes infantiles, así como contribuir al empoderamiento de la mujer y la equidad de género (págs 3-4). De acuerdo a Kohler y Behrman (2014) y Lomborg (2019), un acceso universal a métodos anticonceptivos llevaría a 640,000 menos muertes neonatales, 150,000 menos muertes maternas y 600,000 niños que no perderían a sus madres. Cada dólar gastado en acceso a anticonceptivos se calcula genera un beneficio de 40 dólares de bienestar social, pero si añadimos los efectos en capital humano, eso asciende a 120 dólares de beneficios sociales por cada dólar invertido.

En el Perú el 85% de las mujeres unidas no desea más hijos o los quiere postergar por 2 o más años, pero apenas 55% usa métodos anticonceptivos modernos. Se calcula en 6% las mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar según la ENDES 2018, lo que equivale a medio millón de mujeres en riesgo de quedar embarazadas cuando no lo desean.

Por su parte, el gobierno peruano ha declarado el 2020 como el “Año de la Universalización de la Salud”, sin que el tema de la salud sexual y reproductiva haya sido objeto de atención. La principal medida tomada por el gobierno peruano en relación a la universalización de la salud ha sido el establecer la afiliación universal al Seguro Integral de Salud (SIS), mediante el cual se entrega atención gratuita eliminando los cobros y tarifas al momento de la atención. La afiliación al SIS antes estaba restringida solamente a personas calificadas como pobres y algunos otros grupos específicos. Esta medida es necesaria e importante, pero como el mismo gobierno ha reconocido, está lejos de ser suficiente. Se requieren los recursos presupuestales para un abastecimiento adecuado de medicamentos y para atender otras barreras relacionadas a la oferta (accesibilidad, capacidad resolutive, organización de los servicios, horarios y condiciones de atención), pero también enfrentar las barreras y brechas que impiden o dificultan que las mujeres y hombres busquen efectivamente una atención de salud.

Esto es particularmente evidente en el caso del acceso a métodos anticonceptivos y otras atenciones de salud materna (controles pre-natales y partos institucionales) y prevención y tratamiento del VIH, en las cuales la política del gobierno de una atención gratuita incluyendo la entrega de insumos y medicamentos, tiene ya varios años de estar establecida, lo que sin embargo no ha sido suficiente para alcanzar la meta de cobertura universal.

Un problema central para enfrentar estas necesidades de salud es la debilidad de la demanda efectiva, es decir, las familias y personas en muchos casos no tienen conocimiento, no han internalizado ni tienen como práctica usual el procurar esas atenciones. En este aspecto cabe destacar que, debido a la manera como nuestra sociedad ha asignado roles de género, recae sobre las mujeres la mayor parte de la carga de cuidado de salud de las familias y las responsabilidades de salud reproductiva, planificación familiar y uso de anticonceptivos.

Frente a esta situación, los avances en el conocimiento y las discusiones desde las ciencias sociales y en el ámbito público han resaltado la importancia de las relaciones de género y el empoderamiento de la mujer en una diversidad de decisiones familiares, personales y políticas. Estos avances y discusiones se han centrado en los temas de violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos civiles y sociales de la población LGBT, pero no son los únicos ámbitos en los que la inequidad de género o el empoderamiento de la mujer tienen consecuencias. Como dicen Sen y Ostlin (2007): “Los valores sesgados de género se traducen en prácticas y comportamientos que afectan las vidas cotidianas de las personas y a determinantes claves del bienestar y la equidad como la nutrición, la higiene, el reconocimiento de problemas de salud, el comportamiento de búsqueda de salud y el acceso a servicios de salud” (p. 30, traducción propia).

En ese sentido, la investigación que acá presentamos sobre el efecto que tiene el empoderamiento de las mujeres sobre la demanda de atenciones de salud sexual, busca contribuir al conocimiento y discusión de políticas públicas en dos ámbitos. Por un lado, el de la universalización de la salud y en particular a las políticas para ampliar la cobertura de servicios de salud sexual en un contexto donde persisten brechas de demanda de estos servicios. Un mejor entendimiento de cómo las relaciones de género al interior del hogar afectan esta demanda, permitirá mejorar las políticas de salud en ese aspecto. Por otro lado, se busca aportar también al entendimiento de las múltiples relaciones y consecuencias del

empoderamiento de la mujer, de tal manera que las políticas por promover la equidad de género tengan mayor sustento y puedan considerar los diversos ámbitos que debe involucrar.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE DEMANDA DE SALUD Y EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas y el Perú han tomado como un objetivo central la cobertura universal de la salud. En estas iniciativas, el énfasis está puesto en medidas de oferta, orientadas a ampliar la disponibilidad de servicios y reducir las barreras económicas (costos de acceso, tanto por cobros directos como por costos de transporte y oportunidad) para asegurar que todas las personas tengan acceso a una atención de salud. Pero como dicen Ensor y Cooper (2004), “la evidencia sugiere que las barreras del lado de la demanda pueden ser tan importantes como los factores de la oferta en impedir que las personas tengan tratamiento de salud. A pesar de ello se ha dado poca atención, tanto por *policy makers* como por los investigadores, de las formas de minimizar el efecto. Estas barreras suelen ser más importantes para los pobres y otros grupos vulnerables, donde los costos de acceso, la falta de información y las barreras culturales les impiden beneficiarse del gasto público” (traducción propia).

2.1 Marco Teórico Sobre Demanda y Uso de Servicios de Salud

La idea de aproximarse a los servicios de salud entendiéndolos como una interacción entre oferta y demanda tiene larga tradición económica.

Desde la ciencia económica, el aporte básico y seminal al análisis de la demanda de salud es el de Grossman (ver Grossman 1972). A partir de un enfoque basado en el capital humano, Grossman plantea que la salud de las personas es producida por los individuos usando su tiempo e insumos tales como los bienes y servicios de salud (medicinas, consultas, etc.) así como otros bienes tales como alimentos, vivienda y agua potable. En este modelo, la salud así producida es un bien de consumo que genera utilidad a los individuos, de manera similar a cualquier bien de consumo, pero que simultáneamente representa un capital humano que se va depreciando a medida que pasan los años y que determina el tiempo disponible de los individuos. La demanda por servicios de salud es, en el modelo de Grossman, una demanda derivada de la producción de salud por el individuo, siendo a su vez que el nivel de producción de salud se determina como parte de una maximización del bienestar (utilidad) del individuo definida por la salud, el consumo de otros bienes y el tiempo disponible para el ocio.

Lo primero que resalta este marco teórico es la necesidad de precisar que lo que demandan las personas en el mercado o al estado no es “salud”, que es producida por ellas mismas y sus familias, sino “servicios de salud”, insumos que tienen una influencia mayor en la producción de la salud. En este trabajo, mantendremos el uso usual de “demanda de salud” como sinónimo de “demanda por servicios de salud”, como sería más apropiado decir.

El modelo seminal de Grossman ha sido discutido, revisado y ampliado por diversos autores. El mismo Grossman (1982) hizo una revisión de los aportes, dentro de los cuales es importante mencionar para este estudio la ampliación del mismo a la familia realizada por Muurinen (1982), bajo el supuesto de que una pareja hombre-mujer maximiza la utilidad “familiar”. Sin embargo, este modelo de Muurinen no establece qué características tiene esa función de utilidad familiar (¿tienen el mismo peso ambas personas?) y aunque la salud de cada miembro entra separadamente en la función de utilidad, el consumo de otros bienes es único o unitario, es decir no distingue el consumo del hombre del de la mujer.

Por su parte, Gertler y van der Gaag (1990) utilizan un marco neoclásico estándar en el cual los individuos escogen su canasta de consumo para maximizar su utilidad, dependiendo del precio que deben pagar y como eso afecta su decisión en conjunto. Incluyen en el precio de la atención de la salud a todos los costos de transporte y de oportunidad (tiempo perdido), lo que les sirve para calcular potenciales pérdidas de bienestar y elasticidades-precio de tarifas, incluso en el caso que los cobros directos por el servicio (tarifas al usuario) sean cero. Cabe mencionar que aplican su estudio a dos países en desarrollo, uno de los cuales es el Perú. Una revisión del tema orientada a políticas es la Ensor y Cooper (2004), quienes diferencian entre los factores que determinan la demanda entre los que pueden ser influenciados mejorando los servicios existentes en condiciones de calidad, precio, condiciones de acceso o colas, y los que pueden afectar la demanda, como conocimiento e información, transporte o costumbres y normas, los que consideran podrían ser de mayor importancia.

Partiendo del supuesto de la “decisión racional de los consumidores”, el modelo de Grossman es un modelo centrado en el individuo. Incluso el tema de la familia y de cómo se deciden, negocian y distribuyen los bienes y el bienestar dentro de la familia no está considerado, algo que ha sido puesto de relieve posteriormente en las discusiones sobre la “distribución intra-hogar” y los distintos modelos de decisión dentro del hogar (altruista, igualitario, de negociación basado en teoría de juegos). En esta misma línea, el modelo de Grossman incluye, aunque solo de manera tangencial o implícita, los factores sociales y comunitarios en la demanda de salud, los que son considerados como parte de los determinantes de las “preferencias” de los hogares.

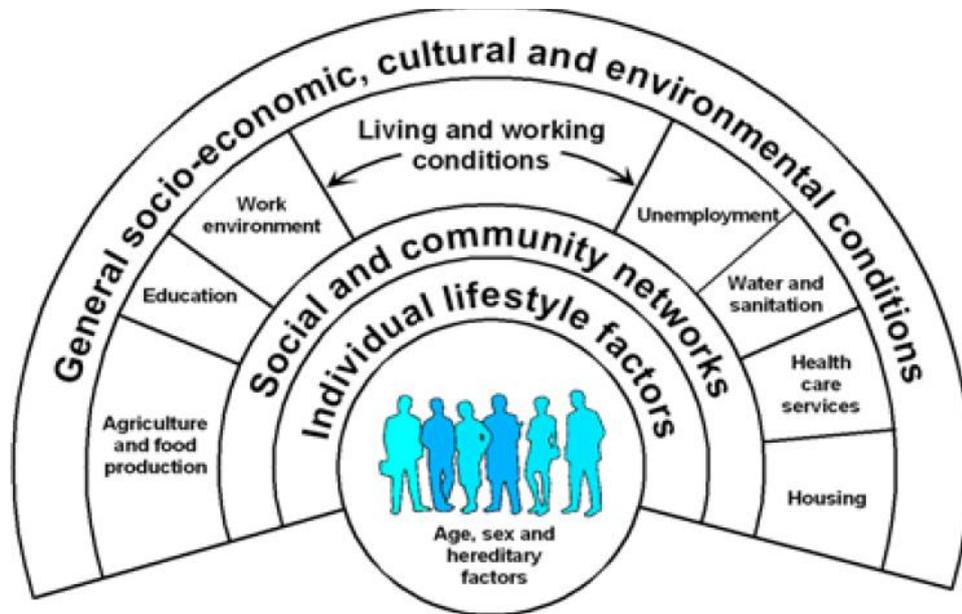
Diversos estudios han ido marcando la base para que se considere que modelos unitarios no son los más adecuados y que es necesario abordar el tema de la distribución intra-hogar, como lo señalaron Haddad, Hoddinott y Alderman (1997) en una influyente revisión de estudios sobre el tema y balance de investigaciones y políticas. Para tratar el tema de las decisiones intra-hogar se han desarrollado modelos alternativos al llamado “modelo unitario” como el que usa Grossman (cuya base son los modelos de Becker 1974), modelos conocidos como modelos “colectivos”. Entre éstos destacan los llamados modelos de eficiencia paretiana y los de negociación. Mwabu (2007) considera a estos últimos más adecuados para países de bajos ingresos en relación a la salud, debido a lo restrictivo de los supuestos de los modelos unitarios y de eficiencia paretiana.

Otro desarrollo relevante, desde la ciencia económica, importante de anotar es el de la ‘economía del comportamiento’ o ‘*behavioural economics*’, que ha revisado la teoría del ‘individuo racional’ para plantearse otros modelos de comportamiento humano, en particular resaltando que muchas decisiones las tomamos ‘automáticamente’, están basados en normas y

comportamientos sociales, y dependen de los marcos reales y simbólicos que pautan las decisiones (World Bank 2015, Kahneman 2003). Hay que anotar, sin embargo, que todavía el mayor énfasis en esta nueva corriente de pensamiento económico está en las decisiones individuales, y no en las formas de decisión de las parejas, las familias y las comunidades.

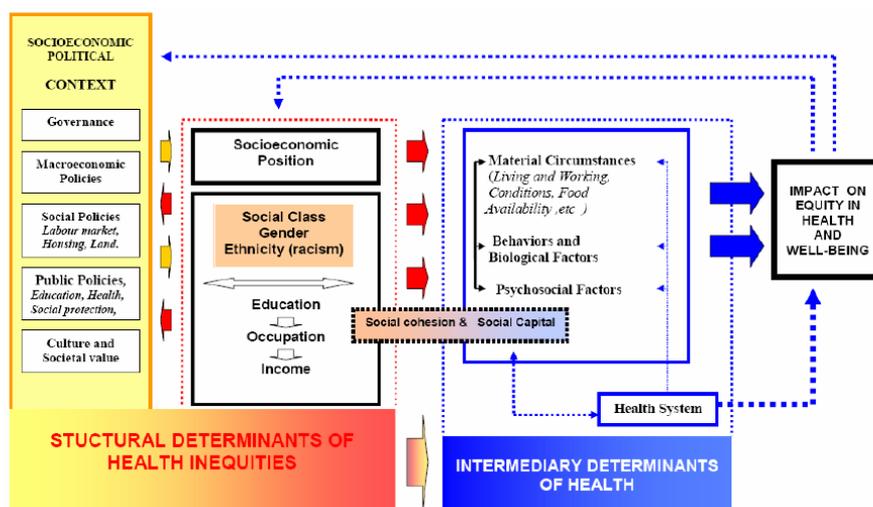
Los enfoques de salud pública, por su parte, han puesto más énfasis en los múltiples niveles que tienen los factores que influyen en la salud. Parten de los determinantes biológicos individuales, para incluir a mayores niveles los factores familiares, comunitarios, sociales y políticos. Diversos esquemas se han propuesto al respecto, como el de UNICEF que es ampliamente usado en nutrición infantil, el Banco Mundial y el de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008), que copiamos acá:

Gráfico 2.1: Determinantes sociales de la salud



Fuente: OMS (2008)

Gráfico 2.2: Marco de las principales categorías y vías de acción de los determinantes de la salud



Fuente: OMS (2008)

Es dentro de estas discusiones contemporáneas que el empoderamiento femenino es un factor relevante. Ensor y Cooper (2004), por ejemplo, resaltan el sesgo de usar modelos donde las preferencias intra-hogar son consideradas igualitarias por género: “El trabajo teórico y empírico ha retado este supuesto, sugiriendo más bien que los hogares deben ser visto como entidades colectivas donde el ingreso no es automáticamente colocado en una bolsa común y las asignaciones dependen del poder de negociación” ¹ (pág. 18, traducción propia). Refieren que desde el estudio de “Voces de los Pobres” (Narayan et al 2000) “hay un acuerdo general de que los hombres tienen invariablemente preferencia sobre las mujeres en acceso a la salud” (página 19, traducción propia)².

Fecundidad y demanda por anticonceptivos

Recordemos que los marcos teóricos para la demanda de salud antes vistos consideran en esencia que los individuos ya existen y la familia ya está definida en sus componentes; analizar el tema de la fecundidad y las decisiones de tener hijos requieren un marco intertemporal mayor, donde claramente las decisiones las toman los (futuros) padres (o no padres).

Por su parte, los marcos teóricos en relación a la demanda por anticoncepción, o que se usan de base para analizar los efectos de programas de planificación familiar, han tenido dos vertientes, una micro y otra macro (Schultz 2010).

Los autores más destacados en modelos micro son Gary Becker y T.P. Schultz, desde los seminales artículos de Becker (1960) y Schultz (1969), una revisión de la discusión puede

¹ “Theoretical and empirical work has challenged this assumption, suggesting instead that households should be seen as collective entities where income is not automatically pooled and allocations depend upon bargaining power”.

² “There is general agreement that men are invariably given preference over women in access to health care”.

encontrarse en Rosenzweig et al. (1997). Estos modelos consideran una optimización intertemporal del bienestar de los padres, considerando que obtienen una utilidad por tener hijos así como que pueden beneficiarse de los futuros flujos económicos que ellos produzcan. Este último efecto se ha considerado sobre todo en contextos rurales de familias pobres y en sociedades sin redes públicas de protección social, en las cuales los hijos serían una especie de “seguro para la vejez”. Un modelo clásico es el de Becker y Lewis (1973) en el que plantean que las familias deciden cuantos hijos tener existiendo una sustitución en el bienestar obtenido por los padres entre calidad y cantidad de niños siendo su supuesto clave, como resalta Schultz (2009), que la elasticidad-ingreso de la calidad de hijos es positiva y mayor que la elasticidad por cantidad de hijos, supuesto que sirve para explicar el hecho estilizado de que a medida que los países aumentan su PBI per cápita se reduce la fecundidad. Sin embargo, algunos estudios encuentran que el aumento de ingresos no es suficiente para explicar el descenso en la fecundidad (Galor and Weil 2000, citado en Schultz 2009).

Por otro lado, se han buscado explicaciones macroeconómicas, relacionando los niveles de desarrollo económico, los efectos de la mortalidad y la fecundidad. En algunos de estos modelos, la reducción de la fecundidad permite mayores niveles de ahorro y de acumulación de capital humano, generando un círculo virtuoso del desarrollo. A su vez, los mayores ingresos y la menor mortalidad infantil reducen la fecundidad. Un resumen de esta discusión se puede encontrar en Birdsall, Kelley y Sinding (2001).

La visión de que una menor fecundidad y crecimiento demográfico ayuda al desarrollo ha servido de base para la ampliación de programas internacionales de planificación familiar, proceso que se dio fuertemente en los años 50 y 60s. Estos programas han sido extensamente evaluados, en sus efectos sobre la fecundidad y el crecimiento demográfico, como por ejemplo la de Schultz (1994) y otras, así como sus efectos sobre otras variables de salud, educación y capital humano de los niños, aunque lograr estimaciones robustas debido a los problemas de endogeneidad ha significado un reto difícil de superar.

2.2 Estudios de demanda de la salud y uso de servicios en el Perú

A lo largo del tiempo se han producido algunos estudios de demanda y de uso de servicios en el Perú. Juntamos ambos en tanto el análisis de la demanda es uno que considera particularmente importante el tema de los precios, lo que sin embargo es un tema de discusión.

Gertler y van der Gaag (1990) estiman ecuaciones que aproximan la demanda usando la ENNIV 1985-86, lo que les permite comparar resultados con el otro país analizado (Costa de Marfil); la ENNIV es similar —y digamos precursora de las ENAHO— pero diferentes a las ENDES (que se ubican en la iniciativa internacional de las DHS). Ellos encuentran, a diferencia de estudios anteriores para otros países que son motivo de crítica, que sí hay una elasticidad-precio significativa en el Perú rural para los más pobres (el cuartil de mayores ingresos tiene una elasticidad-precio bastante baja, menor a 0,1). La conclusión a la que llegan es que establecer tarifas a los usuarios uniformes podrían afectar el acceso de los más pobres a la salud, por lo que una política de cobro de tarifas debe realizarse con mucho cuidado.

Como hemos señalado, este es un marco analítico y empírico que no considera como relevantes las relaciones de poder dentro del hogar y entre hombres y mujeres en general. Sin embargo, un resultado interesante es que las mujeres tienden a buscar más consultas de salud para tratarse de un accidente o enfermedad, y suelen ir más a hospitales que al sector privado. También encuentran que madres con mayor nivel de educación llevan más a sus hijos a un médico, sin que haya diferencias entre niños y niñas (a diferencia de lo que sucede en Costa de Marfil).

Un estudio posterior muy relevante es el de Madueño-Dávila (2002), quienes estiman un modelo “que reproduce la secuencia de decisiones que toman los individuos para utilizar los servicios de salud [...] en tres bloques: (1) el modelo de percepción de enfermedad, (2) el modelo de acceso al sistema de salud y (3) el modelo de selección de proveedores”. Nuevamente, se trata de un estudio que considera decisiones individuales y, cuando incorpora variables familiares, no considera las relaciones de poder o la inequidad de género. Madueño encuentra que “El porcentaje de reporte de enfermedad de menores de edad es ligeramente mayor en los casos en que la madre sea la jefa del hogar y/o esté presente la madre en el hogar (30% vs. 28.5%). Sin embargo, analizando según tomándose por condición de asegurados se observa que esta diferencia se amplía en el caso de los no asegurados, principalmente en Lima Metropolitana (32% vs.26.5%)”. (página 29).

Sobre el tema de la demanda y las barreras económicas de entrada, encuentra que “a existencia de ciertas barreras de entrada, tales como el ingreso o el costo de los servicios, podrían contribuir a explicar parcialmente los bajos niveles de demanda por servicios preventivos. Sin embargo, la diferencia poco significativa en la tasa de asistencia entre los segmentos pobres no extremo y no pobres estaría sugiriendo que son los hábitos o falta de costumbre por utilizar estos servicios en situaciones no extremas las principales limitantes para que se registre un mayor dinamismo de la demanda por servicios preventivos de salud” (itálicas de Madueño). En este caso lo interesante es la menor importancia asignada a los factores económicos, aunque se recurre a responsabilizar a los “hábitos” sin un análisis más profundo de las dinámicas familiares y de poder. También señala que “la educación condiciona el acceso a los servicios de salud, principalmente en la población con menor grado de instrucción, debido a que este segmento tiene menor capacidad para identificar síntomas de enfermedades”, nuevamente planteando el problema de la demanda como uno clave.

Su conclusión es que “Como resultado de este estudio se ha identificado una significativa demanda encubierta (es decir, insatisfecha) de servicios de salud, asociada a individuos que, por razones económicas, no se declaran enfermos o a individuos enfermos que, por falta de ingresos o disponibilidad de atenciones, no hacen uso de los servicios de salud, aunque perciban su enfermedad. Como estos individuos no acuden a los establecimientos médicos, sus demandas no se reflejan directamente en las estadísticas del sector salud. Tampoco se encuentran en las encuestas. La omisión o consideración inadecuada de la demanda reprimida por parte de las autoridades de salud pueden conllevar a diagnósticos equívocos respecto a la real dimensión del problema de salud en el Perú y a un diseño de políticas poco eficientes”. De esa manera, nuevamente plantea la necesidad de un examen y análisis profundo de la demanda

y de no quedarse solamente en políticas de oferta, aun cuando reduce el tema de la demanda a uno de carácter económico, en contraposición con sus hallazgos previos.

Un análisis cualitativo es el de Francke y Reynoso (2007), Francke (2007), que buscaron recoger las miradas y percepciones de los pobres en salud en el Perú con un trabajo detallado en 4 regiones. Ellas encuentran que prevalecen “en el caso de las mujeres, condiciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, como inflamaciones de ovarios y descensos” y que “la violencia doméstica, el mal trato de sus parejas, fue mencionada como causa de angustia y enfermedad por los grupos de mujeres, más no así por los varones. Tampoco trataron los varones adultos sobre la salud sexual y reproductiva, como si lo hicieron en sus grupos las mujeres y los/as jóvenes” (Francke 2007, página 18). Habría pues una marcada diferencia de género respecto a la atención a la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, indican que “se evidenció bastante temor y reticencia frente a los métodos anticonceptivos modernos. En varias de las localidades, cada vez que una mujer mencionaba un método en la dinámica grupal, varias salían a argumentar sobre sus riesgos y desventajas, fundados o no, y se multiplicaban las anécdotas e historias sobre mujeres conocidas a quienes los métodos anticonceptivos les habían causado malestares”. En este tema sí habría un involucramiento de los hombres: “Según los y las participantes en los diagnósticos participativos, los varones sí se involucran en las decisiones referidas a la salud reproductiva de la mujer y la opción por métodos modernos para la planificación familiar” (Francke y Reynoso, página 41).

Un estudio más reciente que aborda la demanda por servicios de salud en relación con la oferta es el de Gutiérrez et al. (2018). Ellos remarcan el aumento de la cobertura del SIS que pasa de 19% el 2006 a 50% el 2015, lo que es sin duda un determinante fuerte de que la proporción de encuestados que se dicen con un problema de salud y que no consultan por falta de dinero cae de 24,6% el 2004 a 6,9 % el 2015. Para ellos, “es posible identificar como un elemento crítico, la saturación de la oferta de servicios públicos [...] la presión sobre la oferta de los servicios de salud públicos conlleva a una afectación del derecho de acceso a los servicios, incremento de la posibilidad de discriminación y exclusión de la población más pobre, y aumento de la desconfianza en los establecimientos de salud, lo cual trae como resultado final incremento en la no consulta por problemas de salud y la búsqueda de solución en otros proveedores”.

2.3 Estudios sobre planificación familiar y uso de anticonceptivos en Perú

Las encuestas ENDES realizadas anualmente, basadas en las encuestas Demography and Health Surveys DHS internacionales, arrojan indicadores básicos sobre salud materna y salud sexual y reproductiva. De acuerdo a la ENDES 2018 (INEI 2019) la tasa global de fecundidad en el Perú es de 2,2 llegando a 3,1 en las zonas rurales; el 52% de mujeres de 15 a 49 años urbanas están unidas y el 70% en zonas rurales, el 61% no desea más hijos y el 24% desea postergar embarazo 2 o más años; el 76% de las urbanas y el 77% de las rurales usa algún método pero los métodos modernos llegan al 56% en las urbanas y 50% en las rurales y un 6,3% tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar. El 99% de las mujeres sexualmente activas ha usado alguna vez un método anticonceptivo y el 75% de las actualmente unidas lo usan, siendo el más común entre ellas las inyecciones (18%) seguido del condón masculino (14%), la abstinencia periódica (12%) y la esterilización femenina (10%). Las inyecciones y la abstinencia periódica son más frecuentes entre las mujeres de menores ingresos.

Una mirada a la evolución histórica reciente la hace Gutiérrez (2013): “La prevalencia actual del uso de métodos anticonceptivos ha variado entre la ENDES del año 2000 (68,9%) y la ENDES del 2012 (75,5%). Sin embargo, el uso de métodos modernos se ha mantenido sin modificación en estos 12 años, siendo un 51% del total”.

Cabe anotar, sin embargo, que como señalan Dixon-Mueller y Germain (2007), es necesario tener una mirada más amplia y usar otros indicadores para tener un balance suficiente de la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva, debiendo incorporarse otros indicadores como los de hijos no deseados y abortos seguros y mortalidad por abortos.

Una revisión del estado de uso de anticonceptivos y la política al respecto la hacen Chávez y Távara (2010), quienes anotan problemas de abastecimiento: “Dentro de los métodos más afectados por el desabastecimiento —según opinión de los y las informantes— están el condón, la AOE, el DIU y el inyectable. Los condones tienden a escasear entre uno y tres meses y esto sucede dos o tres veces por año. Además, este no es el único problema pues, cuando los condones se utilizan para la planificación familiar, a cada usuaria solo se le entrega 10 condones al mes, una cantidad que resulta insuficiente si se toma en cuenta su importancia como método de doble protección [...] En el Perú, junto con las otras desigualdades, el acceso a los métodos anticonceptivos no es una excepción. Como se ha observado en el análisis, hay sectores que gozan de una amplia gama de métodos, que fácilmente podría encontrarse en cualquier país desarrollado; mientras que las mujeres pobres no solo tienen los mismos métodos que tenían hace 30 años sino que también sufren un desabastecimiento cíclico”.

En relación a estudios multivariados con base estadística, hemos encontrado para Perú el de Beltrán (1999). En su análisis de base, como se ve realizado hace más de 2 décadas remarca la transición demográfica vivida en Latinoamérica desde mediados del siglo pasado: “Así, durante los primeros años de 1950, 20 países latinoamericanos exhibían tasas totales de fecundidad (TTF) de 6 hijos o más por mujer, entre ellos, Perú (6.9), Ecuador (6.9), Bolivia (6.7) y Brasil (6.1) (OPS/OMS, 1992). Hacia 1993, en cambio, se observó una disminución general de la tasa de fecundidad entre los países de la región, como fue el caso de Perú (3.5), Ecuador (3.8), Bolivia (4.8) y Brasil (2.7) [...] Cabe mencionar que el Perú se encuentra muy cercano a la media de fecundidad”. En esos años, Beltrán establece que la necesidad insatisfecha de planificación familiar en Perú era de 12,1%, el doble que en la actualidad. Ella usa como indicador el uso de cualquier método anticonceptivo, sea este tradicional o moderno, aunque —como señala Gutiérrez (2013)— con los métodos tradicionales “su índice de falla es muy elevado”. Beltrán encuentra que “en lo que se refiere a la planificación familiar, las variables más importantes que explican el comportamiento de la mujer respecto al uso de métodos anticonceptivos, son aquéllas vinculadas con la pareja: una relación estable con ella, y su nivel de aprobación y comunicación en estos aspectos. Asimismo, la educación de los cónyuges y su manejo de la información respecto de estos temas muestran una elevada influencia en la decisión de utilización de los métodos. Es así que se concluye que todos estos factores son mucho más importantes que las variables ingreso, costo de los servicios y la cobertura de los mismos en este tipo de decisiones”. Estos resultados son interesantes dado que resaltan que los determinantes más importantes de la demanda por anticonceptivos no parecen ser los

económicos sino de relación de pareja y conocimiento, aunque no considera el tema de los niveles de empoderamiento de la mujer sino sólo de la estabilidad de las relaciones.

Gutiérrez (2013) en un balance general de la planificación familiar en Perú regresa sobre estos temas. Él resalta que “Las razones de no utilizar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear tener un embarazo, pueden ser sociales, culturales o políticas”, analiza lo que podríamos llamar determinantes inmediatos y él llama individuales “como por ejemplo la sensación de tener poco riesgo de un embarazo, como ocurre en los adolescentes; o no estar informados adecuadamente y no entender los mensajes claves para la prevención de un embarazo, como ocurre después de un aborto, que muchas mujeres creen que es difícil quedar nuevamente embarazada, o cuando por mala información continúan teniendo relaciones sexuales no protegidas después de haber tomado la anticoncepción de emergencia, o tener relaciones sexuales durante la amenorrea posparto creyéndose protegidas porque “aún no le viene la regla”. Reseña un estudio de mujeres hospitalizadas en el Instituto Materno perinatal el que se encuentra que “la oposición de la pareja al uso de algún método anticonceptivo determinó un 22,5% de necesidad insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos”.

Sobre la desigualdad, Gutiérrez (2013) anota que aunque “las mujeres de zonas urbanas, y las jóvenes con mayor nivel educativo son las que menor número de hijos quieren tener [...] en el sector rural la brecha entre el número de hijos que se tiene y el número de hijos deseados es más amplia”. Otro estudio interesante referido a la desigualdad en el acceso a servicios de planificación familiar, este con una mirada de la oferta, analiza si existe discriminación étnica en la atención de planificación familiar, no encontrando que existan tratamientos diferentes entre personas de distinto origen étnico (Planas et al 2015). Este hallazgo contrasta frontalmente con el estudio cualitativo de Francke (2007): “Recogimos en esta investigación múltiples testimonios del maltrato que sufren las personas pobres cuando acuden a los servicios públicos de salud: los trabajadores y trabajadoras de las postas y centros de salud les suelen decir a la cara y sin tapujos que huelen mal, que están sucios/as, que son descuidados/as e ignorantes” (página 30), recogiendo testimonios como éste de un grupo de mujeres de Pachamarca en Huancavelica: “...abre las piernas pues, ahora sí sientes vergüenza pero para quedarte embarazada no tuviste vergüenza de abrirlas, así nos dicen...” (página 31).

Un grupo vulnerable que amerita un análisis es el de las adolescentes embarazadas, analizado por Mendoza y Subiría (2013), quienes encuentran que “para el periodo 2007-2011, la RMM³ en este grupo fue 241 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, valor superior al doble del promedio nacional global (106); y si la adolescente vivía en la selva, dicha razón llegaba a 453 muertes maternas adolescentes por cien mil nacidos vivos”. Una causa fundamental según estos autores es que “se registra un notable aumento de adolescentes que hubieran querido postergar el embarazo, de 35,2% (1991/92) a 57,8% (2012), a la par de un notable descenso en quienes efectivamente lo esperaban cuando se presentó (52,6 a 31,7%)”. Esto es particularmente preocupante dado que la tasa de embarazo adolescente se mantuvo entre 12 y 13%, según Mendoza y Subiría hasta el 2011, no habiéndose reducido significativamente en años posteriores.

³ RMM: Razón de Muerte Materna.

2.4 Empoderamiento de la mujer

Empoderamiento es un término utilizado en varias áreas del conocimiento y por tanto se puede entender de diversas formas. En el campo del desarrollo, se empezó a utilizar en la década de 1970 para estudiar la situación de grupos discriminados, en especial en asuntos de equidad de género (Alcázar 2014). Sin embargo, recién en la década de 1990 el empoderamiento de la mujer aparece como concepto y herramienta para transformar las estructuras y relaciones de desigualdad que impiden a la mujer alcanzar un desarrollo pleno. La organización Mujeres para un Desarrollo Alternativo (MUDAR) fue pionera en establecer este paradigma, pues planteó que el enfoque dominante internacionalmente en aquel momento solo consideraba la inclusión de la mujer al trabajo productivo y al espacio público, pero que no cuestionaba las estructuras y relaciones de poder que desfavorecían a las mujeres (Ruiz-Bravo et al. 2018).

A partir de aquellos años, el empoderamiento de la mujer pasó a ser eje central para el logro de los Objetivos del Milenio (ODM) y para conseguir la igualdad de género en favor de un mayor desarrollo (World Bank 2001). No obstante, la definición de empoderamiento de la mujer ha ido variando a través de los años y según las realidades de cada contexto.

Kabeer (2001, 1999) define el empoderamiento de la mujer como el proceso por el que la mujer adquiere mayor control sobre su vida, cuerpo y entorno, de modo tal que se incremente su capacidad de tomar decisiones que tengan que ver con su vida, asegurando que las decisiones que tome puedan concretarse en un escenario donde históricamente se le había negado tal capacidad. En ese sentido, plantea que tres dimensiones del empoderamiento son indispensables: (i) la tenencia y acceso a recursos (materiales, humanos y sociales), (ii) la agencia y poder de negociación y (iii) el logro de resultados que se traduzcan en bienestar. Es decir, incrementar el empoderamiento no solo implica la oportunidad de decidir, sino asegurar que la decisión se concrete y posteriormente genere mayor bienestar a la mujer. Malhotra et al. (2002) con una revisión de 45 estudios coincide con nuestra opinión en que la definición anterior de Kabber es la que mejor engloba el sentido de empoderamiento de la mujer.

Schuler et al. (1991) y Schuler (1997) establecen que el empoderamiento se debe traducir en seis aspectos: (i) sentirse segura, (ii) poseer la capacidad de ganarse la vida, (iii) capacidad de actuar en la esfera pública, (iv) poder tomar decisiones dentro del hogar, (v) participar en grupos distintos al familiar y (vi) movilidad y visibilidad en la comunidad. En la misma línea, Kabeer (1997) y Rowlands (1995) resaltan la importancia que el empoderamiento se traduzca tanto en el espacio individual como en el colectivo, entendiendo que este proceso requiere de cambios individuales, en las relaciones establecidas con el entorno y en la estructura del mismo entorno.

Acharya y Benett (1983) y Ackerly (1995) en el contexto de Nepal y Bangladesh otorgan mayor realce al empoderamiento económico (manejo de recursos del hogar) y mencionan que está ligado intrínsecamente al acceso de las mujeres a la economía de mercado. En la República Dominicana, Grasmuck y Espinal (2000) afirman que mientras más contribuya la mujer al ingreso de la familia el nivel de empoderamiento de la mujer será mayor. Si bien la dimensión económica es más importante en algunos contextos, Bookman y Morgen (1988) recuerdan que

las relaciones sociales otorgan la posibilidad de acceder, usar y controlar recursos, por lo cual a esta dimensión no se le puede dejar de lado.

Malhotra y Mather (1997) explican que la dimensión social del empoderamiento depende del acceso a educación e interactúa constantemente con la dimensión económica. Lubbock y Borquia (1998) también considera que el acceso a información y conocimientos afecta la participación en toma de decisiones dentro del hogar. Por tanto, es importante considerar que mientras más relaciones sociales tenga la mujer tendrá más oportunidades de decidir. A ello también se suma las características del lugar donde vive la mujer y los roles de las mujeres en sus comunidades. En las sociedades es común encontrar estereotipos de género que pueden condicionar el poder y comportamiento de la mujer. Por otro lado, la violencia de género también puede ser un obstáculo para el empoderamiento (Ruiz-Bravo et al. 2018).

Entonces se puede conceptualizar brevemente que el empoderamiento de la mujer es la capacidad de tomar decisiones estratégicas en diferentes dimensiones de su vida. Aunque con algunas variantes, los distintos autores coinciden en que el empoderamiento indudablemente se materializa de modo multidimensional y que abarca un amplio abanico de factores. Malhotra et al. (2002) logra sistematizar esta amplitud de dimensiones en seis categorías: económico, familiar (interpersonal), sociocultural, legal, político y psicológico. Si bien los tres primeros fueron en alguna medida desarrollados previamente, los tres últimos son menos claros en la literatura. La dimensión legal implica que la mujer conozca sus derechos y que el entorno familiar le permita y aliente ejercerlos. La dimensión política refiere que la mujer debe ser capaz de participar activamente en política tanto ejerciendo su derecho al voto como accediendo a información. La dimensión psicológica, por su lado, considera que la mujer debe alcanzar bienestar psicológico traducido en autoestima y autosuficiencia.

Gráfico 2.3: Dimensiones del empoderamiento de la mujer en el hogar



Fuente: Adaptación de Malhortra (2002). Elaborado por Vera Tudela (2010)

En el Perú se ha evidenciado que, si bien las mujeres han mejorado en acceso a los mercados y en participación política, todavía tienen que enfrentar brechas inter e intra género (Monge 2007, Garavito 2005). En ese sentido, el empoderamiento también ha sido estudiado para el contexto de nuestro país, de los cuales resaltan cuatro trabajos: Monge (2007a), Vera Tudela (2010), Alcázar (2014) y Ruiz-Bravo et al. (2018)

Monge (2007b) no estudia directamente el empoderamiento de la mujer peruana, pero su investigación es importante para entender la dinámica de la toma de decisiones dentro de los hogares del Perú. Encuentra que los recursos del hogar no se asignan bajo un modelo de decisiones unitarias, sino bajo uno colectivo entre personas con preferencias diferentes (Manser y Brown 1980); el nivel de poder de negociación dentro del hogar estaría determinado por las diferencias, en relación a la pareja, en horas trabajadas, años de educación y edad. Un ejemplo de cómo el poder de negociación determina la asignación de recursos es que el consumo de alimentos, vestido, salud y educación aumenta en mayor proporción si el ingreso que lo costea es femenino.

Vera Tudela (2010) utilizando tres indicadores de empoderamiento (económico, familiar y sociocultural) se pregunta sobre los determinantes del empoderamiento de la mujer y sobre los efectos de este sobre algunas variables de bienestar. Concluye que un mayor grado de empoderamiento está asociado al mayor número de hijos y a si la mujer es jefa de hogar, tiene experiencia conyugal positiva y gana más que su pareja; un empoderamiento bajo está directamente asociado a grupos étnicos subordinados y a residir en la selva. Considerando que el empoderamiento es clave para cerrar la desigualdad de oportunidades, encuentra que aumentar el nivel de empoderamiento aumenta la probabilidad de parto institucional y de que

la hija tenga sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos, y reduce la probabilidad de ser víctima de violencia doméstica.

Alcázar (2014) realiza una evaluación del efecto del Programa Juntos sobre el empoderamiento de las beneficiarias. La discusión sobre el concepto y forma de medir el empoderamiento para el contexto peruano ese trabajo y junto a Bravo-Ruiz et al. (2018) serán la base para la metodología de nuestro trabajo.

¿Cómo se mide el empoderamiento de la mujer?

Ahmed et al. (2010) mencionan que no existe consenso sobre cómo medir el empoderamiento y afirman que está claro que una medida estandarizada globalmente no puede reflejar adecuadamente las diferencias entre culturas y necesidades. Por ello es común encontrar en la literatura diferentes metodologías. No obstante, sobresalen algunas propuestas como las de Hashemi et al. (1996), Rowlands (1995), Kabeer (1997, 1999, 2001), Mayoux (2002), Malhotra et al. (2002), Ahmed et al. (2010), Osorio et al. (2014) y Yaya et al. (2018).

Ahmed et al. (2010) utilizan tres medidas diferentes para aproximar el nivel de empoderamiento: (i) un puntaje de empoderamiento, (ii) una medida de autonomía para decidir sobre su salud con cinco variables de las DHS y (iii) el índice de equidad de género desarrollado por Social Watch (2005).

Yaya et al. (2018) utilizan como componentes: (i) la participación laboral, (ii) el desacuerdo o justificación de golpear a la esposa por quemar la comida, descuidar a los niños, negativa a mantener relaciones sexuales con la pareja, recibir visitas sin permiso y discusión con pareja, (iii) el poder de tomar decisiones (familias visitantes, quién cuida de su salud, decisión sobre compras del hogar), (iv) el nivel de conocimientos (nivel educativo, lectura del diario, escucha de radio y mira televisión).

Para el caso de Colombia, Osorio et al. (2014) mencionan que la DHS no posee medidas directas de empoderamiento de la mujer, pero en base a estudios previos escoge un conjunto de preguntas como indicadores para medir el poder de negociación dentro del hogar en decisiones sobre su salud, compras en el hogar, visitas a familiares, uso de ingresos de la pareja, cocina, estudios y relaciones sexuales.

Para el Perú, tres autores han construido medidas de empoderamiento: Vera Tudela (2010), Alcázar (2014) y Ruiz-Bravo et al. (2018). Estas utilizan preguntas de la ENDES para construir sus medidas de empoderamiento, aunque cada uno con aproximaciones distintas.

Vera Tudela (2010) menciona que las investigaciones sobre empoderamiento se han aproximado sólo desde el ingreso relativo a su pareja, pero debe ser más integral. Por ello plantea tres indicadores: hogar (intrafamiliar), comunidad (empleo, mercados, grupos extra-familiares) y fuera de la comunidad (decisiones políticas, sociocultural). A partir del análisis factorial mediante el método de componentes principales construye tres niveles de empoderamiento para cada indicador: bajo, medio y alto. Con un método que también incluye análisis factorial y componentes principales, Alcázar (2014) construye cinco indicadores de empoderamiento, cada uno relacionado a una dimensión: (i) decisiones sobre los recursos del

hogar, (ii) libertad de movimiento, (iii) ideología de género y justificación de la violencia, (iv) ideología de género: opinión, deseos y derechos, (v) ideología de género: episodios de violencia.

Ruiz-Bravo et al. (2018), luego de una cuidadosa revisión de la literatura, utiliza cuatro dimensiones para construir el IDM (índice de desempoderamiento de la mujer). Estas dimensiones son: (i) vida y salud física, (ii) control sobre el entorno material, (iii) relaciones sociales y (iv) integridad física y seguridad. Cada dimensión se compone por dos indicadores que tienen un peso de 12.5% en el IDM. Este indicador se diferencia de los antes vistos, pues pone énfasis en criterios de privación. La metodología usada fue la de Alkire-Foster que también es usada en estudios de pobreza multidimensional, por lo cual el índice construido se entiende como una aproximación a la falta de capacidades para superar un umbral mínimo en el empoderamiento multidimensional.

En base a los estudios mencionados, en la sección de la metodología se presentan las dimensiones de empoderamiento seleccionadas para esta investigación. Al igual que el grueso de las investigaciones revisadas, optamos por no calcular un solo índice sino estimar un indicador por dimensión.

2.5 Revisión de estudios internacionales sobre Empoderamiento de la Mujer y Uso de Anticonceptivos, salud reproductiva y salud materna

El tema ha dado lugar a buena cantidad de estudios en diversos países, en particular referidos a la demanda por anticoncepción y salud materna y su relación con el empoderamiento femenino. Algunos de ellos responden también el hecho de que proyectos de promoción y comunitarios en relación a planificación familiar han sido bastante comunes (Ensor y Cooper (2004), página 30).

Ensor y Cooper (2004) revisan varios estudios que señalarían una preferencia en el acceso a salud de hombre sobre mujeres, aunque incluyen como contraejemplo a Gertler y van der Gaag (1990) para el Perú. Para ellos, dos factores importantes en el mayor poder de negociación de las mujeres son la educación y los ingresos de la mujer (en nivel absoluto o en la razón hombre/mujer), dos variables consideradas en varios de los estudios internacionales al respecto.

Un estudio para 31 países (21 africanos, incluye al Perú) usando las encuestas DHS analiza el efecto sobre el uso de anticonceptivos, el control pre-natal y el parto profesional, de variables de empoderamiento femenino, estatus económico y educación (Ahmed, Creanga, Gillespie y Tsui 2010). Encuentra que “las mujeres con el mayor índice de empoderamiento tienen probabilidades entre 1.32 y 1.81 veces mayores de usar anticonceptivos modernos, tener 4 o más controles pre-natales y tener un profesional atendiendo el parto” (página 1, traducción propia).

Otro estudio con similar base de datos, para 32 países africanos (Yaya et al. 2018) referido al uso de anticonceptivos solamente, encuentra que “varios componentes del empoderamiento de la mujer estaban positivamente asociados al uso de anticonceptivos incluso después de controlar

por factores demográficos y socioeconómicos” (página 1, traducción propia). Este estudio desagrega más los factores del empoderamiento, encontrando que tienen efecto significativo el que las mujeres trabajen, la aceptación de que sean golpeadas, el nivel de conocimiento y su poder de decisión (aquellas con alto poder de decisión tienen 23% más probabilidades de usar anticonceptivos que las que tienen bajo poder de decisión).

En relación a control pre-natal, Sebayang, Efendi y Astutik (2017) también usan las encuestas DHS para cinco países del sudeste asiático, considerando como variables de empoderamiento femenino la participación laboral, el desacuerdo con las razones para que una esposa sea golpeada, el poder de decisión en temas del hogar y el nivel de conocimiento. La participación laboral resultó significativa en Camboya, Filipinas, y Timor-Leste, el desacuerdo con la violencia contra la mujer en Camboya, Indonesia y Myanmar, el poder de decisión en el hogar en Camboya e Indonesia.

En América Latina, un estudio para Colombia (Osorio, Tovar y Rathmann 2014) sobre determinantes de los controles pre-natales encuentra que “la autonomía de la mujer es uno de los grandes factores que contribuyen a que se completen los 4 controles pre-natales”. Otros estudios incluyen Estrada et al. (2008) para Guanajuato, México y Casique (2003) para México.

Los estudios con una mirada más amplia de los efectos del empoderamiento de la mujer sobre la salud, más allá de la salud reproductiva y materna son escasos. El tema, sin embargo, es importante. En “*Taking action to improve women’s health through gender equality and women’s empowerment*”, Caren Grown, Geeta Rao Gupta, Rohini Pande (Lancet, Vol. 365, February 5, 2005), como parte del UN Millenium Project, resumen una postura que pone énfasis en el empoderamiento de la mujer para mejorar la salud.

Una revisión de estudios de caso de intervenciones de empoderamiento de la mujer para la promoción de la salud es realizada por Kar, Pascual y Chickering (1999). Para ellos, las mujeres y madres, cuando son empoderadas e involucradas pueden ser aliadas efectivas en programas de promoción de la salud, y analizan 7 tipos de intervenciones para proponer un esquema de trabajo al respecto.

En relación al efecto del empoderamiento de la mujer sobre la salud materna e infantil en países en desarrollo, Pratley (2016) hace una revisión sistemática de la literatura y encuentra 67 estudios cuantitativos elegibles. Encuentra asociaciones estadísticamente significativas del empoderamiento de la mujer con los controles pre-natales, partos profesionales, uso de anticonceptivos, mortalidad infantil, inmunizaciones, situación nutricional y exposición a violencia. Señala sin embargo que hay grandes retos por las dificultades de comparación entre estudios y la falta de indicadores directos en dimensiones claves del empoderamiento.

Más específicamente sobre el tema del efecto del empoderamiento femenino sobre las inmunizaciones de los niños y niñas en países de ingresos bajos y medios, Thorpe et al. (2016) hacen una revisión sistemática de la literatura. De 406 artículos encontrados solo 12 pasaron los criterios de selección, ninguno de ellos de Latinoamérica. 83% de los estudios encontraron al

menos una relación positiva entre medidas de la agencia de la mujer y la cobertura de inmunizaciones.

Upadhyay et al. (2014) revisan la literatura referida a los efectos del empoderamiento de la mujer sobre indicadores de fecundidad. Se trata, como se ve, de resultados de salud reproductiva, uno de cuyos determinantes es la demanda por servicios de salud, aunque no mide directamente esta última. Revisa 60 estudios de los cuales la mayoría usa las decisiones en el hogar como medida de empoderamiento. La mayoría de estudios encuentra algunos efectos del empoderamiento femenino sobre menor número de hijos, mayor intervalo entre nacimientos y menores tasas de embarazo no deseado.

3. BASE DE DATOS Y METODOLOGÍA

3.1 Los datos y las variables

Como fuentes de datos utilizamos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2015 al 2018, complementada con datos del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y del Ministerio de Salud (MINS) referidos a las zonas donde se ubican geográficamente los hogares.

La investigación utiliza tres tipos de variables y también tres fuentes de información. El primer tipo de variables son las variables referidas a la utilización de servicios de salud sexual y reproductiva que son nuestras variables endógenas. Al respecto, consideramos variables referidas al uso de métodos anticonceptivos usando tres clasificaciones distintas: uso de métodos modernos, uso de métodos de decisión de la mujer y uso de métodos de decisión de la pareja. La descripción precisa de qué métodos anticonceptivos incluye cada categoría se presenta más adelante siendo su lógica la siguiente: los métodos anticonceptivos modernos son aquellos que se ha establecido tienen un alto nivel de eficacia e implican el uso de un producto de origen industrial, los métodos de decisión de la mujer son aquellos que ella debe aplicar en su propio cuerpo ingiriendo o insertándose un dispositivo y que puede usar incluso sin participación de la pareja, los métodos de decisión de la pareja son los que requieren la participación física directa del hombre.

Adicionalmente, se consideran otras dos variables referidas a enfermedades de transmisión sexual: si las mujeres se han hecho un despistaje de VIH y si en caso de tener algunos síntomas de infecciones de transmisión sexual han hecho una consulta de salud, ambos temas de alta relevancia para la salud pública.

Un segundo grupo de variables se refiere al empoderamiento de la mujer, a partir de las respuestas que las mujeres unidas han dado. Se trata en ese sentido de las apreciaciones directas de las mujeres en relación a cuestiones que atañen a su capacidad de toma de decisiones dentro de la unión y en relación a la pareja, sobre distintos ámbitos: recursos económicos, libertad de movimiento, ideología y respeto a sus derechos y opiniones, salud.

Finalmente, un tercer grupo de datos se refieren a las condiciones demográficas, de su salud, socioeconómicas, de acceso a servicios de salud, geográficas y comunitarias, de la mujer y su hogar. Cada una de las variables se describen en la siguiente tabla.

Tabla 3.1: Variables de estudio

VARIABLES	Descripción	Fuente
Variables dependientes		
Anticonceptivos modernos ¹	Define si utiliza actualmente algún método anticonceptivo moderno ² (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Anticonceptivos de decisión de la mujer ¹	Define si utiliza actualmente algún método anticonceptivo cuyo empleo sea decisión de la mujer: píldora, inyectable, IUCD, implante, esterilización femenina y anticoncepción de emergencia (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Anticonceptivos de decisión en pareja ¹	Define si utiliza actualmente algún método anticonceptivo cuyo empleo sea decisión de la mujer y su pareja: condón, esterilización masculina, abstinencia y método de interrupción (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Despistaje de VIH	Define si se realizó un despistaje de VIH en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Consulta sobre ITS ³	Define si buscó consejo sobre ITS a algún médico o profesional de salud en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Variables independientes sobre empoderamiento		
Indicador 1	Decisión sobre los recursos del hogar ⁴ . Toma tres valores: 1 bajo, 2 medio y 3 alto empoderamiento.	ENDES
Indicador 2	Libertad de movimiento ⁴ . Toma tres valores: 1 bajo, 2 medio y 3 alto empoderamiento.	ENDES
Indicador 3	Respeto a la opinión, deseos y derechos ⁴ . Toma tres valores: 1 bajo, 2 medio y 3 alto empoderamiento.	ENDES
Indicador 4	Toma de decisiones sobre su salud ⁴ . Toma tres valores: 1 bajo, 2 medio y 3 alto empoderamiento.	ENDES
Variables control		
<i>Variables sobre la mujer</i>		
Edad	Describe la edad de la mujer (en años).	ENDES
Edad* Edad	Describe la edad de la mujer (en años) al cuadrado.	ENDES
Educación	Describe el nivel de estudios más alto aprobado por la mujer. Toma cuatro valores: 1 sin educación, 2 primaria, 3 secundaria y 4 superior.	ENDES
Estado civil	Describe el estado civil de la mujer. Toma dos valores: 1 si está casada y 0 si es conviviente.	ENDES
Empleo	Describe si la mujer tiene un trabajo al momento de la entrevista. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Etnicidad	Describe si la mujer se autoidentifica como de origen nativo ⁵ . Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Discapacidad	Describe si la mujer sufre de alguna discapacidad permanente ⁶ . Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Seguro de salud	Describe si la mujer tiene algún seguro de salud. Toma tres valores: 0 si no tiene ningún seguro, 1 si tiene SIS y 2 en caso posea seguro privado, EsSalud u otros.	ENDES
Estado de salud	Describe si la mujer ha tenido que atenderse en los últimos 12 meses por algún problema de salud. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Sin conocimiento	Describe si para la mujer no sabe a dónde ir cuando se enferma y quiere recibir consejo o tratamiento médico. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES

<i>Variables sobre el hogar</i>		
Quintil de riqueza	Describe la riqueza con que cuenta el hogar. Toma cinco valores: 1 muy pobre, 2 pobre, 3 medio, 4 rico y 5 muy rico.	ENDES
Número de miembros del hogar	Describe el número total de miembros del hogar.	ENDES
Edad de la pareja	Describe la edad de la pareja (en años).	ENDES
Educación de la pareja	Describe el nivel de estudios más alto aprobado por la pareja. Toma cuatro valores: 1 sin educación, 2 primaria, 3 secundaria y 4 superior.	ENDES
Pareja vive en el hogar	Describe si la pareja vive en el mismo hogar que la mujer. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
<i>Variables sobre servicios de salud</i>		
Gasto público en salud ⁷	Define el gasto público per cápita a nivel departamental en soles.	MEF
Médicos ⁷	Define el número de médicos por cada 1,000 habitantes a nivel provincial.	MINSa
Enfermeros ⁷	Define el número de enfermeros por cada 1,000 habitantes a nivel provincial.	MINSa
Establecimientos ⁷	Define el número de establecimientos de salud por cada 1,000 habitantes a nivel provincial.	MINSa
Mayor nivel	Define el máximo nivel de establecimientos de salud que existe en la provincia. Toma tres valores: 1 Centro de Salud o Puesto de Salud, 2 Hospital tipo I o II y 3 Instituto Especializado o Hospital tipo III.	MINSa
Personal femenino	Describe si para la mujer es un inconveniente que no exista personal femenino en el establecimiento de salud. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Distancia	Describe si para la mujer es un inconveniente la lejanía para atenderse en un establecimiento de salud. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
<i>Variables geográficas</i>		
Área	Describe el área donde vive la mujer. Toma dos valores: 1 si vive en un área urbana y 0 en caso viva en un área rural.	ENDES
Región natural	Describe la región natural donde vive la mujer. Toma cuatro valores: 1 Lima metropolitana, 2 resto de la costa, 3 sierra y 4 selva.	ENDES
Departamento ⁸	Describe el departamento donde vive la mujer. Toma veinticuatro valores.	ENDES
Año	Describe el año de entrevista a la mujer: del 2015 al 2018.	ENDES

¹No se consideran en la muestra a las mujeres que al momento de la entrevista quieren concebir o están embarazadas.

²Los anticonceptivos modernos considerados son los siguientes: píldora, DIU, inyección, implante, condón masculino, métodos vaginales (espuma, jalea y óvulo), amenorrea por lactancia, anticoncepción de emergencia, condón femenino, esterilización femenina y esterilización masculina.

³Solo se consideran a las mujeres que tuvieron algún síntoma como dolor, úlceras o secreciones genitales en los últimos 12 meses.

⁴Para los detalles sobre la construcción de los indicadores de empoderamiento revisar la sección de metodología.

⁵La etnicidad se define según la autoidentificación de la mujer; si se identifica como de origen negro, moreno, zambo, blanco o mestizo se considera no nativo.

⁶Las limitaciones permanentes consideradas incluyen las siguientes: moverse, ver, oír, hablar, entender y relacionarse.

⁷Las variables son transformadas a términos per cápita o 1,000 por habitante utilizando la información de población del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.

⁸El departamento de Lima incluye al Callao.

Fuente: Elaboración propia.

Hemos optado por un análisis nacional incluyendo una variable de área urbano/rural, ya que consideramos que, a partir de intensas migraciones y mejor conexión vial y de telecomunicaciones, los comportamientos de las mujeres respecto a salud reproductiva han tenido a homogeneizarse a nivel nacional. Hay que anotar, sin embargo, que algunos estudios como Gutiérrez (2013) y Francke (2007) anotan algunas diferencias de comportamiento entre el campo y las ciudades, de tal manera que sería importante indagar a futuro si los parámetros de distintas variables explicativas de la demanda de servicios de salud reproductiva son diferentes entre zonas urbanas y rurales.

En la sección 2 se revisó la literatura relevante sobre empoderamiento y las diferentes propuestas metodológicas para su medición. En base a ello se presentan en la Tabla 3.2. los indicadores seleccionados para este estudio. El indicador 1 se ocupa de la dimensión económica del empoderamiento; en ella se considera si la mujer participa de las decisiones sobre los recursos del hogar. Por otro lado, el indicador 2 se aproxima a la libertad de movimiento para desplazarse a visitar familiares o amigos; además incluye si la pareja impide de algún modo en ese movimiento. El indicador 3 busca entender si las opiniones, deseos y derechos son respetados por la pareja. Por último, el indicador 4 nos informa sobre la capacidad de la mujer sobre decidir sobre su salud.

Tabla 3.2: Indicadores de empoderamiento de la mujer

Indicador	Preguntas	Fuente
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar	Quién decide sobre las compras grandes del hogar	ENDES
	Quién genera mayores ingresos	ENDES
	Quién decide sobre el dinero que gana la pareja	ENDES
Indicador 2: Libertad de movimiento	Quién decide sobre las visitas a familiares	ENDES
	Su compañero impide que visite a las amigas	ENDES
	Su compañero impide que se conecte con la familia	ENDES
	Su compañero insiste en saber todos los lugares a donde va la mujer	ENDES
Indicador 3: Opinión, deseos y derechos	Su compañero respeta sus opiniones	ENDES
	Su compañero respeta sus deseos	ENDES
	Su compañero respeta sus derechos	ENDES
Indicador 4: Decisiones sobre su salud	Quién decide sobre el cuidado de su salud	ENDES

Considerando nuestras tres fuentes de información y las variables necesarias, la muestra de mujeres que se consigue agrupar para el periodo 2015-2018 se muestra en la Tabla 3.3. En el caso de uso de anticonceptivos modernos, anticonceptivos de decisión independiente, anticonceptivos de pareja y despistaje de VIH, la muestra supera las 27 mil observaciones. Para consulta sobre ITS, la muestra es de 3415 observaciones. Esta diferencia frente a las demás variables ocurre debido a que la ENDES solo recoge esta información sobre ITS cuando las mujeres mencionan que han sentido algún síntoma de una lista relacionada a alguna infección de transmisión sexual.

Tabla 3.3: Tamaño de muestra

	No	Sí	Total
Anticonceptivos modernos	10041	17399	27440
Anticonceptivos de decisión Independiente	13946	13494	27440
Anticonceptivos de pareja	17778	9662	27440
Despistaje de VIH	20248	8571	28819
Consulta ITS	963	2452	3415

3.2 La estimación

Dado que nuestras variables endógenas son dicotómicas, se usará el modelo Logit Binomial (Cameron y Trivedi 2005) que toma la siguiente forma:

$$Y_i^* = x_i\beta + z_i\varphi + u_i$$

$$\begin{cases} Y_i = 0 & \text{si } Y_i^* \leq 0 \\ Y_i = 1 & \text{si } Y_i^* > 0 \end{cases}$$

Donde se asume $u_i \sim \text{logística}$ y Y_i^* es una variable latente que determina si la mujer usa el servicio de salud ($Y_i = 1$) o no ($Y_i = 0$). Las variables que componen el vector son aquellas relacionadas al empoderamiento de la mujer y las variables del vector z son las de control que incluyen las características de la mujer, del hogar, la oferta de salud y los efectos fijos de año y departamento.

La función logística acumulada sería:

$$\Pr(Y_i = 1|x_i) = F(x_i\beta) = \frac{1}{1 + \exp(-x_i\beta)} = \frac{\exp(x_i\beta)}{1 + \exp(x_i\beta)}$$

En este tipo de modelos, los coeficientes no son fácilmente interpretables, por lo cual se calculan los efectos marginales. Esto se logra derivando la probabilidad con respecto a la variable x_j .

$$\frac{\partial \Pr(Y_i = 1|x_i)}{\partial x_{ji}} = \frac{\partial (1 + \exp(-x_i\beta))^{-1}}{\partial x_{ji}} = \frac{\exp(x_i\beta)}{(1 + \exp(x_i\beta))^2} \beta_j$$

El efecto marginal se puede interpretar como el cambio porcentual en la variable dependiente cuando la variable independiente cambia.

4. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

En este capítulo presentados, como primera aproximación, las estadísticas descriptivas de las variables estudiadas para la muestra escogida.

4.1 Empoderamiento de la mujer

La siguiente tabla presenta las preguntas seleccionadas para la construcción de los indicadores referidos al empoderamiento de la mujer:

Tabla 4.1: Distribución de las variables de los indicadores de empoderamiento para la muestra, 2015-2018

Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar				
	Solo la pareja	Ambos	Solo mujer	Total
Quién decide sobre las compras grandes del hogar	19%	54%	28%	29454
Quién genera mayores ingresos	84%	11%	6%	29454
Quién decide sobre el dinero que gana la pareja	22%	53%	25%	29454
Indicador 2: Libertad de movimiento				
	Solo la pareja	Ambos	Solo mujer	Total
Quién decide sobre las visitas a familiares	12%	63%	25%	29454
	Sí	No		Total
Su compañero impide que visite a las amigas	11%	89%		29454
Su compañero impide que se conecte con la familia	9%	91%		29454
Su compañero insiste en saber todos los lugares a donde va	39%	61%		29454
Indicador 3: Ideología de género (justifica la violencia)				
	Sí	No		Total
Justifica que se golpee a la mujer si sale sin permiso de la	1%	99%		29454
Justifica que se golpee a la mujer si descuida a los hijos	1%	99%		29454
Justifica que se golpee a la mujer si discute con la pareja	1%	99%		29454
Justifica que se golpee a la mujer si se niega a tener	1%	99%		29454
Justifica que se golpee a la mujer si quema la comida	1%	99%		29454
Indicador 4: Ideología de género (opinión, deseos y derechos)				
	Nunca	A veces	Siempre	Total
Su compañero respeta sus opiniones	4%	24%	72%	29454
Su compañero respeta sus deseos	3%	25%	72%	29454
Su compañero respeta sus derechos	3%	21%	76%	29454
Indicador 5: Ideología de género (episodios de violencia)				
	Sí	No		Total
Violencia emocional	13%	87%		29454
Violencia física	10%	90%		29454
Violencia sexual	2%	98%		29454
Indicador 6: Decisiones sobre su salud				
	Solo la pareja	Ambos	Solo mujer	Total
Quién decide sobre el cuidado de su salud	12%	22%	66%	29454

En cuanto a las preguntas referidas a la decisión sobre los recursos del hogar, las respuestas parecen indicar que el espacio de decisión de la mujer es importante. Se remarca el hecho de que los mayores ingresos en general son aportados por la pareja, en un 84%, pero la decisión sobre esos recursos según indican las mujeres es hecha en un 53% de manera conjunta y en un 25% solo por la mujer, más incluso que quienes dicen que eso lo decide el hombre (22%). Queda como una pregunta si realmente las mujeres conocen la totalidad de ingresos de la pareja y si cuando responden que ambos deciden, eso realmente abarca a una parte mayoritaria de los ingresos de la pareja. Una discusión crítica sobre las limitaciones de este indicador de empoderamiento de la mujer puede verse en Buvinic et al (2020), quien resalta que más bien esta medida resalta los roles tradicionales de género de las mujeres dentro del hogar.

Sobre la libertad de movimiento, parece haber restricciones significativas para las mujeres, como cuando la mujer quiere visitar a sus familiares y solo puede decidirlo autónomamente en un 25% de casos o cuando la pareja insiste en 39% de casos en saber todos los lugares que la mujer visita, lo que como veremos implicará también dificultades o barreras para que la mujer pueda acceder de manera autónoma a métodos anticonceptivos o servicios de salud sexual y reproductiva.

Sobre si la justificación de la violencia contra la mujer, en las cinco preguntas consideradas referidas a situaciones específicas, apenas 1% tiene estas posturas ideológicas y el 99% rechaza esa violencia. La poca variabilidad en las respuestas hace que cuando hemos probado si explican el uso de servicios de salud reproductiva, no resulten relevantes, razón por la cual las hemos retirado de las estimaciones econométricas.

En cuanto al respeto de la pareja a los derechos, opiniones y deseos de la mujer, entre 72% y 76% dicen que eso sucede siempre, con el mayor porcentaje siendo referido al respeto a sus derechos, que realmente es lo más importante. Un 21 a 25%, según las preguntas específicas, indica que eso sucede a veces y de 3 a 4% que nunca.

Sobre episodios de violencia, sabemos que en la sociedad peruana la violencia de género no es poca, y efectivamente la encuesta muestra que 3% han sufrido violencia emocional, 10% violencia física y 2% violencia sexual. La relación de estos indicadores con el empoderamiento femenino, sin embargo, es compleja: por un lado, puede hipotetizarse que la misma violencia revela un bajo empoderamiento femenino, por otro lado, recientemente se ha planteado si no hay una respuesta en la que una masculinidad tóxica responde a un mayor empoderamiento femenino recurriendo a la violencia para defender sus posiciones de mayor poder. Posiblemente debido a esta razón, el indicador que resume la violencia de género no ha resultado significativo para explicar el uso de servicios de salud sexual y reproductiva en nuestro análisis econométrico.

Finalmente, sobre las decisiones en relación a su propia salud, una pregunta de la ENDES revela que la mayoría de mujeres (66%) deciden ellas solas, pero hasta un 12% indica que quien toma esas decisiones es exclusivamente su pareja.

A partir de estas preguntas, se construyeron los indicadores de empoderamiento de la mujer en cada una de estas dimensiones utilizando la técnica estadística de componente principal. Como primer paso, revisamos la correlación entre las preguntas que componen cada indicador, esto permite observar cuánta información comparte la respuesta de cada pregunta con las demás. En el caso del indicador 3, aparentemente las tres preguntas utilizadas están altamente

correlacionadas mientras que en indicador 1 no lo estarían fuertemente. No se presenta el indicador 4, pues este solo está compuesto por una pregunta.

Tabla 4.2: Correlación entre las variables de los indicadores de empoderamiento para la muestra, 2015-2018

Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar					
	Quién decide sobre las grandes compras del hogar	Quién genera mayores ingresos	Quién decide sobre el dinero que gana la pareja		
Quién decide sobre las grandes compras del hogar	1.00				
Quién genera mayores ingresos	0.10	1.00			
Quién decide sobre el dinero que gana la pareja	0.21	0.03	1.00		
Indicador 2: Libertad de movimiento					
	Quién decide sobre las visitas a familiares	Su compañero impide que visite a las amigas	Su compañero impide que se conecte con la familia	Su compañero insiste en saber todos los lugares a donde va la mujer	
Quién decide sobre las visitas a familiares	1.00				
Su compañero impide que visite a las amigas	-0.03	1.00			
Su compañero impide que se conecte con la familia	-0.02	0.54	1.00		
Su compañero insiste en saber todos los lugares a donde va la mujer	-0.00	0.30	0.25	1.00	
Indicador 3: Opinión, deseos y derechos					
	Su compañero respeta sus opiniones	Su compañero respeta sus deseos	Su compañero respeta sus derechos		
Su compañero respeta sus opiniones	1.00				
Su compañero respeta sus deseos	0.57	1.00			
Su compañero respeta sus derechos	0.56	0.72	1.00		

En la tabla 4.3. se muestran los resultados de la aplicación de la metodología de componentes principales. Esta metodología permite reducir la dimensionalidad de un conjunto de datos. Es así que genera un indicador relativo al conjunto de la muestra; un componente igual a cero nos indica que no se desvía del promedio de la muestra mientras que un componente mayor a cero indicará que está por encima del promedio de la muestra. En la tabla también se muestra la varianza explicada que es un indicador de cuánto de la información ha podido ser resumida en el componente. Para los tres indicadores tenemos indicadores que resumen bien la información de las preguntas que las componen.

Tabla 4.3: Resultados del análisis factorial mediante componentes principales, 2015-2018

Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar					
	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Promedio	0.00	0.02	0.02	0.03	0.02
Desviación estándar	1.04	1.02	1.01	0.96	1.02
Mínimo	-2.01	-2.01	-2.01	-2.01	-2.01
Máximo	2.69	2.69	2.69	2.69	2.69
Observaciones	8440	8286	8545	4183	29454
Alpha de Cronbach	0.30	0.31	0.28	0.24	0.29
Varianza explicada					0.42
Indicador 2: Libertad de movimiento					
	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Promedio	-0.08	-0.01	-0.01	0.13	-0.01
Desviación estándar	1.04	0.99	1.01	0.94	1.00
Mínimo	-3.34	-3.34	-3.34	-3.34	-3.34
Máximo	0.59	0.59	0.59	0.59	0.59
Observaciones	8440	8286	8545	4183	29454
Alpha de Cronbach	0.34	0.34	0.34	0.32	0.34
Varianza explicada					0.44
Indicador 3: Opinión, deseos y derechos					
	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Promedio	0.02	0.04	0.05	-0.01	0.03
Desviación estándar	0.98	0.98	0.97	1.01	0.98
Mínimo	-3.68	-3.68	-3.68	-3.68	-3.68
Máximo	0.68	0.68	0.68	0.68	0.68
Observaciones	8440	8286	8545	4183	29454
Alpha de Cronbach	0.83	0.83	0.84	0.85	0.84
Varianza explicada					0.76

En el caso del indicador 4, no se construye mediante componente principal, pues solo se utiliza una pregunta. Un resumen para este indicador se presenta en la tabla 4.3. Un valor cercano a 2 indicará que la mujer tiene capacidad de decidir sobre su salud mientras que un indicador cercano a 0 será señal de que es la pareja quién decide sobre la salud de la mujer.

Tabla 4.3: Resultados del indicador 4, 2015-2018

Indicador 4: Decisiones sobre salud					
	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Promedio	1.51	1.53	1.56	1.57	1.54
Desviación estándar	0.70	0.72	0.69	0.68	0.70
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Observaciones	8,440	8,286	8,545	4,183	29,454

Con la aplicación del método de componentes principales, hemos logrado resumir once preguntas en 4 indicadores. Si bien cada indicador busca aproximarse a diferentes dimensiones del empoderamiento, es de esperar que compartan información entre ellas. La tabla 4.4 muestra que algunas dimensiones están más estrechamente relacionadas entre sí que otras. Por ejemplo, la libertad de movimiento está altamente correlacionada con el respeto a la opinión, deseos y derechos de la mujer. Por el contrario, las decisiones de sobre la salud tienen poca relación con la libertad y movimiento, y con el respeto a opiniones, deseos y derechos.

Tabla 4.4: Correlación entre los indicadores de empoderamiento, 2015-2018

	Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar	Indicador 2: Libertad de movimiento	Indicador 3: Opinión, deseos, derechos	Indicador 4: Decisiones sobre su salud
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar	1.00			
Indicador 2: Libertad de movimiento	0.06	1.00		
Indicador 3: Opinión, deseos, derechos	0.11	0.35	1.00	
Indicador 4: Decisiones sobre su salud	0.22	0.01	0.00	1.00

Los indicadores nos permiten agregar información que también puede ser analizada enfocándonos en grupos de mujeres. En las cuatro siguientes tablas, mostramos los resultados de los indicadores según rango de edad, nivel de educación de la mujer, si la mujer trabaja o no, nivel educativo de la pareja, si la pareja vive o no junto a la mujer, quintil de riqueza, área de residencia e identificación indígena.

Respecto al indicador 1, la tabla 4.5 nos indica que las mujeres de mayor edad, con mayor nivel de educación, que sí trabajan, con parejas de mayor nivel de educación que no viven en el mismo hogar, de mayor nivel de riqueza, en el área urbana y no indígenas son aquellas que tienen mayor capacidad para decidir sobre los recursos del hogar. También se observa que el 2018, en promedio, las mujeres presentaron mayor empoderamiento que tres años antes.

Tabla 4.5: Promedios del indicador 1 (Decisión sobre los recursos del hogar), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	0.00	0.02	0.02	0.03	0.02
Edad					
15-24	-0.06	-0.05	-0.12	-0.05	-0.07
25-34	0.00	0.05	0.06	0.00	0.03
35-49	0.02	0.02	0.02	0.07	0.03
Educación					
Sin educación	-0.55	-0.49	-0.42	-0.16	-0.43
Primaria	-0.24	-0.27	-0.24	-0.21	-0.25
Secundaria	0.03	0.09	0.03	0.00	0.04
Superior	0.22	0.20	0.23	0.22	0.22
Mujer trabaja					
No	-0.14	-0.12	-0.15	-0.16	-0.14
Sí	0.09	0.11	0.13	0.13	0.11
Educación de la pareja					
Sin educación	-0.08	-0.17	-0.34	-0.31	-0.20
Primaria	-0.26	-0.22	-0.24	-0.16	-0.23
Secundaria	0.05	0.09	0.06	0.01	0.06
Superior	0.18	0.05	0.12	0.14	0.12
Pareja vive en el hogar					
No	0.14	0.11	0.20	0.31	0.18
Sí	-0.01	0.02	0.00	-0.00	0.00
Quintil de riqueza					
Quintil 1	-0.36	-0.36	-0.27	-0.26	-0.32
Quintil 2	-0.04	0.02	0.01	0.01	0.00
Quintil 3	0.11	0.08	0.16	0.13	0.12
Quintil 4	0.15	0.25	0.09	0.15	0.17
Quintil 5	0.26	0.21	0.22	0.18	0.22
Área					
Urbano	0.11	0.13	0.11	0.10	0.12
Rural	-0.29	-0.27	-0.23	-0.24	-0.26
Indígena					
No	0.03	0.05	0.04	0.03	0.04
Sí	-0.28	-0.30	-0.15	-0.10	-0.22

Respecto al indicador 2, la tabla 4.6 nos indica que las mujeres entre 15 y 34 años tienen mayor libertad de movimiento que las del rango de 35 a 49 años. Aquellas con mayor nivel de educación, que no trabajan, con parejas de mayor nivel de educación que viven en el mismo hogar, de mayor nivel de riqueza, en el área urbana y no indígenas son aquellas con mayor libertad de movimiento. También se observa que el 2018, en promedio, las mujeres presentaron mayor empoderamiento que tres años antes.

Tabla 4.6: Promedios del indicador 2 (Libertad de movimiento), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	-0.08	-0.01	-0.01	0.13	-0.01
Edad					
15-24	-0.03	-0.03	-0.01	0.18	0.00
25-34	-0.07	0.02	0.00	0.14	0.00
35-49	-0.10	-0.04	-0.01	0.11	-0.03
Educación					
Sin educación	-0.03	-0.18	0.02	-0.08	-0.07
Primaria	-0.25	-0.09	-0.06	-0.05	-0.13
Secundaria	-0.07	-0.06	-0.05	0.09	-0.04
Superior	0.05	0.13	0.09	0.31	0.12
Mujer trabaja					
No	-0.06	0.03	0.04	0.16	0.02
Sí	-0.09	-0.04	-0.03	0.11	-0.03
Educación de la pareja					
Sin educación	-0.37	-0.06	-0.13	-1.00	-0.30
Primaria	-0.23	-0.11	-0.09	0.15	-0.11
Secundaria	-0.06	-0.02	-0.04	0.04	-0.03
Superior	0.06	0.14	0.09	0.26	0.13
Pareja vive en el hogar					
No	-0.23	-0.05	-0.06	0.16	-0.07
Sí	-0.07	-0.01	-0.00	0.13	-0.01
Quintil de riqueza					
Quintil 1	-0.14	-0.11	-0.05	0.11	-0.07
Quintil 2	-0.17	-0.07	-0.07	0.10	-0.08
Quintil 3	-0.08	-0.08	-0.02	0.17	-0.03
Quintil 4	-0.08	0.13	-0.02	-0.06	0.00
Quintil 5	0.13	0.13	0.23	0.35	0.19
Area					
Urbano	-0.07	-0.01	0.01	0.14	0.00
Rural	-0.11	-0.04	-0.05	0.11	-0.05
Indígena					
No	-0.07	0.00	0.00	0.14	0.00
Sí	-0.19	-0.22	-0.12	0.01	-0.15

Respecto al indicador 3, la tabla 4.7 nos indica que existe mayor respeto por parte de las parejas sobre las opiniones, deseos y derechos en las mujeres entre 15 y 34 años en comparación con el rango de 35 a 49 años. Aquellas con mayor nivel de educación, que no trabajan, con parejas de mayor nivel de educación que viven en el mismo hogar, de mayor nivel de riqueza, en el área urbana y no indígenas son aquellas a las cuales se les respetan las opiniones, deseos y derechos. También se observa que el 2017, en promedio, las mujeres presentaron mayor empoderamiento que dos años antes; sin embargo, en el 2018 se aprecia un retroceso en este indicador.

Tabla 4.7: Promedios del indicador 3 (Opinión, deseos y derechos), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	0.02	0.04	0.05	-0.01	0.03
Edad					
15-24	0.05	0.07	0.11	0.04	0.07
25-34	0.05	0.06	0.10	0.07	0.07
35-49	-0.03	0.01	-0.01	-0.09	-0.02
Educación					
Sin educación	-0.47	-0.53	-0.28	-0.43	-0.43
Primaria	-0.26	-0.22	-0.10	-0.41	-0.22
Secundaria	0.03	0.03	-0.01	-0.05	0.01
Superior	0.27	0.29	0.26	0.32	0.28
Mujer trabaja					
No	0.06	0.11	0.07	-0.01	0.07
Sí	-0.01	0.00	0.04	-0.01	0.00
Educación de la pareja					
Sin educación	-0.41	-0.22	-0.38	-1.28	-0.45
Primaria	-0.29	-0.27	-0.16	-0.28	-0.25
Secundaria	0.05	0.06	0.01	-0.11	0.02
Superior	0.34	0.35	0.23	0.26	0.28
Pareja vive en el hogar					
No	-0.15	-0.13	-0.04	-0.03	-0.09
Sí	0.03	0.05	0.06	-0.01	0.04
Quintil de riqueza					
Quintil 1	-0.23	-0.17	-0.16	-0.31	-0.21
Quintil 2	-0.09	-0.10	-0.01	-0.09	-0.07
Quintil 3	0.04	0.03	0.02	0.16	0.05
Quintil 4	0.15	0.20	0.16	0.00	0.15
Quintil 5	0.34	0.38	0.40	0.28	0.36
Área					
Urbano	0.08	0.09	0.10	0.06	0.08
Rural	-0.16	-0.12	-0.08	-0.24	-0.13
Indígena					
No	0.03	0.05	0.07	0.01	0.04
Sí	-0.13	-0.19	-0.12	-0.29	-0.16

Respecto al indicador 4, la tabla 4.8 nos indica que las mujeres de mayor edad, con mayor nivel de educación, que sí trabajan, con parejas de mayor nivel de educación que no viven en el mismo hogar, de mayor nivel de riqueza, en el área urbana y no indígenas son aquellas con capacidad para decidir sobre su salud. También se observa que el 2018, en promedio, las mujeres presentaron mayor empoderamiento que tres años antes.

Tabla 4.8: Promedios del indicador 4 (Decisiones sobre salud), 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	1.51	1.53	1.56	1.57	1.54
Edad					
15-24	1.37	1.42	1.46	1.49	1.43
25-34	1.54	1.54	1.57	1.55	1.55
35-49	1.53	1.55	1.59	1.60	1.56
Educación					
Sin educación	1.02	1.23	0.00	1.25	1.17
Primaria	1.24	1.21	1.23	1.32	1.25
Secundaria	1.56	1.58	1.27	1.57	1.57
Superior	1.71	1.74	1.58	1.74	1.74
Mujer trabaja					
No	1.46	1.47	1.53	1.47	1.48
Sí	1.54	1.57	1.58	1.62	1.57
Educación de la pareja					
Sin educación	1.31	1.21	1.28	1.35	1.28
Primaria	1.23	1.30	1.29	1.20	1.26
Secundaria	1.56	1.56	1.58	1.61	1.57
Superior	1.69	1.71	1.69	1.68	1.69
Pareja vive en el hogar					
No	1.68	1.71	1.71	1.77	1.71
Sí	1.50	1.52	1.54	1.55	1.52
Quintil de riqueza					
Quintil 1	1.15	1.19	1.27	1.27	1.21
Quintil 2	1.47	1.46	1.49	1.56	1.49
Quintil 3	1.59	1.62	1.68	1.59	1.62
Quintil 4	1.64	1.74	1.75	1.73	1.71
Quintil 5	1.82	1.73	1.75	1.78	1.77
Área					
Urbano	1.61	1.63	1.65	1.65	1.64
Rural	1.23	1.25	1.30	1.30	1.26
Indígena					
No	1.54	1.56	1.59	1.59	1.57
Sí	1.14	1.15	1.23	1.26	1.19

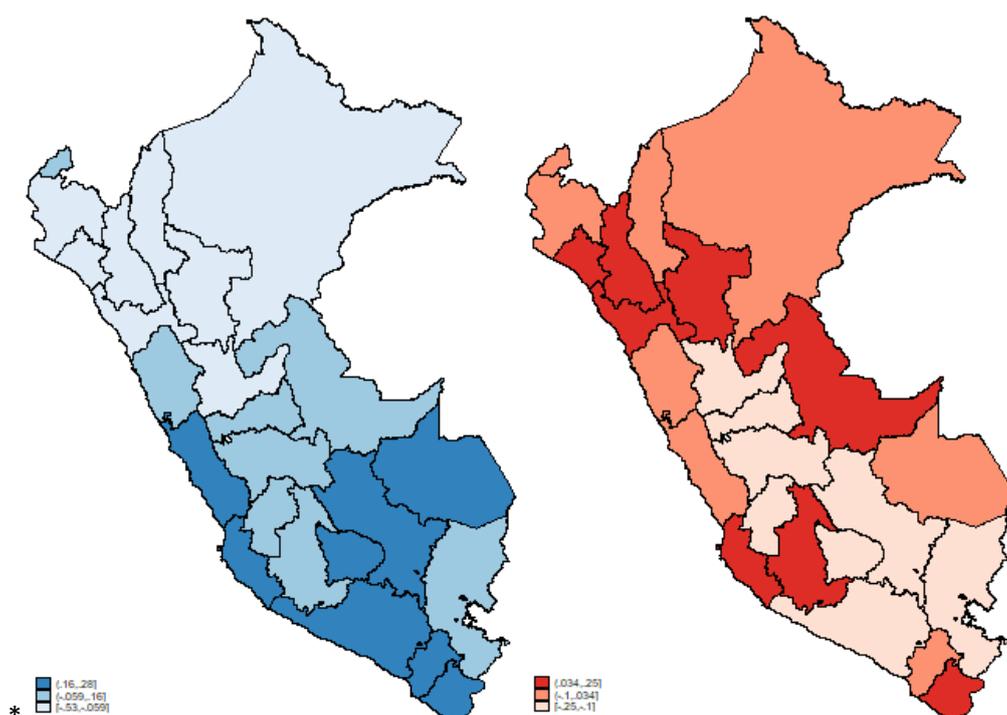
Nuestros indicadores de empoderamiento también pueden ser agrupados en niveles (bajo, medio, alto). Hacer esta división en terciles nos permite realizar una presentación gráfica de los niveles de esos indicadores por departamentos que se presenta a continuación. En el indicador referido a las decisiones sobre los recursos en el hogar, se obtiene que el menor empoderamiento de las mujeres está en las zonas norte y selva, y el mayor en Lima, la costa sur y las regiones del sur andino, con Puno y la sierra central en niveles medios.

En cuanto a la libertad de movimiento de la mujer, esta resulta menor en la zona centro-sur serrana, incluyendo Arequipa, y mayor en Tacna, Ica-Ayacucho, Pucallpa y un bloque norteño que va de Lambayeque-La Libertad a San Martín pasando por Cajamarca.

Gráfico 4.1: Mapas de promedios de los indicadores de empoderamiento, 2015-2018

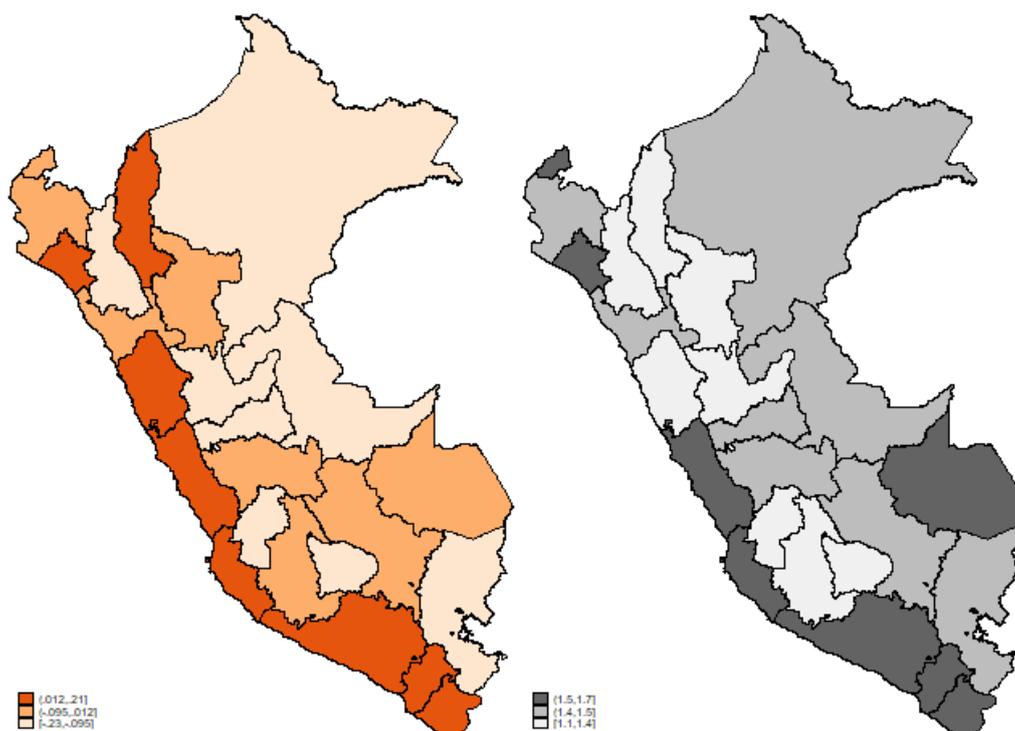
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



Fuente: Elaboración propia

Los derechos, opiniones y deseos de la mujer son más respetados en la costa y menos en la selva norte, la sierra y selva central y algunos departamentos de la sierra sur como Apurímac y Puno; puede pensarse que hay una relación entre departamentos, más rurales, dispersos e indígenas y menor respeto a los derechos de la mujer.

Finalmente, en cuando a las decisiones sobre su propia salud, las mujeres están más empoderadas en la costa centro y sur y algunas regiones del norte como Tumbes y Lambayeque, tendría un nivel medio en la selva norte y parte de la sierra centro y sur, mientras que otra parte de la sierra centro y sur junto con regiones de la sierra norte tendrían los menores niveles de empoderamiento en este aspecto.

4.2 Demanda por servicios de salud sexual y reproductiva

En esta sección presentamos las estadísticas resumen en relación al uso de métodos anticonceptivos y uso de los servicios de salud sexual y reproductiva analizados (despistaje de VIH y consultas por ITS) para la muestra seleccionada.

Cabe mencionar que la muestra solo incluye a mujeres que al momento de la entrevista estaban unidas en una relación. Por lo cual, los estadísticos presentados no corresponden las tasas nacionales. Además, en lo referente a anticoncepción, no se incluyen a las mujeres que al momento de la entrevista desean tener hijos ni a las que están embarazadas. Respecto a la consulta sobre ITS solo incluye a mujeres que presentaron algún síntoma de infección.

La tabla 4.9 presenta las estadísticas en relación a las mujeres usando métodos anticonceptivos modernos, con una tasa de 60 por ciento que no registra tendencia de cambio en el periodo 2015-2018. Por edades, las mujeres mayores de 35 años usan menos esos métodos; las diferencias son más marcadas en relación al nivel de educación, donde como se espera las mujeres más educadas tienen mayor uso de estos métodos, presumiblemente debido tanto a su mayor conocimiento y empoderamiento como al mayor costo de oportunidad de un embarazo (aunque las mujeres que trabajan usan menos métodos anticonceptivos modernos).

Tabla 4.9: Mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	60%	61%	59%	62%	60%
Edad					
15-24	69%	69%	71%	70%	70%
25-34	64%	70%	67%	68%	67%
35-49	54%	51%	48%	55%	51%
Educación					
Sin educación	44%	37%	34%	46%	40%
Primaria	53%	51%	50%	58%	52%
Secundaria	62%	65%	62%	62%	63%
Superior	65%	65%	63%	66%	65%
Mujer trabaja					
No	63%	65%	62%	63%	63%
Sí	58%	59%	57%	61%	58%
Educación de la pareja					
Sin educación	49%	46%	47%	47%	47%
Primaria	56%	52%	52%	49%	53%
Secundaria	61%	62%	60%	66%	62%
Superior	65%	67%	61%	63%	63%
Pareja vive en el hogar					
No	44%	44%	49%	40%	45%
Sí	61%	62%	60%	64%	62%
Quintil de riqueza					
Quintil 1	53%	51%	50%	57%	52%
Quintil 2	59%	62%	62%	63%	61%
Quintil 3	61%	63%	63%	62%	62%
Quintil 4	61%	67%	62%	67%	64%
Quintil 5	69%	64%	58%	62%	64%
Área					
Urbano	62%	64%	62%	63%	63%
Rural	54%	53%	51%	59%	54%
Indígena					
No	62%	62%	60%	63%	62%
Sí	42%	42%	41%	47%	42%

Entre los distintos quintiles, solo el grupo de menor ingresos muestra menor uso de anticonceptivos modernos, no habiendo mayor diferencia entre los quintiles 2 a 5. En parte esto puede deberse a la mayor pobreza en zonas rurales; el siguiente hecho estilizado claro es que en las zonas urbanas el uso de anticonceptivos modernos es bastante mayor que en el campo, lo que también sucede si comparamos mujeres indígenas con no indígenas.

La tabla 4.10 presenta las estadísticas en relación a las mujeres usando métodos anticonceptivos de decisión solo de la mujer, con una tasa de 44 por ciento que no registra cambio significativo a lo largo del periodo 2015-2018. Por edades, las mujeres mayores de 35 años usan menos estos métodos; las diferencias también se presentan en relación al nivel de educación, donde como se espera las mujeres más educadas tienen mayor uso de estos métodos.

Tabla 4.10: Mujeres que usan anticonceptivos de decisión personal, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	45%	45%	42%	45%	44%
Edad					
15-24	54%	54%	55%	51%	54%
25-34	49%	51%	49%	49%	50%
35-49	39%	37%	33%	41%	37%
Educación					
Sin educación	39%	34%	29%	42%	36%
Primaria	46%	44%	44%	51%	46%
Secundaria	46%	48%	45%	44%	46%
Superior	44%	42%	38%	42%	41%
Mujer trabaja					
No	49%	48%	47%	48%	48%
Sí	43%	43%	39%	43%	42%
Educación de la pareja					
Sin educación	45%	44%	43%	42%	44%
Primaria	49%	45%	43%	45%	46%
Secundaria	45%	46%	46%	48%	46%
Superior	42%	41%	35%	41%	39%
Pareja vive en el hogar					
No	32%	31%	38%	31%	34%
Sí	46%	46%	43%	47%	45%
Quintil de riqueza					
Quintil 1	48%	45%	43%	49%	46%
Quintil 2	46%	47%	47%	45%	47%
Quintil 3	47%	46%	43%	42%	45%
Quintil 4	38%	44%	39%	46%	41%
Quintil 5	45%	40%	36%	42%	41%
Área					
Urbano	44%	45%	42%	44%	44%
Rural	47%	45%	44%	50%	46%
Indígena					
No	46%	46%	43%	45%	45%
Sí	38%	36%	34%	40%	37%

La tabla 4.11 presenta información en relación a las mujeres que usan métodos anticonceptivos de decisión en pareja, con una tasa de 39 por ciento que no registra cambio significativo a lo largo del periodo 2015-2018. Por edades, las mujeres mayores de 25 años usan más estos métodos; las diferencias también se presentan en relación al nivel de educación, donde como se espera las mujeres más educadas tienen mayor uso de estos métodos.

Tabla 4.11: Mujeres que usan anticonceptivos de decisión en pareja, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	37%	39%	39%	39%	39%
Edad					
15-24	32%	35%	34%	40%	35%
25-34	39%	38%	40%	41%	39%
35-49	37%	42%	40%	38%	39%
Educación					
Sin educación	31%	28%	39%	33%	32%
Primaria	32%	36%	36%	31%	34%
Secundaria	39%	40%	38%	41%	39%
Superior	41%	43%	43%	44%	43%
Mujer trabaja					
No	34%	38%	36%	37%	36%
Sí	39%	40%	42%	41%	40%
Educación de la pareja					
Sin educación	20%	27%	25%	9%	22%
Primaria	32%	33%	37%	32%	34%
Secundaria	39%	40%	36%	39%	39%
Superior	41%	45%	45%	45%	44%
Pareja vive en el hogar					
No	32%	34%	28%	30%	31%
Sí	38%	40%	40%	40%	39%
Quintil de riqueza					
Quintil 1	31%	34%	37%	34%	34%
Quintil 2	38%	38%	37%	38%	38%
Quintil 3	37%	41%	40%	44%	40%
Quintil 4	43%	43%	43%	37%	42%
Quintil 5	40%	44%	40%	45%	42%
Área					
Urbano	39%	41%	40%	41%	40%
Rural	34%	36%	37%	33%	35%
Indígena					
No	37%	40%	39%	40%	39%
Sí	38%	37%	38%	35%	37%

La tabla 4.12 presenta las estadísticas referidas al despistaje del VIH, que registra una tasa de 26% en promedio durante el periodo 2015-2018, pero que presenta una tendencia a la baja en 2018. El despistaje de VIH lo hacen más las mujeres más jóvenes, quizás estén más alertas y conscientes de su necesidad. Igualmente, se lo hacen más las que tienen más educación y las que no trabajan, posiblemente por la disponibilidad de tiempo y las limitaciones de horario en los establecimientos públicos de salud. También en este caso el quintil 1 (el más pobre) se realiza menos estas pruebas, pero no hay diferencias entre los quintiles 2 a 5, y se hacen menos pruebas de despistaje de VIH las mujeres rurales y las mujeres indígenas.

Tabla 4.12: Mujeres que se realizaron despistaje de VIH, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	26%	27%	25%	23%	26%
Edad					
15-24	36%	34%	33%	30%	34%
25-34	31%	31%	29%	27%	30%
35-49	19%	21%	20%	18%	19%
Educación					
Sin educación	12%	16%	14%	14%	14%
Primaria	19%	22%	18%	17%	19%
Secundaria	29%	27%	28%	23%	27%
Superior	29%	31%	28%	27%	29%
Mujer trabaja					
No	32%	31%	28%	29%	30%
Sí	23%	25%	24%	20%	23%
Educación de la pareja					
Sin educación	12%	37%	18%	24%	22%
Primaria	20%	22%	20%	16%	20%
Secundaria	29%	28%	27%	21%	27%
Superior	25%	28%	26%	28%	27%
Pareja vive en el hogar					
No	28%	26%	25%	20%	26%
Sí	26%	27%	25%	24%	26%
Quintil de riqueza					
Quintil 1	21%	23%	22%	21%	22%
Quintil 2	27%	28%	29%	24%	27%
Quintil 3	29%	27%	26%	28%	27%
Quintil 4	29%	26%	24%	23%	26%
Quintil 5	24%	31%	26%	19%	26%
Área					
Urbano	28%	28%	27%	24%	27%
Rural	22%	25%	22%	21%	23%
Indígena					
No	27%	27%	26%	24%	26%
Sí	16%	20%	17%	15%	17%

La tabla 4.13 presenta las estadísticas referidas a las consultas de salud relacionadas a infecciones de transmisión sexual, que registra una tasa de 72% en promedio durante el periodo 2015-2018, pero que presenta una tendencia a la baja en 2018 llegando a 63%. La consulta la hacen más las mujeres mayores. Igualmente, se lo hacen más las que tienen más educación y las que no trabajan, posiblemente por la disponibilidad de tiempo y las limitaciones de horario en los establecimientos públicos de salud. Mientras mayor sea el quintil de riqueza, es más probable que la mujer realice esta consulta. Las mujeres en el área urbano y no indígenas también presentan una tasa mayor.

Tabla 4.13: Mujeres que consultaron sobre ITS, 2015-2018

	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Total	74%	72%	74%	63%	72%
Edad					
15-24	63%	72%	76%	64%	70%
25-34	72%	73%	76%	60%	72%
35-49	79%	71%	71%	67%	73%
Educación					
Sin educación	64%	57%	26%	36%	50%
Primaria	63%	68%	62%	51%	63%
Secundaria	74%	70%	76%	63%	72%
Superior	84%	78%	78%	75%	79%
Mujer trabaja					
No	75%	72%	76%	75%	75%
Sí	73%	72%	72%	57%	70%
Educación de la pareja					
Sin educación	15%	79%	36%	96%	47%
Primaria	65%	58%	70%	60%	64%
Secundaria	76%	73%	74%	55%	72%
Superior	84%	83%	75%	77%	79%
Pareja vive en el hogar					
No	71%	64%	57%	66%	64%
Sí	74%	72%	75%	63%	72%
Quintil de riqueza					
Quintil 1	64%	67%	67%	50%	64%
Quintil 2	70%	68%	74%	63%	70%
Quintil 3	71%	73%	75%	51%	71%
Quintil 4	81%	78%	70%	73%	76%
Quintil 5	89%	76%	85%	77%	82%
Área					
Urbano	77%	73%	76%	63%	74%
Rural	65%	68%	67%	65%	66%
Indígena					
No	76%	73%	75%	63%	73%
Sí	48%	59%	55%	68%	56%

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y ECONOMETRICO

5.1 Análisis bivariado: demanda de salud reproductiva y empoderamiento de la mujer

A continuación, presentamos un análisis estadístico de la relación entre las principales variables e indicadores de empoderamiento de la mujer, y los referidos a la salud reproductiva en cuanto a uso de métodos anticonceptivos, despistaje de VIH y consulta referida a infecciones de transmisión sexual - ITS. En lo relacionado al uso de métodos anticonceptivos, usamos 3 indicadores. En primer lugar, el uso de métodos anticonceptivos modernos, que tal como se define en la ENDES, incluyen esterilización masculina y femenina, píldora, DIU, inyección, implantes, condón masculino y femenino, métodos vaginales, MELA —amenorrea de la lactancia y AOE— anticoncepción oral de emergencia conocida como “píldora del día siguiente”. En segundo lugar, diferenciando los métodos que pueden ser materia de decisión independiente de la mujer (esterilización femenina, píldora, DIU, inyectable, implante y anticoncepción de emergencia) y aquellos que requieren la participación de la pareja masculina (preservativo, retiro y abstinencia periódica ya sea con el método del ritmo o del espesor del moco vaginal y esterilización masculina) que hemos resumidamente titulado “anticonceptivos de pareja”. Los otros dos indicadores se refieren a si las mujeres han realizado o no un despistaje de VIH mediante un examen de laboratorio, y si habiendo tenido algunos síntomas han realizado una consulta de salud sobre infecciones de transmisión sexual.

En la siguiente tabla [5.1] se muestra la diferencia que hay, entre las mujeres que usan y las que no usan estos métodos, y entre las que han tenido o no estas atenciones de salud preventivas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, en sus indicadores de empoderamiento. Como los indicadores de empoderamiento han sido construidas como variables continuas, se reportan las medias de estos indicadores para quienes usan / no usan, fueron atendidas / no fueron atendidas y el resultado de si la diferencia entre esas medias es estadísticamente significativa al 90% (un asterisco), 95% (dos asteriscos) o 99% (tres asteriscos). Una ideología que justifica la violencia contra la mujer resultó, contra lo esperado, asociada a un mayor uso de anticonceptivos modernos, mas no al de los otros indicadores en ningún sentido. El que el hombre respete los deseos, derechos y opiniones de la mujer está asociado al mayor uso de anticonceptivos modernos y al mayor uso de anticonceptivos de decisión de la pareja (al 99%) y en menor medida (al 90% de confianza) al menor uso de anticonceptivos de decisión independiente de la mujer. También se asocia a mayor despistaje de VIH y consultas ITS, y resulta así el indicador de empoderamiento femenino de mayor impacto sobre el conjunto de indicadores de salud reproductiva analizados. El que la mujer haya sufrido episodios de violencia se asocia a mayor despistaje de VIH y consultas de ITS; esto parece contradictorio a la idea de empoderamiento de la mujer pero podría explicarse por una mayor desconfianza de la mujer de las posibilidades de haber sido contagiada por su pareja, lo que a su vez tiene relación con posibles episodios o comportamiento de infidelidad. Finalmente, la pregunta sobre si la mujer toma decisiones sobre su salud ella misma sola o depende de su pareja, se asocia a mayor uso de anticonceptivos modernos y de decisión independiente, y a mayor despistaje de VIH y consultas ITS. También se asocia a mayor uso de métodos de decisión conjunta, aunque solo al 90%.

Tabla 5.1: Test de medias de indicadores de empoderamiento según uso de servicios de salud reproductiva, 2015-2018

	Anticonceptivos modernos			Anticonceptivos de decisión Independiente			Anticonceptivos de pareja			Despistaje de VIH			Consulta ITS		
	No	Sí	Sig.	No	Sí	Sig.	No	Sí	Sig.	No	Sí	Sig.	No	Sí	Sig.
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar	0.01	0.02	***	0.03	0.00		0.02	0.02	*	0.02	0.05	***	0.05	0.06	
Indicador 2: Libertad de movimiento	-0.02	0.00	**	-0.01	-0.02		-0.01	-0.02		-0.03	0.03	***	-0.36	-0.24	***
Indicador 3: Opinión, deseos y derechos	0.00	0.05	***	0.05	0.00	*	0.00	0.08	***	0.00	0.12	***	-0.37	-0.15	***
Indicador 4: Decisiones sobre su salud	1.48	1.58	***	1.52	1.56	***	1.54	1.54	*	1.54	1.56	***	1.51	1.61	***

Fuente: Elaboración propia

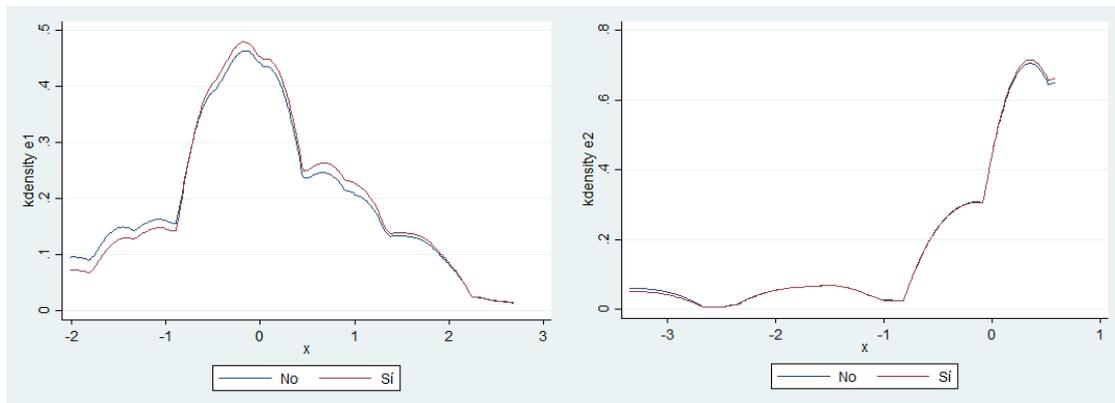
Los siguientes gráficos permiten ver con mayor detalle si esas diferencias en las medias se deben a diferencias en alguno de los extremos de la distribución o de su parte media de las variables de empoderamiento.

En el caso del uso de anticonceptivos modernos (gráfico 5.1) se puede apreciar que quienes tienen menos decisión sobre los recursos del hogar (indicador 1), usan menos anticonceptivos modernos, pero quienes usan más son quienes tienen una decisión “media” y no quienes tienen una alta capacidad de decisión sobre los recursos del hogar. En cambio el efecto positivo que tienen sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos el que las parejas respeten las opiniones y derechos de las mujeres (indicador 4) se marca en el tramo más alto del indicador y no en el más bajo.

Gráfico 5.1: Densidad de los indicadores de empoderamiento para uso de anticonceptivos modernos, 2015-2018

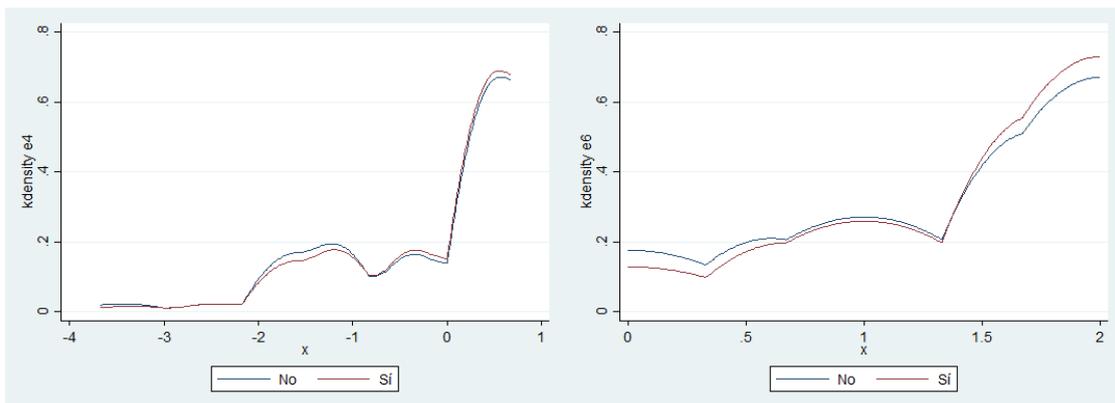
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



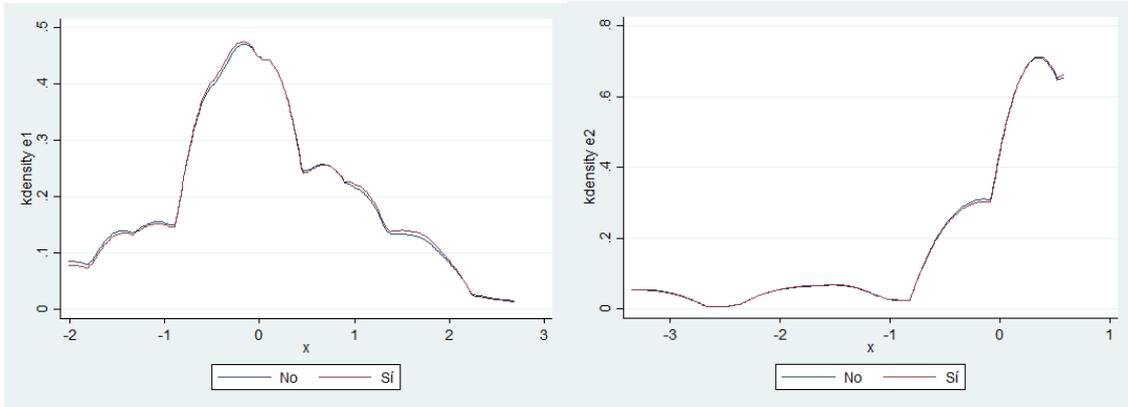
Fuente: Elaboración propia

En el caso del uso de anticonceptivos de decisión independiente de la mujer (gráfico 5.2), los gráficos muestran la poca influencia de los indicadores de empoderamiento de la mujer, salvo en el caso del respeto de las parejas por sus opiniones y derechos.

Gráfico 5.2: Densidad de los indicadores de empoderamiento para uso de anticonceptivos de decisión independiente, 2015-2018

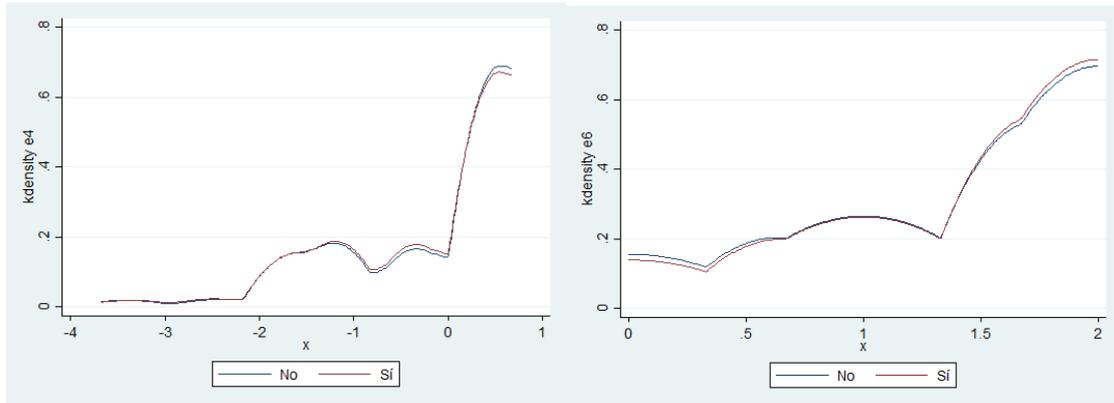
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



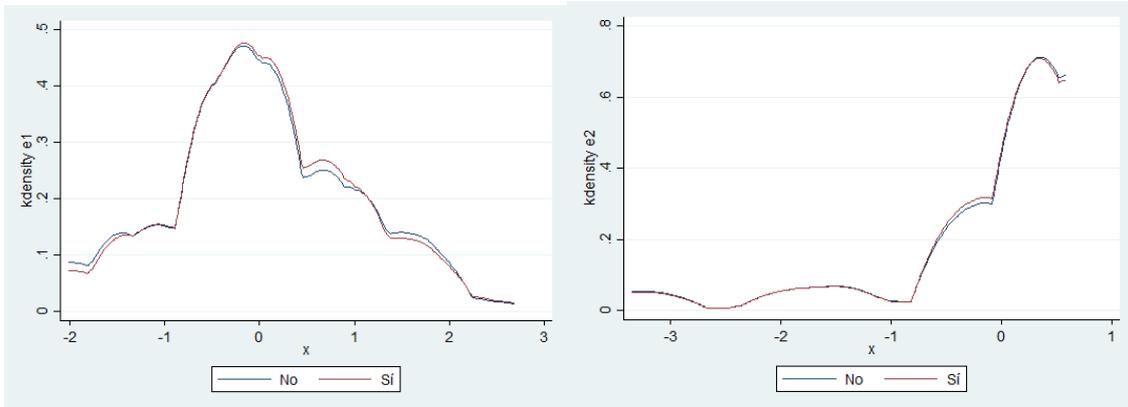
Fuente: Elaboración propia

En contraste, el uso de anticonceptivos de decisión conjunta de la pareja (gráfico 5.3) sólo parecen relacionarse con el respeto a las opiniones y derechos de la mujer por parte de la pareja.

Gráfico 5.3: Densidad de los indicadores de empoderamiento para uso de anticonceptivos de decisión de pareja, 2015-2018

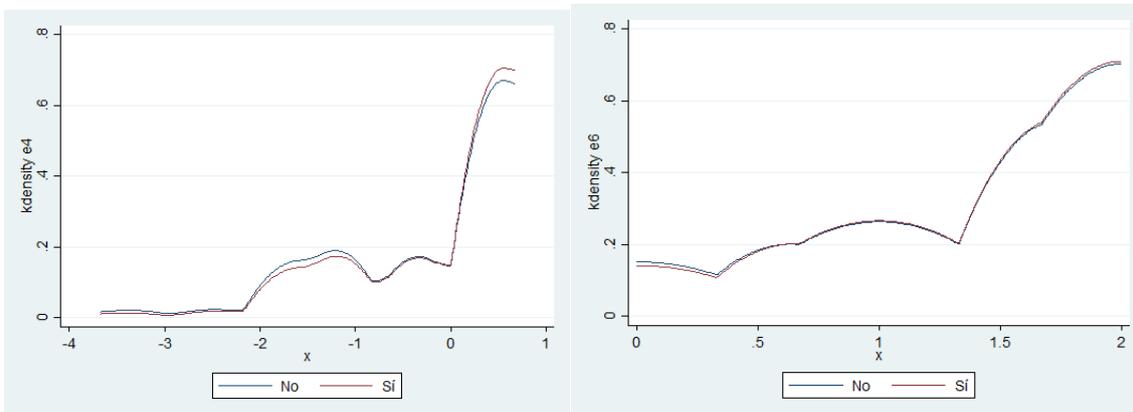
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



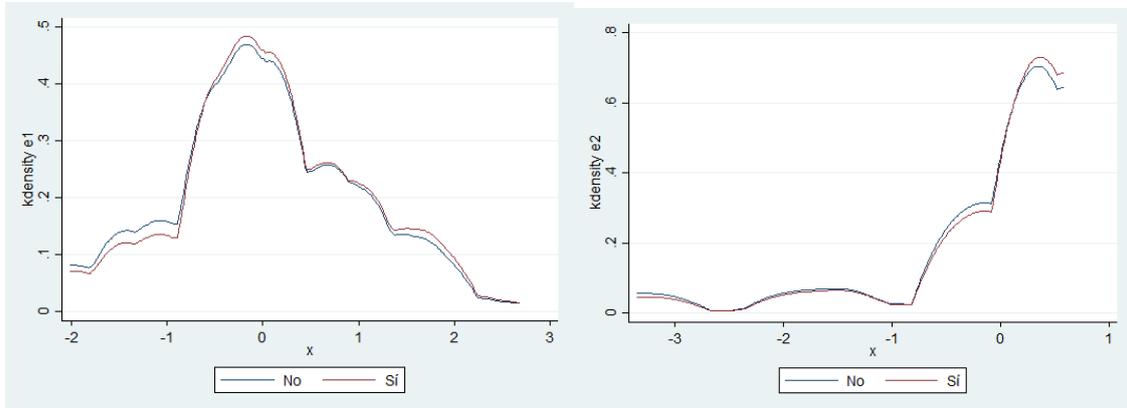
Fuente: Elaboración propia

En relación al despistaje del VIH (gráfico 5.4), la decisión sobre los recursos del hogar afecta negativamente en el tramo más bajo y positivamente a partir de la parte media del indicador, la libertad de movimiento afecta positivamente solo cuando el indicador tiene los valores más altos, sucediendo lo mismo con el respeto a las opiniones y derechos de las mujeres.

Gráfico 5.4: Densidad de los indicadores de empoderamiento para despistaje de VIH, 2015-2018

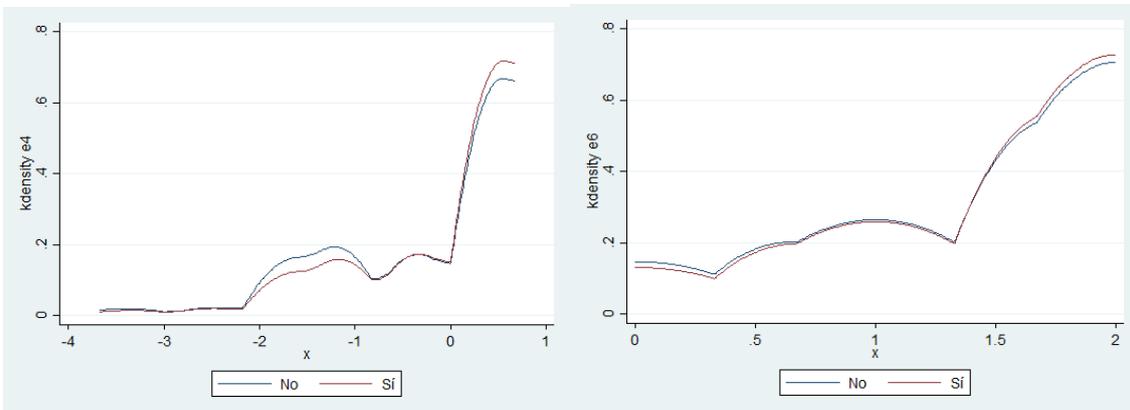
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



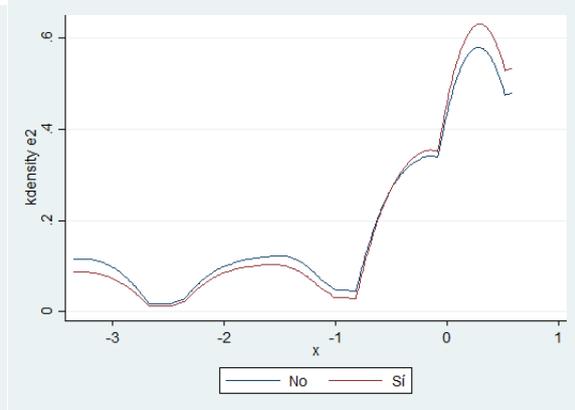
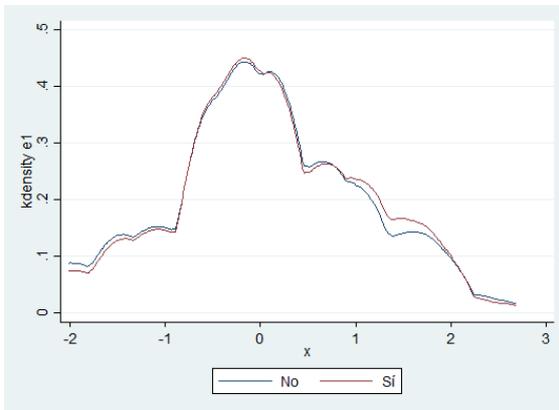
Fuente: Elaboración propia

Finalmente, las consultas relacionadas a infecciones de transmisión sexual cuando se tienen síntomas (gráfico 5.5) son las que parecen mostrar mayores diferencias con los diversos indicadores de empoderamiento de la mujer. En este caso tanto la libertad de movimiento como el respeto a las opiniones y derechos de la mujer solo parecen tener efectos positivos cuando los indicadores de empoderamiento tienen niveles altos. Igualmente, el llamativo efecto positivo que tienen la existencia de episodios de violencia contra la mujer sobre las consultas, solo se registra para los niveles más altos del indicador.

Gráfico 5.5: Densidad de los indicadores de empoderamiento para consulta a personal médico sobre ITS, 2015-2018

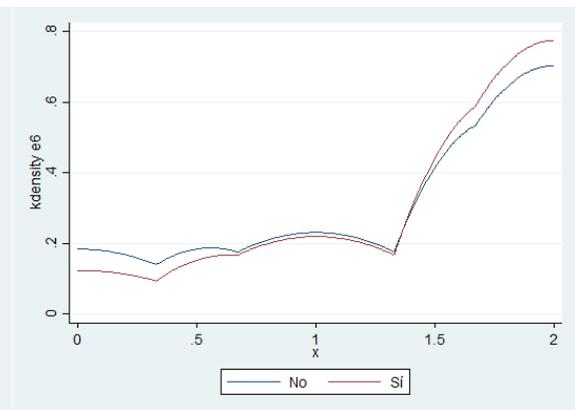
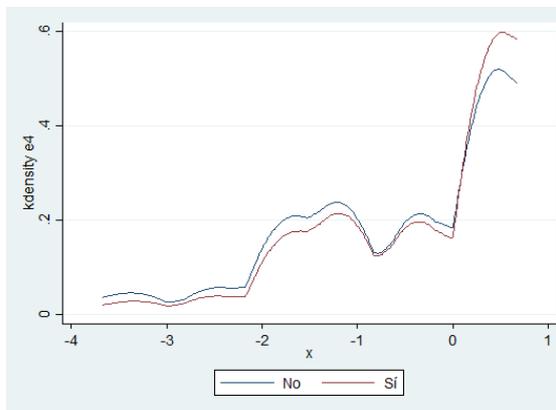
Indicador 1: Decisión sobre los recursos del hogar

Indicador 2: Libertad de movimiento



Indicador 3: Opinión, deseos, derechos

Indicador 4: Decisiones sobre su salud



Fuente: Elaboración propia

Como se sabe, no se puede sacar conclusiones de esta mirada dado que los distintos indicadores usados de demanda de servicios de salud están seguramente relacionados también con otras variables, como la educación de la mujer, la convivencia o no, el estado conyugal y otros, que a su vez se relacionan con los indicadores de empoderamiento. Un análisis multivariado es indispensable. A pesar de ello, esta primera aproximación parece mostrar que: 1) sí hay relación entre indicadores de empoderamiento de la mujer y uso de servicios de salud reproductiva; 2) algunos indicadores de empoderamiento de la mujer parecen ser más relevantes, destacando el referido a como se toman las decisiones sobre la salud, seguido del respeto que tiene la pareja hacia las opiniones y derechos de la mujer, con un menor peso de los indicadores referidos a la toma de decisiones económicas y la libertad de movimiento; 3) en algunos casos esta relación se presentaría sólo hacia las variables más altas de los indicadores de empoderamiento; 4) la existencia de violencia contra la mujer, considerado como una pérdida de poder de la mujer, se relacionaría levemente con más despistaje de VIH y más fuertemente con consultas de ITS en caso de síntomas, lo que puede deberse a que existan co-variables que debieran investigarse referidas a las características de la relación (quizás mayores niveles de infidelidad se asocian tanto a más violencia como a más consultas); 5) el uso de anticonceptivos modernos y las consultas ITS aparecen a este nivel de

análisis como los servicios de salud más influenciados por el empoderamiento femenino, seguidos del despistaje de VIH; 6) la diferenciación entre anticonceptivos que puede usar la mujer de manera independiente y los que requieren la decisión conjunta no parece ser útil para registrar efectos del empoderamiento femenino.

5.2 Análisis econométrico: empoderamiento de la mujer y uso de servicios de salud reproductiva

Uso de métodos anticonceptivos modernos

El cuadro 5.2 resume los efectos de las cuatro variables resumen del empoderamiento de la mujer, sobre el uso de anticonceptivos modernos. Estos incluyen píldora, DIU, inyección, implante, condón masculino, métodos vaginales (espuma, jalea y óvulo), amenorrea por lactancia, anticoncepción de emergencia, condón femenino, esterilización femenina y esterilización masculina. Todas las regresiones incluyen controles, que se presentan y analizan en forma resumida más adelante. Para cada variable, se presentan los niveles de empoderamiento medios y altos en contraste con los niveles bajos. Las primeras 4 columnas presentan las regresiones con cada una de los indicadores de empoderamiento de la mujer en forma aislada y la columna 5 incluye todos los indicadores simultáneamente. Analizaremos esta última regresión; las cuatro anteriores sirven para evaluar que los parámetros obtenidos son robustos a la inclusión de las varias dimensiones de empoderamiento y que no parece haber efectos serios de multicolinealidad que sesguen los resultados. Hacemos el análisis en base a la columna 6 que presenta los efectos marginales, es decir el impacto de un cambio en la variable explicativa sobre la probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos evaluada para los niveles promedio de cada variable.

Tabla 5.2: Estimaciones para uso de anticonceptivos modernos

VARIABLES	(1) Modernos	(2) Modernos	(3) Modernos	(4) Modernos	(5) Modernos	(6) EM
Indicador 1: Medio	0.03 (0.05)				0.01 (0.04)	0.002
Indicador 1: Alto	-0.08* (0.04)				-0.10** (0.05)	-0.022
Indicador 2: Medio		0.06** (0.03)			0.06* (0.03)	0.013
Indicador 2: Alto		-0.01 (0.04)			-0.02 (0.04)	-0.004
Indicador 3: Medio			0.13*** (0.04)		0.14*** (0.04)	0.031
Indicador 3: Alto			0.06 (0.06)		0.06 (0.06)	0.013
Indicador 4: Medio				0.25*** (0.08)	0.24*** (0.08)	0.054
Indicador 4: Alto				0.34*** (0.08)	0.36*** (0.08)	0.079
Constante	-2.30*** (0.75)	-2.36*** (0.75)	-2.36*** (0.76)	-2.43*** (0.76)	-2.53*** (0.76)	
Controles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Observaciones	27,438	27,438	27,438	27,438	27,438	27,438

Nota: EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

El cuadro anterior (tabla 5.2) muestra que un alto empoderamiento de la mujer en temas económicos reduce la probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos en 2 por ciento, algo que llama la atención. Recordemos sin embargo que este indicador se basa en preguntas respecto a quienes toman las decisiones de gasto en el hogar y quizás no refleje realmente otros aspectos del empoderamiento económico, como quien recibe los ingresos, a nombre de quien figuran las cuentas bancarias o si hay una porción de los ingresos que se reserva el hombre que gana el dinero para sus propios deseos.

Cuando la libertad de movimiento de la mujer pasa de baja a media, sube la probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos en 13 por ciento, aunque ese efecto no se sostiene cuando la libertad de movimiento de la mujer es alta. También en el caso del indicador 3 referido al respeto del hombre por los derechos, opiniones y deseos de la mujer, hay un fuerte efecto positivo sobre el uso de anticonceptivos modernos cuando el indicador pasa de bajo a medio, mas no para el alto. No tenemos una interpretación de esta falta de efecto en altos niveles de estos indicadores de empoderamiento femenino.

Finalmente, en el caso del indicador referido al empoderamiento en las decisiones sobre su salud, que es el más directamente relacionado a este tema, se encuentra que tanto el nivel medio como el alto tienen efectos significativos que aumentan el uso de anticonceptivos modernos en 5 y 8 por ciento respectivamente. Resulta ser el indicador de empoderamiento con efectos más fuertes y el único en el cual hay una relación directa en los distintos niveles de la misma con el mayor uso de métodos anticonceptivos modernos.

Tabla 5.3: Estimaciones para uso de anticonceptivos de decisión de la mujer

VARIABLES	(1) Mujer	(2) Mujer	(3) Mujer	(4) Mujer	(5) Mujer	(6) EM
Indicador 1: Medio	0.14* (0.07)				0.11* (0.07)	0.026
Indicador 1: Alto	-0.02 (0.04)				-0.06 (0.04)	-0.013
Indicador 2: Medio		0.05 (0.03)			0.06** (0.03)	0.013
Indicador 2: Alto		0.05 (0.05)			0.05 (0.06)	0.012
Indicador 3: Medio			0.01 (0.08)		0.02 (0.07)	0.004
Indicador 3: Alto			-0.07 (0.10)		-0.07 (0.10)	-0.016
Indicador 4: Medio				0.21*** (0.07)	0.20*** (0.07)	0.046
Indicador 4: Alto				0.30*** (0.07)	0.30*** (0.06)	0.067
Constante	-2.11*** (0.75)	-2.17*** (0.77)	-2.06*** (0.77)	-2.22*** (0.75)	-2.22*** (0.77)	
Controles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Observaciones	27,438	27,438	27,438	27,438	27,438	27,438

Nota: EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

El cuadro 5.3 está presentado de manera análoga al cuadro 5.2, pero se refiere solamente a los métodos anticonceptivos de decisión de la mujer, que incluyen píldora, inyectable, DIU, implante, esterilización femenina y anticoncepción de emergencia. A diferencia de la categoría de métodos anticonceptivos modernos, en este grupo no están condón masculino, métodos vaginales (espuma, jalea y óvulo), condón femenino, esterilización femenina y esterilización masculina, que requerirían alguna forma de concertación o espera por parte de la pareja. En este caso, al igual que para los métodos anticonceptivos modernos, un nivel medio del indicador 2 de libertad de movimiento de la mujer mas no un nivel alto lleva a un mayor uso de estos métodos. También la mayor decisión de la mujer sobre temas de salud favorece el uso de estos métodos, válido para el nivel medio y el alto.

A diferencia de los métodos modernos, sin embargo, una decisión económica de la mujer en el hogar (los problemas de este indicador ya los mencionamos antes) del nivel medio sí favorece el uso de estos métodos, en contraste con el bajo. Esto puede explicarse porque, al ser métodos de decisión exclusiva de la mujer, el mayor control de la mujer sobre los recursos económicos le facilita optar por ellos. También contrasta con los métodos modernos que el respeto de la opinión, deseos y derecho de la mujer no tiene efecto sobre el uso de estos métodos anticonceptivos de decisión de la mujer; una posible explicación sería que en estos casos no es relevante qué tan respetuosa es la pareja masculina porque tiene poca influencia en las decisiones.

Uso de métodos de decisión de la pareja

El cuadro 5.4 se refiere al uso de métodos anticonceptivos de decisión de la pareja. Esta categoría incluye condón, esterilización masculina, abstinencia y método de interrupción, métodos en los cuales la acción del hombre es fundamental.

Tabla 5.4: Estimaciones para uso de anticonceptivos de uso de pareja

VARIABLES	(1) Pareja	(2) Pareja	(3) Pareja	(4) Pareja	(5) Pareja	(6) EM
Indicador 1: Medio	-0.19** (0.08)				-0.17** (0.08)	-0.038
Indicador 1: Alto	-0.11 (0.07)				-0.06 (0.07)	-0.014
Indicador 2: Medio		-0.07* (0.04)			-0.09** (0.04)	-0.021
Indicador 2: Alto		-0.26*** (0.07)			-0.26*** (0.07)	-0.058
Indicador 3: Medio			0.18** (0.08)		0.18** (0.08)	0.041
Indicador 3: Alto			0.20*** (0.06)		0.22*** (0.06)	0.049
Indicador 4: Medio				-0.02 (0.08)	-0.02 (0.08)	-0.005
Indicador 4: Alto				-0.10** (0.05)	-0.06 (0.06)	-0.014
Constante	-3.86*** (0.81)	-3.78*** (0.84)	-4.04*** (0.85)	-3.85*** (0.82)	-3.91*** (0.88)	
Controles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Observaciones	27,436	27,436	27,436	27,436	27,436	27,436

Nota: EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

En este caso, el que la mujer tenga un peso medio en las decisiones sobre los recursos económicos reduce la probabilidad de uso, lo que puede asociarse a que eleva la probabilidad de uso de métodos de decisión de la mujer. El que la mujer tenga mayor libertad de movimiento (indicador 2) también reduce las probabilidades de uso de estos métodos, algo que también puede asociarse al mayor uso de métodos de decisión de la mujer.

Por su parte, el que la pareja masculina respete los deseos, opiniones y derechos de la mujer tiene un impacto positivo en el uso de estos métodos; cuando la pareja masculina tiene un nivel alto de respeto el uso de estos métodos se eleva en 5 por ciento. Esto revela que en una proporción importante de casos la mujer puede preferir que se usen estos métodos que recaen más en prácticas masculinas que en tener que asumir la carga de la anticoncepción (ir a la consulta, llevar en su cuerpo los dispositivos tomar las pastillas, sufrir los efectos adversos), pero que esa preferencia tiene importancia solamente cuando la pareja masculina respeta tales necesidades.

Finalmente, el que la mujer tenga más poder en las decisiones sobre su propia salud no tiene efectos en el uso de estos métodos anticonceptivos, a diferencia de los métodos

anticonceptivos de decisión de la mujer. Esto puede deberse a que, cuando es el hombre quien asume una responsabilidad central en la anticoncepción, no es tan importante qué tan empoderada está la mujer en cuanto a su propia salud, ya que no es sobre su cuerpo que se aplicarán los métodos.

Despistaje de VIH

Tabla 5.5: Estimaciones para despistaje de VIH

VARIABLES	(1) VIH	(2) VIH	(3) VIH	(4) VIH	(5) VIH	(6) EM
Indicador 1: Medio	0.01 (0.05)				0.03 (0.05)	0.005
Indicador 1: Alto	-0.01 (0.06)				0.02 (0.05)	0.003
Indicador 2: Medio		0.15*** (0.03)			0.13*** (0.03)	0.022
Indicador 2: Alto		-0.00 (0.07)			-0.01 (0.06)	-0.001
Indicador 3: Medio			0.17*** (0.06)		0.17*** (0.06)	0.028
Indicador 3: Alto			0.21*** (0.06)		0.18*** (0.07)	0.030
Indicador 4: Medio				0.00 (0.06)	-0.02 (0.06)	-0.003
Indicador 4: Alto				-0.10 (0.09)	-0.09 (0.08)	-0.017
Constante	-1.75** (0.78)	-1.89** (0.78)	-1.92** (0.78)	-1.76** (0.78)	-2.01** (0.79)	
Controles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Observaciones	28,816	28,816	28,816	28,816	28,816	28,816

EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

El cuadro 5.5 muestra las estimaciones relativas a la probabilidad de que las mujeres hayan hecho un despistaje de VIH. Como se sabe, este virus puede avanzar en el organismo varios años antes de desarrollar el SIDA y generar problemas serios de salud, cuya sintomatología eventualmente llevaría a consultas de salud, exámenes y a encontrar el virus, pero es muy importante para poder preservar la salud un diagnóstico temprano. Ese diagnóstico a su vez es útil desde el punto de vista de la salud pública porque ayuda a frenar el contagio, ya que las personas con el virus no diagnosticado pueden transmitirlo a sus parejas sexuales. Una mujer puede contraer el VIH por incurrir en algunas conductas de riesgo, como sería el caso de trabajadoras sexuales que no usan condón masculino, pero actualmente muchas mujeres son contagiadas estando en uniones permanentes por parejas que tienen el virus. Recuérdese que este estudio se refiere exclusivamente a mujeres unidas, dado el foco puesto en el empoderamiento de las mujeres en su relación de pareja, por lo que no estamos analizando mujeres no unidas.

Las estimaciones del cuadro 5.5 indican que el que las mujeres tengan más poder en cuanto a las decisiones sobre el uso de los recursos económicos del hogar no influye en que se hagan el despistaje del VIH. Tanto las limitaciones del indicador como el hecho de que la prueba sea gratuita en los centros de salud públicos favorecen este resultado.

El que las mujeres tengan cierta libertad de movimiento (nivel medio, aunque no alto) aumenta la probabilidad de despistaje de VIH en 2,2%. El que sus opiniones y derechos sean más respetadas por sus parejas aumenta su probabilidad de hacerse el despistaje en 2,8% en el nivel medio y 3% en el nivel alto de este indicador de empoderamiento. Una interpretación debe partir del hecho que se trata de un tema que para la mayoría de mujeres se considera muy íntimo y que ya sea que la mujer haya sido contagiada por la pareja con la que está unida o de otra manera, tendrá un efecto fuerte sobre la relación de pareja. En este contexto, la libertad de movimiento facilita que la mujer se haga la prueba de manera privada, mientras que una pareja respetuosa de sus opiniones y derechos favorecerá que su asistencia al centro de salud no tenga trabas.

Finalmente, el que las mujeres tengan más poder en cuanto a decisiones sobre su salud no tiene un efecto significativo.

Consultas de salud en caso de síntomas de infecciones de transmisión sexual

Finalmente, el cuadro 5.6 presenta estimaciones de la probabilidad de que las mujeres que han tenido algunos síntomas que pueden asociarse a infecciones de transmisión sexual, como dolor, úlceras o secreciones genitales, vayan a una consulta de salud para el diagnóstico respectivo. En este caso la muestra es menor, debido a que solo incluye a las mujeres que han tenido esos síntomas.

Tabla 5.6: Estimaciones para consulta de ITS

VARIABLES	(1) ITS	(2) ITS	(3) ITS	(4) ITS	(5) ITS	(6) EM
Indicador 1: Medio	-0.27* (0.15)				-0.32** (0.13)	-0.056
Indicador 1: Alto	0.13 (0.12)				0.09 (0.10)	0.015
Indicador 2: Medio		0.12 (0.12)			0.11 (0.12)	0.018
Indicador 2: Alto		0.18 (0.36)			0.14 (0.34)	0.023
Indicador 3: Medio			-0.00 (0.15)		-0.02 (0.14)	-0.004
Indicador 3: Alto			0.09 (0.10)		0.08 (0.10)	0.013
Indicador 4: Medio				0.33 (0.26)	0.36 (0.26)	0.063
Indicador 4: Alto				0.36** (0.16)	0.38** (0.15)	0.066
Constante	-1.10 (1.36)	-0.97 (1.36)	-1.03 (1.32)	-0.96 (1.34)	-1.21 (1.37)	
Controles	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Observaciones	3,414	3,414	3,414	3,414	3,414	3,414

EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Las estimaciones del cuadro 5.6 indican que las mujeres con un poder medio en cuanto a las decisiones sobre el uso de los recursos económicos del hogar, consultan menos en caso de tener síntomas. Este resultado es de difícil interpretación, tanto por el signo negativo del parámetro, como por el hecho de que lo mismo no se aplica a las mujeres con poder de decisión alto sobre los recursos económicos.

Finalmente, ni el que las mujeres tengan mayor libertad de movimiento ni el que sus opiniones y derechos sean más respetadas por sus parejas influyen en realizar estas consultas. Parece que esta cuestión es tratada como un tema de salud general, ya que en este caso lo que sí influye en la probabilidad de consulta es que la mujer tenga mayor capacidad de decisión sobre su propia salud.

Otras variables control

El cuadro 5.7 presenta las estimaciones con todas las variables de empoderamiento y detallando todas las variables de control.

Analicemos en primer lugar los referidos al uso de métodos anticonceptivos. Acá se puede apreciar que a mayor edad hay mayor uso de anticonceptivos en sus diversas formas, algo posiblemente asociado a un mayor conocimiento y capacidad de decisión. La educación de la mujer lleva a un mayor uso de anticonceptivos modernos, algo encontrado en otros estudios (Beltrán 1999); en el caso de uso de anticonceptivos de decisión de la mujer solo la educación

primaria tiene efecto positivo; esta variable no tiene efecto en el uso de anticonceptivos de decisión de la pareja (algo lógico, dado que en este caso la mujer no es quien finalmente decide). El estado civil no es relevante; recuérdese que se trata de mujeres unidas y que esta variable se refiere a si es casada o conviviente. Sin embargo, que la pareja viva en el hogar sí tiene un alto impacto en el uso de anticonceptivos modernos, así como si nos enfocamos en aquellos de decisión de la mujer o de la pareja; esto se podría explicar en tanto encuentros sexuales más continuos generan un mayor riesgo de embarazo.

Por su parte, que la mujer tenga empleo lleva a menor uso tanto de los métodos anticonceptivos modernos como de aquellos que son de decisión de la mujer. Este resultado llamativo puede relacionarse a los problemas de falta de tiempo agravados por la doble carga que asumen muchas mujeres peruanas sumando el trabajo doméstico a su participación en el mercado de trabajo.

Que la mujer sea indígena no tiene efectos positivos ni negativos para el uso de métodos anticonceptivos, algo que muestra que las barreras culturales que pudieron haber existido al respecto ya no tienen fuerza. Las mujeres con discapacidad tienden a usar bastante más métodos anticonceptivos modernos, quizás debido a sus mayores dificultades de crianza de hijos. El grupo de menores ingresos (quintil 1) usa menos anticonceptivos modernos, aunque sobresale el hecho que no haya mayores diferencias entre los quintiles 2 a 5, es decir, las razones culturales y económicas para un menor uso de anticonceptivos modernos solo se encuentran en el grupo social más pobre. Un mayor número de hijos lleva al mayor uso de anticonceptivos modernos y de decisión de la mujer, y a un menor uso de anticonceptivos de decisión de la pareja masculina, lo que puede entenderse como que a un mayor número de hijos las mujeres buscan más seguridad y control sobre su planificación familiar.

En relación al sistema de salud, el que las mujeres tengan un seguro influye en el mayor uso de anticonceptivos modernos y de anticonceptivos de decisión de la mujer, y en un menor uso de anticonceptivos de decisión de la pareja, efectos que son de mayor magnitud si el seguro es el SIS que si el seguro es Essalud u otro. La eliminación de la barrera económica es muy relevante, y posiblemente tiene que ver no solamente con el precio del anticonceptivo en sí, como de las consultas asociadas a la planificación familiar, e incluso con el hecho de que facilite el contacto de las mujeres con los establecimientos de salud. Por otro lado, sin embargo, ninguna de las variables referidas a la oferta de servicios de salud pública, incluyendo el gasto regional en salud, los médicos y enfermeros per cápita en la provincia, el número de establecimientos de salud per cápita en la provincia, el mayor nivel del establecimiento en la misma, tienen efecto alguno. Sin embargo, cuando las mujeres reportan que la distancia al establecimiento de salud es un problema, ese indicador sí tiene un efecto significativo y reduce la probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos y de decisión de la mujer, mas no los de decisión de la pareja masculina (quizás porque en la encuesta quien reporta si la distancia es un problema, es la mujer). Lo que sí es importante para las mujeres es que haya personal femenino, aunque cabe resaltar que esta es la opinión de las mujeres al respecto y que no hemos podido tener una variable que mida directamente si el personal que atiende es hombre o mujer.

En cuanto al despistaje de VIH, la edad y la educación tiene relevancia solo limitada, y más bien resulta que las mujeres casadas se lo hacen con más frecuencia, pero quienes tienen la pareja en casa se la hacen menos, las mujeres que trabajan bastante menos, las de identidad étnica originaria más. No hay diferencia significativa entre las mujeres con y sin discapacidad, quienes tienen problemas de salud se hacen más el despistaje, y no hay diferencias significativas entre

los más pobres (quintil 1, de contraste) y los grupos medios y altos (quintiles 3 a 5). Como se ve, las respuestas son bastante distintas al uso de anticonceptivos. Nuevamente resalta el peso que la doble carga de trabajo impone sobre las mujeres, incluso llevándolas a un menor cuidado de su propia salud. El tener un mal estado de salud eleva la probabilidad de despistaje quizás porque las mujeres puedan sospechar que tienen VIH, quizás porque por esos problemas van a los centros de salud y aprovechan la oportunidad para hacerse el despistaje. Comentamos finalmente el que no haya diferencias entre los grupos bajos y altos de la distribución, lo que indicaría una homogeneidad en el entendimiento del problema y la inexistencia de barreras económicas significativas. Es probable que parte de eso se deba a la existencia del SIS así como de Essalud y otros seguros (policía, fuerzas armadas, privados), que en estas estimaciones sí muestran tener un efecto significativo y fuerte sobre el despistaje de VIH.

Finalmente, cabe resaltar que en este caso ni las variables de oferta ni el reporte de la mujer sobre si la distancia es un problema, son significativas. En otras palabras, si la mujer requiere un despistaje de VIH, el acceso a un establecimiento de salud no es un problema, lo que se explicaría por la ampliación geográfica de la oferta primaria de salud y la mayor conectividad vial.

Tabla 5.7: Estimaciones para salud reproductiva

VARIABLES	Anticonceptivos modernos		Anticonceptivos de decisión de la mujer		Anticonceptivos de decisión en pareja		Despistaje de VIH		Consulta sobre ITS	
	Sig.	EM (%)	Sig.	EM (%)	Sig.	EM (%)	Sig.	EM (%)	Sig.	EM (%)
Indicador 1: Medio		0.20	*	2.60	**	-3.80		0.50	**	-5.60
Indicador 1: Alto	**	-2.20		-1.30		-1.40		0.30		1.50
Indicador 2: Medio	*	1.30	**	1.30	**	-2.10	***	2.20		1.80
Indicador 2: Alto		-0.40		1.20	***	-5.80		-0.10		2.30
Indicador 3: Medio	***	3.10		0.40	**	4.10	***	2.80		-0.40
Indicador 3: Alto		1.30		-1.60	***	4.90	***	3.00		1.30
Indicador 4: Medio	***	5.40	***	4.60		-0.50		-0.30		6.30
Indicador 4: Alto	***	7.90	***	6.70		-1.40		-1.70	**	6.60
Edad	***	2.00	***	1.60	***	4.00		0.50		1.60
Edad* Edad	***	0.00	***	0.00	***	-0.10	**	0.00		0.00
Educación: primaria (base: sin educación)	**	6.10	**	6.90		-1.10		2.50		6.40
Educación: secundaria (base: sin educación)	***	8.00		4.20		1.70		6.30		10.30
Educación: superior (base: sin educación)	***	9.10		3.20		1.90	*	10.40		12.20
Estado civil (casada)		0.70		-0.20		0.30	**	-2.00		2.10
Empleo	**	-1.30	**	-1.70	***	3.10	***	-4.70	*	-5.10
Etnicidad		3.80		0.20		1.20	**	5.20		-3.10
Discapacidad	***	11.30	*	7.10		0.20		11.10		1.50
Seguro de salud: SIS (base: sin seguro)	***	7.30	***	7.70	***	-5.40	***	8.20	***	11.40
Seguro de salud: otros (base: sin seguro)	**	4.30	***	3.20	**	-3.70	***	5.30	***	15.80
Estado de salud		1.10		0.70	**	-2.60	***	12.80	***	20.20
Sin conocimiento	*	1.40		0.50		-0.40		-1.80	***	-10.10
Quintil de riqueza 2 (base: quintil 1)	***	5.60	**	3.20		0.30	**	2.30		2.70
Quintil de riqueza 3 (base: quintil 1)	**	5.20	*	3.40		0.50		1.90		4.70
Quintil de riqueza 4 (base: quintil 1)	***	6.40		2.20		1.20		0.90	**	8.90
Quintil de riqueza 5 (base: quintil 1)	*	5.60	**	5.40		-0.50		-0.20	***	11.40
Número de miembros del hogar	***	1.80	***	2.20	***	-1.40	***	0.90		-1.20

Edad de la pareja		1.70		1.50		2.20		-2.80		-0.50
Educación de la pareja: primaria (base: sin educación)		-		-		-		-		-
Educación de la pareja: secundaria (base: sin educación)		-		-		-		-		-
Educación de la pareja: superior (base: sin educación)		-		-		-		-		-
Pareja vive en el hogar	***	12.90	***	8.60	***	11.40	***	-2.70	**	5.70
Gasto público en salud		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00
Médicos		-3.30		0.00		-6.30		3.60		-4.40
Enfermeros		1.00		-1.20		3.10		-1.10		-2.60
Establecimientos		-0.20		-0.10		0.50		-0.10		2.40
Mayor nivel II (base nivel I)		3.90		3.30		-0.80		0.20		-1.70
Mayor nivel III (base nivel I)		2.20		-1.70		3.40		-0.80	***	-12.80
Personal femenino (problema)	**	-2.60	**	-3.00	*	1.60		-1.30		1.00
Distancia (problema)	**	-2.80	**	-2.10		0.10		0.50	*	-3.00
Área (urbano)		-0.60	**	-3.50		2.90		0.30		4.50
Región natural		Sí								
Departamento		Sí								
Año		Sí								

EM=Efectos Marginales

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

La última atención analizada —presentada en la última columna del cuadro 5.7— es la referida a las consultas por síntomas asociados a infecciones de transmisión sexual. En este caso ni la educación ni la edad ni el estado civil ni la discapacidad son significativas y escasamente lo es el empleo: ante los síntomas, eso no importaría. Lo que sí importa es el seguro de salud y el nivel económico, y si la pareja vive en el hogar. Los que tienen seguro y están en los quintiles de mayor ingreso 4 y 5 realizan más consultas cuando padecen los síntomas, lo que refleja que la barrera económica es relevante en algunos sectores. El que la pareja viva en el hogar indica una mayor preocupación por algo que afecta a ambos, posiblemente en cuanto a su actividad sexual y en cuanto a la salud de la pareja. Cuando las mujeres indican que la distancia es un problema tienen menores consultas, pero llamativamente también resulta que cuando el establecimiento de salud de la provincia es de mayor nivel de complejidad, hay menos consultas, quizás asociado a que eso genere en contraposición redes de primer nivel con menor capacidad resolutoria.

6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Todavía apenas un 60 por ciento de las mujeres unidas usa anticonceptivos modernos y 45 por ciento usa anticonceptivos de decisión de la mujer. Aunque la tasa de fecundidad ha bajado sustancialmente, en zonas rurales y entre mujeres con bajos niveles educativos aún se observan importantes necesidades insatisfechas de planificación familiar. Las mujeres más jóvenes usan en una mayor proporción métodos anticonceptivos modernos, lo que podría reflejar mejor conocimiento y mayores capacidades para el uso, pero también otra mirada acerca de sus planes de vida, prefiriendo optar por postergar o limitar sus posibilidades reproductivas en aras de ampliar capacidades profesionales y/o económicas, pero la brecha persiste.

Hemos explorado hasta qué punto indicadores de empoderamiento de la mujer facilitan o promueven el uso de métodos anticonceptivos y otros servicios de salud sexual como el despistaje de VIH/SIDA y las consultas ante síntomas básicos de infecciones de transmisión sexual. Aunque la medición del empoderamiento de la mujer es un asunto aun no resuelto en la literatura empírica internacional hemos utilizado las respuestas directas de las mujeres a una batería de preguntas en la encuesta ENDES, agrupándolas en 4 grandes categorías: decisión sobre la economía del hogar, libertad de movimiento, respeto de la pareja hacia sus deseos y derechos, haber sufrido violencia, y autonomía en tomar decisiones sobre su propia salud. Un indicador adicional referido a que las mujeres tengan una ideología que justifique la violencia no resultó útil debido a que apenas 1 por ciento de mujeres responden en ese sentido, siendo demasiado bajo para poder obtener estimaciones significativas.

El indicador de decisión sobre compras del hogar no resultó significativo o con los signos esperados, lo que sería consistente con la discusión de autoras como Buvinic et al. (2020) que plantean que esta medida no refleja un verdadero empoderamiento de las mujeres, asociándose más bien a una distribución tradicional de roles dentro del hogar.

La libertad de movimiento de la mujer a un nivel medio incrementa la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos modernos y de métodos de decisión de la mujer, mas no de los de decisión de la pareja. También favorecen el despistaje de VIH/SIDA. Esto indicaría que cuando

las mujeres tienen fuertes restricciones para desplazarse, tendrían menores posibilidades de asistir a un centro de salud; sería un indicativo también de que persisten conductas machistas por parte de hombres que limitan estos derechos reproductivos de las mujeres, directa o indirectamente.

El respeto de la pareja hacia los deseos y derechos de la mujer influye positivamente en el uso de métodos anticonceptivos modernos y en los de uso de la pareja masculina en particular. Posiblemente por efecto sustitución, este indicador no lleva a mayor uso de métodos de decisión de la mujer. Dados los costos de efectos secundarios sobre la salud y bienestar de las mujeres que en muchos casos tienen los métodos anticonceptivos, los resultados sugieren que enfrentar el machismo en favor de un mayor respeto por los deseos y derechos de las mujeres, llevaría a una distribución más equitativa de la carga que significa la planificación familiar para las parejas.

El que la mujer tenga mayor autonomía para tomar decisiones respecto a su propia salud es quizás el indicador de empoderamiento con resultados más robustos sobre el uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Sobre el uso de anticonceptivos, esta mayor capacidad de decisión de la mujer sobre su propia salud favorece métodos modernos y de decisión de la mujer, mas no de los de la pareja masculina. Juntar este hallazgo con el descrito en el párrafo anterior sugiere que cuando la mujer tiene esta autonomía de decisión sobre su salud y no mucho respeto de la pareja por sus deseos y derechos, la mujer tiende a actuar sobre su propio cuerpo. Es interesante además que cuando una mujer tiene mayor decisión sobre su salud realiza más consultas ante síntomas de ITS pero menos despistaje de VIH/SIDA, posiblemente porque siente que en su vida sexual ha actuado más preventivamente frente a este riesgo importante, siendo conveniente acá recordar que el estudio se limita a mujeres en unión permanente.

Una mirada general muestra que diversos indicadores de empoderamiento de la mujer sí tienen efectos positivos y significativos sobre la demanda por métodos anticonceptivos y demanda por servicios de salud sexual y reproductiva. Los efectos son variados, con relaciones diversas entre los distintos ámbitos de empoderamiento de la mujer y los diversos métodos y servicios de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, es necesario remarcar que en este tema todavía hay mucho por investigar y que todavía hay insuficiente conocimiento sobre los indicadores de empoderamiento de la mujer, y que hacen falta más estudios para entender mejor no solo los determinantes de la demanda por servicios de salud sino también las lógicas y procesos de empoderamiento femenino.

7. BIBLIOGRAFÍA

Acharya, M. y Bennett, L. (1983). Women and the subsistence sector: economic participation and household decision-making in Nepal. Working Paper, 526. Washington, DC: World Bank.

Ackerly, B. A. (1995). Testing the tools of development: credit programmes, loan involvement, and women's empowerment. *IDS Bulletin*, 26(3), 56-68.

Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D.G., Tsui, A.O. (2010). Economic Status, Education and Empowerment: Implications for Maternal Health Service Utilization in Developing Countries. *PLoS ONE* 5(6): e11190. doi:10.1371/journal.pone.0011190

Alcázar, L. (2014). Impactos del Programa Juntos sobre el empoderamiento de la mujer. MISC.

Becker, G. (1960). An Economic Analysis of Fertility, en *Ansley Coale "Demographic and Economic change in developing countries"*, Princeton Univ Press

Becker, G. y Lewis H. G. (1973) On the Interaction between the Quantity and Quality of Children. *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.

Beltrán, A. (1999). Utilización de los Servicios de Planificación Familiar: el Caso Peruano. Informe sobre Investigaciones Aplicadas Secundarias No. 9. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Birdsall, N., Kelley, A. y Sinding, S. eds (2001). *Population Matters – Demographic change, economic growth and poverty in the developing world*. Oxford University Press

Bookman, A., & Morgen, S. (1988). *Women and the Politics of Empowerment*. Temple University Press.

Buvinic, M., Pryor, E.C. y O'Donnell, M. (2020). Concise, Comparable Measures of Women's Economic Empowerment: An Impossible Dream?. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/concise-comparable-measures-womens-economic-empowerment-impossible-dream>

Cameron, A. C., & Trivedi, P. K. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge university press.

Casique, I. (2003) Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México. *Género y Salud en Cifras* sept 2003

Chávez, S. y Távara, L. (2010). El derecho a la planificación familiar: una agenda inconclusa en el Perú Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú.

Dixon-Mueller, R. y Germain, A. (2007). Fertility Regulation and Reproductive Health in the Millennium Development Goals: The Search for a Perfect Indicator *Am J Public Health*. 2007 January; 97(1): 45–51. doi: 10.2105/AJPH.2005.068056

Ensor, T. y Cooper, S. (2004). *Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing*. HNP Discussion Paper 31598, The World Bank.

Estrada, F., Hernández-Girón, C., Walker, D., Campero, L., Hernández-Prado, B. y Maternowska, C. (2008) *Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja*. *Salud Publica Mex* 2008; 50:472-481.

Francke, M. (2007). "No me entiende ni yo tampoco lo entiendo...": Hallazgos de una investigación participativa sobre salud en comunidades que sufren pobreza y exclusión en el Perú y reflexiones sobre los alcances y límites de las metodologías participativas. Tesis para optar al grado de magíster en Sociología, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Francke, M. y Reynoso, R. (2007). *Salud y enfermedad en los Márgenes - Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión*. CIES-CARE, Lima- Perú.

Garavito, C. (2005) *La mujer en el mundo del trabajo: sindicatos y dialogo social*. Ponencia presentada en el seminario *Balance del Diálogo Social en los países de América Latina*; MTPE, 2006. *La mujer en el mercado laboral peruano*;

Gertler, P. y van der Gaag, J (1990). *The willingness to pay for medical care. Evidence from two developing countries*. The World Bank. The John Hopkins Univ Press, MD, USA.

Grasmuck, S. y Espinal, R. (2000). *Market success or female autonomy? income, ideology and empowerment among microentrepreneurs in the Dominican Republic*. *Gender and Society*, 14(2), 231-255.

Grossman, M. (1972). *On the concept of health capital and the demand for health*. *Journal of Political Economy* 80, 223–255.

Grossman, M. (1982). *The demand for health after a decade*. *Journal of Health Economics* 1, 1–3.

Gutiérrez, C., Romani, F., Wong, P. y Del Carmen-Sara, J. (2018). *Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú*. *An. Fac. med. vol.79 no.1 Lima ene./mar. 2018* <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>

Gutiérrez, M (2013). *La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo*. *Rev. perú. med. exp. salud publica* 2013 Vol 30 (3).

Haddad, L., Hoddinott, H. y Alderman, H. (1997) *Intrahousehold resource allocation in developing countries: models, methods, and policies*. IFPRI – Food Policy Statement 24, NUMBER 24 JULY 1997

Hashemi, S. M., Schuler, S. R., & Riley, A. P. (1996). *Rural credit programs and women's empowerment in Bangladesh*. *World Development*, 24(4), 635–653.

Kabeer, N. (1997). *Empoderamiento desde abajo:¿ Qué podemos aprender de las organizaciones de base? Magdalena de León (comp.) Poder y empoderamiento de las mujeres*. TM editores, Colombia, 119-146.

Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurements of women's empowerment. *Development and Change*, 30 (3), 435-464.

Kabeer, N. (2001). Reflections on the measurement of women's empowerment.

Kahnemann, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *The American Economic review* vol 93 N°5 (Dec. 2003), pp.1449-1475

Kar, S.B., Pascual, C.A., Chickering, K.L. (2000). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 49, 1431–1460. *Social Science & Medicine*, Volume 50, Issue 11, June 2000, Pages 1701.

Kohler, P. y Berhman, J. (2014) Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda. Copenhagen Consensus Center.

Lomborg, B. (2019). Why Family Planning Is a Smart Investment. Project Syndicate

Lubbock, A., & Borquia, R. (1998). Survival, change and decision-making in rural households: three village case studies from eastern Morocco.

Madueño - Dávila, M. (2002). Perú: Estudio de demanda de servicios de salud- (Documento 1). Informe Técnico No. 012. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.

Malhotra, A. y Mather, M. (1997). Do schooling and work empower women in developing countries? gender and domestic decisions in Sri Lanka. *Sociological Forum*, 12(4), 599-630.

Malhotra, A., Schuler, S. R. y Boender, C. (2002). Measuring women's empowerment as a variable in international development. Recuperado de <http://siteresources.worldbank.org/Intempowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/malhotra.pdf>

Manser, M., & Brown, M. (1980). Marriage and household decision-making: A bargaining analysis. *International economic review*, 31-44.

Mayoux, L. (2002). Microfinance and women's empowerment: Rethinking 'best practice'. *Development Bulletin*, 57, 76–81.

Mendoza, W. y Subiría, G. (2013) El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. perú. med. exp. salud publica* vol.30 no.3 Lima jul. 2013

Monge, A. (2007b). Desigualdad de género en la educación de niñas y adolescentes rurales del Perú: situación y propuestas de políticas públicas para su atención. Publicación de la serie ¿Los niños...primero? Lima, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Monge, Á. (2007b). Unitary or collective models?: theoretical insights and preliminary evidence from Peru. *Apuntes*, 55, 75-109.

Muurinen, J. (1982) Demand for health: A generalised Grossman model. *Journal of Health Economics* Volume 1, Issue 1, May 1982, Pages 5-28

Mwabu, G. (2007) : Health economics for low-income countries, Center Discussion Paper, No. 955, Yale University, Economic Growth Center, New Haven, CT

Narayan, D. (2000) ¿Hay alguien que nos escuche? La voz de los pobres. Banco Mundial

OMS- Comisión de Determinantes Sociales (2008). Subsanan las desigualdades en una generación.

Osorio A. M., Tovar L. M. y K. Rathmann (2014) Factores a nivel individual y comunitario y el uso de controles prenatales en Colombia: un análisis multinivel. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(5):1079-1092, mai, 2014 , <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00073513>

Planas, M. E., Garcia, P. J., Bustelo, M., Carcamo, C. P., Martinez, S., Nopo, H., ... & Morrison, A. (2015). Effects of Ethnic Attributes on the Quality of Family Planning Services in Lima, Peru: A Randomized Crossover Trial. *PLoS One*. 2015; 10(2): e0115274. doi: 10.1371/journal.pone.0115274

Pratley, P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med*. 2016 Nov;169:119-131. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.08.001. Epub 2016 Aug 22.

Rosenzweig, MR, ed (1997). *Handbook of Population and Family Economics*, Volume 1^a. 1st Edition

Rowlands, J. (1995). Empowerment examined. *Development in practice*, 5(2), 101-107.

Ruiz-Bravo, P., Vargas, S., & Clausen, J. (2018). Empoderar para Incluir: Análisis de las Múltiples Dimensiones y Factores Asociados al Empoderamiento de las Mujeres en el Perú a partir del Uso de una Aproximación de Metodologías Mixtas. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, Perú.

Schuler, M. (1997). Los derechos de las mujeres son derechos humanos: la agenda internacional del empoderamiento. En Magdalena León (Ed.). *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 29-54). Bogotá: TM editores.

Schuler, M., Hashemi, S., & Riley, A. (1991). Rural credit, empowerment of women and family planning in Bangladesh. Empowerment of women program, JSI Research and Training institute.

Schultz, TP (1969). An Economic Model of Family Planning and Fertility. *Journal of Political Economy* 77, no. 2 (Mar. - Apr., 1969): 153-180. <https://doi.org/10.1086/259506>

Schultz, TP (1994). Human Capital, Family Planning, and Their Effects on Population Growth. *The American Economic Review*, Vol. 84, No. 2, Papers and Proceedings of the Hundred and Sixth Annual Meeting of the American Economic Association (May, 1994), pp. 255-260.

Schultz, TP (2009). Population and Health Policies, IZA Discussion Paper No. 4340 August 2009

Schultz, TP (2010). Population and Health Policies, en *Handbook of Development Economics*, Rosenzweig, MR y Rodrik, D (2009).

Sebayang, S. K., Efendi, F., y Astutik, E.. (2017). Women's Empowerment and the Use of Antenatal Care Services in Southeast Asian Countries. DHS Working Paper No. 129. Rockville, Maryland, USA: ICF.

Sen, G. y Ostlin, P. (2007): "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it". Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network, Indian Institute of Management Bangalore and Karolinska Institutet.

Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient: Gender Inequity in Health: why it Exists and how We Can Change it: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.

Thorpe S, VanderEnde K, Peters C, Bardin L, Yount KM (2016). The Influence of Women's Empowerment on Child Immunization Coverage in Low, Lower-Middle, and Upper-Middle Income Countries: A Systematic Review of the Literature. *Matern Child Health J*. 2016 Jan;20(1):172-186. doi: 10.1007/s10995-015-1817-8.

Upadhyay UD, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Fraser A, Huchko MJ, Prata N (2014). Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 2014 Aug; 115:111-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014. Epub 2014 Jun 11.

Vera Tudela, D. (2010). Impacto económico del empoderamiento de la mujer en el hogar: una aplicación al caso peruano. *Economía y Sociedad*, 74, 41-49.

WHO (2010). Progress Report Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. July 2010

World Bank (2001). *Engendering development: Through gender equality in rights, resources, and voice*. Oxford: Oxford University Press.

World Bank (2015). *World Development Report 2015 - Mind, Society and Behavior*.

Yaya, S., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2018). Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. *Reproductive Health* (2018) 15:214 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0658-5>

8. ANEXOS

Tabla 8.1. Correcta clasificación de las estimaciones

Uso de Métodos Anticonceptivos Modernos			
	Observado = 1	Observado = 0	Total
Estimado = 1	15698	7422	23120
Estimado = 0	1699	2619	4318
Correcta clasificación			66.76%

Uso de Métodos de decisión de la Mujer			
	Observado = 1	Observado = 0	Total
Estimado = 1	8209	5452	13661
Estimado = 0	5283	8494	13777
Correcta clasificación			60.88%

Uso de Métodos de decisión de la Pareja			
	Observado = 1	Observado = 0	Total
Estimado = 1	1597	1250	2847
Estimado = 0	8065	16524	24589
Correcta clasificación			66.05%

Despistaje de VIH			
	Observado = 1	Observado = 0	Total
Estimado = 1	1207	988	2195
Estimado = 0	7364	19257	26621
Correcta clasificación			71.02%

Consulta ante síntomas de ITS			
	Observado = 1	Observado = 0	Total
Estimado = 1	2304	752	3056
Estimado = 0	148	210	358
Correcta clasificación			73.64%

Tabla 8.2. Estimaciones logit sin controles

VARIABLES	(1) Uso de Métodos Anticonceptivos Modernos	(2) Uso Métodos Decisión de la Mujer	(3) Uso Métodos Decisión de la Pareja	(4) Despitaje VIH	(5) Consulta ante síntomas ITS
Indicador 1: Medio	-0.040 (0.037)	-0.015 (0.036)	-0.095** (0.037)	-0.017 (0.040)	-0.386*** (0.104)
Indicador 1: Alto	-0.095*** (0.035)	-0.122*** (0.034)	-0.009 (0.035)	0.001 (0.037)	-0.036 (0.102)
Indicador 2: Medio	0.094*** (0.031)	0.089*** (0.030)	-0.118*** (0.031)	0.132*** (0.033)	0.198** (0.090)
Indicador 2: Alto	-0.042 (0.046)	0.084* (0.045)	-0.340*** (0.047)	-0.003 (0.050)	0.048 (0.139)
Indicador 3: Medio	0.359*** (0.048)	0.075 (0.047)	0.217*** (0.049)	0.320*** (0.054)	0.297** (0.121)
Indicador 3: Alto	0.284*** (0.038)	-0.035 (0.038)	0.295*** (0.039)	0.348*** (0.045)	0.389*** (0.102)
Indicador 4: Medio	0.295*** (0.049)	0.123** (0.049)	0.078 (0.050)	0.085 (0.055)	0.467*** (0.147)
Indicador 4: Alto	0.482*** (0.043)	0.184*** (0.043)	0.070 (0.044)	0.083* (0.049)	0.552*** (0.124)
Constante	-0.224*** (0.050)	-0.394*** (0.051)	-0.630*** (0.052)	-1.488*** (0.059)	0.198 (0.136)
Observaciones	27,440	27,440	27,440	28,819	3,415

Errores estándar en paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE LOS PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

▪ Libros

Adolfo Figueroa

2019 *The Quality of Society Essays on the Unified Theory of Capitalism*. New York, Palgrave MacMillan.

Carlos Contreras y Stephan Gruber (Eds.)

2019 *Historia del Pensamiento Económico en el Perú. Antología y selección de textos*. Lima, Facultad de Ciencias Sociales PUCP.

Barreix, Alberto Daniel; Corrales, Luis Fernando; Benitez, Juan Carlos; Garcimartín, Carlos; Ardanaz, Martín; Díaz, Santiago; Cerda, Rodrigo; Larraín B., Felipe; Revilla, Ernesto; Acevedo, Carlos; Peña, Santiago; Agüero, Emmanuel; Mendoza Bellido, Waldo; Escobar Arango y Andrés.

2019 *Reglas fiscales resilientes en América Latina*. Washington, BID.

José D. Gallardo Ku

2019 *Notas de teoría para para la incertidumbre*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Úrsula Aldana, Jhonatan Clausen, Angelo Cozzubo, Carolina Trivelli, Carlos Urrutia y Johanna Yancari

2018 *Desigualdad y pobreza en un contexto de crecimiento económico*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

Séverine Deneulin, Jhonatan Clausen y Arely Valencia (Eds.)

2018 *Introducción al enfoque de las capacidades: Aportes para el Desarrollo Humano en América Latina*. Flacso Argentina y Editorial Manantial. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Mario Dammil, Oscar Dancourt y Roberto Frenkel (Eds.)

2018 *Dilemas de las políticas cambiarias y monetarias en América Latina*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

María Teresa Oré e Ismael Muñoz (Eds.)

2018 *Aguas en disputa. Ica y Huancavelica, entre el entrampamiento y el diálogo*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Patricia Benavente, José Escaffi, José Távara y Alonso Segura

2017 *Las alianzas público-privadas (APP) en el Perú: Beneficios y riesgos*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Waldo Mendoza

2017 *Macroeconomía Intermedia para América Latina. Tercera edición actualizada y Aumentada*. Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

▪ *Documentos de Trabajo*

- No. 491 “Inversión en infraestructura y demanda turística: una aplicación del enfoque de control sintético para el caso Kuéalp, Perú”. Erick Lahura y Rosario Sabrera. Julio, 2020.
- No. 490 “La dinámica de inversión privada. El modelo del acelerados flexible en una economía abierta”. Waldo Mendoza Bellido. Mayo, 2020.
- No. 489 “Time-Varying Impact of Fiscal Shocks over GDP Growth in Peru: An Empirical Application using Hybrid TVP-VAR-SV Models”. Álvaro Jiménez y Gabriel Rodríguez. Abril, 2020.
- No. 488 “Experimentos clásicos de economía. Evidencia de laboratorio de Perú”. Kristian López Vargas y Alejandro Lugon. Marzo, 2020.
- No. 487 “Investigación y desarrollo, tecnologías de información y comunicación e impactos sobre el proceso de innovación y la productividad”. Mario D. Tello. Marzo, 2020.
- No. 486 “The Political Economy Approach of Trade Barriers: The Case of Peruvian’s Trade Liberalization”. Mario D. Tello. Marzo, 2020.
- No. 485 “Evolution of Monetary Policy in Peru. An Empirical Application Using a Mixture Innovation TVP-VAR-SV Model”. Jhonatan Portilla Goicochea y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 484 “Modeling the Volatility of Returns on Commodities: An Application and Empirical Comparison of GARCH and SV Models”. Jean Pierre Fernández Prada Saucedo y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 483 “Macroeconomic Effects of Loan Supply Shocks: Empirical Evidence”. Jefferson Martínez y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 482 “Acerca de la relación entre el gasto público por alumno y los retornos a la educación en el Perú: un análisis por cohortes”. Luis García y Sara Sánchez. Febrero, 2020.
- No. 481 “Stochastic Volatility in Mean. Empirical Evidence from Stock Latin American Markets”. Carlos A. Abanto-Valle, Gabriel Rodríguez y Hernán B. Garrafa-Aragón. Febrero, 2020.
- No. 480 “Presidential Approval in Peru: An Empirical Analysis Using a Fractionally Cointegrated VAR2”. Alexander Boca Saravia y Gabriel Rodríguez. Diciembre, 2019.
- No. 479 “La Ley de Okun en el Perú: Lima Metropolitana 1971 – 2016.” Cecilia Garavito. Agosto, 2019.
- No. 478 “Peru’s Regional Growth and Convergence in 1979-2017: An Empirical Spatial Panel Data Analysis”. Juan Palomino y Gabriel Rodríguez. Marzo, 2019.

- No. 477 “The Mundell-Fleming Model: A dirty float versión”. Waldo Mendoza Bellido. Marzo, 2019.
- No. 476 “Políticas de estabilización vs Políticas de crecimiento en Perú 2011-2018”. José A. Oscategui. Febrero, 2019.
- No. 475 “El sector gastronómico en el Perú: encadenamientos y su potencial en crecimiento económico”. Mario D. Tello. Febrero, 2019.
- No. 474 “Multiplicadores del turismo en el Perú, 2011”. Mario D. Tello. Febrero, 2019.
- No. 473 “El sistema de Madrid y la reducción de los costos de transacción. Una evaluación econométrica”. José A. Tavera y Angelo Cozzubo. Febrero, 2019.

▪ *Materiales de Enseñanza*

- No. 5 “Matemáticas para Economistas 1”. Tessy Vázquez Baos. Abril, 2019.
- No. 4 “Teoría de la Regulación”. Roxana Barrantes. Marzo, 2019.
- No. 3 “Economía Pública”. Roxana Barrantes, Silvana Manrique y Carla Glave. Marzo, 2018.
- No. 2 “Macroeconomía: Enfoques y modelos. Ejercicios resueltos”. Felix Jiménez. Marzo, 2016.
- No. 1 “Introducción a la teoría del Equilibrio General”. Alejandro Lugon. Octubre, 2015.