

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



¿El empoderamiento femenino está asociado con la salud materna en el Perú?:  
Un estudio cuantitativo a la luz del Enfoque de Capacidades (2022)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Economía presentado

por:

Quispe Paucar, Angie Cristina

Asesora:

Iturrino Vilchez, Fiorella


Lima, 2025

## Informe de Similitud

Yo, Iturrino Vilchez, Fiorella, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado ¿El empoderamiento femenino está asociado con la salud materna en el Perú?: Un estudio cuantitativo a la luz del Enfoque de Capacidades (2022), del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Quispe Paucar, Angie Cristina deo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 20%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 04/02/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 06 de febrero del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Iturrino Vilchez, Fiorella</u>	
DNI: 25752467	Firma 
ORCID: 0000-0001-6599-2870	

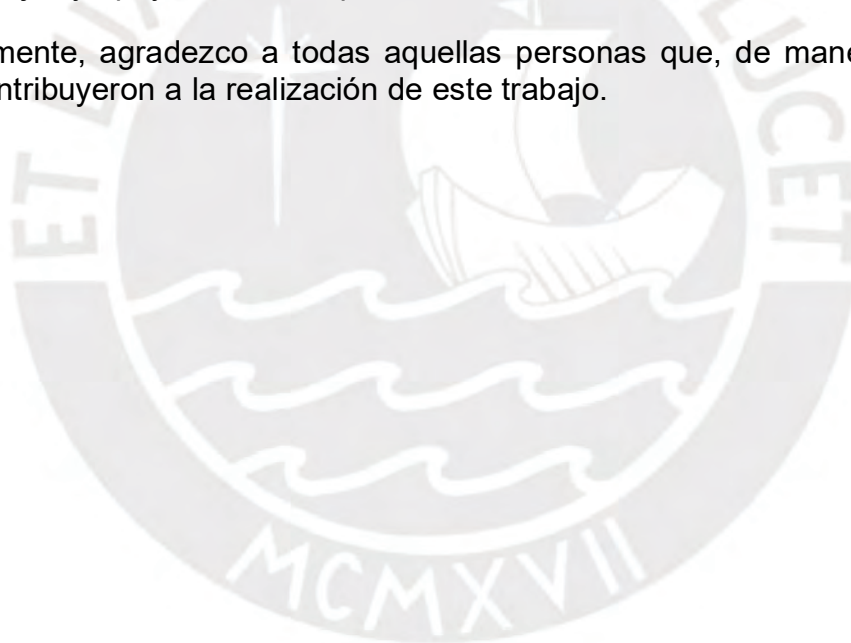
## Agradecimientos

A mi abuela, quien encarnó el proceso de empoderamiento que inspiró mi estudio. Con la fuerza de sus actos cotidianos, construyó su propio espacio de libertad, transformando no solo su vida, sino también la de sus hijas y sus nietas, incluida la mía. Este trabajo es un reflejo del legado que me dejaste: el poder de decidir.

A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y brindarme las herramientas y oportunidades que hicieron posible este logro. A mi hermano pequeño, André, por motivarme a ser mejor cada día, y a toda mi familia, cuyo apoyo será siempre mi mayor fortaleza.

Gracias a mi asesora, Fiorella Iturrino, por guiarme con sabiduría y por proponer un tema tan relevante como la salud materna. A los miembros del jurado, Roxana Barrantes y Pedro Francke, por su dedicación y valiosos comentarios que enriquecieron el desarrollo de esta investigación. A mi profesor, Juan León, por confiar en mi propuesta sobre el empoderamiento femenino desde el inicio, y a Fabio Salas, por sus consejos y apoyo desde las primeras versiones de esta tesis.

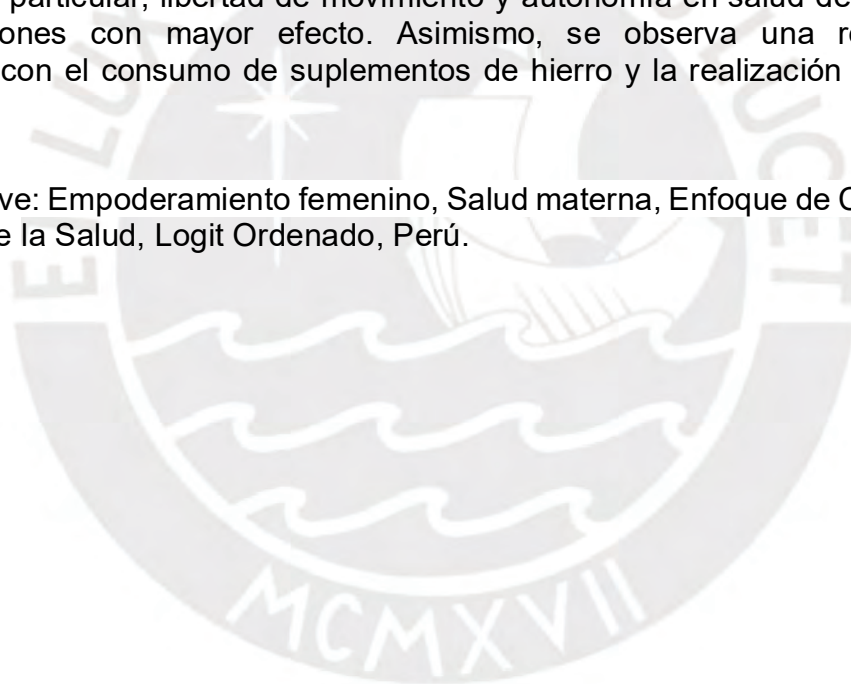
Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a la realización de este trabajo.



## Resumen

Aunque se han logrado avances en el compromiso global para reducir las desigualdades en la salud materna, gran parte de la problemática persiste debido a la falta de una utilización adecuada y oportuna de los servicios de salud materna. Asimismo, las mujeres enfrentan barreras geográficas, económicas y socioculturales que limitan su acceso a una atención de calidad y restringen su capacidad de decisión. En este contexto, el empoderamiento femenino emerge como un determinante clave de la salud materna y la calidad de vida de las mujeres. Esta investigación tiene como objetivo analizar la relación entre el empoderamiento femenino y la utilización de servicios de salud materna en el Perú. Utilizando datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2022, se construyen cuatro indicadores de empoderamiento: libertad de movimiento, control de recursos económicos, autonomía en salud y participación sobre grandes gastos del hogar. El análisis emplea un modelo Logit Ordenado para evaluar cómo estas dimensiones influyen en la utilización de un paquete integral de servicios de salud materna. Los resultados sugieren que un mayor nivel de empoderamiento en las mujeres está asociado con una mayor probabilidad de acceder a una gama más amplia de servicios de salud materna. En particular, libertad de movimiento y autonomía en salud destacan como las dimensiones con mayor efecto. Asimismo, se observa una relación más significativa con el consumo de suplementos de hierro y la realización de controles prenatales.

Palabras clave: Empoderamiento femenino, Salud materna, Enfoque de Capacidades, Economía de la Salud, Logit Ordenado, Perú.

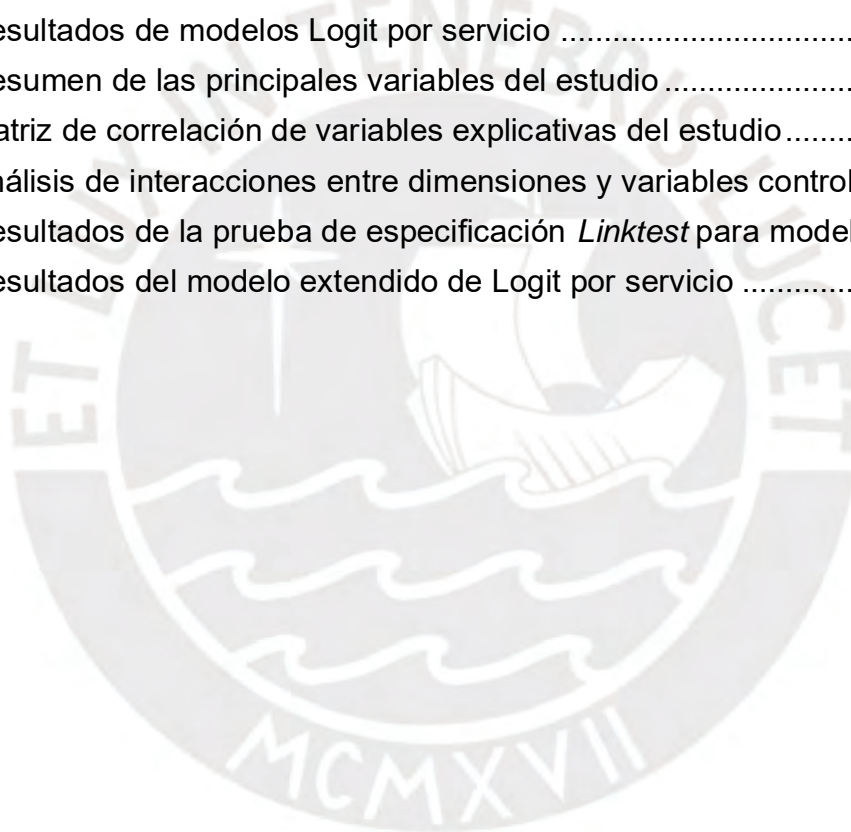


## Índice de Contenido

Introducción .....	1
Capítulo 1. Estado del Arte .....	5
1.1. Empoderamiento de la Mujer: Historia y Conceptualización .....	5
1.2. La salud materna .....	7
1.3. ¿Mujeres más empoderadas, mujeres más sanas?: Evidencia internacional y nacional .....	10
Capítulo 2. Marco Teórico .....	13
2.1. Empoderamiento de la mujer a la luz del Enfoque de Capacidades.....	13
2.2. El rol del empoderamiento femenino en la utilización de servicios de salud materna .....	14
Capítulo 3. Metodología .....	18
3.1. Indicadores del Empoderamiento Femenino.....	18
3.2. Medición de la utilización a servicios de salud materna .....	19
3.3. Variables de Control.....	20
3.4. Modelo econométrico con variable endógena latente .....	21
Capítulo 4. Hechos Estilizados .....	23
4.1. Utilización de servicios de salud materna .....	23
4.2. Alcance de las Dimensiones de Empoderamiento Femenino .....	25
Capítulo 5. Resultados econométricos .....	28
5.1. Estimación del modelo Logit Ordenado.....	28
5.2. Análisis por subgrupos y por interacciones .....	30
5.3. Modelos adicionales .....	34
Conclusiones .....	37
Referencias Bibliográficas.....	40
Anexos .....	46
Anexo A: Estadísticas descriptivas de las principales variables del estudio.....	46
Anexo B: Correlación de las variables explicativas del estudio.....	47
Anexo C: Interacciones entre dimensiones y variables control .....	48
Anexo D: Prueba <i>Linktest</i> para los modelos Logit por servicio .....	49
Anexo E: Modelo extendido de Logit por servicio .....	50

## Índice de Tablas

Tabla 1: Criterios de indicadores de empoderamiento femenino .....	19
Tabla 2: Criterios de indicadores de utilización para cada servicio del PISG .....	19
Tabla 3: Variables de control del estudio .....	20
Tabla 4: Porcentaje de madres que utilizaron cada servicio del PISG, 2022 .....	24
Tabla 5: Distribución de madres que cumple con cada dimensión .....	27
Tabla 6: Modelo Logit Ordenado con los servicios de salud materna, 2022 .....	29
Tabla 7: Comparación entre probabilidades observadas y predichas para el uso de servicios en el Modelo Logit Ordenado .....	30
Tabla 8: Análisis por subgrupos .....	32
Tabla 9: Análisis por Interacciones .....	33
Tabla 10: Resultados de modelos Logit por servicio .....	35
Tabla 11: Resumen de las principales variables del estudio .....	46
Tabla 12: Matriz de correlación de variables explicativas del estudio .....	47
Tabla 13: Análisis de interacciones entre dimensiones y variables control .....	48
Tabla 14: Resultados de la prueba de especificación <i>Linktest</i> para modelos Logit ..	49
Tabla 15: Resultados del modelo extendido de Logit por servicio .....	50



## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Proceso de Empoderamiento.....	15
Gráfico 2: Marco Teórico: Empoderamiento y utilización de servicios de salud materna con el Enfoque de Capacidades.....	16
Gráfico 3: Distribución de mujeres según número de servicios utilizados .....	23
Gráfico 4: Porcentaje de madres que participan en las dimensiones, 2022 .....	26



## Introducción

En el 2021, el Perú registró un promedio de 9 muertes maternas por semana, alcanzando picos de hasta 22 fallecimientos semanales (CDC Minsa, 2022). La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y uno de los mayores desafíos para el desarrollo, especialmente en las regiones más vulnerables del país. Desde una perspectiva global, la mejora de la salud materna se ha convertido en uno de los indicadores clave en la medición del desarrollo de los países y se enmarca en el quinto ODS, el cual busca “asegurar el acceso universal a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres” (ONU y CEPAL, 2016, p.33). Del mismo modo, siendo el embarazo un fenómeno natural, pero altamente riesgoso para la vida de la madre y el niño, también se aborda en el tercer ODS, el cual consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

La evidencia señala la importancia de invertir en salud materna a través de la atención prenatal y del parto. Por un lado, la atención prenatal ayuda a identificar signos de peligro, síntomas de problemas de salud y brinda atención médica importante, como la vacunación contra el tétanos, suplementos de hierro y medicamentos contra enfermedades parasitarias (Hearld et al., 2018). Por otro lado, el parto en un establecimiento de salud y con personal calificado garantiza atención especializada, prevención y tratamiento de emergencias obstétricas (Altman et al., 2017). Así, la utilización de estos servicios puede reducir hasta un 50% – 70% de las muertes maternas y neonatales a través de la detección oportuna y prevención de factores de riesgo (OMS, 2018).

No obstante, la utilización de servicios de salud materna puede depender tanto de factores de oferta como de demanda. Los factores de oferta son aquellos que influyen en la prestación y cobertura de servicios, como el precio y la calidad de los medicamentos, el número de centros médicos equipados por departamento, la eficiencia del personal, entre otros. En este contexto, las políticas públicas han priorizado históricamente la mejora de estos factores de oferta, enfocándose en ampliar la cobertura de los servicios. Por otro lado, en el ámbito de la salud materna, los factores de la demanda hacen referencia a la capacidad de la mujer para utilizar estos servicios, condicionados por aspectos como los costos indirectos de transporte, el acceso a información sobre salud, los ingresos, las preferencias familiares, entre

otros (Shibre et al., 2021). Este contraste evidencia la necesidad de considerar ambos enfoques para garantizar un acceso más efectivo a los servicios de salud.

Además de las barreras geográficas y financieras que enfrentan las mujeres para acceder a atención materna de calidad, también existen barreras culturales y sociales que limitan su capacidad de decisión, tales como el bajo estatus socioeconómico, un entorno con altos índices de violencia y los mecanismos de asignación de recursos dentro del hogar que a menudo son influenciados por normas de género (Shibre et al., 2021). La interacción de estos factores no solo impacta negativamente el bienestar de las mujeres, sino que también reduce la utilización de servicios de atención médica. En este contexto, el empoderamiento emerge como un factor fundamental para promover la salud materna y mejorar la calidad de vida de las mujeres (Mokam y Akono, 2022; Vizheh et al., 2021; Shibre et al., 2021; Hearld et al., 2018; Kawaguchi et al., 2014).

El empoderamiento implica un proceso de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para lograr sus objetivos, alcanzar sus metas personales y acceder a oportunidades que permitan alcanzar un nivel óptimo de desarrollo humano (Sen, 2000). Durante el embarazo, el empoderamiento se traduce en una mayor capacidad para tomar decisiones estratégicas e informadas con relación a su salud y bienestar (Prah, 2010). Además, el empoderamiento se relaciona con la sensación de autorrealización e independencia que adquieren las madres al interactuar autónomamente con el personal médico (Kameda y Shimada, 2008). Como bien sostiene Sen, "cualquier intento práctico para mejorar el bienestar de las mujeres no puede sino recurrir a la agencia de las propias mujeres para lograr tal cambio" (1999, pg. 238). En este sentido, la presente investigación plantea la hipótesis de que existe una relación directa entre el empoderamiento de las mujeres y su salud materna. A medida que las mujeres alcanzan mayores niveles de empoderamiento, fortalecen su capacidad para tomar decisiones autónomas, informadas y estratégicas relacionadas con su salud, lo que se traduce en un incremento en la utilización de servicios de salud materna.

En el Perú, existen pocos estudios que evidencien la relación existente entre el empoderamiento de las mujeres y la salud materna. Una razón de esto es que las políticas de salud tradicionales no reconocen a las mujeres como agentes autónomas de sus propias vidas, sino como instrumentos para cumplir con roles de género socialmente atribuidos (Lip et al., 2005). Es decir, al ser las mujeres consideradas las

responsables de la atención del hogar y la crianza de los hijos, su utilización a la atención prenatal y al cuidado de la salud en general es visto como un medio para alcanzar un fin asociado al bienestar del niño. Según Prah (2010), el concepto de maximización de la salud puede vincularse con la salud materna en tanto que maximizar la salud de las madres contribuye directamente a la salud óptima de sus hijos. No obstante, no se puede subestimar la importancia del bienestar de las madres durante el embarazo y el parto para lograr ese objetivo.

Durante la pandemia de COVID-19, la relación entre la atención prenatal y la mortalidad materna se hizo más evidente. La principal preocupación fue evitar la exposición del feto al virus, lo que llevó a que los centros de salud no siempre priorizaran el acceso a la atención prenatal o el riesgo de mortalidad materna (Gianella et al., 2021). De hecho, en el año 2020, la preeclampsia y la eclampsia se identificaron como las principales causas de muertes maternas, siendo la falta de atención prenatal un factor de riesgo crítico para las mujeres con estas afecciones (Amorim, Santos et al., 2001). Además, la saturación de los servicios de salud, incluidas las unidades de cuidados intensivos destinadas a mujeres embarazadas, agravó significativamente estas problemáticas (UNFPA 2020).

A partir de lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el empoderamiento femenino y la utilización de servicios de salud materna en el Perú?<sup>1</sup>. Este estudio busca analizar la utilización de servicios de atención prenatal y parto institucional desde una perspectiva que pone en valor la agencia de las mujeres en la construcción de su propio bienestar, en consonancia con la definición de empoderamiento femenino bajo el Enfoque de Capacidades. Además, dado el limitado número de estudios cuantitativos que exploran el empoderamiento en el contexto peruano, esta investigación busca aportar nueva evidencia sobre su influencia en aspectos fundamentales del bienestar de las mujeres, como lo es la salud materna.

El objetivo principal de esta tesis es analizar la relación entre el empoderamiento femenino y la utilización de servicios de salud materna en mujeres de 15 a 49 años en el Perú. Para ello, se utilizará la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2022. El análisis se llevará a cabo mediante modelos Logit, que permitirán identificar la asociación entre

---

<sup>1</sup> En un rango de edad limitado de 15 a 49 años.

la utilización del Paquete Integral de Servicios a la Gestante (PISG) y los indicadores de empoderamiento propuestos en este estudio. El empoderamiento femenino será evaluado a través de cuatro indicadores clave: libertad de movimiento, control de recursos económicos, autonomía en salud y participación en decisiones sobre grandes gastos del hogar. Por su parte, el PISG, proporcionado por el MINSA, se empleará como referencia para evaluar los servicios de salud materna. Este paquete incluye controles prenatales, exámenes auxiliares, suplemento de hierro y atención en el parto institucional.

El documento está estructurado de la siguiente manera: el Capítulo 1, correspondiente al Estado del Arte, presenta una revisión de la literatura sobre el empoderamiento femenino y su relación con el bienestar y la salud materna. El Capítulo 2, dedicado al Marco Teórico, fundamenta esta relación a través del Enfoque de Capacidades. En el Capítulo 3 se detallan la construcción de los indicadores de empoderamiento y del PISG, así como la aplicación del modelo econométrico utilizado para explorar la relación entre ambos componentes. El Capítulo 4 expone los principales hechos estilizados relevantes para el análisis, mientras que el Capítulo 5 presenta los resultados del estudio y su interpretación. Finalmente, se sintetizan las principales conclusiones y aportes de la investigación.

## Capítulo 1. Estado del Arte

### 1.1 Empoderamiento de la Mujer: Historia y Conceptualización

El concepto de empoderamiento de la mujer surge a raíz de las críticas y debates generados por el movimiento feminista alrededor del mundo durante la década de 1980 (Batliwala, 2007). Desde entonces, los intentos de aproximación a la definición del empoderamiento de la mujer tuvieron una multiplicidad de enfoques para explicar dicho fenómeno. Sin embargo, desde mediados de la década de los 90, el empoderamiento fue un término utilizado para delinear procesos de transformación social que desafiaba las relaciones de desigualdad y exclusión por medio de participación económica, concientización o acción colectiva (Batliwala, 1994; Kabeer, 1994, 1999, como se citó en Unterhalter, 2019). Así, el término “empoderamiento femenino” contenía, desde sus inicios, una idea política y transformadora de lucha que desafiaba aquellas instituciones mediadoras de la condición subordinada de la mujer en la sociedad (Batliwala, 2007).

La primera vez que el empoderamiento fue usado como concepto fue a mediados del siglo 1600 y era asociado únicamente a hombres, donde el “poder” era otorgado por la ley o la suprema autoridad para hacer e imponer cosas (Unterhalter, 2019). Décadas después, el empoderamiento como término sufre un *Transformismo*<sup>2</sup> y pasa de ser representado como imposición de los “poderosos”, a un concepto “optimista” que expresa el sentido de agencia humana y aboga por un reordenamiento institucional que se haga responsable de aquellos y aquellas que son excluidos, subordinados y sujetos de desigualdad (Unterhalter, 2019). En la literatura histórica, son las mujeres, las personas en situación de pobreza, y los grupos vulnerables los que han captado la mayor atención por parte de los estudios del empoderamiento (Samman y Santos, 2009).

Como se mencionó anteriormente, la conceptualización del empoderamiento cambia su énfasis en aquellos grupos más desfavorecidos a causa de las relaciones de poder socialmente construidas. Sin embargo, el tema del empoderamiento femenino tiene especial resonancia en este estudio, pues permite cuestionar las relaciones de género que obstaculizan este proceso para las mujeres.

---

<sup>2</sup> Batliwala (2007) argumenta que el término empoderamiento pasó por un proceso de *Transformismo* sostenido por las instituciones en el paso del tiempo. Esto ha ocasionado lecturas tanto pesimistas como optimistas del empoderamiento (Unterhalter, 2022).

El empoderamiento para las mujeres requiere el cuestionamiento de los sistemas de poder basados en el género que moldean la organización social, política y económica de las sociedades (Batliwala, 1994). Así, el empoderamiento femenino implicaría una transformación tanto a nivel individual como colectiva (Kabeer, 1997). Pues, por un lado, el empoderamiento es un proceso individual desde el cual la persona va tomando poder sobre sus decisiones. Y por otro, es lo colectivo lo que constituye los espacios de toma de decisiones por las relaciones de poder entre hombres y mujeres que existen en el entorno (Vera Tudela, 2010; Gamio et al., 2020). Además, el empoderamiento de las mujeres contiene elementos adicionales únicos dado que es un proceso donde los obstáculos emergen desde el propio hogar (Kabeer 2001; Bisnath y Elson 1999; Sen y Crecido 1987; Batliwala 1994, como se citó en Mishra et al., 2011).

Según Kabeer (1999), el empoderamiento se define como la expansión de la capacidad para tomar decisiones estratégicas sobre la vida en un contexto donde previamente se ha negado esta capacidad. En ese sentido, las mujeres por sí mismas deben ser agentes activos de este proceso de cambio que afecta su propia vida y bienestar (Kabeer, 2001; Sen, 1999). Este dominio de la agencia para las mujeres se define como la habilidad para definir sus objetivos y actuar en consecuencia por ellos, eventualmente medido a través del control de recursos y toma de decisiones estratégicas que afectan sus vidas y sus contextos (Kabeer, 1999). Esta noción definida por Kabeer (1999) es la que guiará la presente investigación.

La literatura sobre empoderamiento femenino en el Perú es relativamente escasa. Vera Tudela (2010) aborda el empoderamiento y sus determinantes específicos con la ENDES (2005-2008). Al analizar los determinantes, encuentra que ser jefa de hogar y tener empleo remunerado, aumentan la probabilidad de que una mujer tenga un alto nivel de empoderamiento económico y familiar, mientras que el nivel educativo solo influye en un nivel de empoderamiento medio. Por otro lado, evidencia que el uso de la lengua materna indígena aumenta la probabilidad de tener un nivel de empoderamiento económico bajo (Vera Tudela, 2010).

Alcázar et al. (2014) analizan cómo las transferencias monetarias condicionadas otorgadas por el programa social Juntos tuvieron un efecto colateral en el empoderamiento de las mujeres usuarias. Se evidenció que los ingresos que las mujeres recibieron permitió que se involucraran más en las decisiones de gasto del hogar. Como señalan las autoras, a través de las encuestas realizadas, se demostró

que las usuarias se percibían a sí mismas con mayor autonomía y con capacidad de realizar cambios fundamentales en su vida, como tomar decisiones en temas en los que anteriormente no podían.

Más recientemente, Ruiz Bravo et al. (2018) crearon un Índice multidimensional de Des-empoderamiento de la Mujer utilizando la ENDES (2016). Las dimensiones propuestas fueron (i) vida y salud física, (ii) control sobre el entorno material, (iii) relaciones sociales e (iv) integridad física y seguridad. Un primer resultado del estudio señaló que, a mayor cantidad de años de educación, hay menor probabilidad de que una mujer esté desempoderada. Además, una mujer que pertenece al ámbito rural tiene más probabilidad de estar desempoderada por una posición desventajosa en los indicadores de control del cuidado de su salud, autonomía en las relaciones sociales y no contar con empleo. Mientras que una mujer en el área urbana puede ser desempoderada principalmente por el indicador de padecimiento de violencia conyugal.

## 1.2 La salud materna

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio (OMS, 2018). El acceso universal a la atención prenatal, incluidos suplementos de ácido fólico, de sulfato ferroso, la evaluación para diabetes, los controles prenatales y la asistencia a exámenes auxiliares de orina, y hemoglobina; así como, medidas preventivas de algunas infecciones<sup>3</sup> como la vacunación pre- embarazo, son solo algunos de los servicios que aborda la salud materna (OMS, 2017; Abarca, 2003). La finalidad de los servicios de atención prenatal es detectar situaciones que pueden poner en peligro la salud de la madre y el niño, pues existe un nexo biológico entre ambos. En esa línea, la literatura médica evidencia que en la etapa de embarazo, parto y posparto se establece una relación de transmisión biológica entre la madre y el hijo (Mothupi et al., 2020; Firoz et al., 2013; Caulfield et al., 1998).

Un ejemplo claro de los canales de transmisión biológica entre la madre y el hijo es el relacionado con la alimentación de la gestante. Una nutrición adecuada antes, durante y después del embarazo optimiza la transferencia de nutrientes

---

<sup>3</sup> Existen una variedad de infecciones transmisibles durante el embarazo. Las más comunes son Infecciones del tracto urinario (ITU), Infección por el virus del herpes simple (herpes genital) e Infecciones respiratorias (Jones et al., 2022).

esenciales al feto en desarrollo (Jones et al., 2022). En contraste, la anemia materna incrementa significativamente el riesgo de que el feto experimente un crecimiento intrauterino restringido y nazca con bajo peso (Beltrán y Seinfeld, 2014; Restrepo y Parra, 2009). De manera similar, existen canales de transmisión asociados al contagio de enfermedades de la madre al hijo. Durante el embarazo, las mujeres enfrentan un estado de vulnerabilidad elevado, con mayor exposición a infecciones bacterianas, virales y parasitarias, las cuales pueden transmitirse al feto y comprometer su desarrollo (Abarca, 2003; González et al., 2005; Kourtiz et al., 2010).

A partir de estas relaciones biológicas, la utilización efectiva y sostenida de los servicios de salud materna constituye una estrategia crucial para disminuir la mortalidad y morbilidad tanto materna como neonatal (Rahman et al., 2021). En este contexto, la evaluación de la salud materna en el diseño de políticas públicas no debe centrarse únicamente en la disponibilidad de servicios (por ejemplo, el número de establecimientos que brindan atención a gestantes). Es esencial también analizar el nivel de utilización de estos servicios y su alineación con las necesidades reales de la población (Beteta y del Pozo, 2014). En este contexto, la falta de empoderamiento puede constituirse como un obstáculo para el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en sociedades donde la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuidado personal está restringida (Rahman et al., 2021).

Esta problemática adquiere mayor relevancia en escenarios donde las políticas orientadas a garantizar estos servicios perpetúan una visión instrumental de la mujer, basada en la premisa de “mujeres más sanas, niños más sanos”. Históricamente, la gestión de los servicios de salud materna ha priorizado los logros relacionados con el bienestar infantil, dejando en un segundo plano la salud y el bienestar de las madres. En respuesta, diversas instituciones internacionales<sup>4</sup> han promovido un enfoque renovado que reconozca el bienestar de las mujeres como un objetivo central en la provisión efectiva de servicios de salud materna.

En consonancia con el ODS 3 y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se propone un enfoque integral de atención prenatal que se centra en la calidad y continuidad de los servicios dirigidos a las gestantes. La OMS sugiere que las gestantes deben recibir al menos ocho controles prenatales, y

---

<sup>4</sup> Instituciones internacionales como [Alliance for reproductive, maternal, and newborn health \(USAID\)](#); [Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health \(WHO\)](#) y [United Nations Population Fund \(UNFPA\)](#)

se recomienda que el primer control se realice en el primer trimestre del embarazo. Asimismo, los exámenes auxiliares durante el embarazo, como los análisis de sangre y orina, permiten detectar posibles enfermedades o condiciones de riesgo, así como monitorear la salud general de la madre y el desarrollo del feto. Además de los controles prenatales, el acceso a suplementos de hierro durante el embarazo es esencial. El hierro desempeña un papel crucial en el suministro de oxígeno necesario para el crecimiento saludable del bebé y para prevenir la anemia materna. De hecho, se ha demostrado que la administración diaria de suplementos de hierro reduce en un 70% el riesgo de anemia materna al final del embarazo (OMS, 2014). Por otro lado, el parto en un establecimiento de salud y con personal calificado reduce significativamente el riesgo de complicaciones y de emergencias obstétricas; y asegura una atención adecuada tanto para la madre como para el recién nacido (Altman et al., 2017). En suma, el acceso a controles prenatales, suplementos de hierro, parto institucional y exámenes auxiliares conforman un paquete integral de atención materna que busca garantizar el bienestar de las madres y sus hijos.

La utilización de los servicios dirigidos a las gestantes está condicionada por factores contextuales de índole socioeconómica, demográfica y cultural, que influyen directamente en el acceso y la frecuencia de uso de dichos servicios (Mokam y Akono, 2022). Entre los determinantes más relevantes se encuentran el nivel socioeconómico del hogar, el nivel educativo de la madre, la edad de la madre, y la zona de residencia (De la Torre y Oyola, 2014; Castañeda, 2014; Mokam y Akono, 2022).

En primer lugar, las gestantes de hogares ubicados en los quintiles más bajos de riqueza suelen enfrentar un acceso limitado a los servicios de atención prenatal, lo que se refleja tanto en un menor número de visitas recomendadas como en una calidad de atención deficiente (Yadav y Kesarwani, 2016). Estas limitaciones suelen estar asociadas a barreras económicas que dificultan su capacidad para cubrir los costos de transporte o acceder a servicios de mayor calidad. Además, características como la edad y el nivel educativo de las gestantes también desempeñan un papel determinante. Las mujeres más jóvenes enfrentan retos particulares, como el estigma social relacionado con el embarazo adolescente y la falta de apoyo de sus redes familiares. Por su parte, aquellas con niveles educativos más bajos tienden a desconocer la relevancia de la atención prenatal y la disponibilidad de estos servicios, lo que podría derivar en una menor utilización (Collver, 1967).

La zona de residencia constituye otro factor determinante. En las áreas rurales, las limitaciones son evidentes debido a la centralización de la infraestructura y los recursos médicos en zonas urbanas. Estas disparidades se ven agravadas por barreras económicas y sociales, como la falta de transporte adecuado, las grandes distancias a los establecimientos de salud y el limitado conocimiento sobre los servicios disponibles (Hamal et al., 2020). Estas restricciones no solo dificultan el acceso oportuno, sino que también perpetúan las desigualdades en salud, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables a largo plazo.

### 1.3 ¿Mujeres más empoderadas, mujeres más sanas?: Evidencia internacional y nacional

Reconocer y definir las dimensiones del empoderamiento es esencial para entender cómo éste se manifiesta en diferentes ámbitos y esferas de la vida de las personas. Malhotra y Schuler (2005) sistematizaron estas dimensiones en seis categorías: económica, familiar o interpersonal, sociocultural, legal, política y psicológica. Esta clasificación ha permitido describir de manera más profunda los procesos de empoderamiento, especialmente en el caso de las mujeres. Así, la literatura ha identificado varias dimensiones del empoderamiento femenino que están estrechamente relacionadas con la salud materna, entre ellas la libertad de movimiento, el estatus económico y la toma de decisiones. A continuación, se presentará una revisión de algunos de estos estudios que examinan la relación entre estas dimensiones y la salud materna.

Hearld et al. (2018) mide la relación entre utilización de atención médica materna y el empoderamiento en Pakistán, con lo cual encuentra que la dimensión del control de una mujer sobre su salud personal, la libertad de movimiento y la toma de decisiones sobre uso de anticonceptivos, son indicadores significativos de asociación. Más recientemente, Asim et al. (2022) mide el empoderamiento (independencia social, toma de decisiones y actitud hacia violencia doméstica) no solo con el acceso sino con la calidad de los servicios prenatales y demostraron una relación positiva con ambos resultados. Por otro lado, Kawaguchi et al. (2014) estudian las dimensiones de empoderamiento que tienen mayor influencia en la utilización de servicios de salud materna en Egipto. Por ello, definen 5 dimensiones: libertad de movimiento, sostenibilidad económica, soporte familiar, toma de decisiones y relación con la

comunidad. Entre estas dimensiones, destacaron el apoyo de la familia y la libertad de movimiento como las dimensiones con mayor influencia positiva en el uso efectivo de estos servicios de salud.

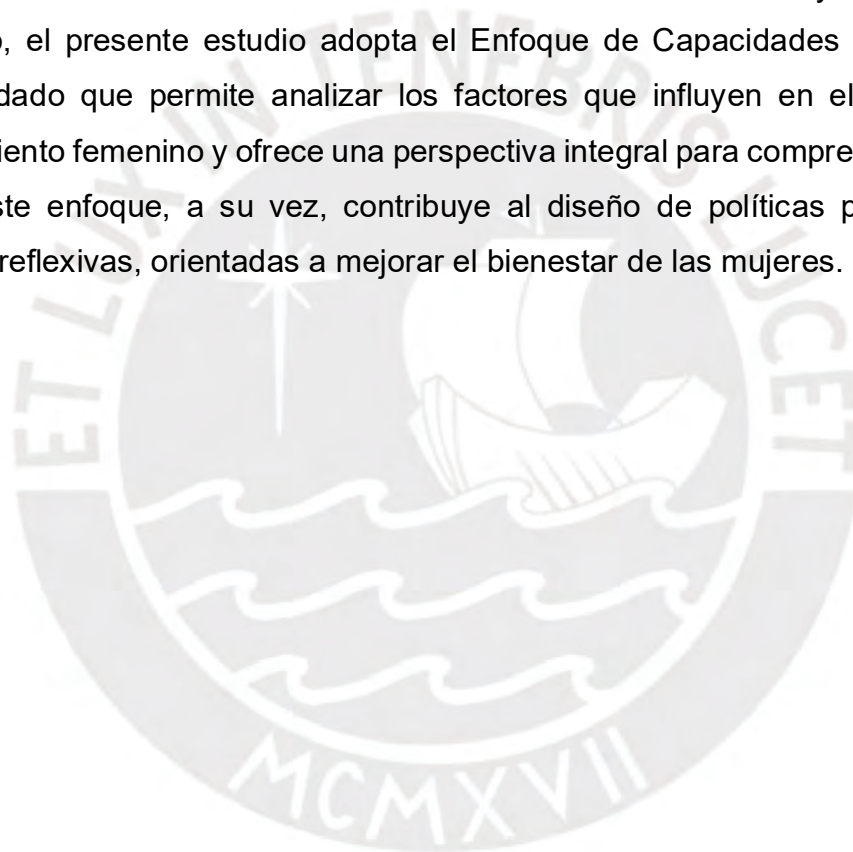
A mayor escala, Ahmed et al (2010) afirman, tras un estudio de 31 países, que las mujeres con mayor nivel de empoderamiento tienen entre 1,31 y 1,82 veces más probabilidades de asistir a cuatro o más visitas de atención prenatal y contar con un asistente capacitado durante el parto que aquellas con un puntaje de empoderamiento nulo. Finalmente, un reciente estudio de Mokam y Akono (2022) de la Universidad de Oxford presenta dos indicadores de empoderamiento: índice de situación económica (ESI) y el índice de toma de decisiones (DMI) y miden su asociación con atención prenatal y parto calificado. Los resultados sugieren que un aumento en el índice de toma de decisiones se asoció significativamente con mayores posibilidades de tener visitas prenatales y parto en un hospital. Mientras que en el estatus económico no se encontró una asociación significativa.

En base al balance de literatura, la presente tesis evaluará cuatro indicadores que representen el empoderamiento: Libertad de movimiento, Control de recursos económicos, Autonomía en salud y Participación en gastos grandes del hogar. En primer lugar, se ha identificado que la libertad de movimiento de las mujeres durante el embarazo es un factor importante para mejorar su utilización y uso de los servicios de salud materna (Khatiwada et al., 2020; Haider et al., 2017; Ahmed et al., 2010). Si una mujer no puede moverse con libertad, podría tener dificultades para aprovechar los servicios de atención prenatal, incluso si estos servicios están disponibles. Además, tener la libertad de movimiento puede permitir a las mujeres acceder a información y recursos que de otra manera no podrían obtener.

En segundo lugar, el acceso al mercado laboral también se relaciona con un mayor empoderamiento de la mujer. La literatura indica que, si las mujeres obtienen ingresos propios, su estatus económico mejora, su independencia financiera se incrementará y ello les otorgará un mayor sentido de agencia en sus vidas (Mokam y Akono, 2022; Shibre et al., 2021; Hearld et al., 2018). En tercer lugar, la dimensión de toma de decisiones en diferentes ámbitos como salud propia, hogar y economía refleja la capacidad de las mujeres para obtener información relevante y tomar decisiones estratégicas. Si las mujeres tienen una mayor capacidad para tomar decisiones informadas, es más probable que sepan cuándo buscar atención médica y cómo aprovechar mejor los servicios disponibles (Beegle et al., 2001; Pratley 2016).

Además, una mayor capacidad de toma de decisiones puede ayudar a las mujeres a exigir la calidad de la atención médica que necesitan y merecen durante el embarazo y el parto (Asim et al., 2022).

En el contexto peruano, Vera Tudela (2010) ha demostrado que existe una correlación positiva entre el empoderamiento familiar de la mujer y el parto en un establecimiento de salud, así como la realización de los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) de sus hijos. No obstante, aún son escasos los estudios que profundicen en la relación entre el empoderamiento femenino y la salud materna en el Perú. Asimismo, se requieren más investigaciones que consideren a las mujeres como agentes activos en la toma de decisiones relacionadas con su vida y bienestar. En este sentido, el presente estudio adopta el Enfoque de Capacidades como marco evaluativo, dado que permite analizar los factores que influyen en el proceso de empoderamiento femenino y ofrece una perspectiva integral para comprender la salud materna. Este enfoque, a su vez, contribuye al diseño de políticas públicas más inclusivas y reflexivas, orientadas a mejorar el bienestar de las mujeres.



## Capítulo 2. Marco Teórico

### 2.1 Empoderamiento de la mujer a la luz del Enfoque de Capacidades

En el campo del desarrollo humano se busca que las personas y los grupos sociales se reconozcan a sí mismos como agentes en su propia historia de vida; que puedan definir sus prioridades, así como los mejores medios para alcanzarlas (Deneulin y Alkire, 2018). En ese sentido, el Enfoque de Capacidades permite centrar la preocupación moral en la persona. Un concepto principal es el de capacidad, entendida en términos de las libertades que tienen las personas para realizar aquello que valoran y tienen razones para valorar (Sen, 1992). Otro concepto central es el de agencia. Al respecto, Sen (1999) señala que una persona que es agente de su vida es capaz de generar cambios de manera activa en favor de su propio bienestar. Sen define el empoderamiento femenino como un proceso a través del cual las mujeres pueden ejercer poder sobre sus decisiones, lo cual implica desarrollar capacidades y lograr acceder a oportunidades valiosas (Gamio et al., 2020).

Kabeer (2001) señala que el “poder” sobre los recursos no debe ser entendido como aquel que incluye solo el control sobre los bienes materiales, sino también sobre las relaciones sociales con otros actores en diferentes espacios institucionales (familia, comunidad, mercado, etc.). Por otro lado, el empoderamiento no solo involucra una mayor participación en la toma de decisiones, sino que también incluye la agencia de las personas para ocupar un espacio en dicha toma de decisiones (Rowlands, 1997). En el marco del Enfoque de Capacidades, el empoderamiento establece un vínculo estrecho con la agencia. En ese sentido, el empoderamiento puede ser entendido como un proceso de expansión de la agencia (Kabeer, 2001; Alkire, 2005; e Ibrahim y Alkire, 2007). Este dominio de agencia para las mujeres se define como la habilidad para definir sus objetivos y actuar en consecuencia por ellos, eventualmente medido a través del control de recursos y toma de decisiones estratégicas que afectan sus vidas (Kabeer, 1999). En consecuencia, la agencia, como el potencial de la elección propia, involucra el sentido, la motivación y el propósito que los individuos imprimen en su accionar (Moreno, 2020).

En la literatura del Enfoque de Capacidades, se proponen cuatro formas de agencia que integran el proceso de empoderamiento: elección, control, cambio y pertenencia a la comunidad (Kabeer y Alkire, 2005; e Ibrahim y Alkire, 2007; como se

citó en Moreno, 2020). Se hace necesario resaltar que el empoderamiento no parte únicamente de una elección individual o de la iniciativa propia. Como toda relación de poder, es importante enfatizar que el empoderamiento es un proceso que interactúa con una estructura de oportunidades con elementos contextuales y socioculturales (Narayan, 2005). Es decir, el proceso está moldeado por normas e instituciones culturales, sociales, políticas y económicas que definen el rango de las posibilidades de decisión de la persona.

En suma, la presente tesis analiza el empoderamiento de la mujer desde el Enfoque de Capacidades. Desde dicho enfoque, el empoderamiento se define desde tres componentes: por un lado, como expansión de la capacidad de elección y la agencia, lo cual implica un incremento en el control sobre recursos y decisiones en los que el individuo previamente se encontraba limitado; segundo, las condiciones que lo faciliten, esto es, aquellas características que permitan ejercer la agencia de manera fructífera, siendo el foco la estructura de oportunidades que provean las condiciones previas para su ejercicio efectivo (Gamio et al. 2020); y tercero, su relación directa con el bienestar (Drydyk, 2013). Con respecto al último eje, la relación del empoderamiento con el bienestar se sostiene en la conceptualización del empoderamiento como un proceso desde el cual se van adquiriendo capacidades que permitan una mayor autonomía, desarrollo y libertad (Molyneux, 2008).

## 2.2 El rol del empoderamiento femenino en la utilización de servicios de salud materna

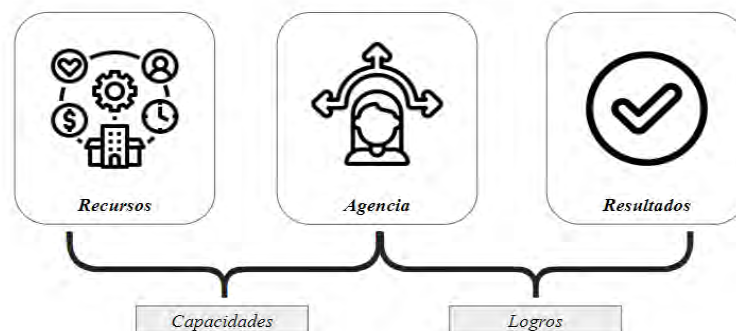
El empoderamiento en la salud materna se refiere a la capacidad de las mujeres para interactuar de manera autónoma con el sistema de salud y tomar decisiones informadas sobre su embarazo y parto. Esto les permite tener embarazos y partos en condiciones seguras (Kameda y Shimada, 2008). Cuando las mujeres se sienten empoderadas son más capaces de resolver problemas de salud y tomar medidas preventivas, lo que a su vez les da una mayor sensación de control sobre sus vidas (Tavananezhad et al., 2022). Además, el empoderamiento no solo se trata de autonomía, sino también de una mejora en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones más eficientes y estratégicas sobre su salud (Rahman et al., 2021).

En lo que respecta a esta investigación, el análisis se centra en el logro de la mujer para alcanzar aquello que valora y tiene razones para valorar en materia de su propia salud. El Enfoque de Capacidades reconoce que la falta de control de las

mujeres sobre sus decisiones respecto a su salud materna plantea un grave problema, pues limita su calidad de vida, y, en última instancia, restringe su participación en los procesos de desarrollo humano (Dejong, 2007). Por otro lado, el empoderamiento femenino también es un concepto clave en el marco de las capacidades, en la medida que implica un proceso de ampliación de libertades, oportunidades y elecciones de las mujeres en dimensiones clave del desarrollo humano.

De acuerdo con Kabeer (1999), la medición del empoderamiento a la luz del enfoque de capacidades requiere la identificación de tres aspectos centrales que se presentan en el Gráfico 1: (i) Recursos, que hace referencia al acceso a recursos materiales, humanos y sociales que mejoran la capacidad de las personas; (ii) Agencia, la cual implica incrementar la participación, voz y negociación en la toma de decisiones; y (iii) Logros<sup>5</sup>, los cuales deben ir en línea con la mejora significativa del bienestar en dimensiones como salud, educación, oportunidad de tener ingresos, derechos y participación política.

Gráfico 1: Proceso de Empoderamiento



Fuente: Elaboración propia en base a Kabeer (1999).

Bajo este marco propuesto, el logro definido como la utilización de servicios de salud materna y su relación con el empoderamiento de la mujer puede ser descrito también como un proceso con tres partes: primero, el acceso de las mujeres a los recursos para tomar una decisión; segundo, su agencia y participación en la decisión misma; y tercero, los logros de estas elecciones en términos de bienestar.

- La dimensión de *recursos* abarca la capacidad para acceder a los recursos financieros y económicos que le brinden mayor poder de negociación dentro del

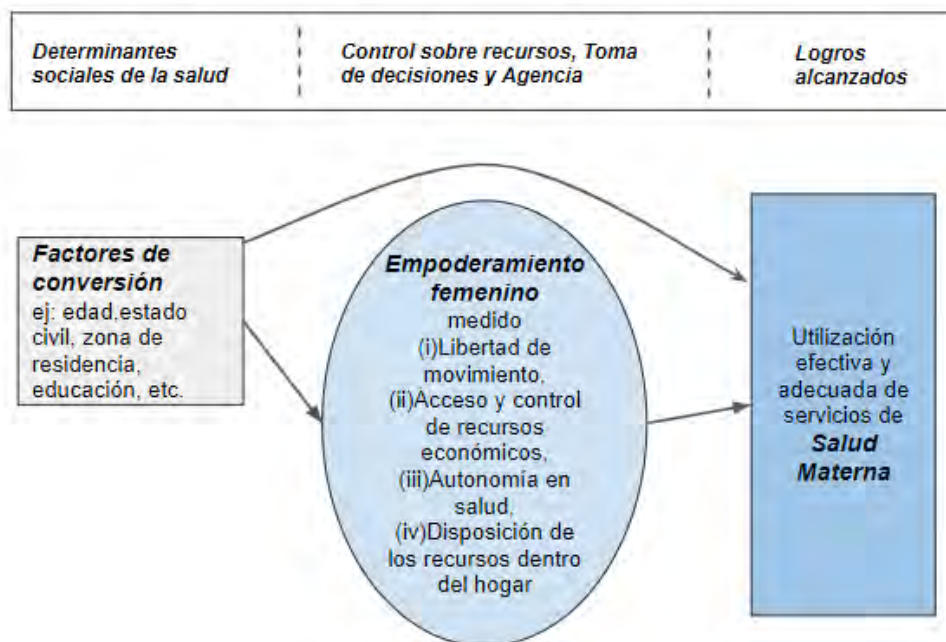
<sup>5</sup> La dimensión de logros es un concepto clave en el Enfoque de Capacidades. En este contexto, los funcionamientos se refieren a los logros de las personas y, por ende, a sus condiciones de vida.

hogar y el control de bienes para hacer uso de bienes y servicios públicos de salud. En esta dimensión también se incluye la libre movilidad.

- En la dimensión de *agencia*, se presenta la capacidad de la mujer en la toma de decisiones sobre su vida, bienestar y salud. En ese sentido, será agente activo en la decisión sobre utilizar los servicios de atención prenatal que beneficiará todo el proceso de la gestación, parto y puerperio.
- Finalmente, la dimensión de los *logros* el cual se materializa en la utilización efectiva de los servicios de atención prenatal, el cual es resultado del poder de la mujer en la toma de decisiones y recursos (las dos dimensiones anteriores).

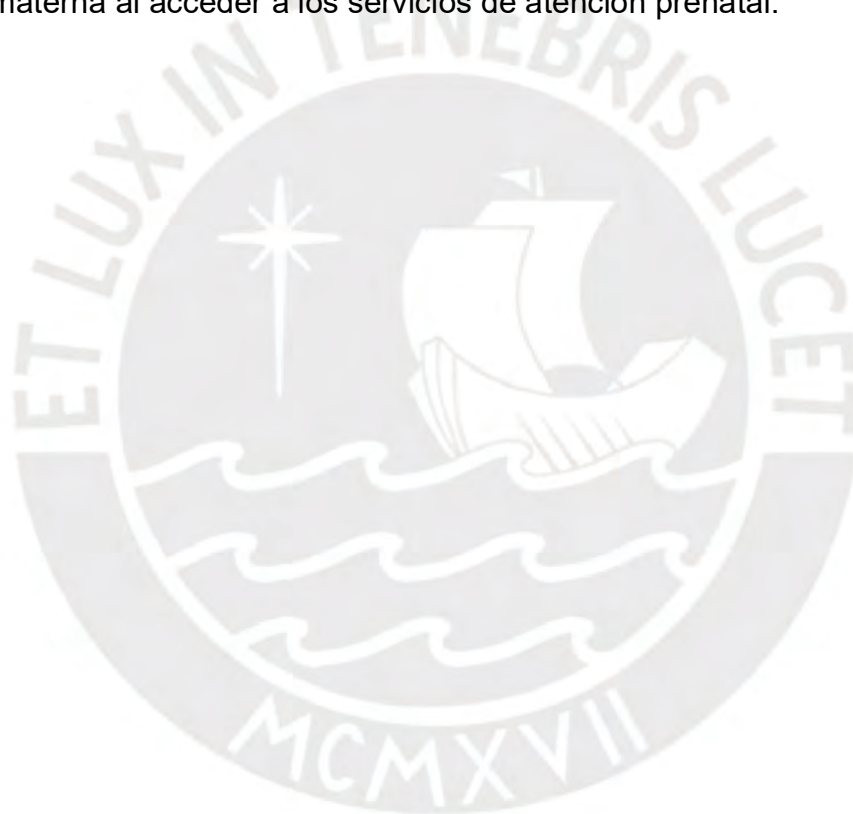
El Gráfico 2 ilustra el marco teórico de la presente tesis basado en el Enfoque de capacidades. En este modelo, los factores de conversión son características o rasgos de una persona o su entorno que le permiten utilizar recursos para lograr un objetivo determinado, en este caso la utilización de servicios de salud. Estos factores de conversión en los modelos económicos son entendidos como las variables de control, que en este estudio serán: edad, lengua materna, nivel educativo, jefe de hogar, estado civil, nivel socioeconómico del hogar, ámbito geográfico y oferta de establecimientos de salud.

Gráfico 2: Marco Teórico: Empoderamiento y utilización de servicios de salud materna con el Enfoque de Capacidades



Fuente: Elaboración propia en base a Kabeer (1999), Bliznashka et al. (2021) y Pratley (2016).

En la presente investigación, el empoderamiento de la mujer es medido por los siguientes indicadores: Libertad de movimiento, Control de recursos económicos, Autonomía en salud y Participación en los gastos grandes del hogar. El sustento detrás es que los recursos como mayor utilización y control sobre recursos económicos y mayor libertad de movimiento, lo cual también se relaciona con mayor utilización a recursos sociales, junto con autonomía y poder decisión en diferentes ámbitos económicos y sociales, son aspectos contenidos en el proceso de empoderamiento. Como resultado, las mujeres más empoderadas contarán con una mayor capacidad, poder, autonomía y libertad para satisfacer las necesidades propias de su salud. Esto en el contexto de una mujer gestante permite adquirir la capacidad de la salud materna al acceder a los servicios de atención prenatal.



### Capítulo 3. Metodología

Para evaluar la hipótesis central de esta tesis, se utilizó la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2022. La muestra original incluyó 35,287 viviendas y 35,787 mujeres entrevistadas, proporcionando datos representativos a nivel de área de residencia, regiones naturales y departamentos del Perú. La muestra fue restringida a mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), utilizando la información sobre el último nacimiento, dado que las preguntas de la ENDES sobre acceso a servicios se enfocan principalmente en este evento. Además, el análisis se limitó a madres cuyo intervalo entre el nacimiento de su último hijo y la fecha de la entrevista fuera menor a 40 meses, con el fin de minimizar sesgos temporales y asegurar que los datos reflejen adecuadamente las condiciones de uso de los servicios de salud. Esta restricción permitió conservar una muestra lo suficientemente amplia para realizar análisis estadísticos robustos sin perder relevancia temporal. Como resultado, el tamaño final de la muestra fue de 12,980 observaciones, logrando un equilibrio entre actualidad y representatividad.

#### 3.1 Indicadores del Empoderamiento Femenino

Se construirán cuatro indicadores de empoderamiento: Libertad de movimiento, Control de recursos económicos, Autonomía en salud y Participación en gastos grandes del hogar. Para ello, se empleará la metodología de Agregación Simple, la cual consiste en sumar o promediar los valores de las variables individuales y luego normalizar el resultado para obtener un rango común. Esta elección se basa en su balance entre simplicidad y robustez, facilitando la comunicación e interpretación de los resultados. Además, al tratarse de un número reducido de variables por indicador, la agregación simple conserva la información original de cada una, evitando la pérdida de información relevante en comparación con otros métodos<sup>6</sup>.

En esa línea, se emplearán variables dummy para medir el grado de cumplimiento de los criterios de empoderamiento. Por ejemplo, el indicador de libertad de movimiento se representará con el valor de 1 si la mujer tiene autonomía para decidir sus visitas y salir sin restricciones de su pareja, de lo contrario, se asignará el valor de 0. Este enfoque se aplicará a cada indicador señalado en la Tabla 1.

---

<sup>6</sup> En una primera prueba de medición de los indicadores de empoderamiento se utilizó la metodología de Componentes Principales. Sin embargo, se descartó por las razones ya mencionadas.

Tabla 1: Criterios de indicadores de empoderamiento femenino

	<i>Indicadores</i>	<i>Criterio</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
LM	Libertad de movimiento	Encuestada afirma que <b>ella o ambos</b> decide en las visitas familiares y amicales en casa; y su esposo no le impide salir a visitarlos	1	0
CR	Control de recursos económicos	Encuestada afirma que actualmente está trabajando, que recibe un pago efectivo por ello y <b>ella</b> decide sobre este	1	0
AS	Autonomía en salud	Encuestada afirma que <b>ella</b> decide sobre su propia salud	1	0
PH	Participación en gastos grandes del hogar	Encuesta afirma que <b>ella o ambos</b> deciden sobre las compras grandes del hogar	1	0

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022)

### 3.2 Medición de la utilización a servicios de salud materna

Para el análisis de los servicios de salud materna, se utilizará el Paquete integral de Servicios a la Gestante (PISG), que consta de cuatro servicios. A partir del conjunto de preguntas correspondientes a cada uno de estos servicios, se crearán indicadores dummy de utilización, donde el valor 1 indica que el servicio fue utilizado y el valor 0 que no lo fue (ver Tabla 2). Adicionalmente, se generará un indicador dummy para el paquete completo, que tomará el valor de 1 si la madre accedió a la totalidad de los servicios del PISG y el valor de 0 en caso contrario.

Tabla 2: Criterios de indicadores de utilización para cada servicio del PISG

<b>Servicio</b>	<b>Criterio</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Controles prenatales	La encuestada tuvo al menos 8 controles prenatales y el primero durante los primeros 3 meses.	1	0
Suplemento de hierro	La encuestada tomó suplemento de hierro durante al menos 4 meses <sup>7</sup>	1	0
Parto Institucional	La encuestada dio a luz en un establecimiento de salud y fue atendida por un profesional.	1	0
Exámenes auxiliares	Encuestada tuvo exámenes auxiliares de sangre y de orina	1	0

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022)

<sup>7</sup> Se definió este período como el mínimo recomendado por el MINSA según la Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

### 3.3 Variables de Control

Las variables de control empleadas en la estimación econométrica se presentan en la Tabla 3. En el marco teórico de esta investigación, dichas variables representan factores de conversión que influyen en la utilización del PISG. La justificación detallada de las principales variables de control se encuentra en las secciones 1.2 y 1.3.

Tabla 3: Variables de control del estudio

<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>
Variables sobre la mujer	
Edad	Edad de la entrevistada al momento del nacimiento(años).
Edad2	Edad de la entrevistada (años) al momento del nacimiento elevado al cuadrado.
Educación de la madre	Toma cuatro valores: 1 sin educación, 2 primaria, 3 secundaria y 4 superior.
Estado civil	Toma dos valores: 1 si está casada y 0 si es conviviente.
Lengua Materna	Toma dos valores: 1 si tiene lengua Nativa y 0 si es Castellano.
Seguro de salud	Toma dos valores: 1 si contó con Seguro Integral de Salud durante el embarazo y 0 en caso contrario.
Jefa de hogar	Toma dos valores: 1 si es la jefa de hogar y 0 en caso contrario.
Variables del hogar y otras características	
Servicios básicos	1 si tiene acceso a agua dentro de la vivienda, cuenta con electricidad dentro de la vivienda y tiene un tipo de instalación sanitaria dentro de la vivienda; caso contrario, 0.
Región natural	Toma cuatro valores: 1 Lima metropolitana, 2 resto de la costa, 3 sierra y 4 selva.
Departamento	Describe el departamento donde vive la entrevistada.
Quintil de riqueza	Representa un índice basado en los activos con que cuenta el hogar <sup>8</sup> . Toma cinco valores: 1 muy pobre, 2 pobre, 3 medio, 4 rico y 5 muy rico.
Zona	Toma dos valores: 1 si vive en un área urbana y 0 en caso viva en un área rural.
Variables de Oferta en Salud	
Establecimientos de Salud	Se elaboró un indicador del número de establecimientos de salud por cada 1,000 habitantes a nivel provincial. Fuente: Plataforma Geo Perú (2022) y REUNIS (2022).

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022)

<sup>8</sup> Esta variable predeterminada en la ENDES (2022) refleja características de la vivienda y la disponibilidad de bienes de consumo duradero y servicios relacionados con el nivel socioeconómico. Se asigna un puntaje a cada hogar mediante análisis de componentes principales, basado en estas características, y los residentes adoptan el valor del hogar en que viven.

En el Anexo A, se presentan las estadísticas resumidas de todas las variables a utilizar en los modelos descritos. Para evaluar la presencia de multicolinealidad entre las variables explicativas se realizaron correlaciones (revisar Anexo B) que descartan una alta correlación entre las variables. Además, se estimaron pruebas de Valor de la Inflación de la Varianza (VIF). Un VIF cercano a 1 sugiere una baja correlación entre las variables, y en el presente caso, el promedio es de 1.36 lo cual refleja una relación débil entre ellas.

### 3.4 Modelo econométrico con variable endógena latente

El modelo de regresión con una variable endógena latente y una variable observable binaria se define de la siguiente forma:

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

$$Y_i = 1 \text{ si } Y_i^* > 0$$

$$Y_i = 0 \text{ si } Y_i^* \leq 0$$

Aquí,  $Y_i^*$  es una variable latente no observable, dependiente de un conjunto de regresores  $x_i$  y un término de error  $u_i$ . Los valores de  $Y_i^*$  determinan el resultado binario de  $Y$ , de forma que  $Y_i = 1$  si  $Y_i^* > 0$  y  $Y_i = 0$  si  $Y_i^* \leq 0$ .

En la literatura econométrica se suele considerar dos posibles distribuciones para la perturbación  $u_i$ , y esta elección determina a los valores de  $f(u_i|x_i)$  y  $F(\cdot)$ . Las distribuciones típicas son la distribución logística y la normal estándar. En este caso, se asume  $u_i \sim \text{logística}(0, \frac{\pi^2}{3})$ , por lo que la función de distribución acumulada  $F(\cdot)$  toma la forma:

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

A este modelo se le denomina Modelo Logit. Este modelo es adecuado cuando se desea analizar el comportamiento de una variable endógena con dos categorías. En el presente estudio, el objetivo es explorar los factores que determinan si una madre utiliza o no los servicios del PISG.

En este estudio se emplea un modelo Logit Ordenado para analizar la relación entre los indicadores de empoderamiento y la utilización de los servicios del PISG. Este modelo es adecuado para este análisis debido a la naturaleza ordinal de la variable dependiente, que representa el uso acumulativo de servicios de salud

materna (de 1 a 4 servicios). La elección del modelo Logit Ordenado permite estimar cómo cada indicador de empoderamiento afecta la probabilidad de acceder a diferentes niveles de uso de servicios. Además, al incluir estos indicadores como variables discretas, se puede analizar de manera más precisa cómo cada aspecto del empoderamiento de las mujeres influye en la probabilidad de utilizar una mayor o menor cantidad de servicios, controlando también por características sociodemográficas, características del hogar y variables de oferta en salud. La formalización del modelo es como sigue:

$$Prob (y_i = j | X_i) = \alpha_j + \beta_1 LM_i + \beta_2 CR_i + \beta_3 AS_i + \beta_4 PH_i + \gamma X_i + \varepsilon_i$$

Donde:

- $j$  es el número de servicios de salud materna utilizados (1, 2, 3 o 4)
- $\alpha_j$  es el intercepto asociado a cada categoría de servicio.
- $LM$ : Libertad de movimiento.
- $CR$ : Control de recursos económicos.
- $AS$ : Autonomía en salud.
- $PH$ : Participación en gastos grandes.
- $X_i$ : Matriz de variables control (como características de la mujer, del hogar, sociodemográficas y de oferta de salud).
- $\varepsilon_i$ : Término de error.

De manera adicional, se desarrollará un modelo Logit para cada servicio por separados. La formalización del modelo por servicio es como sigue:

$$servicio_i = \log \left( \frac{p}{1-p} \right) = \alpha_i + \beta_i LM_i + \mu_i CR_i + \omega_i AS_i + \varphi_i PH_i + \gamma X_i + \varepsilon_i$$

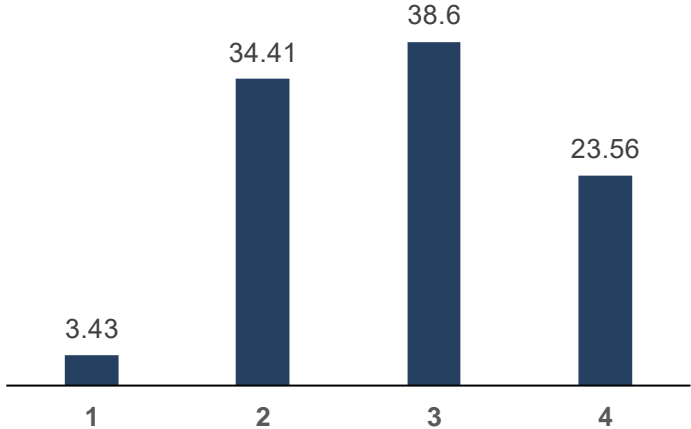
Donde  $\log \left( \frac{p}{1-p} \right)$  representa la probabilidad de utilizar el servicio.  $LM$ ,  $CR$ ,  $AS$  y  $PH$  son los indicadores de empoderamiento de la mujer.  $\beta$ ,  $\mu$ ,  $\omega$ ,  $\varphi$  son los parámetros que miden la asociación entre el respectivo indicador de empoderamiento femenino y el uso del servicio específico del paquete.  $X_i$  es la matriz de variables de control, y  $\varepsilon_i$  es el término de error.

## Capítulo 4. Hechos Estilizados

### 4.1. Utilización de servicios de salud materna

Los resultados sobre la utilización de los servicios del PISG revelan una necesidad urgente de mejorar la capacidad de atención en salud materna para las madres peruanas. En 2022, solo el 23.56% de las madres a nivel nacional accedieron a los cuatro servicios esenciales para la gestante.

Gráfico 3: Distribución de mujeres por número de servicios utilizados



Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

La tabla 4 muestra las estadísticas de uso a cada servicio por parte de las madres, desglosadas según grupo de edad, nivel educativo, lengua materna, nivel de riqueza del hogar, zona de residencia y región natural.

Tabla 4: Porcentaje de madres que utilizaron cada servicio del PISG, 2022

	<i>Controles prenatales</i>	<i>Suplemento de Hierro</i>	<i>Exámenes auxiliares</i>	<i>Parto Institucional</i>
<b>Grupos de edad</b>				
15-19	31.05	32.30	91.90	91.77
20-24	39.21	41.30	93.03	93.49
25-29	48.05	44.56	94.10	95.21
30-34	49.78	45.32	93.91	95.21
35-39	45.79	43.96	93.02	94.8
40-45	45.01	47.26	92.79	95.1
<b>Nivel educativo</b>				
Sin nivel	30.23	37.70	89.92	69.72
Primaria	41.22	38.91	91.74	83.42
Secundaria	41.88	39.93	93.25	95.59
Superior	51.84	51.13	94.43	99.32
<b>Lengua Materna</b>				
Castellano	45.47	44.10	93.67	96.00
Lengua Nativa	40.26	37.73	90.65	82.06
<b>Nivel de riqueza del hogar</b>				
Quintil inferior	41.59	37.76	91.62	83.31
Segundo quintil	43.71	39.34	94.09	97.04
Quintil interm.	43.66	44.74	93.92	97.84
Cuarto quintil	48.43	49.63	94.05	98.12
Quintil superior	57.36	62.32	94.63	99.18
<b>Zona</b>				
Rural	45.00	45.00	91.53	85.18
Urbano	44.93	44.93	94.17	97.77
<b>Región Natural</b>				
Lima Metropolitana	41.10	41.10	94.69	99.52
Resto Costa	46.98	46.98	94.69	98.25
Sierra	43.13	43.13	91.68	94.66
Selva	46.81	46.81	93.68	87.93

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

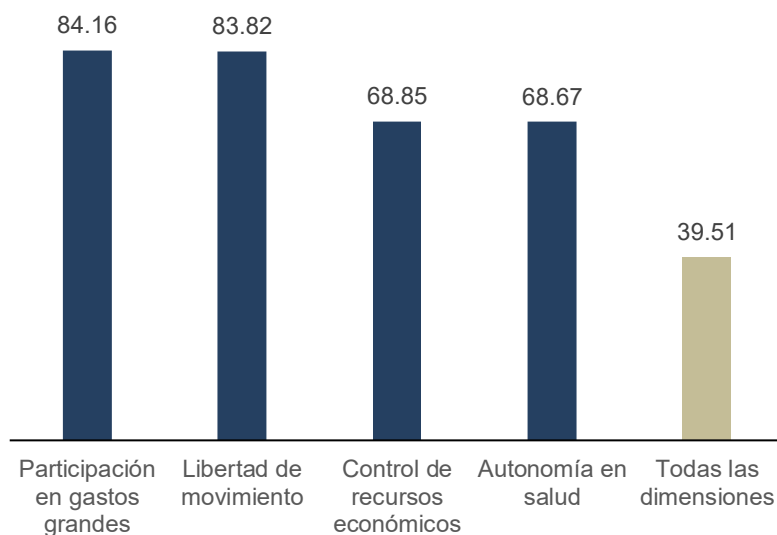
En cuanto a la edad, se observa un incremento progresivo en la utilización de estos servicios conforme aumenta la edad de las mujeres, siendo el grupo de 15 a 19 años el que presenta la menor tasa de uso y los grupos de mayor edad los que muestran mayores niveles de utilización. El nivel educativo también es un factor determinante: las mujeres con educación superior presentan tasas más altas de uso de servicios, mientras que aquellas sin educación muestran una participación notablemente menor, especialmente en los controles prenatales (30.23%) y el consumo de suplementos de hierro (37.70%). En relación con el nivel de riqueza, las madres pertenecientes al quintil más alto utilizan los servicios en mayor proporción, mientras que las del quintil más bajo registran niveles de utilización más bajos. Asimismo, se identifican diferencias significativas en el uso de servicios según la lengua materna y la ubicación geográfica. Finalmente, se observa una marcada disparidad entre zonas rurales y urbanas, con mayores tasas de utilización en las áreas urbanas.

#### 4.2. Alcance de las Dimensiones de Empoderamiento Femenino

A partir de los indicadores de empoderamiento femenino construidos, se observa que el 84.16% de las madres participa en decisiones relacionadas con grandes gastos del hogar, y el 83.82% cuenta con libertad de movimiento. En contraste, solo el 68.85% de las madres decide sobre el uso de sus propios recursos económicos, una proporción similar a la de quienes toman decisiones sobre su propia salud.

Un aspecto clave de empoderamiento en este estudio es la autonomía en salud; no obstante, a nivel nacional, el 31.33% de las madres aún no tiene la capacidad de decidir sobre su salud personal. Finalmente, resulta preocupante que apenas el 39.51% de las madres logre participar en las cuatro dimensiones de empoderamiento evaluadas.

Gráfico 4: Porcentaje de madres que participan en las dimensiones, 2022



Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

La distribución de madres que cumplen con las dimensiones de empoderamiento revela diferencias importantes según edad, nivel educativo, lengua materna, nivel de riqueza, zona y región (ver Tabla 5). Las madres de mayor edad (40-45 años) y con educación superior alcanzan los niveles más altos en las distintas dimensiones de empoderamiento. En cuanto a la lengua materna, las madres castellanohablantes presentan mayor empoderamiento en comparación con las que hablan otras lenguas, especialmente en la decisión de compras grandes del hogar (85.14%).

El nivel de riqueza del hogar también evidencia las brechas: las madres del quintil superior registran mayores porcentajes en todas las dimensiones, mientras que las del quintil inferior muestran menor control, especialmente, sobre sus recursos económicos (44.57%). A nivel zonal, las áreas urbanas destacan en autonomía en salud (73.55%), frente a las rurales (52.50%). Finalmente, las madres en la región Metropolitana alcanzan los mayores niveles de empoderamiento, mientras que las pertenecientes a la Selva presentan los más bajos.

Tabla 5: Distribución de madres que cumple con cada dimensión

	<i>Participación en gastos grandes</i>	<i>Libertad de movimiento</i>	<i>Autonomía en salud</i>	<i>Control de recursos económicos</i>
<b>Grupos de edad</b>				
15-19	78.00	79.03	61.00	45.18
20-24	82.93	83.05	65.80	56.49
25-29	84.96	84.38	68.85	65.53
30-34	85.54	85.05	66.52	68.49
35-39	83.97	84.96	68.24	70.57
40-45	84.23	80.24	64.69	71.69
<b>Nivel educativo</b>				
Sin nivel	61.60	67.57	36.00	38.71
Primaria	72.15	75.09	49.37	47.82
Secundaria	84.23	83.31	66.58	61.06
Superior	90.82	89.77	77.3	78.32
<b>Lengua Materna</b>				
Castellano	85.14	84.80	69.44	68.9
Lengua Nativa	74.85	75.92	44.34	36.73
<b>Nivel de riqueza del hogar</b>				
Quintil inferior	75.23	77.84	51.85	44.57
Segundo quintil	86.06	84.10	68.36	66.53
Quintil interm.	89.12	85.69	73.82	72.67
Cuarto quintil	89.01	88.86	77.37	79.11
Quintil superior	89.36	92.46	81.13	83.98
<b>Zona</b>				
Rural	76.33	78.99	52.50	45.24
Urbano	87.71	86.20	73.55	74.04
<b>Región Natural</b>				
Lima Metropolitana	89.18	87.58	81.22	79.96
Resto Costa	86.56	84.91	71.30	70.89
Sierra	83.16	81.68	57.55	55.18
Selva	80.08	83.79	66.94	65.84

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

## Capítulo 5. Resultados econométricos

### 5.1. Estimación del modelo Logit Ordenado

El modelo Logit Ordenado permite evaluar cómo las distintas dimensiones del empoderamiento femenino afectan la probabilidad de utilizar servicios de salud materna. Los resultados de la Tabla 6 indican que las cuatro dimensiones de empoderamiento —libertad de movimiento, autonomía en salud, participación en gastos grandes y control de recursos económicos— tienen una relación positiva y estadísticamente significativa con el uso de estos servicios. Esto evidencia que un mayor empoderamiento de las mujeres está asociado con una mayor probabilidad de acceder a un mayor número de servicios de salud materna, reforzando la importancia de la autonomía femenina para mejorar el bienestar materno.

En primer lugar, se observa que las mujeres con mayor libertad de movimiento tienen una probabilidad (7.59 p.p.) mayor de utilizar los cuatro servicios de salud materna, en comparación con aquellas que no gozan de esta autonomía. Esta libertad no solo constituye una dimensión esencial del empoderamiento femenino, sino que también actúa como un recurso clave en el proceso de maternidad, al ampliar el rango de opciones reales para mejorar el bienestar. Las mujeres que pueden desplazarse libremente tienen mayores oportunidades de interactuar con su entorno, ampliar su red de apoyo y acceder a información vital para su salud. De esta manera, la movilidad física no solo facilita la exposición a campañas de salud y visitas a centros médicos, sino que también promueve el intercambio de experiencias y recomendaciones con familiares, amigos y otras mujeres en la comunidad.

De manera similar, la participación en decisiones sobre grandes gastos del hogar se asocia con un incremento de 3.68 p.p. en la probabilidad de acceder a la gama completa de servicios de salud materna. Esta relación podría estar vinculada a factores socioeconómicos y educativos, ya que es probable que estas mujeres tengan un mayor nivel educativo y acceso a información en su entorno. Esta capacidad de decisión, en conjunto con la libertad de movimiento, potencia su conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal y el acceso a recursos necesarios para su salud.

Además, la autonomía en salud se vincula con un aumento de 2.63 p.p. en la probabilidad de acceder al paquete completo de servicios. El hecho de que la madre tome decisiones por su propia salud implica una mayor capacidad de negociación y

de autoafirmación, lo que puede facilitar la obtención de apoyo de familiares o pareja en temas de salud, generando un entorno propicio para el cuidado materno. Por último, las mujeres que controlan sus propios recursos económicos muestran un aumento de 2.36 p.p. en la probabilidad de acceder al paquete. La independencia financiera les brinda mayor poder de decisión para invertir en su bienestar y facilita el acceso a servicios y productos necesarios durante el embarazo, lo que contribuye a una atención más completa y oportuna.

Tabla 6: Modelo Logit Ordenado<sup>9</sup> con los servicios de salud materna, 2022

	<b>1 servicio</b>	<b>2 servicios</b>	<b>3 servicios</b>	<b>4 servicios</b>
Libertad de movimiento	-0.0128*** (-0.0023)	-0.0838*** (-0.0142)	0.0207*** (-0.004)	0.0759*** (-0.0128)
Autonomía en salud	-0.0044** (-0.0017)	-0.0290*** (-0.0113)	0.0072** (-0.0029)	0.0263*** (-0.0102)
Participación en gastos grandes	-0.0062*** (-0.0023)	-0.0407*** (-0.015)	0.0100*** (-0.0038)	0.0368*** (-0.0136)
Control de recursos económicos	-0.0040** (-0.0017)	-0.0261** (-0.0111)	0.0064** (-0.0028)	0.0236** (-0.0101)
N	9137	9137	9137	9137

Nota: Efectos marginales como coeficientes. Error estándar en paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1. La tabla muestra el modelo Logit Ordenado controlado por todas las covariables señaladas: características de la mujer, características del hogar, sociodemográficas y oferta en salud.

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

Para validar la adecuación del modelo estimado, se calcularon las probabilidades predichas de utilización de los cuatro servicios de salud materna, las cuales se compararon con las frecuencias observadas en la muestra. Como se observa en la Tabla 7, la diferencia entre cada probabilidad predicha y la frecuencia muestral correspondiente es efectivamente menor a 0.01, lo que indica que el modelo predice bien las probabilidades para cada outcome. Esta proximidad entre las probabilidades predichas y las frecuencias muestrales es una aproximación a la robustez del modelo, sugiriendo un buen ajuste y captura adecuada de las relaciones subyacentes en los datos.

<sup>9</sup> Según la metodología de Logit Ordenado, la suma de los efectos marginales debe dar cero.

Tabla 7: Comparación entre probabilidades observadas y predichas para el uso de servicios en el Modelo Logit Ordenado

N° servicios	Muestra		Modelo				
	Percent	Cum.	Pr	Mean	Std. Dev.	Min	Max
1	<b>0.035</b>	3.53	p1ologit	<b>0.034</b>	0.015	0.014	0.195
2	<b>0.345</b>	38.00	p2ologit	<b>0.328</b>	0.079	0.176	0.610
3	<b>0.386</b>	76.56	p3ologit	<b>0.396</b>	0.027	0.156	0.416
4	<b>0.234</b>	100	p4ologit	<b>0.242</b>	0.073	0.040	0.420

Nota: Las variables p1ologit, p2ologit, p3ologit y p4ologit representa la probabilidad de utilizar 1, 2, 3, 4 servicios, respectivamente. La diferencia entre el valor de la muestra y el valor predicho para cada *outcome* es 0.0010, 0.0167, -0.0100, -0.0077, respectivamente.

Fuente: Elaboración propia en base a Cameron y Trivedi (2010). ENDES (2022).

Adicionalmente, se aplicó el Test de Wald, obteniéndose un p-valor inferior al nivel de significancia de 0.05. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula, que plantea que los coeficientes de las variables "Libertad de movimiento", "Autonomía en salud", "Participación en gastos grandes" y "Control de recursos económicos" no tienen un efecto conjunto significativo. En consecuencia, se concluye que dichas variables tienen un efecto conjunto estadísticamente significativo sobre la variable dependiente en el modelo Logit Ordenado.

## 5.2. Análisis por subgrupos y por interacciones

El análisis por subgrupos tiene como objetivo evaluar la robustez del modelo Logit en distintas muestras poblacionales y determinar si la relación entre las dimensiones de empoderamiento y la utilización del paquete de servicios se mantiene en diferentes contextos.

La Tabla 8 presenta los resultados de cinco modelos logit, donde la variable dependiente PISG toma el valor de 1 si la mujer utiliza todos los servicios del paquete y 0 en caso contrario. Cada modelo analiza un subgrupo particular, permitiendo evaluar la relevancia de las dimensiones de empoderamiento en contextos diferenciados. Además, se incluye una fila que muestra el promedio de mujeres en cada subgrupo que accede a los cuatro servicios del paquete, evidenciando las brechas. En primer lugar, el modelo inicial (1) incluye a toda la muestra y evidencia que todas las dimensiones de empoderamiento tienen un efecto significativo y positivo sobre el uso del PISG completo. Esto sugiere que, en general, las mujeres que gozan

de todas las dimensiones tienen una mayor probabilidad de utilizar los servicios completos.

En el subgrupo de mujeres rurales (modelo 2), se observa una disminución leve en el efecto de las dimensiones de empoderamiento, lo cual podría estar relacionado con las barreras específicas que enfrentan en estas zonas, como el acceso limitado a infraestructura o servicios básicos. Adicionalmente, aunque el control de recursos económicos tiene un efecto positivo, este no resulta significativo. Ello podría explicarse por dos razones: primero, la naturaleza de las preguntas utilizadas en la encuesta puede no capturar adecuadamente la realidad económica de las mujeres rurales; segundo, dado que los servicios de salud analizados son otorgados gratuitamente por el MINSA, las barreras económicas tienen menor peso en este contexto. En contraste, las dimensiones de libertad de movimiento y autonomía en salud adquieren mayor importancia en este subgrupo.

En el subgrupo de mujeres de la región selva (modelo 5), se observa un patrón similar al modelo rural, con una mayor relevancia de la libertad de movimiento y la autonomía en salud. En esta región, los patrones culturales y las prácticas tradicionales pueden limitar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su salud. Además, factores como la edad temprana de la primera unión (19 años) y la edad promedio de la primera relación sexual (17 años)<sup>10</sup> evidencian las barreras culturales que enfrentan las mujeres jóvenes en esta región, aumentando su exposición al riesgo y condicionando el uso adecuado de servicios de salud.

En el subgrupo que incluye a mujeres del quintil intermedio de riqueza (modelo 3), la participación en los gastos del hogar y la autonomía en salud no resultan significativas, mientras que el control de recursos económicos sí lo es. Esto podría deberse a que las mujeres en este quintil tienen mayor acceso a activos económicos, lo cual les brinda oportunidades para desarrollar autonomía económica. En este contexto, es posible que el control de recursos actúe como variable compensatoria, disminuyendo la dependencia de otras dimensiones de empoderamiento.

El modelo 4 analiza a mujeres cuyo nivel educativo máximo es la secundaria, un subgrupo interesante ya que más de un tercio tiene entre 15 y 24 años. En este grupo, los efectos de las dimensiones son menores, probablemente porque muchas

---

<sup>10</sup> ENDES (2023).

de estas mujeres aún no han alcanzado un poder decisivo en áreas como la participación en gastos grandes o el acceso a un empleo. Esto refleja la necesidad de políticas específicas para apoyar a las mujeres jóvenes con menor nivel educativo, dado que su autonomía está más limitada.

En suma, el análisis por subgrupos permite identificar las dimensiones de empoderamiento que resultan más relevantes en distintos contextos. Mientras que la libertad de movimiento y la autonomía en salud son determinantes clave en zonas rurales y en la selva, el control de recursos económicos adquiere mayor importancia en subgrupos como el quintil intermedio. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar políticas focalizadas que respondan a las condiciones específicas de cada grupo. Un punto clave que emerge de este análisis es la interacción entre el contexto cultural y las dimensiones de empoderamiento. Aunque estas dimensiones suelen usarse como indicadores medianamente consensuados en la literatura del empoderamiento femenino, los resultados sugieren que su impacto varía según el entorno, lo que demanda una mayor profundización en cómo factores estructurales y culturales condicionan los logros de este proceso.

Tabla 8: Análisis por subgrupos

Variables	(1) m_inicial PISG	(2) m_rural PISG	(3) m_quintil3 PISG	(4) m_sec PISG	(5) m_selva PISG
LM	0.464*** (0.0985)	0.383*** (0.123)	0.494** (0.211)	0.274* (0.142)	0.608*** (0.236)
AS	0.258*** (0.0718)	0.264*** (0.0951)	0.236 (0.158)	0.193* (0.113)	0.463*** (0.166)
PH	0.199** (0.100)	0.221* (0.133)	0.145 (0.218)	0.147 (0.153)	0.245 (0.215)
CR	0.288*** (0.0690)	0.109 (0.0914)	0.273* (0.148)	0.184* (0.110)	0.170 (0.157)
% 4 servicios	23.4%	25.8%	24.7%	43.3%	22.46%
N	9137	8,707	3,398	6,461	4,349

Nota: Efectos marginales como coeficientes. Error estándar en paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Las abreviaturas LM, AS, PH, CR representan los indicadores de empoderamiento Libertad de movimiento, autonomía en salud, participación en gastos grandes y control de recursos económicos. La tabla muestra el modelo Logit controlado por todas las covariables señaladas, excepto la de estado civil por omisión en el modelo 2.

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

De manera complementaria, se realizó un análisis de interacciones que no segmenta la muestra en submuestras, sino que incorpora términos de interacción entre variables para evaluar si el efecto de una dimensión específica varía según ciertas condiciones. La selección de interacciones para este análisis se basó en los resultados econométricos previos y en la relevancia empírica de las dimensiones. En particular, se eligieron interacciones con libertad de movimiento, ya que esta es la dimensión con mayor efecto en todos los modelos, y con autonomía en salud, debido a que su significancia varía según las características del contexto. Por otro lado, la dimensión uso de recursos del hogar no mostró suficiente relevancia para un análisis más profundo. Finalmente, se ha añadido una interacción adicional con uso recursos económicos, dado su potencial para arrojar resultados significativos en contextos diferenciados.

Tabla 9: Análisis por Interacciones

Modelo	Dimensión	Variable de interacción	dy/dx	error estándar	p-valor
i	LM	Rural	<b>0.074</b>	0.026	0.004
	LM	Urbano	<b>0.077</b>	0.032	0.017
ii	LM	Grupo de edad 15-19	<b>0.044</b>	0.019	0.024
	LM	Grupo de edad 30-34	<b>0.059</b>	0.019	0.002
iii	AS	Lima Metro.	<b>0.012</b>	0.003	0.000
	AS	Resto Costa	<b>0.013</b>	0.003	0.000
	AS	Sierra	<b>0.014</b>	0.004	0.000
	AS	Selva	<b>0.014</b>	0.004	0.000
iv	AS	Quintil inferior	<b>0.015</b>	0.008	0.092
	AS	Quintil superior	<b>0.012</b>	0.007	0.112
v	CR	Rural	<b>0.040</b>	0.018	0.033
	CR	Urbano	<b>0.044</b>	0.022	0.046

Nota: Las abreviaturas LM, AS, PH, CR representan los indicadores de empoderamiento Libertad de movimiento, autonomía en salud, participación en gastos grandes y control de recursos económicos. Para más detalle, revisar el Anexo C.

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

En primer lugar, el modelo (i), que incluye la interacción entre libertad de movimiento y zona, muestra un coeficiente significativo, lo que indica que el efecto de esta dimensión depende de la ubicación geográfica. Específicamente, se observa que la libertad de movimiento tiene un efecto ligeramente mayor en las zonas urbanas (0.077) que en las zonas rurales (0.074), aunque ambos efectos son estadísticamente significativos. En segundo lugar, el modelo (ii) analiza la interacción entre libertad de movimiento y grupo de edad, comparando específicamente el rango de 15-19 años

con el de 30-34 años. Los resultados evidencian que el efecto de la libertad de movimiento es mayor en el grupo de mayor edad, aunque sigue siendo significativo en ambos grupos. Este resultado puede explicarse por los niveles de autonomía asociados con cada grupo etario. En el caso de las mujeres más jóvenes, su libertad de movimiento puede estar más limitada debido a que dependen, en la mayoría de los casos, de las decisiones de sus padres o cuidadores.

En tercer lugar, se analizan las interacciones relacionadas con autonomía en salud en el modelo (iii) y (iv). Los resultados indican que el efecto de esta dimensión es significativo en contextos geográficos específicos. Además, se observa que el efecto de la autonomía en salud varía levemente entre los quintiles de ingreso, siendo mayor en el quintil inferior (0.015,  $p = 0.092$ ) en comparación con el quintil superior (0.012,  $p = 0.112$ ), aunque estos últimos resultados no alcanzan significancia estadística. Esto sugiere que en contextos de menor acceso económico, la capacidad de decisión sobre salud adquiere mayor importancia. Por último, el modelo (v), que incluye la interacción entre control de recursos económicos (CR) y zona, también muestra coeficientes significativos. Los resultados indican que el impacto del control de recursos económicos es mayor en las zonas urbanas (0.044,  $p < 0.05$ ) que en las rurales (0.040,  $p < 0.05$ ).

### 5.3. Modelos adicionales

Los resultados de los modelos de regresión Logit en la Tabla 10 permiten evaluar cómo influyen las dimensiones de empoderamiento en el uso de cada uno de los servicios de salud. Se observa que las mujeres con libertad de movimiento tienen una mayor probabilidad de acceder a todos los servicios analizados. Por ejemplo, en el Modelo 1, el odds ratio de 1.359 (IC 95%: 1.167–1.583) indica que estas mujeres tienen un 35.9% más de probabilidades de recibir suplementos de hierro, en comparación con aquellas que no tienen esta libertad. De igual manera, en el Modelo 2, las mujeres con libertad de movimiento tienen un 47.9% más de probabilidades de realizar más de 8 controles prenatales y concretar su primer control en el primer trimestre de embarazo (OR: 1.479, IC 95%: 1.274–1.718).

Tabla 10: Resultados de modelos Logit por servicio

	Modelo 1 Hierro	Modelo 2 Controles	Modelo 3 Parto Institucional	Modelo 4 Exámenes
Libertad de movimiento	1.359*** [1.167,1.583]	1.479*** [1.274,1.718]	1.66*** [1.230,1.958]	1.366** [1.045,1.685]
Autonomía en salud	1.178*** [1.047,1.325]	1.069 [0.949,1.204]	1.439*** [1.095,1.892]	1.464*** [1.169,1.833]
Participación en gastos grandes	1.044 [0.889,1.225]	1.135 [0.969,1.329]	1.382*** [1.294,2.040]	1.020 [0.757,1.374]
Control de recursos	1.253*** [1.118,1.405]	1.005 [0.893,1.132]	1.494*** [1.264,1.869]	1.272** [1.008,1.605]
N	9463	9672	9731	9672

Nota: Los coeficientes son odds ratios (OR). Los intervalos de confianza al 95% (IC) se encuentran entre corchetes. \*\*\* p < 0.01, \*\* p < 0.05, \* p < 0.1. Para más detalle, revisar el Anexo E. Todos los modelos incluyen controles por las características de la mujer, hogar, factores sociodemográficos y oferta en salud.

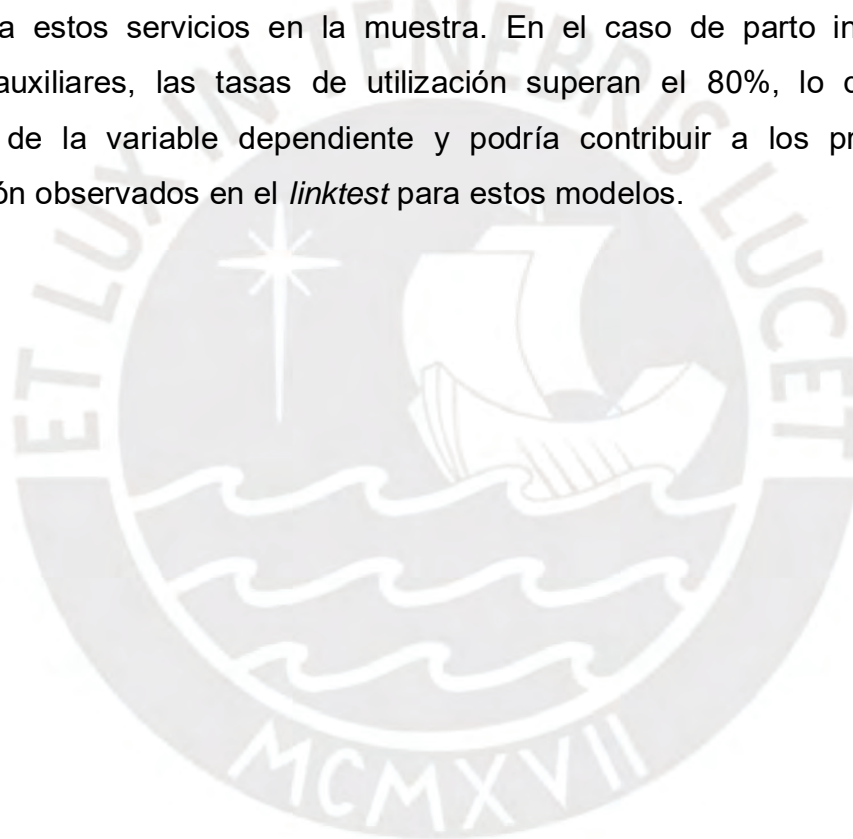
Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

La autonomía en decisiones de salud también muestra una relación positiva con el parto en establecimientos de salud y el acceso a exámenes auxiliares. En el Modelo 3, el odds ratio de 1.439 (IC 95%: 1.095–1.892) sugiere que las mujeres con autonomía en sus decisiones de salud son 43.9% más propensas a tener un parto institucional. Asimismo, en el Modelo 4, la autonomía en salud aumenta en un 46.4% la probabilidad de acceso a exámenes auxiliares (OR: 1.464, IC 95%: 1.169–1.833).

Por otro lado, la participación en grandes gastos del hogar no muestra un efecto significativo en la mayoría de los modelos, salvo en el Modelo 3, donde se observa que las mujeres que participan en estas decisiones tienen más probabilidades de tener un parto en un establecimiento de salud (OR: 1.882, IC 95%: 1.394–2.504). Finalmente, el control sobre los recursos económicos influye significativamente en el uso de suplementos de hierro, los partos institucionales y el acceso a exámenes auxiliares. En el Modelo 1, las mujeres con control sobre sus recursos tienen un 25.3% más de probabilidades de recibir suplementos de hierro (OR: 1.253, IC 95%: 1.118–1.405), y un 69.4% más de probabilidades de dar a luz en un establecimiento de salud (OR: 1.694, IC 95%: 1.264–2.269).

Para asegurar la validez de los resultados obtenidos en los modelos presentados, se realizaron algunas pruebas complementarias. En primer lugar, se evaluó la multicolinealidad de las variables explicativas mediante el cálculo del Factor de Inflación de la Varianza (VIF), no encontrándose indicios significativos de colinealidad, ya que todos los valores de VIF se mantuvieron por debajo de 3.

En términos de especificación del modelo, los resultados de la prueba *linktest* sugieren un ajuste adecuado para los modelos de uso de suplementos de hierro y controles prenatales, ya que en ambos casos se observó que solo la variable *\_hat* resultó significativa. Esto indica que estos modelos están bien especificados y capturan adecuadamente la relación entre las dimensiones de empoderamiento y el uso de estos servicios. Sin embargo, en los modelos de parto institucional y exámenes auxiliares, tanto *\_hat* como *\_hatsq* resultaron significativos, lo cual sugiere posibles problemas de especificación en estas variables (Revisar Anexo D). Estos resultados podrían indicar la necesidad de revisar la estructura del modelo en estos casos. Sin embargo, esta falta de especificación podría estar relacionada con la alta probabilidad de acceso a estos servicios en la muestra. En el caso de parto institucional y exámenes auxiliares, las tasas de utilización superan el 80%, lo que limita la variabilidad de la variable dependiente y podría contribuir a los problemas de especificación observados en el *linktest* para estos modelos.



## Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el empoderamiento femenino de las madres y la utilización de servicios de salud materna en el contexto peruano. Aunque la literatura previa suele enfocarse en la salud materna principalmente como un medio para mejorar la salud infantil, este estudio resalta la importancia de considerar la salud materna como un fin en sí mismo. En este marco, la investigación busca conectar dos conceptos fundamentales: por un lado, la salud materna, una dimensión vital del bienestar, tanto a nivel individual como colectivo; y, por otro, el empoderamiento femenino, entendido como la capacidad de agencia de las mujeres para mejorar su propio bienestar. Este empoderamiento se traduce en una toma de decisiones más autónoma, que resulta, en el contexto del estudio, en una mayor utilización de los servicios de salud materna. Adicionalmente, el Enfoque de Capacidades proporciona un marco evaluativo adecuado para comprender cómo la falta de control de las mujeres sobre las decisiones relacionadas con su salud constituye un grave obstáculo para su calidad de vida. De este modo, el empoderamiento femenino se convierte en un elemento central de este estudio, ya que implica un proceso de ampliación de libertades, oportunidades y opciones en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano.

En el Perú, los resultados muestran que las mujeres con un mayor grado de empoderamiento presentan mayores probabilidades de acceder a un conjunto completo de servicios de salud materna. Específicamente, se observa que estas mujeres suelen realizar al menos ocho controles prenatales, inician las visitas prenatales en el primer trimestre, se someten a exámenes auxiliares (de orina y sangre) y dan a luz en centros de salud, atendidas por profesionales calificados. Estos hallazgos subrayan la relevancia del empoderamiento femenino; sin embargo, el panorama en el Perú aún es desafiante: solo el 23.56% de las madres a nivel nacional accede a los cuatro servicios mencionados, y apenas el 39.51% reporta contar con autonomía en el control de sus recursos económicos, en la toma de decisiones sobre su propia salud y en el hogar, así como con libertad de movimiento.

Es fundamental reconocer que las mujeres enfrentan desafíos relacionados con el *des-empoderamiento* de género desde edades tempranas y en el ámbito doméstico, en contraste con sus pares masculinos. A pesar de los avances en equidad de género, persisten desigualdades estructurales que limitan la autonomía de las mujeres. La

falta de acceso a servicios de salud materna de calidad refleja estas barreras, las cuales se derivan de políticas que históricamente han posicionado a la mujer como receptora de bienestar, más que como un agente autónomo. Esto pone en evidencia la necesidad urgente de políticas públicas que reconozcan a las mujeres como sujetos intrínsecamente valiosos y como agentes autónomos de su propio bienestar. Por lo tanto, esta tesis no solo invita a reflexionar desde el Enfoque de Capacidades, sino que también subraya la necesidad de revisar los mecanismos de políticas maternas a la luz del Enfoque de Género, reconociendo las complejas interacciones interpersonales, sociales y culturales que pueden limitar el acceso a estos servicios.

Para el diseño y análisis crítico de políticas públicas que busquen garantizar el bienestar de las mujeres en el Perú, es fundamental comprender marcos conceptuales sólidos sobre empoderamiento, autonomía y capacidad de toma de decisiones. Aspectos como garantizar un entorno libre de violencia, reconocer el papel crucial de la educación en el cambio de patrones socioculturales en el hogar y reducir la desigualdad en el mercado laboral, son medidas interrelacionadas que inciden en la demanda de servicios de salud por parte de las mujeres. Las políticas de Estado y las herramientas de gestión pública deben, en este sentido, promover la alineación de dichos objetivos entre los distintos entes estatales.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se buscó evidenciar una relación entre criterios que representan a una madre empoderada. Sin embargo, un estudio con datos longitudinales podría capturar de mejor manera el empoderamiento como proceso y así determinar si, tras dicho proceso, las mujeres logran una mayor utilización de servicios de salud materna. Sin embargo, un periodo mínimo de cinco años habría abarcado los años 2020-2022, los cuales estuvieron marcados por la pandemia de COVID-19, generando un sesgo en los datos por la emergencia sanitaria. De este modo, una de las limitaciones de esta investigación es la falta de datos en panel. Se espera poder continuar con un estudio que involucre esta naturaleza de datos. Por otro lado, resultaría oportuno complementar la investigación con una metodología mixta que recoja las voces de las mujeres durante su maternidad y en su proceso de empoderamiento, ya que la autonomía también implica un estado subjetivo que podría capturarse mejor mediante preguntas específicas. Asimismo, es notable que el control de recursos económicos fue la dimensión con menor influencia en la probabilidad de utilizar los servicios de salud materna. Sin embargo, se reconoce que esta variable requiere un análisis más profundo en futuras investigaciones, con un

enfoque en una mejor modelación de esta dimensión que incluya preguntas relacionadas con la calidad del empleo.

En cuanto a las recomendaciones de la investigación, se sugiere una exploración más profunda de la libertad de movimiento, que ha mostrado una de las asociaciones más fuertes con la salud materna. No solo en el ámbito de la salud pública, sino en diversas dimensiones del bienestar, la libertad de movimiento actúa como un multiplicador de recursos, brindando a las mujeres herramientas valiosas en diferentes áreas. Una expansión de la literatura con enfoque de género en torno a esta dimensión podría abrir paso a investigaciones futuras de gran relevancia. Asimismo, se recomienda que el estudio de conceptos tan relevantes como el empoderamiento femenino y la salud materna se aborde desde perspectivas interdisciplinarias, que enriquezcan el análisis. La integración de enfoques desde la sociología, la filosofía y la literatura médica permitió una interpretación más completa de estos conceptos en el presente estudio. Del mismo modo, aunque el empoderamiento femenino es un concepto ampliamente desarrollado y estudiado en otros países, tanto como un medio como un fin, en el Perú aún se requiere de más investigaciones que evidencien su impacto y su magnitud en la vida de las mujeres.

Para finalizar, es fundamental reconocer que la salud materna implica un problema complejo y multidimensional. En el caso de las gestantes en el Perú, la utilización a los servicios necesarios durante este período de alto riesgo es un camino lleno de obstáculos. Muchas veces se trata de un camino corto, incluso un camino que algunas mujeres no terminan de recorrer, siendo la mortalidad materna uno de los mayores desafíos de desarrollo humano en el país. En este contexto, el empoderamiento de las mujeres emerge como parte de la solución, aunque se reconoce que abordar esta complejidad requiere un enfoque minucioso y exhaustivo que deja por tanto líneas de investigación aún mayores y necesarias de abordar. Desentrañar las complejidades tanto del empoderamiento como de la salud materna es un trabajo pendiente y necesario para asegurar un mejor futuro en términos de salud y bienestar para las mujeres y madres en el Perú.

## Referencias Bibliográficas

Abarca, K. (2003). Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. *Revista Chilena de Infectología*, 20(1), 41–46. Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182003020100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020100007)

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

Ahmed, S., Creanga, A., Gillespie, D. y Tsui, A. (2010). Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS one*, 5(6), e11190.

Altman, R., Sidney, K., De Costa, A., Vora, K., y Salazar, M. (2017). Is institutional delivery protective against neonatal mortality among poor or tribal women? a cohort study from Gujarat, India. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 1065-1072.

Asim, M., Hameed, W., & Saleem, S. (2022). Do empowered women receive better quality antenatal care in Pakistan? An analysis of demographic and health survey data. *PLoS One*, 17(1), e0262323.

Batliwala, S. (2007). Taking the power out of empowerment—an experiential account. *Development in practice*, 17(4-5), 557-565.

Batliwala, S. (2007). Taking the power out of empowerment—an experiential account. *Development in practice*, 17(4-5), 557-565.

Batliwala, S. (1994). The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action'. En G. Sen, A. Germain y L.C. Chen (Eds.) *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Boston: Harvard University Press.

Beltrán, A., y Seinfeld, J. (2014). *Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente*. Universidad del Pacífico.

Bobbit-Zeher, D. (2011) "Gender Discrimination at Work: Connecting Gender Stereotypes, Institutional Policies, and Gender Composition of Workplace." *Gender and Society*, December, Vol. 25 (6), pp. 764-786.

Castañeda, I. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 249-257.

Cameron, A., y Trivedi, PK. (2010). *Microeconometrics using stata. Volumen II: Nonlinear Models and Causal Inference Methods. Second Edition*.

Caulfield, L., Zavaleta, N., Shankar, A., y Meriáldi, M. (1998). Potential contribution of maternal zinc supplementation during pregnancy to maternal and child survival. *The American journal of clinical nutrition*, 68(2), 499S-508S.

Collver, A., Ten Have, R., y Speare, M. (1967). Factors influencing the use of maternal health services. *Social Science & Medicine* (1967), 1(3), 293-308.

Conway, J., Bourque, S., y Scott, J. (2013). "El concepto de género". En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpresión, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M., Neilson, E., y Wallace, M. (2021). Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *Journal of Women's Health*, 30(2), 230-235.  
<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jwh.2020.8882>

DeJong, J. (2006). Capabilities, reproductive health and well-being. *The Journal of Development Studies*, 42(7), 1158-1179.

Deneulin, S., y Alkire, S. (2018). The Real Wealth of Nations: Sen's capability approach and the Sustainable Development Goals.

Drydyk, J. (2013). Empowerment, agency, and power. *Journal of Global Ethics*, 9(3), 249-262.

Díaz, Z., y Presno, M. (2013). Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(2).

Duflo, E. (2012). Women empowerment and economic development. *Journal of Economic literature*, 50(4), 1051-79.

Flax, J. (1987). Postmodernism and gender relations in feminist theory. *Signs: Journal of women in culture and society*, 12(4), 621-643.

Francke, P., y Quispe, D. (2020). Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018.

Gamio, E., Valencia, A., Guillén, H., Caceda, A., Ruiz Bravo, P., y Gomez, S. (2020). Estudios sobre justicia, agencia y poder.

Gelman, S., Taylor, M., Nguyen, S., Leaper, C., y Bigler, R. (2004). Mother-child conversations about gender: Understanding the acquisition of essentialist beliefs. *Monographs of the society for research in child development*, i-142.

Gianella, C., Ruiz-Cabrejos, J., Villacorta, P., Castro, A., & Carrasco-Escobar, G. (2021). Revertir cinco años de progreso: El impacto de la covid-19 en la mortalidad materna en Perú. *CMI Brief*, 2021(2).

Gough, I. (2007). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 100, 177-202.

Haider, M., Qureshi, Z., y Khan, M. (2017). Effects of women's autonomy on maternal healthcare utilization in Bangladesh: Evidence from a national survey. *Sexual &*

*reproductive healthcare*, 14, 40-47.

Hamal, M., Dieleman, M., De Brouwere, V., y Cock Buning, T. (2020). Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Reviews*, 41(1), 1-24.

Hearld, K., Anderson, J., y Budhwani, H. (2018). Examining the relationship between individual characteristics, community-level traits, multidimensional empowerment, and maternal health care utilization in the Islamic Republic of Pakistan. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 1319-1326.

Ibrahim, S., y Alkire, S. (2007). Agency and empowerment: A proposal for internationally comparable indicators. *Oxford development studies*, 35(4), 379-403.

Ibrahim, S., y Alkire, S. (2011). Agencia y empoderamiento en la medición de la pobreza. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 22, 1-7.

INEI (2022). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022.

INEI (2019). Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales, 2019.

Kabeer, N. (2008). Paid work, women's empowerment and gender justice: critical pathways of social change.

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

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

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.

Khatiwada, J., Muzembo, B., Wada, K., y Ikeda, S. (2020). Dimensions of women's empowerment on access to skilled delivery services in Nepal. *BMC pregnancy and childbirth*, 20, 1-13.

Lerner, G. (1990). El origen del patriarcado. *La creación del patriarcado*, 310-345. <http://elsolardelasartes.com.ar/pdf/611.pdf>

Lip, C., y Rocabado, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en Perú. *Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud*.

Lombardini, S., Bowman, K., y Garwood, R. (2017). *A'How To'Guide to Measuring Women's Empowerment: Sharing experience from Oxfam's impact evaluations*. Oxfam GB.

Malhotra, A. y Schuler, S. (2005). Women's Empowerment as a Variable in International Development. En: Narayan (edit.). *Measuring empowerment. Crossdisciplinary perspective*. (pp. 71-88). Washington, DC: The World Bank.

Malow, R. (2009). Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Haiti. *Revista panamericana de salud pública*, 25(1), 24-30.

Mishra, N. y Tripathi, T. (2011). Conceptualising Women's agency, autonomy and empowerment. *Economic and Political Weekly*, 58-65.

Minsa. (2017). Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Retrieved from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

Molyneux, M. (2007). *Conditional cash transfers: a pathway to women's empowerment?*. Pathways of Women's Empowerment, Institute of Development Studies, University of Sussex.

Mokam, B., & Zamo Akono, C. (2022). The association between women's empowerment and reproductive health care utilization in Cameroon. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(2), mzac032.

Moreno, S. (2020). *El empoderamiento femenino como estrategia para la igualdad de género. Un análisis multidimensional*. No. 16 enero ISSN 2538-9491 Documentos de Política. Colombia: Universidad de los Andes. <https://cider.uniandes.edu.co/sites/default/files/img/Boletines/2022/marzo-2022/Documento%20Suelen%20Castiblanco%20f.pdf>

Mothupi, M., Knight, L. y Tabana, H. (2020). Improving the validity, relevance and feasibility of the continuum of care framework for maternal health in South Africa: a thematic analysis of experts' perspectives. *Health research policy and systems*, 18(1), 1-14.

Naciones Unidas y Cepal. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Retrieved from: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollosostenible.pdf>

Narayan, D. (Ed.). (2005). *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives*. World Bank Publications.

Ñopo, H. y Gayoso, J. M. (2022). *Ser mujer en el Perú: Dónde estamos ya dónde vamos*. Planeta Perú.

OPHI-Oxford Poverty, Human Development Initiative, y CAF. (2016). Las dimensiones faltantes en la medición de la pobreza. Bogotá: Centro para el Desarrollo Humano Centro Lyra; Centro para el Desarrollo Humano IERU; CAF; Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI). Recuperado de: <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/833>

Osorio A., Tovar L. y Rathmann, K. (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>

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. *Social Science & Medicine*, 169, 119-131.

Renzetti, C. (2013). Feminist perspectives in Criminology. En *Routledge Handbook of Critical Criminology*. Routledge.

Rowlands, J. (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: Un modelo para el desarrollo. En: León Magdalena (ed.) *Poder y empoderamiento de las mujeres* (213-245). Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo

Ruiz Bravo, P., Vargas, S., y 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.

Ruiz Bravo, P. y Gómez, S. (2019). El estudio del empoderamiento en las mujeres: enfoques internacionales y nacionales. Documento de trabajo elaborado para el Instituto de Desarrollo Humano de América Latina. (Documento inédito)

Ruiz Bravo, P. (1994). *Género, educación y desarrollo* (No. 376 R934). UNESCO, Santiago (Chile). Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe.

Samman, E. y Santos, M. (2009). Agency and Empowerment: A review of concepts, indicators and empirical evidence.

Sánchez, A., y Rodríguez, M. (2016). Diez años Juntos: un balance de la investigación del impacto del programa de transferencias condicionadas del Perú sobre el capital humano.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, España: Planeta.

Sen, A. (1999). Women's agency and social change. *Development as freedom*, 188, 203.

Scott, J. (2013). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Marta Lamas (comp.), *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*, 4ta reimpression, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Szasz, I (1998). Alternativas Teóricas y Metodológicas para el Estudio de la Condición de la Mujer y la Salud Materno-infantil(fragmento). En: *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El colegio de México.

Unterhalter, E. (2019). Balancing Pessimism of the Intellect and Optimism of the Will:

Some Reflections on the Capability Approach, Gender, Empowerment, and Education. En Clark D. Biggeri M. & Frediani A. A, *The capability approach empowerment and participation: concepts methods and applications* (2019). Palgrave Macmillan UK.

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

Vildö, L. (2017). The Universal Causes and Effects of Women's Empowerment for Developing Countries.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: summary: highlights and key messages from the World Health Organization's 2016 global recommendations for routine antenatal care*.

Yadav, A., y Kesarwani, R. (2016). Effect of individual and community factors on maternal health care service use in India: a multilevel approach. *Journal of biosocial science*, 48(1), 1-19.



## Anexos

### Anexo A: Estadísticas descriptivas de las principales variables del estudio

Tabla 11: Resumen de las principales variables del estudio

<b>Variable</b>	<b>Obs</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Libertad de movimiento	9,618	0.84	0.37	0	1
Autonomía en salud	10,795	0.67	0.47	0	1
Participación en gastos grandes del hogar	10,795	0.84	0.37	0	1
Control de recursos económicos	9,876	0.65	0.48	0	1
PISG	12,310	0.23	0.42	0	1
PISG_count	12,310	2.82	0.83	1	4
Controles prenatales	12,814	0.45	0.50	0	1
Parto Institucional	12,980	0.95	0.23	0	1
Exámenes auxiliares	12,814	0.93	0.25	0	1
Suplemento de hierro	12,338	0.43	0.50	0	1
Edad	12,980	21.23	4.96	12	47
Educación de la madre	12,980	2.14	0.72	0	3
Estado civil	12,980	1.17	0.37	1	2
Lengua Materna	12,980	0.10	0.30	0	1
Seguro de salud	12,980	0.80	0.40	0	1
Jefa de hogar	12,980	0.19	0.39	0	1
Servicios básicos	12,980	0.44	0.50	0	1
Región natural	12,980	2.73	0.98	1	4
Departamento	12,980	13.32	7.02	1	25
Quintil de riqueza	12,980	2.44	1.29	1	5
Zona	12,980	0.69	0.46	0	1
Establecimientos de salud	12,980	0.50	0.48	0.06	3.08

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

## Anexo B: Correlación de las variables explicativas del estudio

Tabla 12: Matriz de correlación de variables explicativas del estudio

	Libertad de movimiento	Autonomía en salud	Participación en gastos grandes del hogar	Control de recursos económicos	Edad	Educación de la madre	Estado civil	Lengua Materna	Seguro de salud	Jefa de hogar	Servicios básicos	Región natural	Dpto.	Quintil de riqueza	Zona	Estbl. de Salud
<b>Libertad de movimiento</b>	1.000															
<b>Autonomía en salud</b>	0.047	1.000														
<b>Participación en gastos grandes del hogar</b>	0.204	0.068	1.000													
<b>Control de recursos económicos</b>	0.082	0.121	0.149	1.000												
<b>Edad</b>	0.082	0.104	0.057	0.155	1.000											
<b>Educación de la madre</b>	0.143	0.243	0.171	0.269	0.415	1.000										
<b>Estado civil</b>	0.006	0.009	-0.033	0.010	-0.008	-0.004	1.000									
<b>Lengua Materna</b>	-0.082	-0.187	-0.084	-0.222	-0.129	-0.316	-0.005	1.000								
<b>Seguro de salud</b>	-0.078	-0.132	-0.083	-0.223	-0.341	-0.379	0.008	0.160	1.000							
<b>Jefa de hogar</b>	0.010	0.081	0.080	0.045	-0.001	0.030	-0.006	0.001	0.008	1.000						
<b>Servicios básicos</b>	0.064	0.111	0.078	0.133	0.216	0.259	-0.012	-0.174	-0.185	-0.001	1.000					
<b>Región natural</b>	-0.031	-0.117	-0.073	-0.123	-0.165	-0.222	0.004	0.158	0.191	0.002	-0.332	1.000				
<b>Departamento</b>	0.010	0.116	0.038	0.068	-0.020	0.093	-0.008	-0.227	-0.028	0.057	-0.145	-0.040	1.000			
<b>Quintil de riqueza</b>	0.125	0.240	0.127	0.304	0.380	0.547	-0.015	-0.356	-0.471	-0.041	0.488	-0.447	0.105	1.000		
<b>Zona</b>	0.093	0.233	0.146	0.303	0.229	0.431	-0.019	-0.403	-0.262	0.031	0.322	-0.345	0.186	0.623	1.000	
<b>Estbl. de salud</b>	-0.050	-0.150	-0.065	-0.166	-0.147	-0.227	0.018	0.254	0.206	-0.003	-0.185	0.521	-0.276	-0.460	-0.481	1.000

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).



## Anexo C: Interacciones entre dimensiones y variables control

Tabla 13: Análisis de interacciones entre dimensiones y variables control

### 1: Interacción libertad de movimiento con zona

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
<b>libertad</b>						
_at						
1	.0739329	.0256928	2.88	0.004	.0235758	.1242899
2	.0773117	.0322497	2.40	0.017	.0141034	.1405199

### 2: Interacción libertad de movimiento con rango de edad 15-19

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
libertad	.044417	.0196933	2.26	0.024	.0058189	.0830151

### 3: Interacción libertad de movimiento con rango de edad 30-34

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
libertad	.0594673	.0195638	3.04	0.002	.021123	.0978115

### 4: Interacción Autonomía en salud con región\*

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
<b>asxsregion</b>						
_at						
1	.0122502	.0030154	4.06	0.000	.0063401	.0181603
2	.0129985	.0032419	4.01	0.000	.0066445	.0193524
3	.0136191	.0034286	3.97	0.000	.0068992	.020339
4	.0140816	.0035606	3.95	0.000	.0071029	.0210603

\*Las regiones se identifican con los siguientes números: (1) Lima Metropolitana, (2) Resto de la Costa, (3) Sierra y (4) Selva.

### 5: Interacción Autonomía en salud con quintiles\* de riqueza

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
<b>asxsquintil</b>						
_at						
1	.0149753	.0088755	1.69	0.092	-.0024203	.0323709
2	.0145069	.0086432	1.68	0.093	-.0024334	.0314472
3	.0138684	.0083646	1.66	0.097	-.0025258	.0302627
4	.0130913	.0080445	1.63	0.104	-.0026757	.0288582
5	.0122106	.0076879	1.59	0.112	-.0028574	.0272786

\*Los quintiles se identifican con los siguientes números: (1) Q. Inferior, (2) Q. Segundo, (3) Q. Intermedio, (4) Q. Cuarto y (5) Q. Superior.

### 6: Interacción control de recursos económicos con zona

	Delta-method		z	P> z	[95% conf. interval]	
	dy/dx	std. err.				
<b>recursos_eco</b>						
_at						
1	.0401901	.0188714	2.13	0.033	.0032029	.0771774
2	.0443363	.0221928	2.00	0.046	.0008392	.0878335

Nota: Cada interacción se realizó en un modelo Logit controlado por todas las covariables señaladas. La elección de las interacciones fue a criterio del autor.

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

Anexo D: Prueba *Linktest* para los modelos Logit por servicio

Tabla 14: Resultados de la prueba de especificación *Linktest* para modelos Logit

hierro_4m	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
_hat	<b>1.118097</b>	<b>.0893995</b>	<b>12.51</b>	<b>0.000</b>	<b>.9428777</b>	<b>1.293317</b>
_hatsq	<b>.3567295</b>	<b>.1684587</b>	<b>2.12</b>	<b>0.034</b>	<b>.0265565</b>	<b>.6869025</b>
_cons	<b>-.0263772</b>	<b>.0299399</b>	<b>-0.88</b>	<b>0.378</b>	<b>-.0850584</b>	<b>.032304</b>

cpnc	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
_hat	<b>1.001847</b>	<b>.1111867</b>	<b>9.01</b>	<b>0.000</b>	<b>.7839248</b>	<b>1.219769</b>
_hatsq	<b>.0051792</b>	<b>.2169459</b>	<b>0.02</b>	<b>0.981</b>	<b>-.4200269</b>	<b>.4303854</b>
_cons	<b>-.0001971</b>	<b>.0245571</b>	<b>-0.01</b>	<b>0.994</b>	<b>-.048328</b>	<b>.0479339</b>

parto_establ	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
_hat	<b>1.467756</b>	<b>.1333733</b>	<b>11.00</b>	<b>0.000</b>	<b>1.206349</b>	<b>1.729163</b>
_hatsq	<b>-.0891691</b>	<b>.0222064</b>	<b>-4.02</b>	<b>0.000</b>	<b>-.1326929</b>	<b>-.0456453</b>
_cons	<b>-.417754</b>	<b>.1695867</b>	<b>-2.46</b>	<b>0.014</b>	<b>-.7501378</b>	<b>-.0853702</b>

exam_auxl	Coefficient	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
_hat	<b>.2077616</b>	<b>1.675406</b>	<b>0.12</b>	<b>0.901</b>	<b>-3.075974</b>	<b>3.491497</b>
_hatsq	<b>.1533801</b>	<b>.3233998</b>	<b>0.47</b>	<b>0.635</b>	<b>-.4804718</b>	<b>.7872321</b>
_cons	<b>1.006648</b>	<b>2.149222</b>	<b>0.47</b>	<b>0.640</b>	<b>-3.20575</b>	<b>5.219045</b>

Nota: Un valor significativo para *\_hat* y no significativo para *\_hatsq* indica que el modelo está correctamente especificado, capturando adecuadamente la relación entre las variables explicativas y la variable dependiente.

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).

## Anexo E: Modelo extendido de Logit por servicio

Tabla 15: Resultados del modelo extendido de Logit por servicio

	Hierro	Controles	Parto Institucional	Exámenes
Libertad de movimiento	1.359*** [1.167,1.583]	1.479*** [1.274,1.718]	1.66*** [1.230,1.958]	1.366** [1.045,1.685]
Autonomía en salud	1.178*** [1.047,1.325]	1.069 [0.949,1.204]	1.439*** [1.095,1.892]	1.464*** [1.169,1.833]
Participación en gastos grandes	1.044 [0.889,1.225]	1.135 [0.969,1.329]	1.382*** [1.294,2.040]	1.02 [0.757,1.374]
Control de recursos	1.253*** [1.118,1.405]	1.005 [0.893,1.132]	1.494*** [1.264,1.869]	1.272** [1.008,1.605]
edad	0.099*** [0.028,0.170]	0.165*** [0.095,0.234]	0.042 [-0.106,0.190]	0.037 [-0.093,0.168]
Nivel educativo mas alto	0.113** [0.016,0.209]	0.168*** [0.074,0.262]	0.671*** [0.448,0.894]	0.053 [-0.129,0.235]
Etnicidad	0.251** [0.054,0.448]	0.043 [-0.146,0.232]	-0.498*** [-0.815,-0.181]	-0.083 [-0.406,0.240]
con SIS	-0.093 [-0.241,0.055]	-0.111 [-0.256,0.034]	0.680*** [0.196,1.164]	0.321** [0.023,0.619]
Jefa de hogar	-0.192** [-0.347,-0.036]	0.007 [-0.143,0.156]	0.052 [-0.385,0.490]	0.004 [-0.301,0.308]
serv_basicos	-0.128* [-0.260,0.003]	-0.009 [-0.136,0.118]	0.501** [0.059,0.944]	-0.037 [-0.292,0.219]
zona	-0.153* [-0.317,0.011]	-0.277*** [-0.435,-0.118]	0.933*** [0.508,1.358]	0.139 [-0.170,0.447]
Resto_Costa*	-0.303*** [-0.491,-0.115]	0.252*** [0.065,0.438]	-1.291 [-3.321,0.740]	-0.192 [-0.629,0.246]
Sierra*	-0.645*** [-0.856,-0.435]	0.044 [-0.163,0.250]	-0.901 [-2.929,1.126]	-0.524** [-0.979,-0.070]
Selva*	-0.606*** [-0.827,-0.384]	0.267** [0.050,0.484]	-2.130** [-4.146,-0.113]	-0.251 [-0.734,0.232]
Indice de riqueza	0.138*** [0.069,0.206]	0.145*** [0.078,0.212]	0.711*** [0.404,1.019]	0.03 [-0.110,0.169]
estab_1000_hab	0.025 [-0.121,0.171]	0.279*** [0.138,0.419]	0.053 [-0.240,0.345]	0.021 [-0.237,0.279]
Constant	-2.062*** [-3.205,-0.919]	-3.754*** [-4.871,-2.637]	-0.908 [-3.998,2.182]	1.431 [-0.692,3.553]

Fuente: Elaboración propia. ENDES (2022).