

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



El Empoderamiento Femenino en la Demanda por Servicios de Salud
Reproductiva y Preventiva: una mirada a las zonas rurales y urbanas del Perú
del 2019 al 2021

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Economía presentado
por:

Martinez Gastolomendo, Rosa Maricruz

Asesora:
Velazco Portocarrero, Jackeline Raquel


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Velazco Portocarrero, Jackeline Raquel, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis/el trabajo de investigación titulado El Empoderamiento Femenino en la Demanda por Servicios de Salud Reproductiva y Preventiva: una mirada a las zonas rurales y urbanas del Perú del 2019 al 2021 del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Martinez Gastolomendo, Rosa Maricruz dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 22%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 21/10/25.
- 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, 21 de octubre de 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Velazco Portocarrero, Jackeline Raquel</u>	
DNI: 07945434	Firma 
ORCID: 0000-0001-5554-2198	

Agradecimientos

Ante todo, agradezco profundamente a Dios, por guiarme, fortalecerme y brindarme la paz y sabiduría necesarias durante todo este proceso de investigación. Su presencia constante en mi vida ha sido la fuente de mi fortaleza y determinación.

A mis padres, Manuel Martínez B. y Cruz Gastolomendo M., les debo mi más sincero agradecimiento. Su amor incondicional, apoyo constante y fe en mí han sido la base de este logro. Sin su sacrificio, orientación y motivación, este trabajo no habría sido posible. Gracias por enseñarme a perseverar, por recordarme siempre la importancia de nunca rendirme y por estar a mi lado en cada etapa de este largo y desafiante camino. Sus esfuerzos, su dedicación y su incansable trabajo me han inspirado no solo como hija, sino también como investigadora y ser humano. Este logro es tan suyo como mío.

A Jackeline Velazco, mi asesora, por su paciencia, dedicación y compromiso incansable. Su orientación rigurosa y su disposición a brindarme apoyo en cada etapa de esta investigación han sido esenciales para la culminación de este trabajo. Su influencia intelectual ha dejado una huella profunda en mi formación académica y profesional.

A mis tíos, Rosa L. Martínez Gastolomendo y Marco Romero Morante, quienes estuvieron a mi lado de manera constante, especialmente en los momentos más difíciles. Su fortaleza, amor y apoyo me dieron la estabilidad necesaria para continuar adelante, incluso en los momentos de dolor y pérdida. En particular, su presencia y apoyo fueron fundamentales tras la partida de mi padre, un evento que marcó un antes y un después en mi vida.

A todos ustedes, mi gratitud eterna. Este trabajo es un reflejo no solo de mi esfuerzo, sino del amor y el apoyo que siempre me han brindado.

Dedicatoria

A mi padre, Manuel Natividad Martínez Bracamonte, quien me regaló a lo largo de su vida un amor incondicional, un apoyo inquebrantable y una dedicación incansable. Con su ejemplo me enseñó el verdadero significado de la fuerza, la determinación y la resiliencia. Cada madrugada de mi niñez, sus brazos fueron mi refugio de paz; cada noche de adolescencia, su presencia y un beso en la frente fueron mi fortaleza; y cada amanecer en la universidad, su abrazo y su eterna frase: “nunca te rindas, mi ratona, patitas de araña”, me recordaron que debía seguir adelante. Esta investigación es, en esencia, un reflejo de lo que soy gracias a ti. Es un homenaje a tu lucha, a tu trabajo, a tu amor inagotable y a esos abrazos que fueron la fortaleza de mi alma. Este logro es para honrarte, porque me mostraste siempre el camino con tu ejemplo.

A mi madre, Cruz Casilda Gastolomendo Minchan, quien junto a mi padre me enseñó a amar profundamente todo lo que hago. Tu entrega, tu cuidado y la disciplina que sembraste en mí desde pequeña son la raíz de mi fortaleza. Este trabajo es también tuyo: refleja cada sacrificio, cada enseñanza y cada muestra de amor que me has brindado. Eres la esencia de lo que soy, y este logro es fruto de tu fe inquebrantable en mí.

A mi tía, Rosa Lupe Martínez Gastolomendo, quien se convirtió en el motor que impulsó mi vida, especialmente después de la partida de mi padre al cielo. En los momentos más oscuros, cuando la esperanza parecía desvanecerse, estuviste a mi lado para recordarme que la familia es la mayor fuente de fortaleza. Tu apoyo y tu cariño me sostuvieron cuando más lo necesitaba, y a ti debo gran parte de este camino recorrido.

Finalmente, a toda mi familia Martínez Gastolomendo, por su aliento, dedicación y amor constante. Cada uno de ustedes ha sido parte de mi motivación para no rendirme y seguir luchando por mis sueños. Este logro es también suyo, porque refleja la fe y la confianza que siempre depositaron en mí.

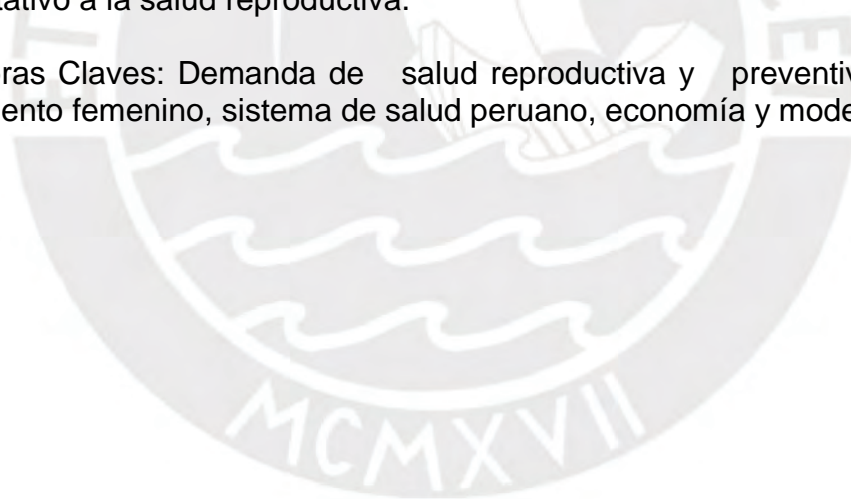
Resumen

La presente investigación analiza la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva en zonas rurales y urbanas del Perú durante 2019-2021. El estudio se sustenta en la teoría de la demanda de salud de Grossman (1972) y en modelos logit binarios, utilizando microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar. El empoderamiento se midió mediante un índice multidimensional adaptado de Ruiz-Bravo et al. (2018), que incorpora autonomía en salud, toma de decisiones en el hogar, relaciones sociales y seguridad física.

Los resultados muestran que el empoderamiento ejerce un efecto positivo y significativo sobre la demanda de servicios, en particular en el uso de anticonceptivos modernos y en los despistajes de VIH. En las consultas por ITS, el efecto no es uniforme: en el modelo general aparece una relación negativa, mientras que en submuestras se identifican asociaciones positivas. Asimismo, residir en áreas urbanas incrementa la probabilidad de acceder a servicios preventivos, sobre todo entre mujeres no empoderadas; en las empoderadas también es positivo, aunque de menor magnitud. En contraste, vivir en zonas urbanas reduce la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos decididos en pareja.

Entre las limitaciones se reconoce la ausencia de variables culturales y subjetivas, lo que sugiere futuros estudios con enfoques mixtos y modelos más robustos. En conjunto, los hallazgos respaldan políticas diferenciadas por área de residencia que fortalezcan el empoderamiento femenino como vía para mejorar el acceso equitativo a la salud reproductiva.

Palabras Claves: Demanda de salud reproductiva y preventiva, Índice de empoderamiento femenino, sistema de salud peruano, economía y modelo Logit.



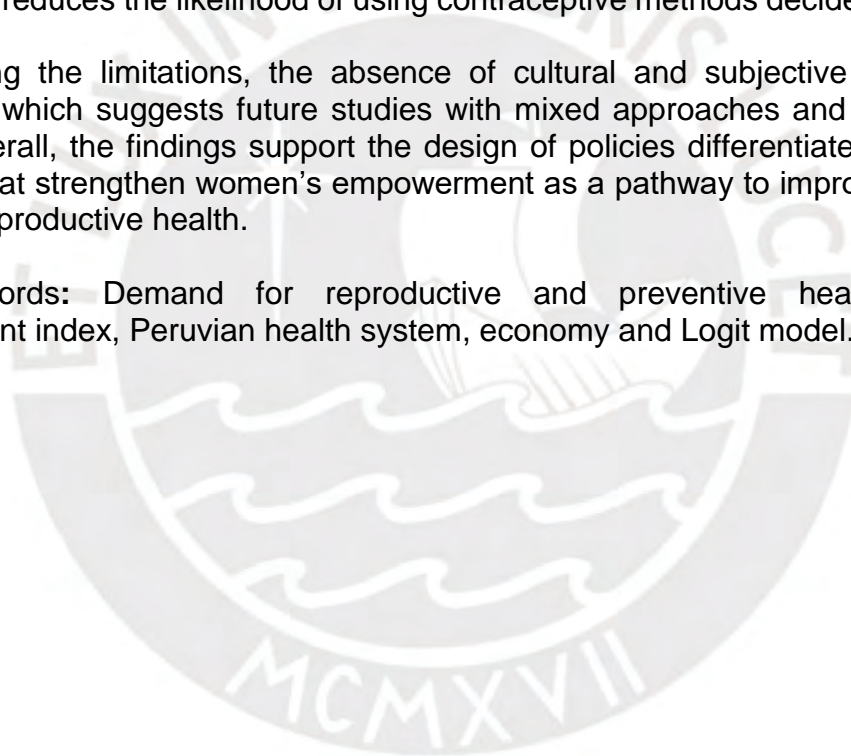
Abstract

This research analyzes the relationship between women's empowerment and the demand for reproductive and preventive health services in rural and urban areas of Peru during 2019–2021. The study is grounded in Grossman's (1972) health demand theory and employs binary logit models, using microdata from the National Demographic and Family Health Survey. Empowerment was measured through a multidimensional index adapted from Ruiz-Bravo et al. (2018), which incorporates autonomy in health, decision-making within the household, social relationships, and physical security.

The results show that empowerment exerts a positive and significant effect on the demand for services, particularly in the use of modern contraceptives and HIV screening. In the case of STI consultations, the effect is not uniform: in the general model, a negative relationship emerges, while in subsamples positive associations are observed. Likewise, residing in urban areas increases the probability of accessing preventive services, especially among non-empowered women; for empowered women, the effect is also positive, although of lower magnitude. In contrast, living in urban areas reduces the likelihood of using contraceptive methods decided jointly with a partner.

Among the limitations, the absence of cultural and subjective variables is recognized, which suggests future studies with mixed approaches and more robust models. Overall, the findings support the design of policies differentiated by area of residence that strengthen women's empowerment as a pathway to improve equitable access to reproductive health.

Keywords: Demand for reproductive and preventive health, Female empowerment index, Peruvian health system, economy and Logit model.

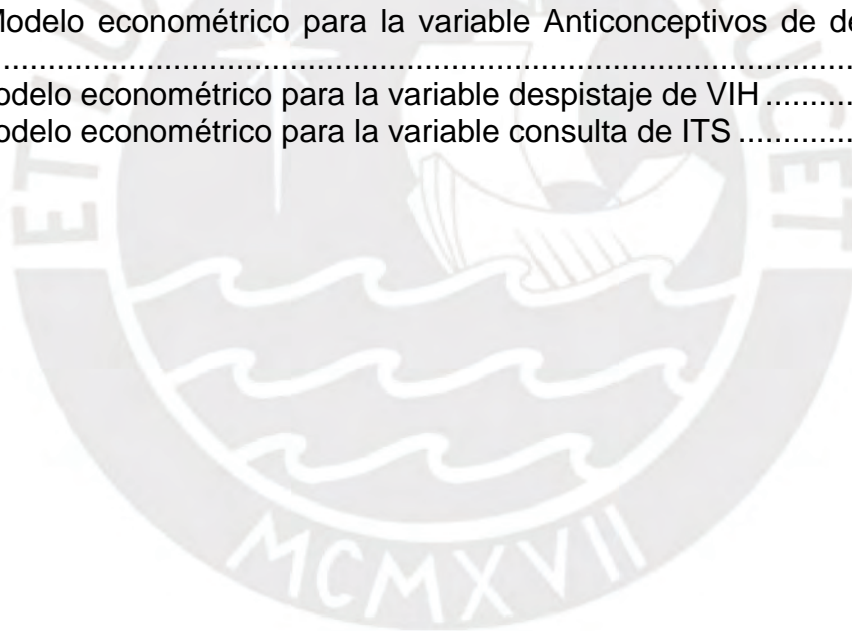


Índice de contenidos

Introducción.....	1
Capítulo 1: Contexto Nacional de Salud.....	6
Capítulo 2: Estado de la cuestión.....	17
2.1. Empoderamiento Femenino.....	17
2.2. Demanda de salud reproductiva y preventiva.....	18
2.3. Modelos teóricos sobre la demanda de salud.....	22
2.4. Modelos empíricos sobre empoderamiento femenino y demanda de salud reproductiva y preventiva.....	26
Capítulo 3: Modelo teórico e hipótesis.....	34
3.1. Modelo teórico.....	34
3.2. Hipótesis.....	37
Capítulo 4: Metodología empírica.....	39
4.1. Modelo empírico.....	39
4.2. Índice de Empoderamiento (IDE).....	39
4.3. Base de datos para el modelo econométrico.....	42
Capítulo 5: Estadísticas descriptivas.....	45
5.1. Empoderamiento femenino.....	45
5.2. Demanda de salud reproductiva y preventiva.....	46
5.3. Análisis del índice de empoderamiento.....	53
Capítulo 6. Contrastación empírica.....	62
6.1. Análisis del modelo econométrico.....	62
6.2. Comparación de resultados.....	79
Conclusiones.....	83
Referencias bibliográficas.....	87
Anexos.....	99
Anexo A. Análisis de sensibilidad del despistaje de VIH.....	99
Anexo B. Análisis de sensibilidad de la consulta de ITS.....	100

Índice de Tablas

Tabla 1 Segmentos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud	10
Tabla 2 Ambientes para la prestación de la atención en planificación familiar	11
Tabla 3 División del personal médico de salud y la aplicación de los métodos anticonceptivos	12
Tabla 4 Indicadores del Empoderamiento Femenino para la creación del IEM	40
Tabla 5 Índice de Empoderamiento (IEM)	42
Tabla 6 Variables que conforman la base de datos	43
Tabla 7 Mujeres que usan anticonceptivos modernos, 2019-2021	47
Tabla 8 Mujeres que usan anticonceptivos de decisión en pareja, 2019-2021	49
Tabla 9 Mujeres que se realizaron despistaje de VIH, 2019-2021	51
Tabla 10 Mujeres que consultaron sobre ITS, 2019-2021	53
Tabla 11 Análisis 1: Diferencia entre las características de las mujeres empoderadas y no empoderadas	63
Tabla 12 Análisis 2: Diferencia entre las características de las mujeres empoderadas y no empoderadas	64
Tabla 13 Modelo econométrico general	66
Tabla 14 Modelo econométrico general desagregado	68
Tabla 15 Modelo econométrico para la variable métodos anticonceptivos modernos	71
Tabla 16 Modelo econométrico para la variable Anticonceptivos de decisión de la pareja	73
Tabla 17 Modelo econométrico para la variable despistaje de VIH	76
Tabla 18 Modelo econométrico para la variable consulta de ITS	78



Índice de gráficos

Gráfico 1 Organigrama del sistema de salud peruano	9
Gráfico 2 Perú: mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas que usan algún Método de planificación familiar, según área de residencia, 2019 (porcentaje)	14
Gráfico 3 Incidencia de privación en el empoderamiento de las mujeres por indicador (2019-2021).....	46
Gráfico 4 Incidencia del desempoderamiento de las mujeres para el periodo 2019 al 2021 (porcentaje)	54
Gráfico 5 Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el número de hijos para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)	55
Gráfico 6 Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el nivel educativo para el periodo 2019 al 2021 (porcentaje).....	57
Gráfico 7 Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el nivel de ingreso para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)	58
Gráfico 8 Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según lugar de residencia para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)	59
Gráfico 9 Índice de empoderamiento de las mujeres para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)	60
Gráfico 10 Análisis de sensibilidad del uso de anticonceptivos cuando la mujer no está empoderada y cuando esta empoderada	74
Gráfico 11 Análisis de sensibilidad del despistaje de VIH	99
Gráfico 12 Análisis de sensibilidad de la consulta de ITS	100



Introducción

Durante las últimas décadas, el fenómeno del empoderamiento femenino ha ganado una significativa relevancia global, llegando incluso a denominarse como "la era del empoderamiento femenino" (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). Esta evolución es una respuesta a las persistentes barreras estructurales de género que han relegado a las mujeres a una posición de desventaja en la sociedad peruana y a nivel mundial. En este contexto, el empoderamiento femenino se erige como una herramienta crucial para que las mujeres adquieran y refuercen su protagonismo, logrando así una vida autónoma donde puedan participar activamente en la toma de decisiones que afectan tanto su vida personal como el desarrollo de la sociedad en su conjunto, con miras a alcanzar una sociedad justa para las actuales y futuras generaciones (Dador y Hernández, 2021).

La noción de empoderamiento femenino fue consagrada por primera vez en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín en 1995, definiéndose como la ampliación de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y el acceso al poder para promover la igualdad de género (Pacto Mundial, 2022). Esta definición se alinea con la perspectiva de Sen (1999), quien concibe el empoderamiento como el proceso mediante el cual las mujeres adquieren un mayor control sobre sus propias vidas. En esta misma línea, Duflo, galardonada con el Premio Nobel de Economía en 2019, precisa que el empoderamiento implica mejorar el acceso de las mujeres a los elementos que componen el desarrollo, como la atención médica, la educación, las oportunidades de ingresos, los derechos y la participación política (Duflo, 2012).

De igual forma, investigaciones previas han destacado la importancia de abordarlo desde una perspectiva multidimensional. Ruiz, Vargas y Clausen han desarrollado un sistema para evaluar y monitorear políticas públicas relacionadas, subrayando la existencia de desventajas en el medio rural en comparación con el urbano. Esto se refleja en indicadores como la autonomía en la salud sexual y reproductiva, la percepción de fracaso en la vida y la aceptación de la violencia física. Además, estudios como el de Quispe y Francke (2020) han demostrado el impacto positivo del empoderamiento en la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, aunque queda por explorar si existen diferencias significativas entre áreas rurales y urbanas en cuanto a los factores que influyen en esta demanda.

Es importante destacar que el empoderamiento femenino no solo es un

imperativo ético y social, sino que también desempeña un papel crucial en el desarrollo económico de cada país. Duflo (2012) señala una relación bidireccional entre desarrollo y empoderamiento: el desarrollo puede contribuir a reducir las desigualdades de género, mientras que la discriminación continua contra las mujeres puede obstaculizar el desarrollo.

Así, la equidad de género, la promoción del bienestar de la salud y la reducción de las desigualdades son temas de interés global, reflejados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) promovidos por las Naciones Unidas. Estos objetivos incluyen garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos (ODS 3), lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas (ODS 5), y reducir las desigualdades y asegurar que nadie quede rezagado (ODS 10). Asimismo, el Pacto Mundial de las Naciones Unidas y ONU Mujeres han establecido los "Principios para el Empoderamiento de las Mujeres" (WEP), que incluyen la promoción de la igualdad de género desde la alta dirección, la protección de la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores, y la promoción de la igualdad a través de iniciativas comunitarias y el liderazgo ejemplar.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que, en 2020, aproximadamente 287,000 mujeres murieron debido a complicaciones durante el embarazo y el parto, con casi una muerte materna cada dos minutos a nivel mundial. Aunque la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 34% entre 2000 y 2020, la mayoría de estas muertes ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos, especialmente en África subsahariana y Asia meridional. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado aún más estos desafíos al afectar el acceso a los servicios de salud reproductiva y aumentar los riesgos para las mujeres embarazadas (OMS, 2023).

En el contexto peruano, según ENDES, se ha observado un impacto significativo en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva entre 2019 y 2021, con un aumento en las infecciones/enfermedades de transmisión sexual y la mortalidad materna. Las enfermedades de transmisión sexual experimentaron un cambio notable durante este período, con un aumento del 12% en 2021 en comparación con el año anterior. Del mismo modo, las muertes maternas mostraron un incremento significativo, elevándose un 47,1% en 2020 y un 12% adicional en 2021, en comparación con los años anteriores. Las principales causas de este aumento fueron la preeclampsia y las hemorragias. Cabe señalar que este incremento está asociado, en gran medida, al impacto de la pandemia por COVID-19, la cual generó

limitaciones en el acceso a servicios de salud y desvió recursos hacia la atención de la emergencia sanitaria, distorsionando los avances previos en la reducción de la mortalidad materna.

Para abordar estas preocupantes estadísticas, la planificación familiar emerge como una medida crucial. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), se reconoció que la salud reproductiva no se limita solo a las enfermedades de transmisión sexual, sino que abarca el bienestar físico, mental y social, así como el derecho fundamental a una vida sexual y reproductiva satisfactoria y segura, con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales y si tener descendencia o no (Galdos, 2013).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Perú, se observa un aumento progresivo en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres actualmente unidas que no desean tener más hijos o desean postergar su nacimiento en los siguientes dos años, durante los años 2019-2021. En 2019, el 84,8% de estas mujeres utilizaban métodos anticonceptivos, cifra que aumentó a 87,5% en 2020 y se mantuvo en 85,9% en 2021. Asimismo, se registró un incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos en ambas zonas, urbana y rural, aunque con porcentajes ligeramente inferiores en las zonas rurales en comparación con las urbanas. Estos datos sugieren una mayor conciencia y acceso a la planificación familiar en el país.

Es decir, durante el período comprendido entre 2019 y 2021, se observa una mayor proporción de mujeres que optan por no tener hijos en el corto o mediano plazo en comparación con aquellas que utilizan algún método anticonceptivo. Dentro de este último grupo, las que recurren a métodos anticonceptivos modernos son menos numerosas en relación con las que emplean métodos anticonceptivos en general. Y, en lo que respecta a la distinción entre áreas urbanas y rurales, se destaca que, aunque las mujeres en zonas rurales tienden a utilizar más métodos anticonceptivos que sus contrapartes urbanas, son las mujeres urbanas las que prefieren los métodos anticonceptivos modernos en mayor medida que las rurales.

Por lo tanto, la investigación propuesta tiene como objetivo principal explorar la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva en las zonas rurales y urbanas del Perú, durante el período de 2019 a 2021. Este enfoque surge de la constatación de necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar y una demanda efectiva aún por alcanzar,

evidenciada por el persistente uso de métodos tradicionales y la falta de conocimiento adecuado sobre anticonceptivos modernos. La pregunta de investigación central es ¿Cuál es la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda por salud reproductiva y preventiva en las zonas rurales y urbanas del Perú? Con base en esta interrogante, se formula la hipótesis de que la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, atribuible a mejores niveles de empoderamiento femenino en el entorno urbano. Para analizar esta dinámica, se aplicará un modelo microeconómico de elección binaria Logit, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) correspondientes a los años seleccionados.

Asimismo, la investigación propuesta busca llenar este vacío mediante dos contribuciones principales. En primer lugar, se propone una segregación por submuestras para analizar la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva y el empoderamiento en zonas rurales y urbanas, utilizando indicadores actualizados entre 2019 y 2021. Y, en segundo lugar, se prestará especial atención al período de la pandemia por COVID-19 (2020-2021), explorando cómo ha afectado tanto al empoderamiento femenino como a la demanda de servicios de salud. Aunque este estudio se centra en la demanda y el empoderamiento, es importante reconocer que este incremento también estuvo condicionado por restricciones en la oferta de servicios de atención primaria durante la pandemia por COVID-19, lo que distorsionó los logros alcanzados previamente en la reducción de la mortalidad materna.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta investigación se enfrenta a algunas limitaciones, como la falta de inclusión de mujeres no unidas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Sin embargo, se espera que los resultados contribuyan a una mejor comprensión de la relación entre empoderamiento femenino y salud reproductiva y preventiva en el contexto peruano, ofreciendo *insights* valiosos para el diseño de políticas públicas y programas de intervención en el futuro.

Por tanto, esta investigación se centra en explorar el empoderamiento femenino y su impacto en la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva en el contexto específico de Perú. A través de seis capítulos, se desarrolla un análisis detallado que abarca desde el establecimiento del contexto nacional de salud hasta la síntesis de conclusiones clave.

En el primer capítulo se establece el contexto nacional de salud, abordando la infraestructura, los indicadores y los desafíos existentes. El segundo capítulo ofrece

una revisión crítica del estado de la cuestión, en la que se explora el concepto de empoderamiento femenino y su vínculo con el acceso a servicios de salud. El tercer capítulo desarrolla el marco teórico y formula las hipótesis que guían la investigación. En el cuarto capítulo se plantea el modelo empírico que fundamenta el análisis, describiéndose la base de datos utilizada y detallándose la metodología para la construcción del índice de empoderamiento, conforme al enfoque propuesto por Ruiz-Bravo et al. (2018). Posteriormente, el quinto y sexto capítulo exponen, respectivamente, el análisis descriptivo de los datos y el contraste empírico mediante el modelo econométrico logit, permitiendo evaluar la relación de las variables analizadas. Finalmente, el séptimo capítulo sintetiza los hallazgos, discutiendo sus implicaciones para la política pública y proponiendo posibles líneas de investigación futura.



Capítulo 1: Contexto Nacional de Salud

En este capítulo, se ofrece una visión contextualizada sobre el panorama de la salud en el Perú, centrándose específicamente en las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas. Este análisis establece las bases para comprender el contexto en el cual se desarrolla la investigación sobre el empoderamiento femenino y su impacto en la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva. Explorando las dinámicas del sistema de salud peruano, así como las barreras y desafíos que enfrentan las mujeres en diferentes regiones del país, este capítulo proporciona una comprensión integral de los factores socioculturales y económicos que influyen en las decisiones de salud de las mujeres. Además, contextualiza la importancia de examinar cómo el empoderamiento femenino puede ser una herramienta clave para superar estas disparidades y mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud.

En cada aspecto de la vida cotidiana, el ser humano utiliza diferentes habilidades para desarrollarse en materia social. Por ello, es necesario mantener un entorno saludable de vida, ya que gracias a un mayor cuidado se podrían prevenir diversas enfermedades que aparecen mediante el avance de la edad. En ese sentido, es importante conocer el tema de la salud. Según Briceño (2000) esta es un conjunto de diferentes procesos que se relacionan entre sí y estos permanecen en el ambiente con una relación social, política y económica.

Moreno (2008), enfatiza que la salud es un fenómeno profundamente arraigado en el entorno social y varía significativamente en cada país debido a sus particularidades políticas, sociales y culturales. Esta diversidad se refleja claramente en el contexto de la salud peruana, que difiere notablemente de otros países debido a su situación política y económica específica.

Según Filgueira et al. (2020) los países latinoamericanos fueron afectados considerablemente en los gastos para atender las enfermedades de la COVID-19 y los servicios propios de salud. En el caso del Perú, este es uno de los países con mayores precariedades en varios sectores de la salud, como los preventivos, debido a diversos factores como los presupuestales, en la calidad de atención, entre otros. El acceso a diversos servicios como la salud reproductiva y preventiva fueron precarios considerablemente en el sector salud durante varios años y más aún en el confinamiento. Asimismo, Rousseau (2007) señala que, en el Perú, el sistema de salud enfrenta desafíos significativos que impactan directamente en la calidad y

disponibilidad de los servicios médicos. La insuficiente capacidad estructural física ha generado limitaciones en la prestación de servicios a los pacientes, dejando al sector salud peruano inmerso en una crisis profunda y compleja. Las instalaciones médicas, especialmente en zonas rurales, están severamente subdesarrolladas, lo que se traduce en escasez de camas, carencia de equipos médicos adecuados y falta de personal capacitado. Esta deficiencia estructural no solo afecta la atención inmediata de los pacientes, sino que también ejerce una carga significativa sobre los profesionales de la salud, quienes luchan por brindar cuidados de calidad en condiciones adversas. Además, esta crisis estructural ha ampliado la brecha de acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales, exacerbando las disparidades existentes en el país. Esta situación resalta la urgente necesidad de intervenciones y reformas estructurales para fortalecer el sistema de salud peruano y asegurar que todos los ciudadanos, independientemente de su ubicación geográfica, tengan acceso a atención médica de calidad y oportuna.

Por otro lado, la realidad peruana, marcada por desafíos como la pobreza, la desigualdad social y las limitaciones en los recursos financieros y técnicos del sistema de salud, crea un escenario único y complejo. Esta singularidad no solo influye en la calidad de los servicios de salud disponibles para la población, sino también en la forma en que se abordan las enfermedades, se implementan políticas de salud y se accede a tratamientos médicos. Es esencial reconocer estas diferencias para comprender plenamente los obstáculos y oportunidades en el ámbito de la salud en el Perú y para desarrollar estrategias efectivas que se adapten a las características específicas de este contexto. Sin embargo, existen pautas generales que son promovidas por organismos internacionales de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) sostiene que en el sector de la salud es primordial priorizar el bienestar integral del ser humano, asegurando la prevalencia de la necesidad y el bienestar para la salud de cada persona.

El Perú es uno de los países en los que se ha evidenciado que el sistema de salud es muy deficiente (Banco Mundial, 2023; RPP, 2018). Existe evidencia significativa de que tanto los servicios como los establecimientos de salud son precarios a comparación de la gran cantidad de necesidades que son difíciles de cubrir para un territorio nacional que no encuentra tecnología e innovación en salud.

El acceso a los servicios de salud en el Perú se ve afectado por limitaciones en el financiamiento del sector, lo que restringe la disponibilidad de recursos,

equipamiento y personal en hospitales y centros de salud; esta insuficiencia presupuestaria genera barreras para el acceso oportuno y adecuado a la atención médica, impactando especialmente a poblaciones con menor capacidad económica. Y es que, la situación en cuanto a la condición de pobreza y el acceso a salud es considerablemente baja; y, esto se ve influenciado mayormente por no poseer un seguro de Salud. Según el INEI (2020), la población en situación de pobreza comparada con los no pobres se encuentra con un 16,8% sin seguro de salud y los no pobres con un 23.7%. Es decir, el acceso en salud aún no está cubierto en su totalidad. Además, según el INEI (2019), se observa que un porcentaje menor de mujeres, tanto en condiciones de pobreza como no, cuenta con acceso a un seguro de salud, con un 14.8% en el primer caso y un 21.2% en el segundo. Esta situación tiene implicaciones significativas en términos de la demanda de servicios de salud y el acceso a los mismos.

En términos del acceso a la salud es clave comprender la biología y las necesidades de los organismos. Por ejemplo, existen enfermedades que están más predeterminadas en aparecer en los hombres y otras más en las mujeres. Sin embargo, una diferenciación amplia con respecto al cuidado a la salud es otra característica que se debe considerar, ya que la salud está influenciada por diversos factores. Esquinas et al. (2001) nos comparte que las mujeres utilizaron en mayor medida los servicios sanitarios a comparación de los hombres; pese a ello, no se encontró una diferencia significativa entre las hospitalizaciones, ya que se asume que los hombres sobrevaloran su estado de salud.

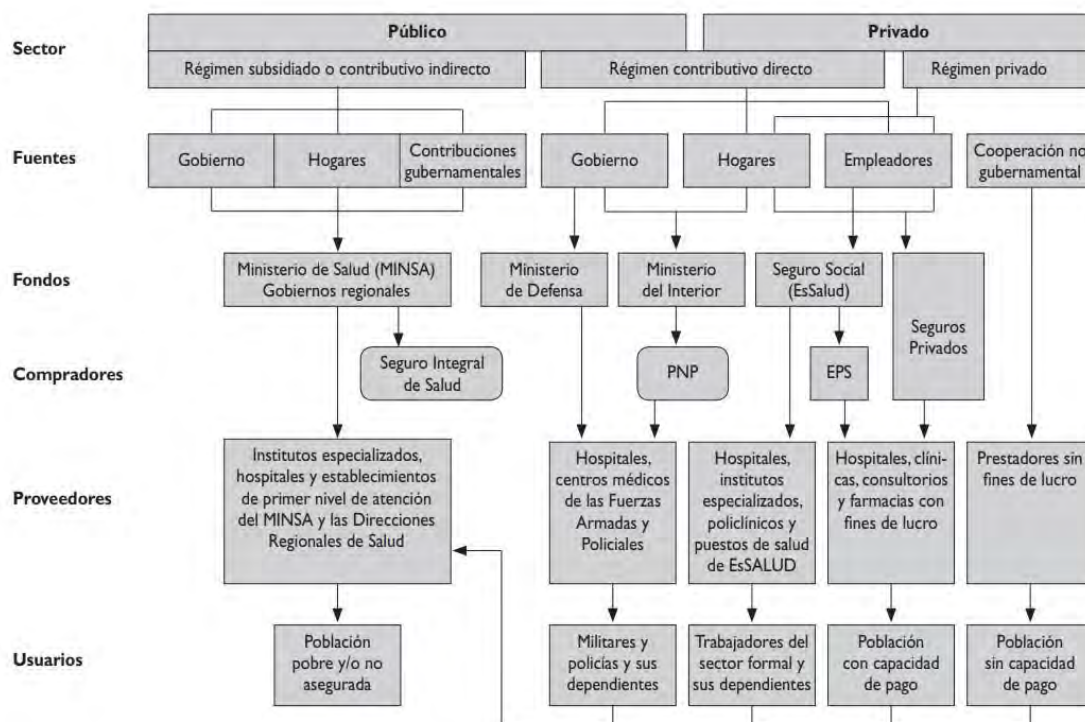
Según Ponce de León (2020), durante el periodo 2004-2020 el gasto público en salud en el Perú no presentó un aumento significativo en el conjunto del territorio nacional. Como resultado, varios servicios vinculados a la salud reproductiva, así como las acciones preventivas en este ámbito, no experimentaron mejoras sustanciales, lo que ha limitado el fortalecimiento de una atención integral y oportuna para la población

En este sentido, el Plan Bicentenario - Perú hacia el 2021, aprobado en marzo de 2011 por el Foro del Acuerdo Nacional, y el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016- 2021 del Ministerio de Salud, establecieron un conjunto de acciones estratégicas encaminadas a mejorar la salud materno infantil de la población, ampliar el alcance de la cobertura del seguro de salud y ejercer control sobre el sistema de atención de la salud (MINSa, 2019).

En esta misma perspectiva, el MINSA pone a disposición de los gobernadores regionales, consejeros provinciales y concejales distritales su enfoque acerca de la salud de la población peruana y sus determinantes socioeconómicos. Esto con el fin de que estos actores utilicen esta información como base para la elaboración de políticas de salud y planes pertinentes en sus respectivas jurisdicciones.

Por otro lado, el sistema de salud peruano es mixto: integra el sistema de salud público y el privado. Ambos sistemas están prestos a trabajar para la ciudadanía. No obstante, el acceso al sistema privado es seleccionador; se necesita de un estímulo monetario extra para utilizar los servicios que ofrece a la población en general. En la figura 1 se observa la distribución por sector, fuentes, fondos, compradores, proveedores y usuarios. Asimismo, se encuentra que tanto el sistema privado como el público en algún segmento de servicio trabajan en conjunto para llegar a la población pobre y/o no asegurada.

Gráfico 1
Organigrama del sistema de salud peruano



Fuente: Alcalde et al. (2011).

Nota. PNP (Policía Nacional del Perú), EPS (Entidades Prestadoras de Salud).

El estudio de Alcalde et al. (2011) resalta que el sistema público de salud se configura para aplicar la política nacional de salud, que debe ser coordinada y descentralizada. Esta política se presenta a través de cinco segmentos clave que distribuyen las responsabilidades según el grupo de atención, la entidad a la que están

adscritos y, en algunos casos, la colaboración con entidades públicas y privadas. La Tabla 1 proporciona un resumen detallado que ilustra cómo se dividen los diferentes organismos proveedores de servicios de salud. A pesar de que el MINSA, es el principal ente rector en Perú, se apoya en una red diversa de organismos, tanto públicos como privados, para mejorar la cobertura a nivel nacional. Esta estructura segmentada, como se evidencia, demuestra la colaboración integral entre diversas entidades para fortalecer el sistema de salud y ofrecer una atención más amplia y efectiva a la población peruana.

Tabla 1
Segmentos del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud

Grupo de atención	Organismo de salud	Adscripción	Medio de pago
Población no asegurada y/o pobre	Seguro Integral de Salud (SIS)	Ministerio de Salud (MINSA)	Subsidio
Población asalariada y familiares	Seguro Social de Salud (EsSalud)	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE)	Subsidio/Abono monetario
Trabajadores, miembros y familiares directos de la FFAA	Sanidades de las Fuerzas Armadas	Ministerio de Defensa (MINDEF)	Subsidio
Trabajadores, miembros y familiares directos de la PNP	Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP)	Ministerio del Interior (MININTER)	Subsidio
Público en general	Instituciones del sector privado lucrativas y no lucrativas	No aplica	Abono monetario o libre de pago

Fuente: Adaptado de Alcalde et al. (2011). Elaboración propia.

La investigación se basa en la información proporcionada por Alcalde et al. (2011), que describe el diseño del sistema de salud pública en el Perú con el objetivo de ampliar la cobertura y garantizar la prestación de servicios en áreas urbanas y rurales, incluidas zonas remotas. Sin embargo, aunque la política de salud busca mejorar el acceso equitativo, la efectividad de esta cobertura enfrenta limitaciones debido a problemas estructurales como la escasez de infraestructura, personal médico y recursos en ciertas regiones del país. En consecuencia, el acceso a servicios de salud no es homogéneo, y persisten desafíos en la atención de las comunidades más

alejadas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias implementadas para garantizar una atención efectiva y continua.

Además, es importante destacar que la asistencia en diferentes niveles es necesaria, ya que se requieren diversos tipos de servicios de salud de acuerdo con las necesidades de los usuarios. En este sentido, la Norma Técnica de Planificación Familiar (2017) facilita la prestación de servicios de salud de manera flexible y adecuada a las demandas individuales de atención médica, contribuyendo a la estrategia del sistema de salud público peruano de adaptarse a las variadas necesidades de salud de la población, sin importar su ubicación geográfica.

La estructura de atención en el sistema de salud peruano se organiza de manera jerarquizada y específica, como se muestra en la Tabla 2, que detalla niveles de atención para funciones obstétricas y neonatales. Además, se establecen consultorios especializados que deben cumplir estándares específicos para brindar servicios de planificación familiar.

Tabla 2
Ambientes para la prestación de la atención en planificación familiar

Categorías - Salud	Ambiente de Atención	Funciones	Personal de la Salud
I-1, I-2, I-3	Externo.	Primarias	Técnico/a en enfermería (capacitado) y obstetra (según disponibilidad).
1-4	Externo y Hospitalización.	Básicas	Médico/a general, enfermero/a (capacitado) y obstetra.
II-1, II-E	Consultorio, Hospitalización y Centro Quirúrgico.	Esenciales I	Gineco-obstetra, médico/a general, obstetra, enfermero/a (capacitado).
II-2, III-1, III-E	Consultorio, Hospitalización y Centro Quirúrgico.	Esenciales II	Gineco-obstetra (principal), con apoyo de médico/a general y obstetra.
III-2	Consultorio, Hospitalización y Centro Quirúrgico.	Intensivas	Gineco-obstetra (especializado en procedimientos quirúrgicos avanzados).

Nota: Categoría I-1, I-2, I-3: Corresponde a servicios externos con funciones primarias; categoría I-4: Comprende servicios externos y hospitalización con funciones básicas; categoría II-1, II-E: Incluye servicios de consultorio, hospitalización y centro quirúrgico con funciones esenciales I; categoría II-2, III-1, III-E: Abarca servicios de consultorio, hospitalización y centro quirúrgico con funciones esenciales II; categoría III-2: Ofrece servicios de consultorio, hospitalización y centro quirúrgico con funciones intensivas. Los niveles van incrementando en complejidad desde el I-1 hasta el III-2. Cada categoría superior incluye más servicios y capacidades que la anterior, donde la atención va desde lo más básico (primario) hasta lo más especializado (intensivo). Asimismo, los ambientes de atención se expanden

desde solo externo hasta incluir hospitalización y cirugía.

Fuente: Adaptado de Norma Técnica de Planificación Familiar (2017). Elaboración Propia.

Adicionalmente, en la Tabla 3 se aprecia que el médico gineco-obstetra posee el conocimiento médico necesario para la aplicación de todos los métodos anticonceptivos, mientras que los otros especialistas solo están habilitados para aplicar algunos métodos, dependiendo de su nivel de capacitación. La Norma Técnica de Planificación Familiar (2017) resalta que el médico gineco-obstetra posee un amplio conocimiento, lo que les habilita para proporcionar una amplia variedad de métodos anticonceptivos, satisfaciendo así las diversas necesidades de los pacientes. No obstante, también enfatiza la importancia de lograr una distribución equitativa de especialistas capacitados en diversas áreas de la atención médica. Esto es esencial para garantizar que las personas puedan acceder a una atención integral y personalizada, adaptada a sus circunstancias individuales.

Tabla 3
División del personal médico de salud y la aplicación de los métodos anticonceptivos

Personal de la Salud	Métodos Anticonceptivos									
	Abstinencia Periódica	MELA	Condón	Píldora Combinada	Inyectable Combinado	Progestágenos	Implantes	DIU	AQV Femenino	AQV Masculino
Médico/a Gineco-Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico/a General	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enfermero/a (Capacitado)	X	X	X	X	X	X				
Técnico/a en enfermería (Capacitado)	X	X	X							

Nota: MELA ("Lactational Amenorrhea Method", Método de la Lactancia y Amenorrea), DIU (Dispositivo Intrauterino), AQV (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria).

Fuente: Adaptado de Norma Técnica de Planificación Familiar (2017). Elaboración propia

Otro punto que tratar es la planificación familiar y su importancia para elaborar estrategias que se desarrollen dentro de la fecundidad familiar y también en el desarrollo de los países. Gutiérrez (2013) afirma que la planificación familiar está estrechamente ligada al desarrollo de los Estados, la mejora de la calidad de salud de los niños, acceso a la educación, empoderamiento femenino, entre otros. En otras palabras, la planificación familiar engloba un ambiente propicio para la mejora de diversos aspectos en conjunto.

Gutiérrez (2013) propone propuestas de planificación familiar relacionadas con los objetivos del milenio que son mitigar la pobreza y acelera el desarrollo

socioeconómico, garantizar que todos los niños vayan a la escuela, promover equidad de género, reducir la mortalidad infantil, disminuye la mortalidad materna, desacelerar la propagación del VIH/sida y ayudar a proteger el medioambiente. La planificación familiar está intrínsecamente relacionada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente con el ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas (Naciones Unidas, 2024); asimismo, se encuentra correspondida con meta 3.7 que establece que para 2030 se debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar (Naciones Unidas, 2024). Además, la planificación familiar contribuye indirectamente a otros ODS, como el ODS 5 (igualdad de género) al empoderar a las mujeres, y el ODS 1 (fin de la pobreza) al mejorar las oportunidades económicas de las familias (Unidas, 2024). Además, permite mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, empodera a las mujeres y promueve la igualdad de género, fomenta la educación de calidad y posibilita la reducción de la pobreza y desigualdades al dar a las familias la capacidad de planificar su futuro y recursos.

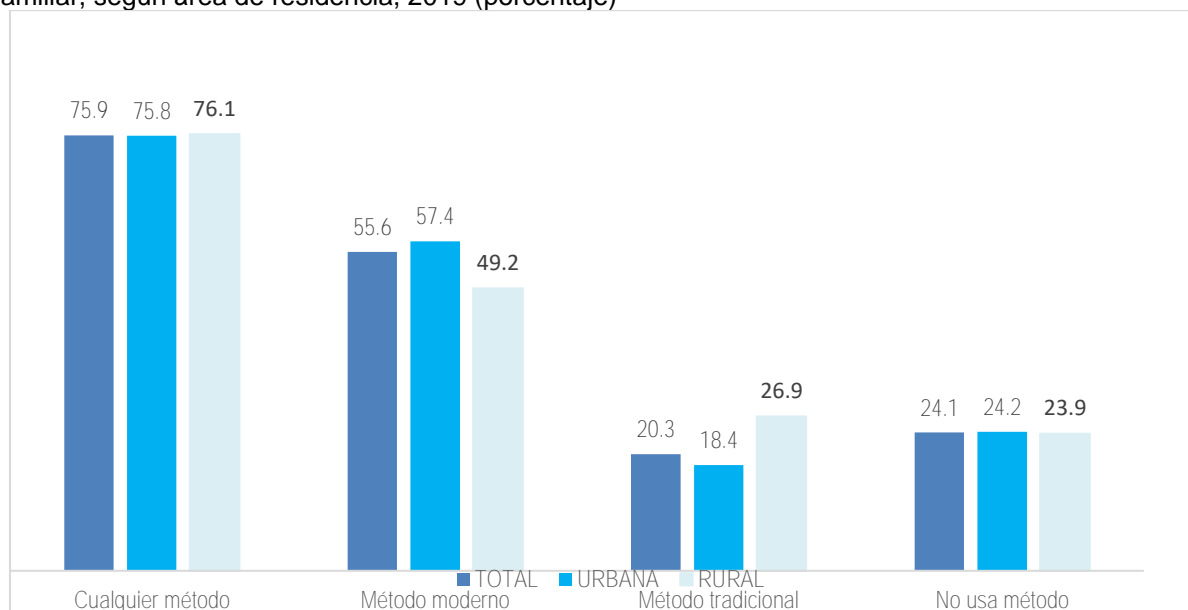
En cuanto a la salud reproductiva y preventiva, existen diversos métodos anticonceptivos en el mundo y muchos de ellos aparecieron en el último siglo XXI, ya que la creciente evolución en la medicina y las farmacéuticas ha sido considerablemente alta. Es claro que la tecnología influye en varios campos y más aún en la salud reproductiva y preventiva. En el Perú, el uso de métodos anticonceptivos se divide en métodos modernos y métodos tradicionales (ENDES, (2019). Los métodos modernos de planificación familiar, respaldados por avances médicos y tecnológicos, ofrecen una variada gama de opciones efectivas, que incluyen la píldora anticonceptiva, el DIU (Dispositivo Intrauterino), la inyección anticonceptiva, el implante anticonceptivo, y los condones masculinos y femeninos. Así, por ejemplo, según la Tabla 3, la distribución del personal médico y sus capacidades para aplicar diferentes métodos anticonceptivos tiene un impacto directo en cómo se implementa la planificación familiar y, por ende, en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible). En contraste, los métodos tradicionales se fundamentan en prácticas culturales y de comportamiento, tales como la abstinencia periódica (conocida como el método del ritmo), el método de retiro (*coitus interruptus*), y métodos folclóricos que involucran creencias y prácticas tradicionales.

El informe de la ENDES (2019) ofrece valiosas perspectivas sobre la utilización de métodos anticonceptivos. Como se puede observar en el Gráfico 2 donde en el

entorno urbano, los métodos anticonceptivos modernos prevalecen con un 57.4%, en contraste con el 49.2% en áreas rurales. Sin embargo, resulta interesante destacar que en zonas rurales se observa una mayor preferencia por métodos tradicionales o folclóricos¹, que representan un 26.9%, en comparación con el 18.4% en áreas urbanas.

Gráfico 2

Perú: mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas que usan algún Método de planificación familiar, según área de residencia, 2019 (porcentaje)



Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Durante la pandemia de Covid-19 en 2020, Perú enfrentó una situación de emergencia no solo debido a la propagación del virus, sino también a las denuncias de violación sexual. Un incidente significativo fue la incapacidad del entonces presidente, Martín Vizcarra, para proporcionar una respuesta clara en una conferencia de prensa el 8 de mayo de 2020 con respecto a la entrega del Kit de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) a las víctimas, como se decretó en la Resolución Ministerial N° 399 – 2001- SA/DM. (WAYKA, 2020)

Esto resultó en una falta de entrega del método anticonceptivo a las víctimas y señaló un problema más amplio. La pandemia limitó el acceso a métodos anticonceptivos debido a restricciones de movilidad y cambios en el toque de queda. En áreas rurales, la situación fue más grave debido a la falta de proximidad a los centros de salud y al aumento de los costos de medicamentos. Las zonas rurales en Perú a menudo experimentan extrema pobreza. La pandemia tuvo un impacto

¹ Típicamente estos métodos incluyen: Abstinencia periódica (método del ritmo), retiro (*coitus interruptus*), método del collar o de días fijos.

significativo en los primeros dos trimestres del año (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020).

A finales del 2020, el Gobierno del Perú, tomó acciones y empezó con la implementación del implante subdérmico, la cual es una protección de 3 años con el 99.9% de efectividad, en todo el país. Las diversas campañas impulsadas por el gobierno impulsaron la rápida difusión de la información para controlar los altos índices de violencia doméstica y sexual, en primera instancia, y para evitar los embarazos no deseados. Se rigen 3 pasos: el primero es establecer una cita por llamada telefónica del establecimiento de salud en el área de Planificación familiar; segundo, recibir la atención de forma gratuita; y, tercero, recibir el implante (El Comercio , 2020).

A modo de resumen, se proporciona un contexto detallado sobre la situación de la salud en Perú, destacando las disparidades entre las zonas urbanas y rurales. Asimismo, se resalta la importancia del empoderamiento femenino en la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva, así como los desafíos significativos que enfrenta el sistema de salud peruano, especialmente en las áreas rurales, debido a limitaciones estructurales y presupuestarias.

Se menciona también que, el acceso a la salud en Perú está determinado en gran medida por factores económicos, lo que resulta en una considerable parte de la población, especialmente mujeres y personas en situación de pobreza, sin seguro de salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, s.f.), ya que, en el trimestre julio-agosto-setiembre del presente año, el 88,1% de las mujeres del país cuenta con seguro de salud, cifra superior en 4,1 puntos porcentuales respecto al porcentaje de hombres que cuentan con este servicio (84,0%). En comparación con similar trimestre de 2021, el porcentaje de mujeres y hombres que tienen seguro de salud se elevó en 4,4 y 5,5 puntos porcentuales, respectivamente. Así, lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el informe técnico Estadísticas con Enfoque de Género elaborado con información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022). Aunque se han implementado planes estratégicos para mejorar la salud materno-infantil y ampliar la cobertura del seguro de salud, el gasto público en salud no ha experimentado un aumento significativo en los últimos años

Se subraya la importancia de que los actores regionales y locales utilicen información sobre determinantes socioeconómicos para elaborar políticas de salud pertinentes. Además, se describe la estructura del sistema de salud peruano, que es

mixto, público y privado, con colaboraciones entre ambos para llegar a la población no asegurada o pobre.

El capítulo también aborda la organización jerárquica de la atención en el sistema de salud, destacando la importancia de la distribución equitativa de especialistas capacitados para garantizar una atención integral y personalizada a todos los pacientes.

Finalmente, se menciona el impacto de la pandemia de COVID-19 en Perú, que exacerbó las dificultades existentes en el acceso a la salud, especialmente en áreas rurales, y destacó la necesidad de respuestas efectivas del gobierno. A finales de 2020, el gobierno peruano comenzó la implementación del implante subdérmico como medida para abordar la violencia doméstica y sexual, así como para prevenir embarazos no deseados, mediante campañas de difusión de información y acceso gratuito a este método anticonceptivo.



Capítulo 2: Estado de la cuestión

Esta sección se dedicará a una exhaustiva exploración de la literatura y la investigación existente sobre el empoderamiento de las mujeres en el contexto de la salud reproductiva y preventiva, con especial atención a las dinámicas presentes en las áreas rurales y urbanas del Perú. El análisis se enfocará en establecer las bases para la investigación, ofreciendo un marco teórico y empírico fundamental para comprender las complejidades y desafíos que enfrentan las mujeres en este ámbito específico. De esta manera, se espera contribuir al avance del conocimiento y al desarrollo de este estudio.

2.1. Empoderamiento Femenino

La perspectiva de Kabeer (1999) sobre empoderamiento femenino, se basa en los procedimientos mediante los cuales las mujeres logran liberarse de la posición de sumisión y adquieren dominio o influencia sobre su propia vida y circunstancias. Sostiene que el empoderamiento de las mujeres incluye aspectos económicos, sociales y políticos. En el plano económico, se refiere al acceso a recursos económicos, como ingresos y propiedad, que permiten a las mujeres tener control sobre su bienestar material. En el ámbito social, se centra en la expansión de las capacidades de las mujeres, lo que implica mejorar su educación y salud, así como su capacidad para tomar decisiones autónomas. Además, la autora destaca la dimensión política del empoderamiento, que se relaciona con la participación activa y significativa de las mujeres en la toma de decisiones en la sociedad y la política, lo que contribuye a la transformación de las estructuras de poder y la eliminación de las desigualdades de género arraigadas en la sociedad.

En tanto, el enfoque de Rowlands (1997) sobre el empoderamiento femenino se define como el proceso de fortalecer la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y controlar sus vidas en todas sus dimensiones. Esto implica una visión integral que abarca aspectos económicos, sociales, políticos, psicológicos y culturales. Desde la perspectiva económica, se trata de lograr independencia financiera a través del acceso y control de recursos económicos. En el ámbito social, se busca mejorar la educación, salud y bienestar, lo que contribuye a la autonomía en la toma de decisiones. La dimensión política implica la participación activa en procesos políticos y la influencia en políticas públicas. El empoderamiento psicológico se refiere a la construcción de la autoestima y la confianza en sí mismas, mientras que la dimensión cultural aborda la transformación de normas y valores que perpetúan la

desigualdad de género.

Weedon (1999), conceptualiza el empoderamiento femenino como un proceso a través del cual las mujeres cuestionan críticamente los significados culturales dominantes sobre la femineidad y se autodefinen de forma activa, desafiando así las normas sociales establecidas. Este proceso involucra el desarrollo de cinco dimensiones clave. Primero, una conciencia crítica sobre la situación de subordinación de las mujeres. Luego, un aumento de la autoconfianza y la creencia en las propias capacidades. Asimismo, fomentar una conciencia colectiva de solidaridad entre mujeres. También, lograr una mayor autonomía e independencia en la toma de decisiones personales. Y finalmente, participar activamente en organizaciones comunitarias de género para promover la equidad, ejerciendo liderazgo e influencia sobre otros.

Por otro lado, Eyben, et al (2008) aportan una definición esclarecedora del empoderamiento femenino como el proceso de fortalecimiento de las habilidades de las mujeres para superar barreras económicas, sociales y políticas, lo que a su vez aumenta su capacidad para tomar decisiones y actuar con autonomía en el ámbito público. Según estas autoras, el empoderamiento femenino se desglosa en varios elementos clave. En primer lugar, se encuentran los recursos, que engloban el acceso y control de recursos productivos como la tierra, el trabajo, los ingresos y el capital. A continuación, se destaca la agencia, que implica la capacidad de tomar decisiones informadas y llevarlas a cabo, incluyendo la elección de metas de vida valoradas. Además, los resultados se miden en términos de bienestar alcanzado, incluyendo aspectos como la seguridad, la buena salud y la calidad de vida en general. Se consideran las estructuras, que comprenden instituciones formales e informales que pueden facilitar o restringir las opciones de agencia. Por último, se analizan las relaciones, que reflejan las dinámicas de poder en la interacción entre individuos, configurando el acceso a recursos y la propia agencia. Estos componentes conjuntos ofrecen una visión integral del empoderamiento femenino y su importancia en la promoción de la igualdad de género.

2.2. Demanda de salud reproductiva y preventiva

Bruce (1990), indica que la demanda de salud preventiva implica el proceso a través del cual individuos, comunidades y sistemas de salud trabajan en conjunto para mantener y mejorar la salud, haciendo uso de prácticas de autocuidado y servicios de prevención. Los elementos fundamentales de este proceso abarcan el autocuidado,

que comprende las acciones que las personas emprenden por sí mismas para preservar su bienestar, como mantener una alimentación equilibrada y realizar ejercicio regularmente. Además, se contempla el nivel de conocimiento de las personas acerca de los servicios de salud, los factores de riesgo y las estrategias de prevención, junto con la facilidad real y oportuna de su acceso a servicios de promoción, prevención y detección temprana. La calidad de la atención desempeña un papel crucial como componente, evaluando en qué medida los servicios preventivos se entregan de manera técnica y éticamente apropiada para obtener los mejores resultados. Por último, se enfatiza la importancia de la participación comunitaria, que refleja el compromiso colectivo en la adopción de estilos de vida saludables y en la defensa de la disponibilidad de servicios de salud pública a nivel local, contribuyendo así a un enfoque más completo de la demanda de salud preventiva.

Bhatia y Cleland (1995) definen la demanda de salud reproductiva y preventiva como la acción deliberada de la población en la búsqueda y utilización activa de métodos anticonceptivos, diagnóstico de enfermedades, atención prenatal y servicios seguros de parto, todo ello en función de sus preferencias reproductivas. Según su enfoque, destaca el conocimiento y la percepción de las necesidades relacionadas con la salud reproductiva, el acceso a servicios de planificación familiar, atención prenatal y parto asistido, tanto en términos geográficos como económicos. Asimismo, la importancia de la calidad de los servicios debe ser congruente con las preferencias culturales de la población. También resaltan el rol de la mujer en la toma de decisiones acerca de asuntos reproductivos y la búsqueda independiente de atención, además, subrayan la influencia de variables socioeconómicas, como el nivel educativo, los ingresos y la pertenencia a determinadas castas o clases sociales, que inciden en las preferencias y la demanda de servicios de salud reproductiva.

En esta línea, Rosenfield y Maine (1985) ofrecen una definición que se refiere al nivel en el cual la población es consciente de sus necesidades de salud reproductiva y elige de forma voluntaria satisfacerlas a través de la información y servicios disponibles. Los elementos esenciales que conforman este concepto comprenden la percepción y la conciencia de las necesidades de salud reproductiva entre la población, el acceso a información clara y culturalmente apropiada en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como la disponibilidad tanto en términos físicos como económicos de servicios relacionados con la planificación familiar, la atención prenatal

y obstétrica. De igual manera, enfatizan la relevancia de la aceptación social generalizada del control de la natalidad y la búsqueda de atención médica durante el embarazo. La calidad en la prestación de servicios, ajustada a las preferencias y expectativas individuales, también desempeña un papel de suma importancia. Por último, resaltan la participación de la comunidad en la identificación de necesidades y la búsqueda de soluciones, lo que contribuye a un enfoque integral de la salud reproductiva y a la promoción de un acceso voluntario a los servicios disponibles.

Jain (1989) proporciona una definición en la que la demanda se refiere a la expresión voluntaria y consciente de las necesidades de salud reproductiva por parte de mujeres, hombres y parejas, a través de decisiones informadas acerca del uso de los servicios disponibles. Según esta perspectiva, incluyen la conciencia y percepción individual de las necesidades reproductivas, el acceso a una educación adecuada sobre salud sexual y reproductiva, la calidad de la información proporcionada y la participación en la toma de decisiones. Asimismo, se subraya la importancia de contar con una variedad de servicios disponibles que sean culturalmente apropiados, además del acceso económico a servicios de planificación familiar y tratamientos. El papel activo de la mujer en la toma de decisiones relacionadas con la reproducción se considera crucial, al igual que el respaldo social e institucional que promueva la búsqueda y el uso independiente de servicios de salud reproductiva, formando así un enfoque completo y participativo de la demanda.

También, D'Souza et al. (2022) resaltan la significativa repercusión negativa del embarazo no deseado en la salud y estabilidad económica de mujeres, niños y familias, así como la necesidad global insatisfecha de anticonceptivos, evidenciada por aproximadamente el 40% de los embarazos no deseados a nivel mundial. Se empleó una metodología rigurosa para revisar la literatura existente, identificando una serie de factores que influyen en la elección y uso de anticonceptivos, como la percepción del riesgo de embarazo, el estado civil, las creencias culturales y sociales, y la accesibilidad a los anticonceptivos. Además, se destacan las desigualdades y barreras que enfrentan las mujeres, incluyendo la falta de educación, la pobreza y las normas sociales, así como las deficiencias en los sistemas de atención de salud que limitan el acceso y la elección informada en anticoncepción. En conclusión, se subraya la importancia de abordar estas barreras para promover la salud reproductiva y el bienestar de mujeres, niños y familias en todo el mundo.

Davidson et al. (2022) examinan el acceso a la atención preventiva de salud

sexual y reproductiva para mujeres refugiadas y desplazadas a nivel mundial, destacando su aumento en número y los peores resultados de salud en comparación con otras poblaciones. Asimismo, se identifican diversas causas del desplazamiento y deterioro de la salud, como conflictos, persecución, violencia, desastres naturales y sistemas de salud deficientes en los países de origen, así como los desafíos adicionales del viaje migratorio y el reasentamiento. Esto otorga un contexto más amplio sobre los desafíos en el acceso a la salud reproductiva, particularmente para poblaciones vulnerables, lo cual es esencial para entender cómo el empoderamiento femenino puede incidir en la demanda de servicios de salud en diferentes realidades socioeconómicas y geográficas. A través de una revisión sistemática, se analizan barreras y facilitadores de la atención de salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia (SSR), identificando tres temas principales y diez subtemas relacionados con el acceso a la atención. Se enfatiza la necesidad de acciones como ofrecer atención con profesionales de la salud femeninos, ampliar la práctica de profesionales de la salud, fortalecer la educación y competencia cultural, y se señala la falta de investigación sobre las opiniones de los profesionales de la salud en este ámbito, destacando así la importancia de abordar estas deficiencias para mejorar el cuidado de este grupo vulnerable.

Zapata et al. (2021) proporcionan una visión detallada de la necesidad y el acceso a servicios anticonceptivos entre mujeres de 18 a 49 años en diversas jurisdicciones de EE. UU durante el período 2017-2019. Se destaca que alrededor del 60.7% de estas mujeres tenían una necesidad actual o potencial de servicios anticonceptivos, con una estimación de 6.2 millones de mujeres sin seguro que podrían requerir atención financiada con fondos públicos. Además, se resalta que cerca de una tercera parte de las mujeres con necesidad de anticonceptivos no estaban utilizando ningún método en su último encuentro sexual, lo que sugiere un riesgo potencial de embarazos no deseados. También, subrayan la importancia de abordar las variaciones por jurisdicción y grupos demográficos, así como la planificación y evaluación de políticas para garantizar un acceso equitativo y efectivo a la anticoncepción. Sin embargo, reconoce limitaciones en los datos recopilados, como la autoinformación y la falta de datos para ciertos grupos demográficos, pero subraya la importancia de comprender y abordar la necesidad de servicios anticonceptivos para promover una salud reproductiva óptima y equitativa.

Por su parte, Koch (2018) profundiza en la implementación ineficaz de

preferencias limitantes de la fertilidad. Desarrolla un modelo teórico que formaliza los diversos determinantes del comportamiento de salud reproductiva de una mujer durante sus años reproductivos, centrándose en las opciones relacionadas con la anticoncepción eficaz. El modelo incorpora el carácter cíclico y la volatilidad de la fecundidad, prestando especial atención a la naturaleza estocástica del proceso de reproducción, así como a los costos potenciales (como la pérdida de salarios y los costos directos de compra) y los beneficios (como la capacidad de invertir en su educación). y/o carrera) de poder controlar o al menos mitigar la volatilidad en el proceso reproductivo. El modelo genera heterogeneidad en la elección de la calidad de los anticonceptivos dependiendo de factores tanto biológicos como económicos. El modelo de función de control no paramétrico, basado en datos de Malawi, respalda la idea de que tanto los factores biológicos como los económicos afectan las decisiones sobre anticoncepción. Los resultados sugieren que en Malawi se están cumpliendo, al menos parcialmente, las preferencias que limitan la fecundidad y que la transición demográfica está ganando terreno.

2.3. Modelos teóricos sobre la demanda de salud

Esta primera sección se centra en los enfoques teóricos acerca del empoderamiento femenino. Aquí se presentan diversos enfoques, incluyendo los económicos, sociales, políticos, psicológicos y culturales.

Arrow (1963), presenta la teoría de la información imperfecta al reconocer que en la demanda de servicios médicos los individuos no poseen toda la información necesaria sobre su salud y las tecnologías disponibles, generando asimetrías e incertidumbres que distorsionan su proceso de toma de decisiones, dado que los consumidores desconocen el conocimiento experto de los médicos y existen incertidumbres sobre resultados y evolución de enfermedades, lo que da lugar a un fallo de mercado por no poder evaluar adecuadamente la calidad ni obtener los beneficios de la prevención, modelando Arrow este fenómeno a través de curvas de indiferencia distorsionadas que llevan a una asignación ineficiente de recursos bajo información imperfecta, planteando de manera pionera la importancia de incorporar esta variable en el análisis económico de los sistemas de salud.

Nuevamente, Culyer (1971), plantea la teoría de la maximización de la utilidad, dado que fue uno de los primeros en proponer un modelo microeconómico de la demanda de servicios de salud basado en la teoría del consumidor, suponiendo que los individuos toman decisiones sobre su consumo de salud y otros bienes de forma

racional para maximizar su función de utilidad sujeta a restricciones presupuestarias, lo que permite formular matemáticamente este proceso de maximización como $U(H,X)$ sujeto a un ingreso, donde la utilidad depende positivamente del consumo de salud H y otros bienes X , lo que deriva funciones de demanda testables e influenciadas por factores como precios e ingresos, validando empíricamente Culyer esta aproximación y sentando las bases para posteriores desarrollos teóricos en economía de la salud

Wagstaff (1986) presentó la Teoría de la Producción de Salud en el ámbito doméstico, se plantea que el bienestar de salud se origina en el entorno familiar a partir de la combinación de recursos como el tiempo dedicado, la calidad de la alimentación y la utilización de servicios médicos. En este contexto, las familias toman decisiones que se ajustan a sus limitaciones financieras con el propósito de mejorar su estado de salud de la manera más efectiva posible.

Introduce la noción de la salud como resultado de un proceso de producción llevado a cabo en el ámbito del hogar. Según su enfoque, la salud puede describirse mediante la expresión:

$$H = f(M, N, X) \dots (1)$$

Donde H representa el estado de salud, f es la función de producción de salud, M comprende los servicios médicos, N incluye los insumos no médicos como alimentos y tiempo de cuidado, y X refleja las características socioeconómicas del hogar.

Esta función sugiere que la salud se ve afectada por la combinación óptima de insumos seleccionados por el hogar. Plantea restricciones, como:

$$P_M M + P_N N \leq Y \dots (2)$$

Donde:

P_M es el precio de los insumos médicos,

P_N es el precio de los insumos no médicos,

M es la cantidad consumida de insumos médicos,

N es la cantidad consumida de insumos no médicos,

Y representa el ingreso total disponible del hogar.

La comprensión de la demanda de servicios de salud se ha abordado desde múltiples teorías que buscan desentrañar los motivos y elementos que inciden en la búsqueda de atención por parte de las personas. Desde un enfoque económico, Grossman (1972) introdujo la teoría del capital humano, que sostiene que las personas realizan inversiones en su salud como un medio para potenciar su productividad

laboral y obtener ganancias a largo plazo. En este sentido, al acceder a tratamientos y servicios médicos, su principal objetivo es maximizar el valor económico de su bienestar futuro, reconociendo que la salud es un recurso fundamental que influye en su capacidad para contribuir de manera más efectiva a la fuerza laboral y a la economía en general. Esta perspectiva destaca la interconexión entre la salud y el desempeño económico, revelando el valor intrínseco de la atención médica en la mejora del capital humano de una sociedad.

A través de la utilización de modelos econométricos, el autor construyó un enfoque para representar la demanda de servicios de salud como una función que busca maximizar el bienestar, sujeta a restricciones presupuestarias y de tiempo. Esta función se puede expresar mediante la ecuación:

$$\text{Maximizar } W = \text{Utilidad}(H, X) \dots (3)$$

Donde W es el bienestar, U la función de utilidad, H el stock de salud y X el consumo de otros bienes.

La variación en el stock de salud a lo largo del tiempo está dada por:

$$\frac{\Delta H}{\Delta t} = I - \Delta H \dots (4)$$

Siendo I la inversión neta en salud y ΔH la depreciación anual del capital debido al envejecimiento.

Newhouse (1997) planteó la teoría del consumidor ventajoso (*Advantageous Consumer Theory*) para explicar los efectos de la cobertura de seguros sobre la demanda de servicios médicos, indica que la existencia de seguros genera selección adversa y riesgo moral, pues los individuos tienden a sobreutilizar servicios subsidiados. Además, el autor desarrolló modelos de demanda diferenciando entre personas con y sin seguro médico; y planteó que la cantidad demandada de servicios depende negativamente del precio pagado de manera efectiva por los individuos.

El estudio de Kawachi et al. (1997) introdujo la teoría del capital social como determinante de la salud poblacional, donde definen el capital social como las normas y redes sociales que facilitan la cooperación comunitaria, medido a través de indicadores como la confianza y participación vecinal. Los autores plantean que actúa positivamente sobre la salud mediante mecanismos de difusión de información relevante, fortalecimiento del apoyo social e integración. Además, resaltan la importancia de considerar factores sociales contextuales que van más allá de variables puramente médicas o socioeconómicas individuales, sentando las bases

para posterior desarrollo teórico y estudio del impacto de políticas destinadas a mejorar el capital social como determinante clave de la salud poblacional.

Los autores realizaron un modelo de regresión lineal múltiple donde la variable dependiente era la tasa de mortalidad general por estado en EE. UU. Las variables independientes incluían:

- Medidas de capital social a nivel estatal (confianza, participación cívica, redes sociales)
- Variables de control socioeconómicas (ingresos per cápita, desigualdad, tasas de seguro médico, etc.)

La ecuación propuesta fue:

$$\text{Tasa de mortalidad} = \beta_0 + \beta_1 \text{CapitalSocial} + \beta_2 \text{Controles} + \varepsilon \dots (5)$$

Donde β_1 representa el efecto del capital social sobre la mortalidad, controlando por otras variables.

Los hallazgos revelaron una relación estadísticamente significativa (β_1) que señalaba una correlación inversa: a medida que el capital social aumentaba, las tasas de mortalidad disminuían. Esto se observó especialmente en los estados que presentaban niveles más elevados de confianza y participación cívica, lo que se tradujo en tasas de mortalidad "evitable" más bajas en estas regiones.

Utilizando datos panel y modelos de mínimos cuadrados ordinarios, se introduce una perspectiva microeconómica al estudio de la salud, estableciendo las bases para análisis posteriores entorno a la producción de salud a nivel doméstico y la intermediación del mercado en las decisiones relacionadas con ella. Así, uno de los primeros y más influyentes planteamientos fue la teoría de la maximización del bienestar de Culyer y Newhouse (2000), donde conceptualizan a la salud como un bien económico más, cuya demanda se rige por la teoría del comportamiento del consumidor, y proponen que los individuos eligen su consumo de salud (H) y otros bienes (X) de forma racional, maximizando su función de utilidad (U), la cual depende positivamente de ambos argumentos. Esta maximización está sujeta a restricciones, fundamentalmente la restricción presupuestaria que limita el total del gasto en H y X al ingreso disponible (I):

$$\text{Max } U(H, X) \dots (6)$$

$$\text{Sujeto a: } P_H H + P_X X \leq I$$

Donde $P_H H$ y $P_X X$ son los gastos de cada bien.

La teoría genera funciones de demanda derivables y testeables. Permite incorporar preferencias individuales y variables socioeconómicas en un marco consistente.

Estas teorías se han validado y constituyen el sustento conceptual para análisis de políticas. Han permitido entender mejor los patrones de demanda de salud.

2.4. Modelos empíricos sobre empoderamiento femenino y demanda de salud reproductiva y preventiva

La siguiente sección aborda la demanda de salud reproductiva y preventiva, se explica que esta demanda implica una colaboración entre individuos, comunidades y sistemas de salud para mantener la salud. A pesar de que son limitadas las investigaciones que abordan de manera conjunta y explícita la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva, es posible identificar estudios que, desde distintos enfoques, contribuyen al análisis de esta interrelación.

Petrera (2003), que se propuso analizar la demanda de atención médica en mujeres rurales de Perú. Utilizó el método Logit y se basó en datos de una muestra representativa. Los resultados destacan que las mujeres rurales tienen una probabilidad más alta de enfermarse, influenciada por edad, ubicación, saneamiento y educación; sin embargo, la probabilidad de buscar atención institucional es menor. Esta elección se relaciona con la gravedad percibida de la enfermedad, disponibilidad de medicamentos y presencia de familiares mayores. Se prefiere la atención pública, especialmente donde no hay opciones privadas. Elegir un hospital en lugar de centros menos complejos depende de la gravedad percibida y el acceso vehicular. En conclusión, la autora sugiere promover redes de apoyo, garantizar la gratuidad de medicamentos y mejorar la capacidad de los establecimientos de salud rurales del Ministerio de Salud para aumentar la utilización de servicios institucionales.

El estudio de Francke y Reynoso (2007), tiene como propósito examinar las vivencias y perspectivas de mujeres en condiciones de pobreza y marginación en Perú en lo que respecta a su acceso a servicios de salud. Se realizó un diagnóstico participativo en ocho comunidades desfavorecidas, recabando testimonios y evaluando las barreras que estas mujeres enfrentan al intentar acceder a atención médica. Los hallazgos revelan la presencia de insuficiente sensibilidad cultural y discriminación en los servicios de salud, así como la imposición de tarifas indebidas y sanciones a mujeres que no optan por dar a luz en instalaciones médicas. Las

conclusiones enfatizan la necesidad de políticas de salud más inclusivas y culturalmente conscientes, que aborden las disparidades de género y promuevan un acceso equitativo a la atención médica para todas las mujeres, independientemente de su condición socioeconómica.

Asimismo, Francke (2007) examina la influencia del empoderamiento de las mujeres en la demanda de servicios de salud en comunidades empobrecidas y marginadas de Perú. La metodología adoptada implicó una investigación participativa en la que las propias mujeres de estas comunidades participaron en la identificación de sus necesidades y percepciones relacionadas con la salud. Los resultados revelan una correlación positiva entre el empoderamiento de la mujer y un mayor interés en acceder a servicios de salud, así como una mayor capacidad para tomar decisiones fundamentadas acerca de su propia salud y la de sus familias. Asimismo, se observa que las mujeres valoran la calidad, accesibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud. En resumen, subraya la relevancia de fomentar el empoderamiento de la mujer como una estrategia para mejorar tanto la demanda como la calidad de los servicios de salud en comunidades excluidas y desfavorecidas.

En este sentido, en el contexto internacional, Do y Kurimoto (2012) presentan una investigación que se enfoca en la relación entre el empoderamiento de la mujer y el uso de anticonceptivos en cuatro países africanos. Los datos se obtuvieron de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre 2006 y 2008. Se analizaron las respuestas de mujeres casadas o en unión consensual en edades de 15-49 años. Se identificaron seis dimensiones de empoderamiento y se usaron regresiones multinomiales bivariadas y multivariadas para identificar las asociaciones entre las dimensiones de empoderamiento y el uso de métodos anticonceptivos. Los resultados muestran que el puntaje general del índice de empoderamiento se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos en todos los países. Además, el hecho de que la mujer tome decisiones económicas en el hogar se asocia con el uso de métodos anticonceptivos.

La conclusión general es que las intervenciones para aumentar el uso de anticonceptivos pueden requerir diferentes enfoques, como la promoción del diálogo en las parejas sobre las preferencias de fecundidad y el uso de la planificación familiar, el mejoramiento de la eficacia personal de las mujeres para negociar la actividad sexual y el mejoramiento de su independencia económica. La investigación destaca la importancia del empoderamiento de la mujer en la toma de decisiones sobre su

salud sexual y reproductiva.

Akbari et al. (2013), llevaron a cabo un estudio de investigación para explorar los aceleradores y desaceleradores para lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en Irán. El estudio utilizó un enfoque cualitativo, que incluyó entrevistas con informantes clave y discusiones en grupo con proveedores de atención médica y responsables políticos. Los resultados del estudio identificaron varios obstáculos para lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo barreras culturales y religiosas, financiamiento insuficiente y acceso limitado a información y educación.

El estudio también destacó el importante papel de los responsables políticos y líderes religiosos en la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva y en la superación de estas barreras. Los autores concluyeron que se necesita un enfoque integral para abordar las brechas en el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en Irán, incluyendo un mayor financiamiento, una mejor educación y conciencia, y una mayor participación de los responsables políticos y líderes religiosos en la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Del mismo modo, en la investigación de D'Souza et al. (2013) se enfoca en los desafíos que enfrentan las mujeres casadas en las comunidades mineras de la India en términos de su bienestar y salud reproductiva. La metodología utilizada fue una investigación cualitativa que involucró entrevistas semiestructuradas con mujeres seleccionadas a través de muestreo intencional. Los principales resultados indican que las mujeres en estas comunidades enfrentan una serie de desafíos, incluyendo la violencia doméstica, la preferencia de género y la falta de acceso a servicios de salud reproductiva. La conclusión general es que se necesita un enfoque de empoderamiento para abordar estos desafíos y mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres en estas comunidades.

Moore et al. (2014) plantean en su investigación titulada una revisión sistemática de estudios sobre intervenciones de salud sexual y reproductiva para trabajadoras sexuales en África, utilizando un marco conceptual desarrollado por la organización india Ashodaya. Los resultados indican que las intervenciones que involucran a las trabajadoras sexuales en la toma de decisiones y en la prestación de servicios de salud son más efectivas en mejorar el acceso y la calidad de la atención médica. Además, se encontró que las intervenciones comunitarias y basadas en la comunidad son más efectivas que las intervenciones clínicas tradicionales. La

metodología utilizada incluyó la extracción de datos de artículos a texto completo, y la revisión y discusión de los mismos por parte del equipo de investigación. En conclusión, la investigación destaca la importancia de la participación activa de las trabajadoras sexuales en la planificación y prestación de servicios de salud, y sugiere que las intervenciones basadas en el empoderamiento de comunidad son una estrategia efectiva para mejorar la salud sexual y reproductiva de las trabajadoras sexuales en África.

Así mismo, en la investigación de Lailulo et al. (2015), se examinaron la relación entre las características de género, la salud y el empoderamiento de las mujeres en Etiopía. Se utilizaron datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (EDHS) de 2005 y 2011, y se aplicaron métodos bivariados y multivariados para determinar la contribución relativa de las variables predictoras. Los resultados mostraron que la baja posición de las mujeres y su desempoderamiento están altamente asociados con malos resultados de salud. Además, se encontró que la educación y el empleo son factores importantes para mejorar la salud y el empoderamiento de las mujeres en Etiopía. En conclusión, se sugiere que se deben implementar políticas y programas que fomenten la educación y el empleo de las mujeres para mejorar su salud y empoderamiento en el país.

En la investigación realizada por Yaya et al. (2018), se analiza la relación entre el empoderamiento de las mujeres y la utilización de servicios de salud materna e infantil en África subsahariana. Los resultados indican que el empoderamiento de las mujeres está positivamente asociado con el uso de anticonceptivos modernos. La metodología utilizada fue un análisis multinivel de datos de encuestas demográficas y de salud realizadas en 29 países de África subsahariana. La conclusión general es que el empoderamiento de las mujeres es un factor clave para mejorar la salud materna e infantil en la región, y se deben implementar políticas y programas que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres para mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva.

Clausen et al. (2018) analizan el empoderamiento de las mujeres en el Perú a partir de un enfoque multidimensional, considerando diversas dimensiones que influyen en su autonomía y capacidad de decisión. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), este estudio busca generar conocimiento sobre los factores asociados al empoderamiento femenino con el fin de diseñar un sistema de monitoreo y evaluación relevante para la formulación de políticas públicas. A través

de un enfoque mixto, la investigación combina datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) con análisis econométricos y técnicas cualitativas, permitiendo una aproximación integral a la problemática. Los resultados evidencian que el empoderamiento de las mujeres está condicionado por factores como la educación, el acceso a recursos económicos y la ausencia de violencia conyugal. Asimismo, se identifican marcadas diferencias según el ámbito geográfico, observándose una mayor vulnerabilidad en áreas rurales y en regiones como la sierra y la selva. La investigación propone la construcción de un tablero de control del empoderamiento, compuesto por indicadores clave, y un índice de desempoderamiento multidimensional, que permiten evaluar la incidencia conjunta de privaciones en diferentes dimensiones. De esta manera, el estudio contribuye al debate sobre la medición del empoderamiento en el país y subraya la necesidad de políticas integrales que promuevan la equidad de género y el acceso a oportunidades para las mujeres peruanas.

En esta línea, el propósito del estudio, realizado por Gupta et al. (2019), fue analizar la relación entre las adquisiciones de alimentos en el mercado, el empoderamiento de las mujeres en actividades agrícolas y la diversidad alimentaria en hogares rurales de la India. La metodología se basa en datos recopilados directamente de 3600 hogares en la India, examinando el gasto promedio per cápita en diversas categorías de alimentos y evaluando el nivel de empoderamiento de las mujeres en las decisiones relacionadas con la agricultura. Los resultados resaltan que las mujeres con un mayor grado de empoderamiento en actividades agrícolas presentan una mayor diversidad en sus dietas. En conclusión, se puede inferir que el empoderamiento de las mujeres en el ámbito agrícola puede tener un impacto positivo en la variedad de alimentos consumidos por las mujeres en hogares rurales de la India.

Francke y Quispe (2020), examinan en detalle la situación peruana. La investigación se basó en una metodología cuantitativa y utilizó datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de Perú. Los resultados revelaron una correlación positiva entre el empoderamiento de la mujer y la demanda de servicios de salud preventivos y reproductivos, siendo esta relación más significativa para aquellas mujeres que tienen capacidad de decisión sobre su propia salud. Asimismo, destacan que el acceso a los servicios de salud desempeña un papel crucial en el empoderamiento de la mujer. Se resalta la importancia de fomentar el empoderamiento femenino como una estrategia para mejorar la salud y el bienestar

de las mujeres en Perú.

Vizheh et al. (2021), estudian el empeoramiento femenino, con el propósito de llevar a cabo una revisión sistemática de las características de medición de las escalas que evalúan el empoderamiento reproductivo de mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La metodología abarca una búsqueda exhaustiva en la literatura, la selección de estudios pertinentes y la recopilación de datos relacionados con las propiedades de medición y las características de las muestras. Cada estudio incluido en la revisión se evaluó según seis criterios de calidad específicos. Los resultados reflejan la existencia de diversas escalas destinadas a medir el empoderamiento reproductivo de mujeres, aunque se observa una variabilidad significativa en la calidad de sus propiedades de medición. Es importante destacar que la mayoría de estos estudios se llevaron a cabo en países con ingresos bajos y medianos.

El estudio realizado por Hellwig et al. (2024) presenta aspectos notables, dado que el propósito consistió en evaluar la correlación entre la religión, el empoderamiento de las mujeres y la satisfacción de la demanda de planificación familiar en naciones africanas caracterizadas por su diversidad religiosa. Se aplicó un análisis estadístico de regresión de Poisson multinivel para analizar la relación general entre la religión, el empoderamiento de las mujeres y la satisfacción de la demanda de planificación familiar mediante métodos tradicionales y modernos. Los resultados revelaron que tanto el empoderamiento de las mujeres, considerado una variable explicativa en el modelo, como la religión guardan una conexión con la satisfacción de la demanda de planificación familiar, y esta relación varía en función de las creencias religiosas. Además, el empoderamiento mostró un efecto positivo sobre la satisfacción de la demanda, lo que sugiere que fortalecer la autonomía de las mujeres podría contribuir al acceso y uso de métodos anticonceptivos. En consecuencia, se sugiere que los programas de planificación familiar deben ser sensibles a las diferencias religiosas y de género con el fin de promover la satisfacción de la demanda en naciones africanas caracterizadas por su pluralidad religiosa.

León-Ciliotta et al. (2025) examinan la relación entre la confianza en las instituciones públicas y la utilización de servicios de salud en el contexto de una intervención de planificación familiar en el Perú. Mediante un análisis econométrico que incorpora técnicas de diferencia en diferencias, la investigación demuestra que la difusión de información sobre esterilizaciones realizadas sin consentimiento informado

se asocia de manera significativa con una reducción en el uso de métodos anticonceptivos modernos, en la atención prenatal y en la asistencia profesional durante el parto. Dichos efectos se mantienen de forma persistente, evidenciándose incluso hasta 17 años después de la revelación de los abusos, lo que subraya la profunda repercusión que la pérdida de confianza en las instituciones puede tener sobre el comportamiento en materia de salud.

La metodología aplicada, que combina datos provenientes de registros administrativos y encuestas como la Encuesta Demográfica y de Salud del Perú, permite captar la complejidad de la interacción entre factores institucionales y la demanda de servicios de salud. Los hallazgos resaltan que el desencanto generado por la implementación de políticas públicas de carácter coercitivo o negligente afecta directamente la percepción ciudadana, alterando el comportamiento de búsqueda de atención médica y, en consecuencia, deteriorando indicadores clave de salud materno-infantil. La evidencia empírica presentada por León-Ciliotta et al. (2024) aporta importantes reflexiones para el diseño de políticas públicas orientadas a fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y la comunicación efectiva en el sector salud. En escenarios en los que el empoderamiento femenino y la autonomía son elementos importantes para el desarrollo integral de las mujeres, es crucial incorporar indicadores que midan la confianza institucional en los modelos analíticos; de este modo, se facilita la identificación de mecanismos que, de manera indirecta, influyen en la toma de decisiones relacionadas con la salud reproductiva y preventiva, permitiendo la formulación de estrategias que promuevan un acceso equitativo a servicios de calidad y contribuyan a la consolidación de un entorno propicio para el empoderamiento de las mujeres.

Por tanto, el capítulo 2 exploró el empoderamiento de las mujeres en salud reproductiva y preventiva en zonas rurales y urbanas de Perú. Asimismo, se examinaron diversas perspectivas teóricas sobre el empoderamiento femenino, destacando enfoques económicos, sociales, políticos, psicológicos y culturales; como: Kabeer (1999) y Rowlands (1997) definen el empoderamiento femenino como el control sobre la vida y circunstancias de las mujeres, mientras que Weedon (1999) lo ve como un proceso de cuestionamiento de los roles culturales de género. Eyben et al. (2008) ofrecen una visión integral que considera recursos, agencia y estructuras sociales. Igualmente, se menciona que, la demanda de salud reproductiva y preventiva implica la colaboración entre individuos, comunidades y sistemas de salud

para mantener la salud. Bruce (1990) destaca la importancia del autocuidado y la participación comunitaria. Asimismo, Bhatia y Cleland (1995) definen la demanda de salud reproductiva como la búsqueda activa de servicios basada en preferencias y acceso culturalmente apropiado. Rosenfield y Maine (1985) subrayan la importancia de la conciencia y el acceso a información.

En cuanto a los modelos teóricos, Grossman (1972) relaciona la inversión en salud con la productividad laboral. Kawachi et al. (1997) destacan el capital social, mientras que Wagstaff (1986) presenta la salud como resultado de decisiones familiares. Arrow (1963) reconoce las limitaciones de la información en la toma de decisiones de salud.

Investigaciones como las de Do y Kurimoto (2012) en África y Akbari et al. (2013) en Irán muestran la relación entre el empoderamiento femenino y el acceso a servicios de salud reproductiva. Estudios como los de D'Souza et al. (2013) en la India destacan desafíos como la violencia doméstica. Moore et al. (2014) resaltan la efectividad de las intervenciones comunitarias para trabajadoras sexuales. También estudios como el de Yaya et al. (2018) en África subsahariana muestran la relación entre el empoderamiento femenino y el uso de servicios de salud materna e infantil. Gupta et al. (2019) en la India destacan el impacto del empoderamiento en la diversidad alimentaria.

En resumen, estas investigaciones subrayan la importancia del empoderamiento femenino en la toma de decisiones sobre salud reproductiva y la necesidad de superar barreras culturales, económicas y de género para mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva.

Capítulo 3: Modelo teórico e hipótesis

Este capítulo presenta el marco teórico que orienta el análisis de la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva. Se desarrolla un modelo basado en la teoría económica de la demanda de salud de Grossman, que permite explicar cómo diversos factores económicos, sociodemográficos y sociales influyen en las decisiones de atención médica. A partir de este enfoque, se formula la hipótesis central de la investigación.

3.1. Modelo teórico

La teoría económica de la demanda de salud fue desarrollada por Michael Grossman en su estudio pionero publicado en 1972. Su modelo se basa en la idea de que la salud es tanto un bien de consumo como un bien de capital para los individuos. Como bien de consumo, la salud proporciona utilidad directa a las personas al permitirles sentirse bien. Como bien de capital, una mejor salud aumenta la cantidad de tiempo productivo saludable que una persona puede dedicar al trabajo o al ocio. Grossman presentó un marco conceptual basado en la teoría del capital humano, donde la salud se considera un stock de capital que produce beneficios como bienestar y capacidad productiva. Al igual que con otros tipos de capital, la salud se puede invertir, se deprecia con el tiempo, y se puede reparar o mejorar. La salud se ve tanto como un recurso acumulado como un proceso continuo de consumo, y producir salud requiere tiempo e insumos médicos. (Grossman, 1972).

Siguiendo a Grossman (2000), podemos plantear la función de salud de la siguiente manera:

Partimos de una función de stock de salud en el período t que depende de las variables

$$H_t = f(M_t, T_t, Z_t, A_t) \dots (7)$$

Donde:

H_t es el stock de salud en el periodo t .

M_t es la cantidad de atención médica consumida en el periodo t .

T_t son características sociodemográficas como el empleo, educación, etc.

Z_t son otros factores geográficos como la zona de residencia: rural o urbano.

A_t son otros factores sociales que intervienen en la demanda de salud como la cultura y el empoderamiento.

Los individuos eligen el nivel de atención médica M_t y otros bienes de consumo C_t que maximizan su utilidad:

$$U = g(C_t, H_t) \dots (8)$$

Si se reemplaza (6) en (7) se obtiene la siguiente ecuación:

$$U = g(C_t, T_t, M_t, Z_t, A_t) \dots (9)$$

Sujeto a la restricción presupuestaria:

$$Y = P_m M_t + P_c C_t \quad (10)$$

Donde:

P_m es el precio de la atención médica.

P_c es el precio de otros bienes de consumo.

El problema de optimización se resuelve planteando lagrangiana de la ecuación (10):

$$L = g(C_t, M_t, Z_t, A_t) - \lambda [P_m M_t + P_c C_t - Y] \quad (11)$$

A partir de un proceso de optimización, es posible obtener la forma reducida del modelo de demanda por atención médica en una función del tipo:

$$M_t^* = h(P_m, Y, P_c, T_t, Z_t, A_t) \quad (12)$$

Donde:

- M_t^* es la cantidad óptima de atención médica demandada en el periodo t .
- P_m es el precio de la atención médica.
- Y es el ingreso.
- P_c es el precio de otros bienes de consumo.
- T_t son características sociodemográficas como el empleo, educación, etc.
- Z_t son otros factores geográficos como la zona de residencia: rural o urbano.
- A_t son otros factores sociales que intervienen en la demanda de salud como la cultura y el empoderamiento.

El precio de la atención médica se espera que tenga una relación inversa con la demanda; es decir, un aumento del precio conduciría a una disminución en M_t^* , reflejando la sensibilidad de los pacientes a los costos del servicio médico. En cuanto al ingreso (Y), se anticipa una relación positiva, ya que mayores ingresos permitirían un mayor acceso a servicios de salud.

Por otro lado, el precio de otros bienes de consumo (P_c) podría influir de manera compleja en la demanda de atención médica, dependiendo de cómo los pacientes priorizan la atención médica frente a otros gastos.

Las características sociodemográficas (T_t) permiten captar factores determinantes en la demanda de servicios de salud. Se espera que la edad influya en la necesidad de anticonceptivos y consultas médicas, dado que las prioridades de salud varían a lo largo del ciclo de vida. El estado civil puede afectar el acceso y la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos, considerando dinámicas familiares y de pareja. Un mayor número de miembros en el hogar podría representar una mayor carga de responsabilidades, limitando el tiempo disponible para acudir a servicios de salud. El nivel de ingresos actúa como un determinante del acceso, ya que un mayor ingreso facilita la cobertura de costos asociados a la atención médica. La educación es un factor clave, pues un mayor nivel educativo está asociado con un mayor conocimiento y valoración de la salud. La etnicidad puede influir en el acceso debido a barreras culturales o estructurales, mientras que el empleo puede afectar la disponibilidad de tiempo y la autonomía financiera para utilizar servicios de salud.

Los factores geográficos (Z_t), representados, por ejemplo, por la zona de residencia, se espera que tengan un impacto positivo. En áreas urbanas, se anticipa una mayor demanda de servicios de salud reproductiva, reflejando una mayor disponibilidad y posiblemente una mayor conciencia de la importancia de la atención médica. Finalmente, los factores sociales (A_t), especialmente cuando se refieren al empoderamiento de las mujeres, se esperan que tengan una relación positiva con la demanda de salud. Mujeres más empoderadas probablemente tengan una mayor capacidad y voluntad para buscar servicios de salud, reconociendo y abogando por sus necesidades médicas.

Al considerar el efecto del precio de otros bienes de consumo (P_c) en la demanda de atención médica, es fundamental analizar si estos bienes son complementarios, sustitutos o independientes de los servicios de salud. Por ejemplo, P_c incluye el costo de bienes complementarios como suplementos alimenticios o equipos de ejercicio, un aumento en estos precios podría llevar a una reducción en la demanda de atención médica, ya que el costo general de mantener un estilo de vida saludable se incrementa. Contrariamente, si P_c se refiere a bienes sustitutos como el entretenimiento o actividades de ocio, un aumento en su precio podría aumentar la demanda de servicios de salud, ya que los individuos podrían preferir invertir en su salud en lugar de en bienes de consumo más caros. Por lo anterior, P_c se considera indeterminado.

La ecuación 12 resume la relación entre la demanda de servicios de salud

reproductiva y diversos factores que pueden influir en su comportamiento. En este modelo, se incorporan variables económicas, sociodemográficas, geográficas y sociales, cada una con un impacto esperado sobre la demanda. Mientras que los precios de los métodos anticonceptivos y los ingresos tienen efectos claros, otras variables, como el precio de bienes de consumo, presentan un impacto indeterminado. Además, las características sociodemográficas pueden influir de manera diferenciada según el indicador considerado, mientras que los factores geográficos y sociales, particularmente el empoderamiento femenino, tienden a asociarse positivamente con una mayor utilización de los servicios de salud.

$$M_t^* = h \left(\underbrace{P_m}_{(-)}, \underbrace{Y_w}_{(+)}, \underbrace{P_c}_{(indeterminado)}, \underbrace{T_t}_{(indeterminado)}, \underbrace{Z_t}_{+}, \underbrace{A_t}_{+} \right) \dots (13)$$

3.2. Hipótesis

En las secciones previa, se realizó una revisión empírica y teórica sobre la demanda por salud, demanda por servicios reproductivos y preventivos tanto como diversas mediciones del empoderamiento femenino. Asimismo, la medición del empoderamiento femenino para la demanda de servicios preventivos y reproductivos. En tal sentido, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda por salud reproductiva y preventiva en las zonas rurales y urbanas? Así, se generan otras interrogantes que serían: ¿Qué tan diferente es la demanda de salud preventiva y reproductiva motivada por el empoderamiento femenino en las zonas rurales y/o urbanas?, y ¿Qué zonas demandan más servicios de salud? Por lo anterior, la hipótesis sería la siguiente: la demanda de salud reproductiva y preventiva es mayor en las zonas urbanas a comparación de las zonas rurales, debido a que las zonas urbanas poseen mejores indicadores de empoderamiento femenino. El modelo teórico planteado nos ayuda en gran medida a responder de manera teórica a la pregunta de investigación, ya que existe una relación entre la demanda por servicios de salud y el empoderamiento femenino; sin embargo, para encontrar la diferencia entre las zona rurales y urbanas es necesario cuantificarla a través del índice de Empoderamiento, puesto que ello contiene información adecuada para conocer el estado de las decisiones de la mujer que demanda servicios de salud preventiva y reproductiva.

A modo de resumen, el modelo teórico de la demanda de salud, desarrollado por Michael Grossman en 1972, considera la salud como un bien de consumo y

capital, donde la inversión en salud afecta la productividad y el bienestar. Los individuos maximizan su utilidad eligiendo la cantidad óptima de atención médica y otros bienes de consumo, sujeto a una restricción presupuestaria. La demanda de atención médica depende de factores como el precio de la atención médica, el ingreso, el precio de otros bienes de consumo, características sociodemográficas, geográficas y sociales.

La hipótesis planteada es que la demanda de salud reproductiva y preventiva es mayor en zonas urbanas debido a mejores indicadores de empoderamiento femenino. Se propone investigar la relación entre la demanda de salud y el empoderamiento femenino en zonas rurales y urbanas, así como determinar qué zonas demandan más servicios de salud. El modelo teórico proporciona un marco para abordar estas preguntas, aunque se requiere cuantificar la diferencia entre zonas mediante un índice de empoderamiento.



Capítulo 4: Metodología empírica

En este capítulo, se desarrolla un modelo empírico para analizar la demanda de salud reproductiva y preventiva, siguiendo el marco teórico establecido anteriormente. Utilizando un enfoque de modelo Logit y manteniendo constantes ciertas variables claves, se examina cómo diversos factores, incluyendo el empoderamiento femenino, influyen en esta demanda. Asimismo, se detallan los indicadores y metodología utilizada para medir el empoderamiento, apoyándose en datos de la ENDES.

4.1. Modelo empírico

Partiendo del modelo económico planteado en la sección 3.1:

$$M_t^* = h(P_m, Y, P_c, T_t, Z_t, A_t) \dots (14)$$

Asumiendo que las variables P_m, Y, P_c se mantienen constantes (*ceteris paribus*), procedemos a modelar la demanda de salud reproductiva y preventiva de la siguiente manera, mediante un modelo de tipo Logit:

$$\ln\left(\frac{P(M_t^*=1)}{1-P(M_t^*=1)}\right) = \alpha_0 + \delta \cdot Y + \beta_i \cdot T_t + \theta_i \cdot Z_t + \gamma_i \cdot A_t \dots (15)$$

Donde:

M_t^* representa la demanda de salud reproductiva y preventiva. Toma los valores 0 y 1 según el uso de bienes o servicios relacionados a salud reproductiva y preventiva.

T_t es el vector de variables sociodemográficas como la edad, el sexo, educación, estado civil, N.º miembros del hogar, niveles de ingreso.

Z_t es el vector de factores geográficos como la zona de residencia: rural o urbano.

A_t es el vector de factores sociales, el cual incluye el índice de empoderamiento femenino.

Y es el ingreso

4.2. Índice de Empoderamiento (IDE)

El estudio de Ruiz-Bravo et al. (2018) utiliza una metodología para calcular el desempoderamiento de las mujeres. Esto nos servirá para aplicarlo al empoderamiento femenino, ya que este estudio también mide el empoderamiento. Según Ruiz-Bravo et al. (2018), el Índice de Desempoderamiento (IDM) considera la edad de mujeres fértiles entre 15 y 49 años. Los componentes del indicador derivados de la ENDES se pueden ver en la tabla 4, donde se presentan 4 dimensiones principales: vida y salud física, control sobre el entorno material, relaciones sociales,

e integridad física y seguridad. Así, cada dimensión contiene indicadores específicos que evalúan diferentes aspectos del empoderamiento femenino, como el control en el cuidado de la salud, la participación en decisiones del hogar, la autonomía en relaciones sociales, y la exposición a diferentes formas de violencia. Todos estos indicadores son medidos a través de encuestas ENDES y están diseñados para evaluar el nivel de independencia y poder de decisión de la mujer en diversos aspectos de su vida personal, familiar y social.

Tabla 4
Indicadores del Empoderamiento Femenino para la creación del IEM

Dimensión	Indicador	Criterio	Encuesta
Vida y salud física	Control en el cuidado de la salud	La mujer no toma parte en la decisión de los cuidados de su propia salud.	ENDES
Control sobre el entorno material	Participación en decisiones sobre las compras del hogar	La mujer no toma parte de las decisiones sobre compras diarias o grandes del hogar.	ENDES
	Participación en decisiones sobre la alimentación del hogar	La mujer no toma parte de las decisiones sobre qué se va a cocinar diariamente.	ENDES
Relaciones sociales	Autonomía en las relaciones sociales	La mujer no toma parte de las decisiones sobre visitas a familiares, amigos o parientes.	ENDES
	Amenazas a la libertad de afiliación	Su compañero o esposo se pone celoso cuando hablaba con otro hombre, le impide ver a sus amigas o le trata de limitar el contacto con su familia.	ENDES
Integridad física y seguridad	Aceptación de la violencia física	La mujer está de acuerdo con que el esposo golpee a su esposa si ella sale de la casa sin avisarle, si ella descuida a los niños, si ella discute con él, si se rehúsa a tener relaciones sexuales con él o si ella quema la comida.	ENDES
	Padecimiento de violencia conyugal	La mujer sufre o ha sufrido algún tipo de violencia (física, emocional o sexual) por parte de su compañero o esposo.	ENDES

Nota: Las dimensiones e indicadores del IEM son los especificados por Ruiz-Bravo et al. (2018). El autor delimita cuatro ámbitos: vida y salud física, control sobre el entorno material, relaciones sociales e integridad física y seguridad; y precisa los criterios de medición correspondientes.

Fuente: Adaptado de Ruiz-Bravo et al. (2018). Elaboración propia.

En los siguientes apartados, el Índice de Desempoderamiento de las Mujeres (IDM) se identificará como M_0 y el Índice de Empoderamiento de las Mujeres (IEM) como su complemento, definido como:

$$IEM = 1 - M_0 \dots (16)$$

El IDM (M_0) representa la proporción de mujeres que experimentan

desempoderamiento, lo que se conoce como incidencia del desempoderamiento, así como el porcentaje promedio de indicadores en los que las mujeres desempoderadas enfrentan carencias, definido como intensidad del desempoderamiento. A partir de estos datos, se calcula el Índice de Empoderamiento de las Mujeres (*IEM*) restando M_0 de 1, reflejando así la proporción de mujeres que no se encuentran en situación de desempoderamiento.

Para cada mujer i , se calcula un puntaje de desempoderamiento (c_i), que corresponde a la suma ponderada de las privaciones experimentadas en cada uno de los indicadores establecidos:

$$c_i = w_1 I_1 + w_2 I_2 + \dots + w_d I_d \dots (17)$$

Donde:

w_j es el peso asignado al j –ésimo indicador.

$I_j = 1$ si la mujer enfrenta privación en el indicador j , y $I_j = 0$ si no la enfrenta

Para determinar si una mujer es considerada desempoderada, se establece un punto de corte k , que representa el umbral mínimo de privaciones ponderadas necesarias para ser clasificada como tal. Este umbral se define en función del puntaje de privación c_i , que refleja la proporción de dimensiones en las que una mujer enfrenta carencias. Además, los pesos w_j asignados a cada indicador siguen la especificación de Ruiz et al. (2018), donde se establece una distribución equitativa entre las dimensiones del empoderamiento; por ello, dado que el índice considera cuatro dimensiones, cada una recibe un peso de 25%, asegurando que todas contribuyan de manera proporcional a la medición del empoderamiento sin sesgos hacia una dimensión específica.

Formalmente, la identificación del desempoderamiento se realiza de la siguiente manera:

$$D_i = 1, \text{ si } c_i \geq k \text{ (mujer desempoderada)}$$

$$D_i = 0, \text{ si } c_i < k \text{ (mujer empoderada)}$$

Se emplea un punto de corte de $k = 0.2$ en la clasificación del empoderamiento, siguiendo la metodología propuesta por Ruiz et al. (2018). Este umbral representa un enfoque moderado, asegurando que la clasificación del desempoderamiento no se limite únicamente a los casos de mayor privación, sino que también refleje situaciones donde las restricciones en el acceso a oportunidades son significativas. El uso de $k = 0.2$ permite una medición equilibrada del

empoderamiento, incorporando tanto la incidencia como la intensidad del desempoderamiento dentro de la población analizada.

El Índice de Empoderamiento IEM puede desagregarse como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5
Índice de Empoderamiento (IEM)

Índice de Empoderamiento (IEM)	
$IEM = H_e + H_d \times A_e$	
Variable	Representación
$H_e = 1 - H_d$	Proporción de mujeres empoderadas
$H_d = q/n$	Componente de incidencia
$A_e = 1 - A_d$	Porcentaje promedio de indicadores en las que las mujeres de empoderadas están a un nivel adecuado
q	Cantidad de mujeres desempoderadas
N	Población total de mujeres

Fuente: Adaptado de Ruiz-Bravo et al. (2018). Elaboración propia.

4.3. Base de datos para el modelo econométrico

La presente investigación toma como principal fuente la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar (ENDES), que facilita las variables requeridas a nivel de salud. En este sentido, la Tabla 6 muestra las decisiones sobre los diferentes indicadores que conformarán la base de datos para el modelo propuesto.

Tabla 6
Variables que conforman la base de datos

VARIABLES	Descripción	Fuente
Variables dependientes		
Anticonceptivos modernos	Define si utiliza actualmente algún método anticonceptivo moderno (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Anticonceptivos de decisión en pareja	Define si utiliza actualmente algún método anticonceptivo cuyo empleo sea decisión de la mujer y su pareja: condón, esterilización masculina, abstinencia y método de interrupción (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Despistaje de VIH	Define si se realizó un despistaje de VIH en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Consulta sobre ITS	Define si buscó consejo sobre ITS a algún médico o profesional de salud en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años). Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Variables sociodemográficas		
Edad	Describe la edad de la mujer (en años).	ENDES
Estado civil	Describe el estado civil de la mujer. Toma dos valores: 1 si está casada y 0 si es conviviente.	ENDES
N° miembros del hogar	Describe el número total de miembros del hogar.	ENDES
Niveles de ingreso	Describe el nivel económico de la mujer. Toma valores del 1 al 5, representando los quintiles de ingreso	
Variables geográficas		
Área	Describe el área donde vive la mujer. Toma dos valores: 1 si vive en un área urbana y 0 en caso viva en un área rural.	ENDES
Región natural	Describe la región natural donde vive la mujer. Toma cuatro valores: 1 Lima metropolitana, 2 resto de la costa, 3 sierra y 4 selva. Se incluye como variables dicotómicas.	ENDES
Departamento	Describe el departamento donde vive la mujer. Toma veinticuatro valores. Se incluye como variables dicotómicas.	ENDES
Variables sociales		
Educación	Describe el nivel de estudios más alto aprobado por la mujer. Toma cuatro valores: 1 sin educación, 2 primaria, 3 secundaria y 4 superior.	ENDES
Etnicidad	Describe si la mujer se autoidentifica como de origen nativo. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Empleo	Describe si la mujer tiene un trabajo al momento de la entrevista. Toma dos valores: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.	ENDES
Empoderamiento femenino	Índice propuesto en la sección 4.2	ENDES
Variables sobre la Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		
Teléfono móvil	Describe la tenencia de un teléfono móvil por parte de la mujer. Toma el valor 0 si no posee uno móvil y toma el valor de 1 caso contrario	ENDES
Internet en casa	Describe la tenencia de un internet en casa de la mujer. Toma el valor 0 si no posee un móvil y toma el valor de 1 caso contrario.	ENDES
Radio	Describe la tenencia de un radio en casa de la mujer. Toma el valor 0 si no posee un radio y toma el valor de 1 caso contrario.	ENDES
Televisor	Describe la tenencia de un televisor en casa de la mujer. Toma el valor 0 si no posee un TV y toma el valor de 1 caso contrario.	ENDES
Computadoras	Describe la tenencia de un computador en casa de la mujer. Toma el valor 0 si no posee una computadora y toma el valor de 1 caso contrario.	ENDES
Acceso a TIC's	Describe la cantidad de tecnologías de información y comunicación (TIC) disponibles en el hogar de la mujer. Toma valores ordinales según el número de TICs que posee, donde 1 indica la posesión de una sola TIC y valores mayores representan un mayor acceso a tecnologías. Toma 5 valores	ENDES

Fuente: Adaptado de Francke y Quispe (2020). Todas las variables dependientes utilizadas corresponden a las propuestas por Francke y Quispe (2020). Elaboración propia.

A modo de resumen, el capítulo se centra en la metodología empírica adoptada para examinar la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva en Perú,

destacando el uso del modelo Logit para analizar la influencia de factores como el empoderamiento femenino y el área de residencia. Se detalla la operacionalización de variables clave, incluyendo un índice de empoderamiento femenino desarrollado a partir de la metodología de Ruiz-Bravo et al. (2018), que ajusta el Índice de Desempoderamiento para medir el empoderamiento en el contexto de la salud reproductiva. Este enfoque cuantitativo se complementa con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar, que proporciona una base empírica para el análisis de variables dependientes como el uso de anticonceptivos modernos y la consulta sobre ITS, así como factores sociodemográficos, geográficos, sociales y TIC que podrían afectar la demanda de estos servicios.



Capítulo 5: Estadísticas descriptivas

En este capítulo se presentarán los estadísticos descriptivos de las variables empoderamiento femenino y demanda de salud reproductiva y preventiva con los datos para período 2019-2021 a partir de la base de datos de la encuesta ENDES del INEI.

5.1. Empoderamiento femenino

Los resultados del Gráfico 3 proporcionan una visión detallada del desempoderamiento según las dimensiones e indicadores propuestos por Ruiz-Bravo y otros (2018).

En lo que respecta a la vida y salud física, un pequeño pero preocupante 3% de las mujeres no tiene voz en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Esto significa que no pueden decidir si usar métodos anticonceptivos o cuál utilizar. Además, un 15% de ellas no participa en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud, lo que indica que no tienen influencia en asuntos médicos y cuidado personal.

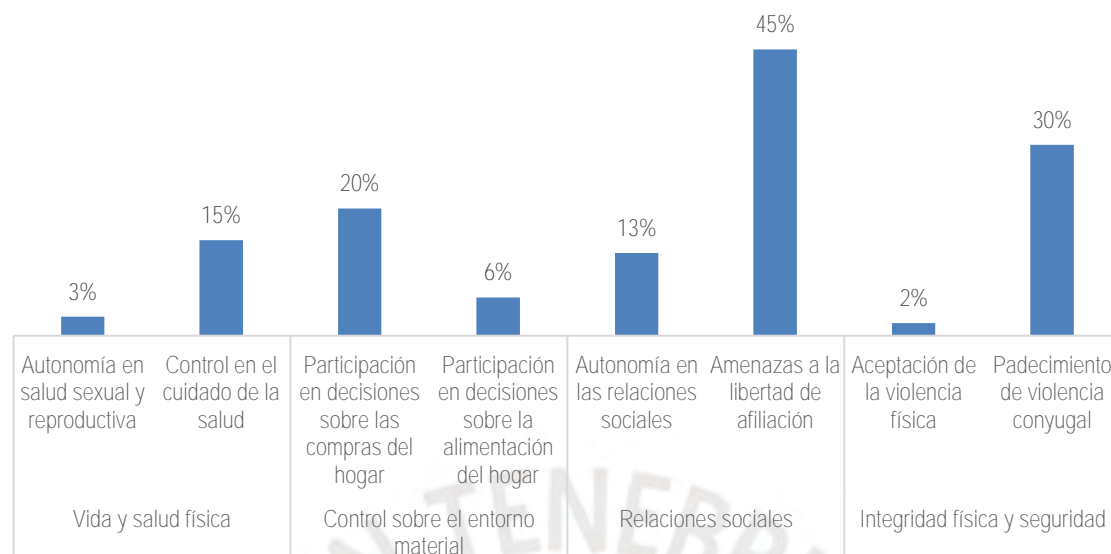
En cuanto al control sobre el entorno material, el 20% de las mujeres no participa en las decisiones sobre las compras del hogar, lo que sugiere una falta de influencia en las decisiones financieras del hogar. Además, un 6% no tiene voz en las elecciones alimentarias del hogar, lo que afecta a su capacidad de decidir qué se cocina diariamente.

Las relaciones sociales también presentan desafíos, ya que el 13% de las mujeres no toma parte en las decisiones sobre visitas a familiares, amigos y parientes, lo que limita su autonomía en este aspecto. Además, el 45% experimenta amenazas a su libertad de afiliación, ya que sus parejas muestran celos excesivos, limitan sus interacciones sociales o les impiden relacionarse con otros hombres.

En la dimensión de integridad física y seguridad, el 2% de las mujeres está de acuerdo con la violencia física en ciertas circunstancias, como cuando salen de casa sin avisar, descuidan a los niños, discuten con sus parejas, se niegan a tener relaciones sexuales o queman la comida. Además, un alarmante 30% ha experimentado algún tipo de violencia, ya sea física, emocional o sexual, por parte de sus parejas o esposos.

Gráfico 3

Incidencia de privación en el empoderamiento de las mujeres por indicador (2019-2021)



Fuente: Adaptado de ENDES (2019) y Ruiz-Bravo et al. (2018). Elaboración propia.

5.2. Demanda de salud reproductiva y preventiva

Respecto a las variables seleccionadas para estimar la demanda de salud reproductiva y preventiva, de acuerdo con la tabla 7, se puede apreciar que la tasa de mujeres que utilizan anticonceptivos modernos se ha mantenido constante en un 60% durante el período 2019-2021. Las mujeres de edad entre 15-24 años muestran una tasa constante del 69% en el uso de anticonceptivos modernos, mientras que las mujeres de 25-34 años muestran una disminución del 65% en 2019 al 67% en 2021.

Por otro lado, las mujeres de 35-49 años presentan un aumento en el uso de anticonceptivos, pasando del 52% en 2019 al 55% en 2021. El nivel educativo también influye en el uso de anticonceptivos. Aquellas mujeres con educación superior muestran una tasa constante del 63% a lo largo del período, mientras que las mujeres con educación primaria experimentan una disminución del 57% en 2019 al 50% en 2021. Las mujeres sin educación y las que tienen educación secundaria también experimentan descensos. El hecho de que la mujer trabaje parece tener un impacto mínimo en la elección de anticonceptivos, ya que las tasas varían solo ligeramente entre el 59% y el 63% durante el período.

La educación de la pareja también muestra efectos similares a la educación de la mujer, con tasas más altas para las parejas con educación superior y disminuciones en las categorías con menos educación.

La presencia de la pareja en el hogar tiene un impacto notorio en el uso de anticonceptivos, con tasas más bajas cuando la pareja no vive en el hogar.

El área de residencia también influye en el uso de anticonceptivos, con tasas más altas en áreas urbanas en comparación con áreas rurales.

La identidad indígena se asocia con tasas más bajas de uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres no indígenas.

Por último, el nivel de riqueza muestra una influencia moderada en el uso de anticonceptivos modernos, con una disminución en 2020 y una recuperación en 2021, manteniéndose los porcentajes de uso en un rango del 54% al 63% a lo largo de los diferentes estratos de ingresos

Tabla 7
Mujeres que usan anticonceptivos modernos, 2019-2021

	2019	2020	2021	2019-2021
Total	60%	61%	60%	60%
Edad				
15-24	69%	68%	69%	69%
25-34	65%	70%	67%	67%
35-49	52%	50%	55%	52%
Educación				
Sin educación	40%	39%	39%	39%
Primaria	57%	53%	50%	53%
Secundaria	63%	60%	62%	62%
Superior	64%	62%	63%	63%
Mujer trabaja				
No	62%	61%	63%	62%
Sí	60%	59%	61%	60%
Educación de la pareja				
Sin educación	42%	43%	45%	43%
Primaria	57%	53%	50%	53%
Secundaria	63%	60%	62%	62%
Superior	64%	62%	63%	63%
Pareja vive en el hogar				
No	43%	41%	40%	41%
Sí	60%	61%	62%	61%
Área				
Urbano	62%	62%	61%	62%
Rural	52%	55%	54%	54%
Indígena				
No	62%	62%	61%	62%
Sí	43%	44%	41%	43%
Ingresos				
Quintil inferior	58%	54%	58%	57%
Segundo quintil	60%	54%	60%	58%
Quintil intermedio	61%	56%	61%	59%
Cuarto quintil	63%	58%	63%	62%
Quintil superior	61%	57%	62%	60%

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Respecto a las mujeres que usan anticonceptivos de decisión en pareja, cuyos

resultados se presentan en la tabla 8, puede apreciarse un descenso general, disminuyendo del 43% en 2019 al 41% en 2021, lo que sugiere una tendencia hacia la reducción del uso de métodos anticonceptivos basados en la decisión conjunta de las parejas.

En relación con la edad, se destaca que las mujeres de 15-24 años muestran tasas iniciales del 54% en 2019 y 55% en 2020, que luego disminuyen al 54% en 2021. Las mujeres de 25-34 años también presentan una disminución, pasando del 49% en 2019 al 48% en 2021. Las mujeres de 35-49 años, por su parte, presentan una fluctuación, comenzando en el 39% en 2019, disminuyendo al 36% en 2020 y volviendo al 39% en 2021.

El nivel educativo influye en el uso de anticonceptivos de decisión en pareja. Aquellas mujeres con educación superior presentan tasas en aumento, aumentando del 41% en 2019 al 45% en 2021. Las mujeres sin educación y las que tienen educación primaria también muestran tasas relativamente bajas, en torno al 33% - 35%. Las mujeres con educación secundaria presentan tasas que se mantienen más estables en comparación con otras categorías.

La situación laboral de la mujer parece influir en el uso de anticonceptivos de decisión en pareja, con tasas más altas para las mujeres que no trabajan (48% en 2019 y 47% en 2021) en comparación con aquellas que trabajan (39% - 41%).

La educación de la pareja también muestra variaciones en las tasas de uso de anticonceptivos de decisión en pareja. Las parejas con educación superior presentan tasas en aumento, aumentando del 37% en 2019 al 45% en 2021. Las parejas con educación primaria o secundaria muestran tasas más bajas y, en algunos casos, disminuyen a lo largo del período.

La presencia de la pareja en el hogar tiene un impacto en el uso de anticonceptivos, con tasas más altas cuando la pareja vive en el hogar (47% - 46%) en comparación con cuando no vive en el hogar (33% - 31%).

El área de residencia también influye en el uso de anticonceptivos de decisión en pareja, con tasas más altas en áreas urbanas (45% - 44%) en comparación con áreas rurales (43% - 44%).

La identidad indígena se asocia con tasas variables en el uso de anticonceptivos de decisión en pareja en comparación con las mujeres no indígenas.

Finalmente, el nivel de riqueza refleja una influencia en el uso conjunto de anticonceptivos entre 2019 y 2021, con el quintil inferior manteniendo la tasa más alta

de uso y los demás quintiles mostrando una ligera tendencia a la baja, especialmente en los estratos más acomodados, aunque las diferencias entre quintiles no son pronunciadas.

Tabla 8

Mujeres que usan anticonceptivos de decisión en pareja, 2019-2021

	2019	2020	2021	2019-2021
Total	43%	43%	41%	40%
Edad				
15-24	54%	55%	54%	34%
25-34	49%	49%	48%	38%
35-49	39%	36%	39%	40%
Educación				
Sin educación	33%	35%	35%	30%
Primaria	45%	49%	46%	33%
Secundaria	47%	45%	45%	38%
Superior	41%	44%	45%	45%
Mujer trabaja				
No	48%	46%	47%	32%
Sí	39%	41%	39%	41%
Educación de la pareja				
Sin educación	41%	44%	43%	20%
Primaria	45%	44%	44%	34%
Secundaria	44%	43%	45%	38%
Superior	37%	40%	38%	45%
Pareja vive en el hogar				
No	33%	31%	31%	33%
Sí	47%	46%	46%	38%
Área				
Urbano	45%	44%	44%	40%
Rural	43%	44%	43%	36%
Indígena				
No	44%	43%	47%	40%
Sí	37%	36%	34%	36%
Ingresos	2019	2020	2021	2019-2021
Quintil inferior	80%	78%	79%	79%
Segundo quintil	74%	74%	73%	74%
Quintil intermedio	72%	72%	73%	72%
Cuarto quintil	75%	72%	71%	72%
Quintil superior	75%	73%	70%	73%

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Respecto a los datos de la tabla 9, se observa una variabilidad en el porcentaje de mujeres que se realizaron el despistaje de VIH a lo largo del período, comenzando en el 44% en 2019, disminuyendo al 42% en 2020 y luego aumentando al 43% en 2021. La variación a lo largo de estos años sugiere fluctuaciones en la conciencia y la participación en pruebas de VIH.

Las mujeres de 15-24 años muestran tasas relativamente altas y consistentes en la realización de despistaje de VIH, comenzando en el 55% en 2019 y

manteniéndose en el 54% - 55% en los años siguientes. Las mujeres de 25-34 años también presentan tasas consistentes, con un 50% en 2019 y 51% en 2021. Por otro lado, las mujeres de 35-49 años experimentan disminuciones significativas, pasando del 40% en 2019 al 37% en 2021, lo que indica una menor participación en pruebas de VIH.

El nivel educativo influye en la realización de despistaje de VIH. Aquellas mujeres con educación superior presentan tasas relativamente estables en torno al 41% - 42%. Las mujeres sin educación y las que tienen educación primaria también muestran tasas consistentes, con aumentos en la realización de pruebas en los años siguientes. Las mujeres con educación secundaria presentan fluctuaciones en las tasas, comenzando en el 45% en 2019 y disminuyendo al 45% en 2021.

La situación laboral de la mujer parece influir en la realización de despistaje de VIH, con tasas ligeramente más altas para las mujeres que no trabajan (45% - 46%) en comparación con aquellas que trabajan (41% - 42%).

La educación de la pareja también muestra variaciones en las tasas de realización de despistaje de VIH. Las parejas con educación superior presentan tasas consistentes en torno al 37% - 38%. Las parejas con educación primaria o secundaria también muestran tasas relativamente estables. Las parejas con menos educación presentan disminuciones en la realización de pruebas a lo largo del período.

La presencia de la pareja en el hogar tiene un impacto en la realización de despistaje de VIH, con tasas más altas cuando la pareja vive en el hogar (46% - 47%) en comparación con cuando no vive en el hogar (30% - 32%).

El área de residencia también influye en la realización de despistaje de VIH, con tasas más altas en áreas urbanas (43% - 45%) en comparación con áreas rurales (43% - 46%).

La identidad indígena se asocia con tasas variables en la realización de despistaje de VIH en comparación con las mujeres no indígenas.

Finalmente, el nivel de riqueza refleja una tendencia positiva en la realización de despistaje de VIH entre mujeres de 2019 a 2021, con un aumento gradual en los quintiles inferiores y una estabilidad notoria en los quintiles medios y superiores, manteniendo una tasa promedio de despistaje que oscila entre el 71% y el 81%.

Tabla 9
Mujeres que se realizaron despistaje de VIH, 2019-2021

	2019	2020	2021	2019-2021
Total	44%	42%	43%	27%
Edad				
15-24	55%	54%	55%	34%
25-34	50%	50%	51%	31%
35-49	40%	36%	37%	20%
Educación				
Sin educación	33%	34%	37%	15%
Primaria	46%	49%	48%	20%
Secundaria	45%	46%	45%	28%
Superior	41%	42%	41%	29%
Mujer trabaja				
No	45%	44%	46%	30%
Sí	41%	42%	41%	24%
Educación de la pareja				
Sin educación	43%	40%	40%	20%
Primaria	45%	47%	44%	22%
Secundaria	43%	47%	44%	26%
Superior	39%	38%	37%	27%
Pareja vive en el hogar				
No	32%	30%	30%	25%
Sí	46%	43%	47%	26%
Área				
Urbano	43%	44%	45%	26%
Rural	45%	46%	43%	23%
Indígena				
No	46%	44%	46%	25%
Sí	37%	38%	38%	18%
Ingresos	2019	2020	2021	2019-2021
Quintil inferior	68%	71%	73%	71%
Segundo quintil	79%	80%	81%	80%
Quintil intermedio	80%	80%	82%	81%
Cuarto quintil	81%	81%	81%	81%
Quintil superior	80%	79%	81%	80%

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Por último, respecto a las mujeres que consultaron sobre ITS, cuyos datos se presentan en la tabla 10, se observa un aumento en la proporción de mujeres que consultaron sobre ITS durante este período, pasando del 44% en 2019 al 45% en 2021. Este aumento sugiere un mayor interés y conciencia acerca de la importancia de buscar asesoramiento y prevención en relación con las ITS.

Según la edad, las mujeres de 15-24 años presentan tasas iniciales más altas, que disminuyen ligeramente en los años posteriores, pero se mantienen en un 52% en 2021. Las mujeres de 25-34 años también mantienen tasas consistentes alrededor del 52%. En contraste, las mujeres de 35-49 años muestran un incremento en la consulta, pasando del 36% en 2019 al 38% en 2021, lo que sugiere un mayor interés

en la prevención de ITS en este grupo de edad.

El nivel de educación influye en la búsqueda de asesoramiento sobre ITS. Las mujeres con educación superior presentan tasas crecientes, pasando del 43% en 2019 al 41% en 2021. Las mujeres sin educación y las que tienen educación primaria también muestran tasas consistentes, aunque más bajas en comparación con las de educación superior. Las mujeres con educación secundaria presentan tasas que aumentan del 49% en 2019 al 48% en 2021.

La situación laboral de la mujer parece influir en la búsqueda de asesoramiento sobre ITS, con tasas más altas para las mujeres que no trabajan (45% - 48%) en comparación con las que trabajan (40% - 42%).

La educación de la pareja también influye en la búsqueda de asesoramiento sobre ITS. Las parejas con educación superior presentan tasas crecientes, pasando del 40% en 2019 al 38% en 2021. Las parejas con educación primaria o secundaria también muestran tasas consistentes, con incrementos en la búsqueda de asesoramiento. Las parejas con menos educación presentan tasas más bajas y una disminución en la búsqueda de asesoramiento a lo largo del período.

La presencia de la pareja en el hogar tiene un impacto en la búsqueda de asesoramiento sobre ITS, con tasas más altas cuando la pareja vive en el hogar (44% - 46%) en comparación con cuando no vive en el hogar (31% - 32%).

El área de residencia también influye en este indicador, con tasas más altas en áreas urbanas (42% - 46%) en comparación con áreas rurales (45% - 46%).

Las mujeres indígenas presentan tasas más bajas en la búsqueda de asesoramiento sobre ITS en comparación con las mujeres no indígenas durante todos los años analizados

Finalmente, El nivel de riqueza se asocia con la frecuencia de consultas sobre ITS en mujeres de 2019 a 2021, evidenciando una mayor prevalencia en los quintiles de ingresos superiores, mientras que los quintiles inferiores presentan las tasas más bajas, con un aumento progresivo y moderado a medida que se asciende en la escala de ingresos.

Tabla 10
Mujeres que consultaron sobre ITS, 2019-2021

	2019	2020	2021	2019-2021
Total	44%	43%	45%	73%
Edad				
15-24	55%	52%	52%	70%
25-34	52%	52%	52%	71%
35-49	36%	39%	38%	72%
Educación				
Sin educación	33%	36%	34%	49%
Primaria	45%	45%	47%	64%
Secundaria	49%	47%	48%	73%
Superior	43%	44%	41%	78%
Mujer trabaja				
No	45%	48%	45%	76%
Sí	42%	40%	40%	71%
Educación de la pareja				
Sin educación	44%	41%	40%	46%
Primaria	46%	47%	43%	65%
Secundaria	46%	45%	47%	71%
Superior	40%	40%	38%	78%
Pareja vive en el hogar				
No	32%	32%	31%	65%
Sí	44%	43%	46%	71%
Área				
Urbano	45%	42%	46%	75%
Rural	45%	46%	45%	65%
Indígena				
No	44%	45%	46%	72%
Sí	34%	35%	37%	55%
Ingresos	2019	2020	2021	2019-2021
Quintil inferior	26%	26%	27%	26%
Segundo quintil	45%	48%	49%	47%
Quintil intermedio	45%	46%	47%	46%
Cuarto quintil	58%	60%	60%	59%
Quintil superior	67%	67%	68%	67%

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

5.3. Análisis del índice de empoderamiento

Se presenta un análisis detallado sobre la incidencia y la intensidad del desempoderamiento de las mujeres en el Perú durante el período 2019-2021. Se examinan las tendencias en función de diversas variables sociodemográficas, como edad, número de hijos, nivel educativo, ingresos, área de residencia e identidad indígena. A través de gráficos, se evidencia la evolución de estos indicadores, resaltando las diferencias entre distintos grupos poblacionales y los cambios observados a lo largo del tiempo. Además, se explora la relación entre el desempoderamiento y la demanda de salud reproductiva, proporcionando un panorama integral sobre las condiciones que afectan la autonomía de las mujeres en

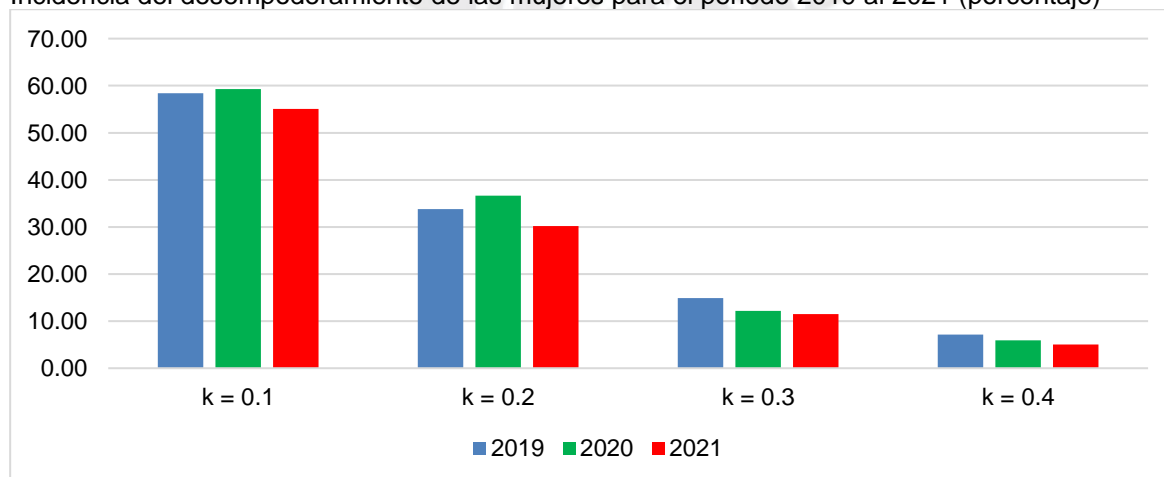
el país.

El Gráfico 4 ilustra la incidencia del desempoderamiento de las mujeres en un rango de umbrales de corte k desde 2019 hasta 2021. Se aprecia una disminución general de esta incidencia a lo largo del tiempo en todos los puntos de corte evaluados; además, se nota que, al aumentar el valor de k , la proporción de desempoderamiento disminuye, lo cual indica una relación inversamente proporcional entre el nivel de corte y la incidencia del desempoderamiento.

Durante el año 2020 se mantiene la tendencia de reducción en la incidencia de desempoderamiento en comparación con 2019, lo cual se observa en los cuatro puntos de corte de k . Por ejemplo, en el umbral $k = 0.1$ se registra una disminución de 3.68 puntos porcentuales (de 57.57% en 2019 a 53.89% en 2020), mientras que en $k = 0.2$ la reducción alcanza 3.17 puntos porcentuales. Sin embargo, en 2021 se evidencia un ligero repunte en los niveles de desempoderamiento respecto al 2020, especialmente en los cortes $k = 0.1$ y $k = 0.3$, donde el indicador aumenta en 0.86 y 1 punto porcentual, respectivamente; este comportamiento puede estar relacionado con el impacto de la pandemia de COVID-19, que ha afectado diversos aspectos de la vida social y económica en muchos países, incluyendo el Perú; la pandemia podría haber alterado las condiciones que contribuyen al empoderamiento de las mujeres, resultando en este cambio en la tendencia observada. Así, estudios como los del PNUD y el MIMP confirman que la pandemia impactó negativamente en el empoderamiento de las mujeres en Perú, aumentando la carga de trabajo doméstico, reduciendo su participación laboral y exacerbando la violencia de género (Jaramillo y Ñopo, 2021; MIMP, 2020)

Gráfico 4

Incidencia del desempoderamiento de las mujeres para el periodo 2019 al 2021 (porcentaje)

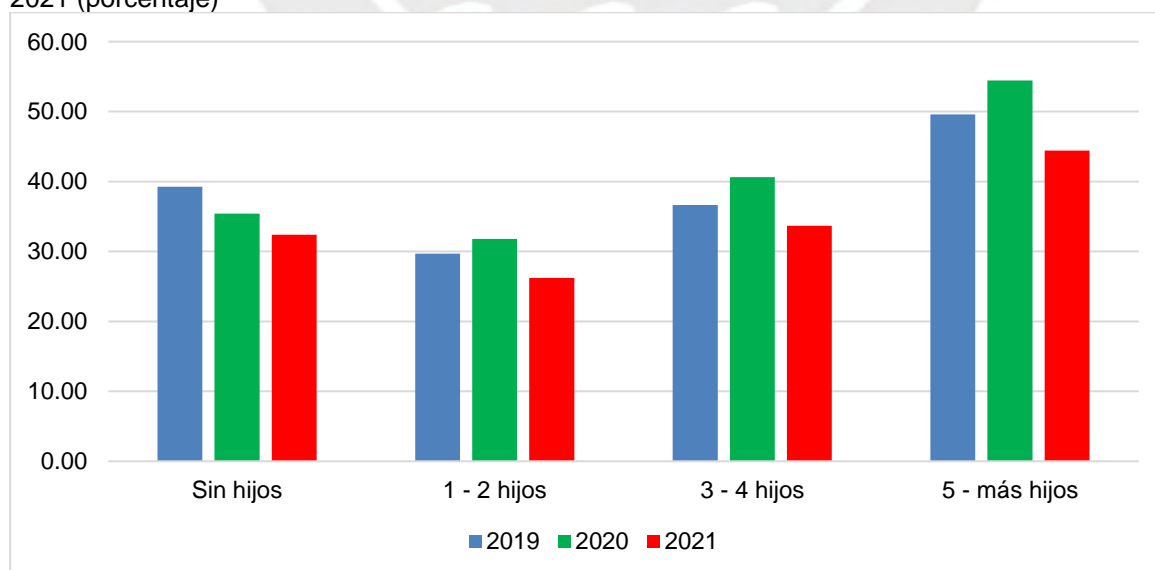


Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La figura 5 muestra la incidencia del desempoderamiento de las mujeres en relación con el número de hijos entre los años 2019 y 2021. En el periodo analizado se observa una tendencia decreciente en los grupos de mujeres sin hijos, con 1 a 2 hijos y con 5 o más hijos. En contraste, el grupo de mujeres con 3 a 4 hijos presenta cierta estabilidad, con una ligera reducción en 2020 y un repunte en 2021, lo que evidencia una dinámica distinta respecto a las demás categorías.

Al analizar la intensidad del desempoderamiento por número de hijos en 2021, se confirma que este aumenta a medida que crece el tamaño de la familia. Así, las mujeres con 1 a 2 hijos presentan un nivel de desempoderamiento de 22.98%, el cual se incrementa a 30.48% en el caso de 3 a 4 hijos, lo que implica un aumento relativo de 32.64%. Por su parte, las mujeres con 5 o más hijos alcanzan un nivel de 36.56%, es decir, un incremento adicional del 19.95% respecto al grupo de 3 a 4 hijos. Este patrón refuerza la relación entre mayor número de hijos y mayores limitaciones en la capacidad de agencia femenina, debido a la intensificación de las demandas de tiempo y recursos. Como lo señalan datos de la ENUT 2010, a medida que aumenta el número de hijos, las mujeres destinan más horas semanales al cuidado infantil y a las labores domésticas no remuneradas, superando las 13 horas semanales, mientras que en los hombres la dedicación permanece casi inalterada, lo que contribuye a profundizar la desigualdad de género en la distribución del trabajo doméstico y limita el empoderamiento femenino.

Gráfico 5
Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el número de hijos para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)



Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

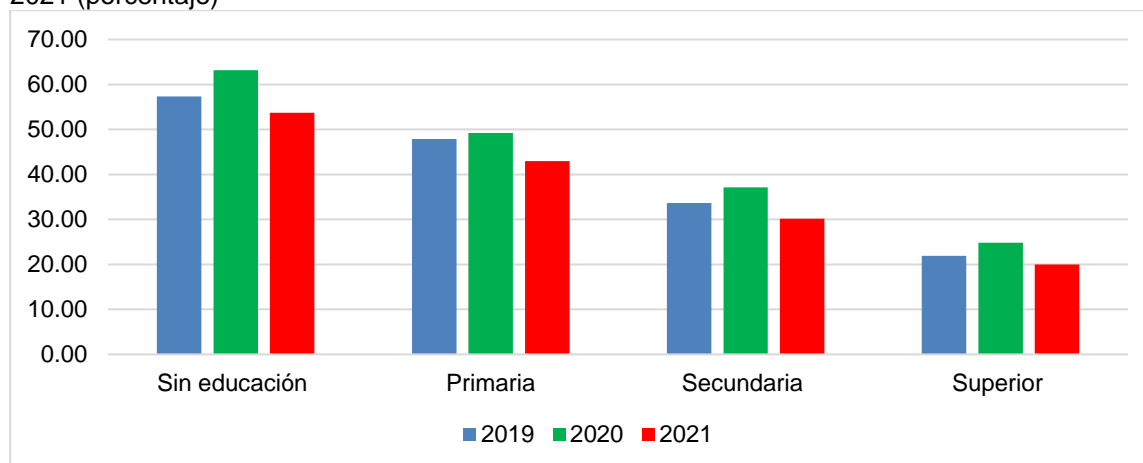
La gráfica 6 presenta la relación entre el nivel educativo de las mujeres y la

intensidad de su desempoderamiento entre los años 2019 y 2021, expresada en porcentajes. Los resultados confirman una disminución progresiva del desempoderamiento conforme aumenta el nivel educativo alcanzado. Para el año 2021, las mujeres sin educación registran el porcentaje más alto, con 42.11%; las mujeres con educación primaria alcanzan un 40.14%; en el grupo con educación secundaria el indicador disminuye de forma más notoria, situándose en 24.67%; finalmente, las mujeres con educación superior muestran el menor nivel de desempoderamiento, con 16.04%, lo que reafirma que mayores niveles de instrucción se asocian con menores restricciones en la autonomía femenina.

Esta tendencia pone de relieve la importancia de la educación como factor clave de empoderamiento, al proveer a las mujeres de capacidades, conocimientos y oportunidades que fortalecen su autonomía y reducen su vulnerabilidad frente al desempoderamiento; el acceso a la educación puede abrir mejores posibilidades de inserción laboral, incrementar la conciencia de derechos y reforzar la participación de las mujeres en sus comunidades. Por otro lado, al analizar los cambios entre 2019 y 2021, se aprecia un descenso en el desempoderamiento de las mujeres sin educación, de aquellas con educación secundaria y de las que poseen educación superior. En contraste, entre las mujeres con educación primaria se observa una reducción en 2020 seguida de un incremento en 2021, lo que sugiere la presencia de barreras particulares en este grupo, tales como menores oportunidades de desarrollo o limitaciones en el acceso a redes de apoyo fundamentales para el fortalecimiento del empoderamiento.

Gráfico 6

Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el nivel educativo para el periodo 2019 al 2021 (porcentaje)



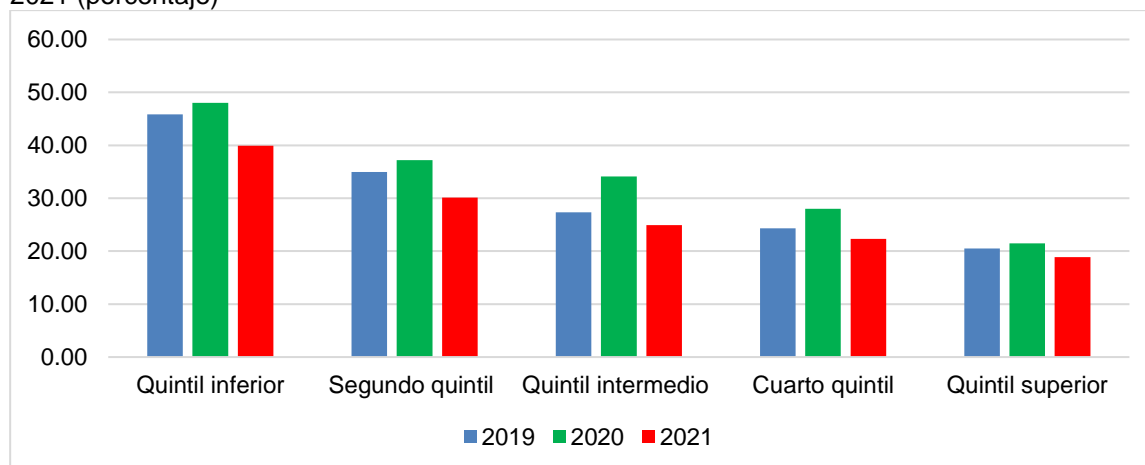
Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La gráfica 7 presenta la intensidad del desempoderamiento de las mujeres según su posición en la distribución de ingresos entre los años 2019 y 2021, organizada en quintiles que dividen a la población en cinco segmentos de acuerdo con su nivel de ingreso, del más bajo al más alto. Los resultados evidencian que, en 2021, las mujeres del quintil inferior, correspondiente a los ingresos más bajos, muestran el nivel más alto de desempoderamiento con 34.8%. En el segundo quintil se observa una reducción considerable a 23.63%, mientras que en el quintil intermedio el indicador se incrementa levemente a 24.41%. En el cuarto quintil se aprecia un nuevo aumento hasta alcanzar 25.15%. Finalmente, el quintil superior, que agrupa a las mujeres con mayores ingresos, registra el porcentaje más bajo de desempoderamiento, con 12.7%, lo cual refleja que el acceso a más recursos y oportunidades se traduce en una mayor autonomía y capacidad de decisión.

En cuanto a la evolución del desempoderamiento a lo largo del periodo analizado, los datos muestran una reducción en el quintil inferior, que pasa de 39.41% en 2019 a 34.8% en 2021. El segundo quintil también disminuye, al descender de 28.48% en 2019 a 23.63% en 2021, manteniendo estabilidad en los dos últimos años. En el quintil intermedio, se registra un incremento en 2020 (27.37%), seguido de una caída en 2021 (24.41%). El caso del cuarto quintil contrasta, ya que después de una ligera reducción en 2020, se produce un incremento importante en 2021, alcanzando 25.15%. Por último, el quintil superior presenta una tendencia de descenso sostenido durante los tres años, pasando de 20.67% en 2019 a 12.7% en 2021, lo que confirma la relación inversa entre mayores ingresos y menor intensidad de desempoderamiento.

Gráfico 7

Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según el nivel de ingreso para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)



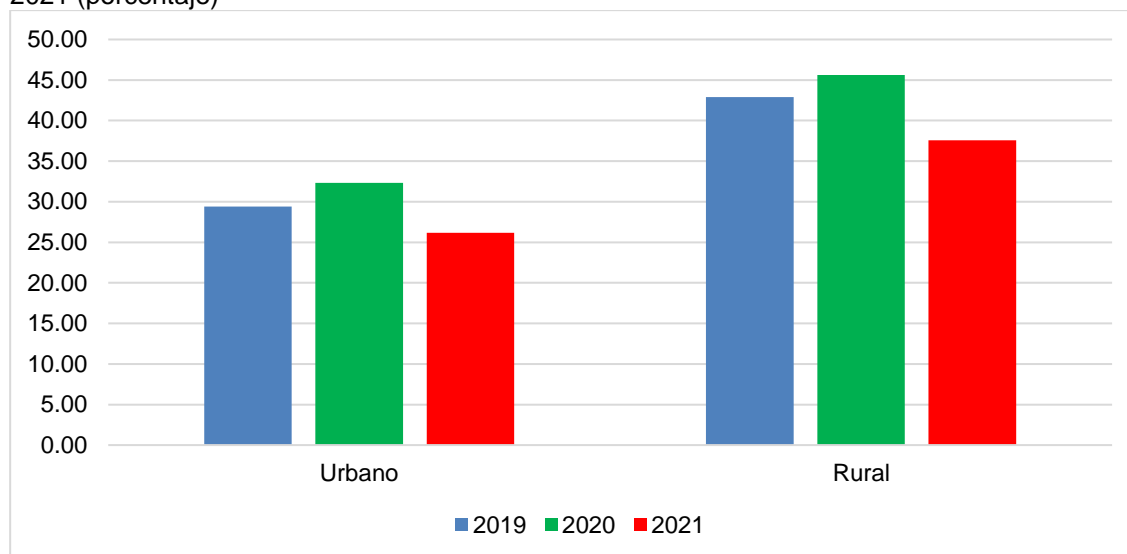
Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La gráfica 8 presenta la comparación del nivel de desempoderamiento entre mujeres en áreas urbanas y rurales durante el periodo 2019 a 2021. En todos los casos se confirma que el desempoderamiento es menor en el ámbito urbano. Para el año 2021, las mujeres residentes en zonas urbanas registran un nivel de desempoderamiento de 23.2%, mientras que en las áreas rurales este porcentaje asciende a 33.55%, lo que evidencia una brecha importante entre ambos contextos.

Estas diferencias pueden explicarse por factores socioeconómicos y culturales que distinguen a los entornos urbanos de los rurales. Las ciudades suelen ofrecer mayor acceso a servicios de educación, salud y empleo, lo que fortalece la autonomía de las mujeres y reduce su vulnerabilidad frente al desempoderamiento. En cambio, en las zonas rurales persisten limitaciones en el acceso a dichos recursos, así como prácticas tradicionales más rígidas que restringen la participación de las mujeres en la vida económica y social.

En relación con la evolución temporal, se observa una tendencia descendente en ambos sectores. En el área rural, el desempoderamiento se redujo de 36.4% en 2019 a 35.09% en 2020 y a 33.55% en 2021, lo que refleja una disminución sostenida a lo largo del periodo. En el área urbana, la incidencia también desciende entre 2019 y 2020 (de 26.13% a 22.3%), aunque en 2021 se produce un ligero repunte hasta 23.2%. Este incremento podría estar asociado a dinámicas económicas y sociales propias de las ciudades, que impactaron de forma diferenciada en las mujeres urbanas durante ese año.

Gráfico 8
Intensidad de desempoderamiento de las mujeres según lugar de residencia para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)

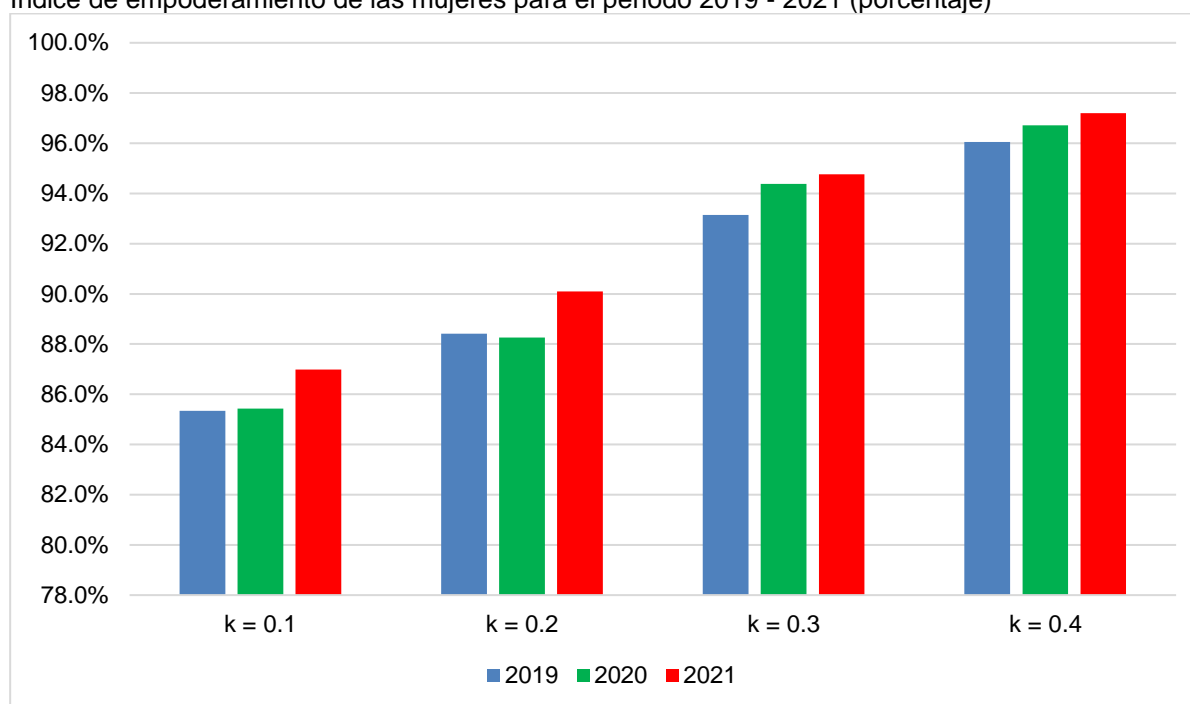


Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La Figura 9 muestra la evolución del índice de empoderamiento de las mujeres entre 2019 y 2021, evidenciando un patrón consistente a través de los distintos puntos de corte definidos por el parámetro k . A medida que aumenta el valor de k , lo que representa un criterio más inclusivo para medir el empoderamiento, se observa un incremento sostenido en el porcentaje de mujeres empoderadas.

En términos generales, los resultados reflejan una tendencia positiva a lo largo del período analizado. En el umbral $k = 0.4$, por ejemplo, el índice pasó de 96.6% en 2019 a 97.6% en 2021, lo que supone un aumento global de un punto porcentual. Algo similar se aprecia en los demás puntos de corte: en $k = 0.1$ se eleva de 86.3% a 87.5%, en $k = 0.2$ de 89.7% a 90.9% y en $k = 0.3$ de 94.0% a 94.6%. Aunque entre 2020 y 2021 se registran ligeras disminuciones en algunos niveles, como en $k = 0.2$ y $k = 0.3$, la tendencia general confirma un fortalecimiento del empoderamiento femenino en el periodo. Este descenso puede explicarse, en parte, por las consecuencias de la pandemia, que han afectado diversos aspectos de la vida social y económica, potencialmente impactando las medidas de empoderamiento.

Gráfico 9
Índice de empoderamiento de las mujeres para el periodo 2019 - 2021 (porcentaje)



Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

A modo de resumen, un pequeño pero preocupante porcentaje de mujeres carece de voz en decisiones cruciales sobre su vida y salud física, como el uso de anticonceptivos y el cuidado de la salud. Además, un número significativo no participa en decisiones relacionadas con el entorno material, como compras del hogar y elecciones alimentarias. En el ámbito de las relaciones sociales, muchas mujeres enfrentan limitaciones en su autonomía, ya sea en decisiones sobre visitas a familiares o por amenazas a su libertad de afiliación por parte de sus parejas. Por último, un porcentaje considerable ha experimentado violencia física, emocional o sexual, lo que representa una grave vulneración de su integridad física y seguridad.

Asimismo, la demanda de salud reproductiva y preventiva se ha mantenido estable en cuanto al uso de anticonceptivos modernos, con una tasa constante del 60% entre 2019 y 2021. Sin embargo, existe variabilidad entre diferentes grupos demográficos. Por ejemplo, las mujeres de 15-24 años muestran una tasa constante del 69%, mientras que las de 25-34 años experimentan una ligera disminución del 65% en 2019 al 67% en 2021. En contraste, las mujeres de 35-49 años han mostrado un aumento en el uso de anticonceptivos, pasando del 52% en 2019 al 55% en 2021. La educación también juega un papel importante, con tasas más altas entre mujeres con educación superior (63%) y disminuciones entre aquellas con educación primaria (50% en 2021). La situación laboral de la mujer parece tener un impacto mínimo en la

elección de anticonceptivos, con tasas que varían ligeramente entre el 59% y el 63% durante el período analizado.

En cuanto al uso de anticonceptivos de decisión personal y en pareja, se observa una tendencia al alza en el primero y una disminución en el segundo a lo largo del período estudiado. Las mujeres más jóvenes muestran tasas más altas de uso de anticonceptivos de decisión personal, mientras que las de mayor edad presentan tasas más bajas. El nivel educativo influye en estas decisiones, siendo más alto entre mujeres con educación superior y más bajo entre aquellas con educación secundaria. La situación laboral también juega un papel, con tasas más altas entre las mujeres que no trabajan. Además, la educación y la presencia de la pareja en el hogar también afectan el uso de anticonceptivos de decisión en pareja, al igual que el área de residencia y la identidad indígena.



Capítulo 6. Contrastación empírica

En esta sección, se presenta la contrastación empírica del modelo econométrico propuesto. Se inicia el capítulo con la presentación del modelo, examinando la interacción de las variables seleccionadas en la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva. Seguidamente, se realizó una comparación de los resultados obtenidos con hallazgos relevantes en el campo, lo cual permitió evaluar la eficacia y la relevancia del modelo en el contexto más amplio de la salud pública en Perú y ámbitos internacionales.

6.1. Análisis del modelo econométrico

Se presentan los resultados del análisis inferencial sobre la relación entre el empoderamiento femenino y el acceso a servicios de salud reproductiva y preventiva. En primer lugar, se realizan pruebas estadísticas para identificar diferencias significativas entre mujeres empoderadas y no empoderadas mediante el test de diferencia de medias y la prueba de chi-cuadrado. Estas pruebas permiten establecer si existen brechas sistemáticas en variables clave como nivel educativo, ingresos, acceso a tecnologías de información y comunicación (TIC), entre otras.

A continuación, se estima un modelo econométrico general que evalúa el efecto del empoderamiento en distintos indicadores de salud reproductiva, incorporando controles sociodemográficos y económicos. Posteriormente, se presenta un modelo desagregado que analiza el impacto específico de cada dimensión del empoderamiento, permitiendo diferenciar sus efectos sobre las variables dependientes. Finalmente, se estiman cinco modelos adicionales en los que la muestra se segmenta en dos grupos: mujeres empoderadas y no empoderadas. Esta estrategia permite evaluar cómo varían los efectos de las variables explicativas según el nivel de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva y preventiva.

Es importante mencionar que el modelo logit se emplea en este estudio debido a su idoneidad para modelar variables dependientes binarias, lo que permite estimar la probabilidad de ocurrencia de un evento en función de variables explicativas. A diferencia del modelo probit, el logit facilita la interpretación de los coeficientes en términos de razones de probabilidades (*odds ratios*), lo que resulta útil para analizar decisiones individuales en salud reproductiva; además, estudios previos como los de Ruiz et al. (2018) y Francke y Quispe (2020) han utilizado este enfoque para examinar el empoderamiento femenino, lo que respalda su aplicación en el presente análisis.

En la tabla 11 se muestra el análisis comparativo de las características de mujeres empoderadas y no empoderadas, basado en la prueba t de diferencia de medias, el cual revela diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas. En promedio, las mujeres empoderadas presentan una edad ligeramente menor que las no empoderadas, lo que sugiere posibles diferencias en la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran ambos grupos; en cuanto al número de miembros del hogar, aunque la diferencia es pequeña, las mujeres no empoderadas tienden a pertenecer a hogares con una composición ligeramente mayor. Asimismo, se observan diferencias significativas en el ingreso, el nivel educativo y el acceso a TICs, donde las mujeres empoderadas presentan valores más altos en comparación con las no empoderadas.

Tabla 11

Análisis 1: Diferencia entre las características de las mujeres empoderadas y no empoderadas

Variable	No Empoderadas	Empoderadas	Diferencia de Medias	Valor t	p-valor
Edad	32.70	32.35	0.35	4.45	0.00
N° de miembros del hogar	4.88	4.56	0.32	18.43	0.00
Ingreso	2.15	2.62	-0.47	-38.65	0.00
Nivel de educación	2.82	3.16	-0.33	-44.08	0.00
Acceso a TICs	2.64	2.98	-0.34	-30.61	0.00

Nota: Análisis de variables continuas. Se aplicó test t de comparación de medias.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

En la tabla 12 se muestra el análisis de las diferencias en características categóricas entre mujeres empoderadas y no empoderadas, basado en la prueba de chi-cuadrado, muestra diferencias estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas. Aunque la proporción de mujeres que trabajan es similar en ambos grupos, se observan diferencias más marcadas en el acceso a tecnologías y bienes del hogar. Las mujeres empoderadas presentan mayores niveles de acceso a teléfono móvil, internet en casa, radio, televisor y computadora, lo que sugiere una mayor conectividad y acceso a la información; en cuanto a la etnicidad, las mujeres no empoderadas tienen una mayor representación de población nativa en comparación con las empoderadas; asimismo, el estado civil refleja una mayor proporción de mujeres casadas en el grupo de empoderadas. La significancia estadística de estas diferencias indica que los patrones observados no son aleatorios, sino que reflejan desigualdades estructurales que pueden influir en el nivel de empoderamiento de las mujeres.

Tabla 12

Análisis 2: Diferencia entre las características de las mujeres empoderados y no empoderadas

Variable	No Empoderadas	Empoderadas	χ^2	p-valor
Empleo (Trabaja)	58.94%	56.36%	27.5	0.00
Teléfono móvil (Posee)	94.06%	97.25%	295.03	0.00
Internet en casa (Posee)	15.22%	24.59%	550.17	0.00
Radio (Posee)	61.86%	65.11%	48.46	0.00
Televisor (Posee)	76.35%	84.70%	498.78	0.00
Computadora (Posee)	16.41%	26.51%	606.12	0.00
Etnicidad (Nativa)	41.81%	35.66%	158.45	0.00
Estado civil (Casada)	27.60%	28.85%	7.71	0.01

Nota: Análisis de variables categóricas. Se aplicó test χ^2 de comparación de distribuciones.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

El modelo econométrico presentado en la tabla 13 aplica modelos logit para analizar diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el Perú. La prueba de Wald confirma la significancia global de los modelos, dado que la probabilidad asociada al estadístico es cero en todos los casos, lo que permite rechazar la hipótesis nula de no significancia conjunta. De esta forma, se valida que las variables explicativas en conjunto tienen un efecto estadísticamente significativo sobre las variables dependientes. En términos de capacidad predictiva, los porcentajes de clasificación muestran un desempeño adecuado, alcanzando valores de hasta 90.91% en el modelo de consulta por ITS, lo cual refleja una elevada capacidad para identificar correctamente los casos positivos y negativos.

Respecto a las variables clave, el empoderamiento evidencia un efecto positivo y altamente significativo en tres de los cuatro modelos, lo que indica que las mujeres empoderadas tienen mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos modernos, tomar decisiones en pareja y realizar despistajes de VIH. No obstante, en el caso de la consulta por ITS, el efecto resulta negativo, sugiriendo que las mujeres empoderadas presentan una menor propensión a buscar este tipo de atención preventiva.

En cuanto a la variable de interacción EMPODERAMIENTO*ÁREA, se observa que las mujeres empoderadas en zonas urbanas muestran menor probabilidad de decidir en pareja sobre el uso de anticonceptivos, dado el coeficiente negativo y significativo en este modelo. Por el contrario, la interacción se asocia positivamente con el despistaje de VIH, lo que sugiere que el empoderamiento en contextos urbanos favorece el acceso a servicios de prevención.

Entre los factores sociodemográficos, la edad presenta un efecto negativo en todos los modelos, indicando que a medida que aumenta la edad disminuye la probabilidad de usar anticonceptivos modernos, decidir en pareja, realizarse el despistaje de VIH y consultar por ITS. El estado civil refleja un impacto positivo en la

decisión en pareja, coherente con un mayor involucramiento dentro del matrimonio; sin embargo, muestra un efecto negativo en el despistaje de VIH.

El número de miembros del hogar se relaciona positivamente con el uso de anticonceptivos modernos y el despistaje de VIH, mientras que se asocia negativamente con la decisión en pareja y, en menor magnitud, con la consulta por ITS. En cuanto al ingreso, los quintiles segundo, intermedio y cuarto presentan asociaciones positivas con el despistaje de VIH, lo que sugiere que mayores niveles económicos favorecen la realización de esta prueba. Sin embargo, en los modelos de decisión en pareja se evidencian relaciones negativas desde el segundo quintil, indicando que con mayor ingreso tiende a disminuir la probabilidad de compartir la decisión sobre anticonceptivos. En el quintil superior, el efecto es negativo para anticonceptivos modernos, decisión en pareja y consulta por ITS, pero positivo para el despistaje de VIH, lo que refleja patrones diferenciados en los hogares de mayores ingresos.

La condición de empleo incrementa significativamente la probabilidad de uso de anticonceptivos modernos y de consulta por ITS, aunque reduce la probabilidad de realizar el despistaje de VIH. Por su parte, el nivel educativo se asocia positivamente con los modelos de anticonceptivos modernos y despistaje de VIH, confirmando que un mayor grado de instrucción favorece la adopción de prácticas de salud reproductiva preventiva.

En relación con la etnicidad, las mujeres nativas presentan menor probabilidad de utilizar anticonceptivos modernos y de realizarse el despistaje de VIH, lo cual revela brechas en el acceso a estos servicios. Por otro lado, el acceso a TIC se vincula de manera positiva y significativa con el uso de anticonceptivos modernos y con la consulta por ITS, sugiriendo que una mayor conectividad amplía las oportunidades de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Tabla 13
Modelo econométrico general

VARIABLES	Anticonceptivos modernos	Anticonceptivos de decisión en pareja	Despistaje de VIH	Consulta sobre ITS
EMPODERAMIENTO (1: Empoderada, 0: No empoderada)	0.022*** (0.006)	0.065*** (0.007)	0.019*** (0.003)	-0.038*** (0.004)
EMPODERAMIENTO*AREA (interacción geográfica)	0 (0.006)	-0.028*** (0.008)	0.010* (0.004)	-0.004 (0.005)
EDAD (años)	-0.005*** (0.000)	-0.003*** (0.000)	-0.002*** (0.000)	-0.001*** (0.000)
ESTADO CIVIL (1: Casado, 0: conviviente)	0.006 (0.004)	0.039*** (0.006)	-0.010** (0.003)	-0.004 (0.003)
MIEMBROS DEL HOGAR (Número de personas)	0.013*** (0.001)	-0.005*** (0.001)	0.013*** (0.001)	-0.002* (0.001)
INGRESO (Referencia: primer quintil)				
Segundo Quintil	0.013* (0.006)	-0.025*** (0.007)	0.022*** (0.004)	0.020*** (0.004)
Quintil Intermedio	0.007 (0.007)	-0.032*** (0.009)	0.025*** (0.005)	0.015** (0.005)
Cuarto Quintil	-0.012 (0.009)	-0.027* (0.011)	0.035*** (0.007)	0.006 (0.006)
Quintil Superior	-0.037** (0.012)	-0.029* (0.013)	0.040*** (0.008)	-0.014* (0.007)
EMPLEO (1: Trabaja, 0: No trabaja)	0.027*** (0.004)	-0.008 (0.005)	-0.023*** (0.003)	0.014*** (0.003)
EDUCACION (nivel educativo)	0.009** (0.003)	0.004 (0.004)	0.044*** (0.002)	0.001 (0.002)
ETNICIDAD (1: Nativa, 0: No nativa)	-0.012* (0.005)	0.01 (0.006)	-0.028*** (0.004)	0.004 (0.004)
ACCESO A TIC (Cantidad de Tic's)	0.012*** (0.002)	0.002 (0.003)	0.001 (0.002)	0.005** (0.002)
Significancia global (Prob > chi2)	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R ²	2.06%	2.94%	19.53%	3.55%
Número de observaciones	42,831	34,240	41,474	42,831
Porcentaje de correcta clasificación	81.37%	75.05%	90.69%	90.91%
Control: Año y geográficas	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Los datos en paréntesis con los errores estándar. * p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01. Análisis de efectos marginales.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

El modelo econométrico logit presentado en la tabla 14 evalúa el impacto de distintas dimensiones del empoderamiento en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Se consideran tres dimensiones: control sobre el entorno material, relaciones sociales e integridad física y seguridad, cada una medida

en dos niveles (medio y alto) en comparación con un nivel de referencia bajo. Asimismo, se incluye la interacción EMPODERAMIENTO*ÁREA para examinar la forma en que el contexto geográfico modula estos efectos.

Los resultados muestran que la dimensión de control sobre el entorno material presenta coeficientes positivos y significativos en los niveles medio y alto dentro del modelo 1 (uso de anticonceptivos modernos). En el modelo 3 (despistaje de VIH) también se observa un efecto positivo y significativo, aunque únicamente en el nivel alto, lo que indica que un mayor control sobre los recursos materiales incrementa la probabilidad de acceso a ciertos servicios de salud reproductiva. En cambio, en los modelos 2 y 4 (decisión en pareja y consulta por ITS), los coeficientes pierden significancia, reflejando que su impacto no es uniforme en todos los contextos analizados.

En la dimensión de relaciones sociales, los resultados presentan un patrón heterogéneo. En el modelo 2, el nivel alto muestra un coeficiente positivo y altamente significativo, sugiriendo que un mayor capital social favorece la probabilidad de participación en la decisión sobre anticoncepción. En el modelo 3, tanto los niveles medio como alto son positivos y significativos, aunque de menor magnitud. No obstante, en el modelo 4, los coeficientes son negativos y significativos, lo que sugiere que, en este contexto, un mayor involucramiento en relaciones sociales podría reducir la probabilidad de búsqueda de consulta por ITS.

En relación con la dimensión de integridad física y seguridad, los efectos no son estadísticamente significativos en la mayoría de los modelos. Solo en el modelo 4 se observa que el nivel medio presenta un coeficiente positivo y significativo, lo que indicaría una asociación favorable con la consulta sobre ITS. En los demás casos, los coeficientes resultan no significativos, reflejando un impacto limitado de esta dimensión en los diferentes ámbitos de decisión analizados.

Por otro lado, la interacción EMPODERAMIENTO*ÁREA evidencia un efecto negativo y altamente significativo en el modelo 2 (decisión en pareja), lo que indica que las mujeres empoderadas en áreas urbanas muestran menor probabilidad de compartir decisiones sobre anticoncepción con sus parejas. En contraste, en el modelo 3 (despistaje de VIH) el coeficiente es positivo y significativo, sugiriendo que el empoderamiento en contextos urbanos incrementa la probabilidad de acceso a pruebas de VIH. En los demás modelos no se encuentran asociaciones relevantes.

Finalmente, los modelos incluyen controles geográficos, por año y acceso a

TIC, lo que asegura estimaciones más precisas. La significancia global en todos los casos confirma la validez estadística de los resultados, mientras que los valores de pseudo R² y los porcentajes de correcta clasificación, que alcanzan hasta 90.95% en el despistaje de VIH y 90.91% en la consulta por ITS, evidencian un adecuado desempeño predictivo de las especificaciones planteadas.

Tabla 14
Modelo econométrico general desagregado

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
EMPORAMIENTO 1: Control sobre el entorno material				
Nivel Medio	0.040*	0.025	0.018	0.011
	(0.016)	(0.019)	(0.012)	(0.010)
Nivel Alto	0.055***	0.032	0.034**	0.002
	(0.015)	(0.019)	(0.012)	(0.010)
EMPORAMIENTO 2: Relaciones sociales				
Nivel Medio	-0.009	0.021	0.014*	-0.016*
	(0.010)	(0.014)	(0.007)	(0.008)
Nivel Alto	-0.01	0.072***	0.017*	-0.046***
	(0.010)	(0.014)	(0.007)	(0.008)
EMPORAMIENTO 3: Integridad física y seguridad				
Nivel Medio	-0.002	-0.033	-0.008	0.047*
	(0.032)	(0.044)	(0.017)	(0.023)
Nivel Alto	-0.001	0.083	-0.011	-0.019
	(0.031)	(0.044)	(0.017)	(0.023)
EMPODERAMIENTO*AREA	0.004	-0.038***	0.013**	0.003
	(0.005)	(0.007)	(0.004)	(0.004)
Controles	SI	SI	SI	SI
Geográficas	SI	SI	SI	SI
Años	SI	SI	SI	SI
TIC'S	SI	SI	SI	SI
Pseudo R ²	1.27%	3.71%	19.64%	4.70%
Prob > chi ²	0.00	0.00	0.00	0.00
Número de observaciones	41,555	33,343	40,298	41,555
% Correcto	81.62%	75.04%	90.95%	90.91%

Nota: Los datos en paréntesis con los errores estándar. * p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01. Análisis de efectos marginales. Modelos 1 a 4 corresponden a regresiones independientes, cada una con una variable dependiente distinta vinculada a los servicios de salud reproductiva y preventiva: métodos modernos, decisión en pareja, despistaje de VIH y consulta sobre ITS respectivamente (ver Tabla 6). Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Para profundizar en el análisis de la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva, se estimaron modelos econométricos con la muestra dividida según el nivel de empoderamiento de las mujeres; esta segmentación permite evaluar de manera diferenciada cómo la variable área (rural o urbana) influye en cada grupo. La división de la muestra se realizó empleando un punto de corte de $k = 0.2$, el cual fue empleado por representar un criterio moderado en la medición del empoderamiento, siguiendo la metodología propuesta por Ruiz et al. (2018). Esta estrategia garantiza una clasificación equilibrada de las mujeres en los grupos de empoderadas y no empoderadas, permitiendo un análisis más preciso de las diferencias en el acceso y uso de los servicios de salud.

La tabla 15 presenta los resultados de los modelos logit estimados para analizar el uso de métodos anticonceptivos modernos, diferenciando entre mujeres empoderadas y no empoderadas. En los modelos se incorporan de manera progresiva variables sociodemográficas, sociales y de acceso a TIC, con el fin de evaluar su efecto sobre la variable dependiente. En relación con la variable área de residencia, los coeficientes no muestran significancia estadística en ninguna de las especificaciones, tanto para mujeres empoderadas como para no empoderadas. Esto confirma que la residencia en zonas urbanas o rurales no constituye un factor determinante en la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos modernos dentro de los grupos analizados.

Con respecto al análisis de las demás variables exógenas, se observan diferencias relevantes entre mujeres empoderadas y no empoderadas. En ambos grupos, la edad muestra un efecto negativo y altamente significativo, indicando que, a mayor edad, disminuye la probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos modernos. Asimismo, el número de miembros en el hogar presenta un efecto positivo y significativo en todos los modelos, reflejando que en hogares más numerosos se incrementa la probabilidad de uso de dichos métodos.

Entre las mujeres no empoderadas, se identifican efectos positivos y significativos del empleo, la educación y el acceso a tecnologías. Las mujeres que trabajan presentan una mayor probabilidad de uso; de igual manera, un mayor nivel educativo y un mayor acceso a TIC se asocian con una propensión superior al uso de anticonceptivos modernos. En este grupo también se encuentran efectos negativos y significativos asociados a la etnicidad, específicamente, la autoidentificación como mujer nativa, y a los niveles de ingreso más altos. Así, tanto el quintil superior como, en menor medida, el cuarto quintil reduce la probabilidad de uso frente al quintil de referencia, lo que evidencia desigualdades persistentes.

En el grupo de mujeres empoderadas, los resultados muestran un patrón distinto. El estado civil presenta un efecto positivo, aunque no significativo en todas las especificaciones, mientras que los quintiles segundo e intermedio de ingreso tienen efectos positivos y significativos, lo que indica que una mayor disponibilidad de recursos en estos rangos incrementa la probabilidad de uso. El empleo y el acceso a TIC también se asocian positivamente y con alta significancia, reforzando la relevancia de la inserción laboral y la conectividad en la adopción de prácticas de planificación familiar. En contraste, la edad mantiene un efecto negativo y significativo, confirmando

que la probabilidad de uso disminuye a medida que aumenta la edad. Por su parte, la educación tiene un efecto positivo, aunque de menor magnitud y significancia respecto al grupo no empoderado.

Finalmente, variables como la etnicidad, el cuarto quintil del ingreso y, en algunos casos, el quintil superior no muestra efectos significativos entre las mujeres empoderadas, lo que sugiere que en este grupo los determinantes del uso de métodos anticonceptivos modernos responden más a factores vinculados al empleo, los ingresos medios y el acceso a TIC, que a condiciones étnicas o niveles de ingreso más altos.



Tabla 15
Modelo econométrico para la variable métodos anticonceptivos modernos

Variable	Variable dependiente 1: Uso de métodos anticonceptivos modernos					
	Sociodemográficas		Sociales		Tics	
	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO
AREA (1: Urbano, 0: Rural)	0.01 (0.010)	-0.003 (0.007)	0.009 (0.011)	-0.003 (0.007)	0.008 (0.011)	-0.003 (0.007)
EDAD (años)	-0.005*** (0.000)	-0.005*** (0.000)	-0.005*** (0.000)	-0.005*** (0.000)	-0.005*** (0.000)	-0.005*** (0.000)
ESTADO CIVIL (1: Casado, 0: conviviente)	0.002 (0.008)	0.006 (0.005)	0.009 (0.008)	0.005 (0.005)	0.009 (0.008)	0.004 (0.005)
MIEMBROS DEL HOGAR (Número de personas)	0.006** (0.002)	0.016*** (0.001)	0.006** (0.002)	0.017*** (0.002)	0.006** (0.002)	0.017*** (0.002)
INGRESO (Referencia: primer quintil)						
Segundo Quintil	0.017 (0.010)	0.028*** (0.007)	0.01 (0.011)	0.023** (0.008)	0.003 (0.011)	0.017* (0.007)
Quintil Intermedio	0.011 (0.013)	0.035*** (0.008)	-0.006 (0.015)	0.027** (0.009)	-0.018 (0.015)	0.017 (0.009)
Cuarto Quintil	0.013 (0.015)	0.033*** (0.009)	-0.016 (0.018)	0.017 (0.010)	-0.038 (0.019)	0.000 (0.011)
Quintil Superior	-0.004 (0.019)	0.026* (0.010)	-0.050* (0.023)	0.008 (0.012)	-0.087** (0.027)	-0.019 (0.014)
EMPLEO (1: Trabaja, 0: No trabaja)			0.033*** (0.007)	0.026*** (0.005)	0.033*** (0.007)	0.025*** (0.005)
EDUCACION (nivel educativo)			0.016** (0.006)	0.009* (0.004)	0.014* (0.006)	0.007 (0.004)
ETNICIDAD (1: Nativa, 0: No nativa)			-0.023* (0.010)	-0.008 (0.006)	-0.020* (0.010)	-0.007 (0.006)
ACCESO A TIC (Cantidad de Tics)					0.014** (0.004)	0.011*** (0.003)
Significancia global (Prob > chi2)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R ²	1.84%	1.89%	2.13%	1.99%	2.21%	2.04%
Número de observaciones	14,447	32,017	12,741	30,090	12,741	30,090
Porcentaje de correcta clasificación	79.32%	82.04%	79.37%	82.21%	79.36%	82.21%
Control: Año y geográficas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Análisis de efectos marginales. Los datos en paréntesis con los errores estándar. * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. SI EMPO significa mujer empoderada y NO EMPO, mujer no empoderada. Para la variable dependiente: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La tabla 16 presenta los resultados de los modelos logit que analizan la decisión conjunta de la pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos, diferenciando entre mujeres empoderadas y no empoderadas. La variable área de residencia muestra un

efecto negativo y estadísticamente significativo en todas las especificaciones, lo que indica que vivir en zonas urbanas reduce la probabilidad de que el uso de anticonceptivos sea una decisión compartida con la pareja. Este efecto es más pronunciado entre las mujeres no empoderadas, cuyo coeficiente alcanza una magnitud mayor, en comparación con las mujeres empoderadas, donde el impacto negativo también es significativo, pero menos intenso.

En los modelos que incorporan variables sociales y de acceso a TIC, la significancia de la variable área se mantiene, lo que confirma que la diferencia entre contextos urbanos y rurales en la toma de decisiones conjuntas persiste independientemente de otros factores de control.

Respecto a las variables exógenas, se encuentran diferencias entre mujeres empoderadas y no empoderadas. En ambos grupos, la edad presenta un efecto negativo y altamente significativo, lo que indica que, conforme aumenta la edad, disminuye la probabilidad de que el uso de anticonceptivos sea decidido en pareja. El estado civil se asocia positivamente con la decisión conjunta en ambos grupos, con mayor intensidad en mujeres empoderadas, lo que sugiere que las mujeres casadas muestran mayor propensión a compartir la decisión frente a las convivientes.

En el caso de las mujeres no empoderadas, la mayoría de los quintiles de ingreso no resultan significativos, al igual que variables como el número de miembros del hogar, el empleo, la educación, la etnicidad y el acceso a TIC. El único patrón constante es el efecto negativo de la edad y el impacto positivo del estado civil.

Por otro lado, entre las mujeres empoderadas se observan asociaciones adicionales. El número de miembros en el hogar muestra un efecto negativo y significativo, reflejando que en hogares más numerosos disminuye la probabilidad de decisión conjunta. Asimismo, la educación presenta un efecto positivo y significativo, lo que indica que un mayor nivel educativo favorece la participación compartida en la decisión anticonceptiva. La etnicidad y el acceso a TIC no presentan asociaciones significativas en este grupo.

Finalmente, la significancia global de los modelos respalda la validez de las estimaciones, mientras que los valores de pseudo R^2 y los porcentajes de correcta clasificación, que oscilan entre 72.5% y 76%, reflejan un desempeño aceptable en la capacidad predictiva de las especificaciones planteadas.

Tabla 16

Modelo econométrico para la variable Anticonceptivos de decisión de la pareja

Variable	Variable dependiente 2: Anticonceptivos de decisión de la pareja					
	Sociodemográficas		Sociales		Tics	
	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO
AREA (1: Urbano, 0: Rural)	-0.043*** (0.013)	-0.032*** (0.008)	-0.040** (0.013)	-0.035*** (0.009)	-0.040** (0.013)	-0.035*** (0.009)
EDAD (años)	-0.004*** (0.001)	-0.002*** (0.000)	-0.004*** (0.001)	-0.002*** (0.000)	-0.004*** (0.001)	-0.002*** (0.000)
ESTADO CIVIL (1: Casado, 0: conviviente)	0.025* (0.010)	0.045*** (0.006)	0.024* (0.011)	0.044*** (0.006)	0.024* (0.011)	0.044*** (0.006)
MIEMBROS DEL HOGAR (Número de personas)	-0.004 (0.002)	-0.006*** (0.002)	-0.004 (0.003)	-0.006** (0.002)	-0.004 (0.003)	-0.006*** (0.002)
INGRESO (Referencia: primer quintil)						
Segundo Quintil	-0.018 (0.013)	-0.015 (0.009)	-0.019 (0.014)	-0.013 (0.009)	-0.022 (0.014)	-0.014 (0.009)
Quintil Intermedio	-0.027 (0.017)	-0.018 (0.010)	-0.021 (0.018)	-0.018 (0.011)	-0.025 (0.018)	-0.02 (0.011)
Cuarto Quintil	-0.011 (0.019)	-0.01 (0.011)	-0.006 (0.020)	-0.014 (0.012)	-0.014 (0.022)	-0.018 (0.013)
Quintil Superior	-0.005 (0.022)	-0.011 (0.012)	0.001 (0.024)	-0.019 (0.014)	-0.011 (0.028)	-0.024 (0.016)
EMPLEO (1: Trabaja, 0: No trabaja)			-0.01 (0.009)	-0.008 (0.006)	-0.01 (0.009)	-0.008 (0.006)
EDUCACION (nivel educativo)			-0.006 (0.007)	0.010* (0.005)	-0.007 (0.007)	0.010* (0.005)
ETNICIDAD (1: Nativa, 0: No nativa)			-0.001 (0.012)	0.013 (0.007)	-0.001 (0.012)	0.013 (0.007)
ACCESO A TIC (Cantidad de Tics)					0.005 (0.005)	0.002 (0.003)
Significancia global (Prob > chi2)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R ²	2.04%	3.04%	2.97%	3.00%	2.97%	3.00%
Número de observaciones	10,620	25,900	9,848	24,392	9,848	24,392
Porcentaje de correcta clasificación	72.72%	75.97%	72.54%	76.04%	72.55%	76.04%
Control: Año y geográficas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Análisis de efectos marginales. Los datos en paréntesis con los errores estándar. * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. SI EMPO significa mujer empoderada y NO EMPO, mujer no empoderada. Para la variable dependiente: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.

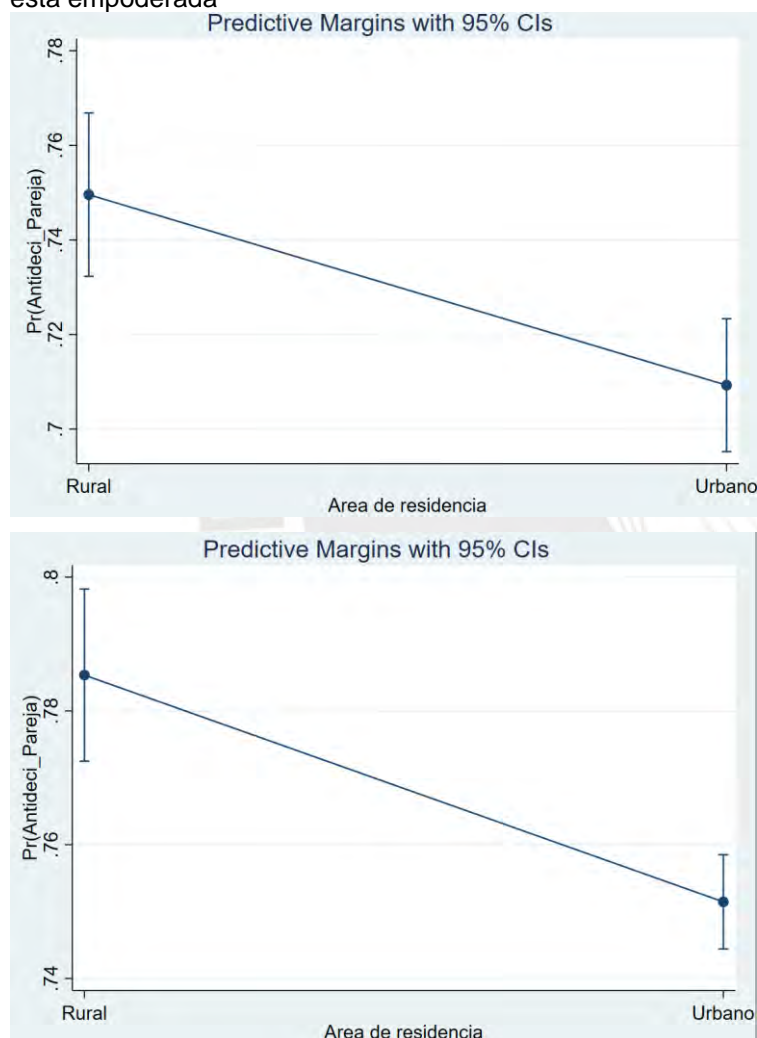
Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Asimismo, en el gráfico 10 correspondiente al análisis de sensibilidad sobre la decisión conjunta de la pareja en el uso de anticonceptivos, se observa que en ambos subgrupos la probabilidad predicha es mayor en el ámbito rural que en el urbano. En el panel superior, que corresponde a las mujeres no empoderadas, la probabilidad

estimada de que la anticoncepción sea decidida en pareja descende en aproximadamente 4.0 puntos porcentuales al pasar de zona rural a urbana. En el panel inferior, que representa a las mujeres empoderadas, la reducción es cercana a 3.4 puntos porcentuales. En conjunto, estos resultados indican que la residencia urbana se asocia con una menor propensión a la decisión compartida sobre anticoncepción en comparación con la rural, siendo este efecto más marcado en el grupo de mujeres no empoderadas.

Gráfico 10

Análisis de sensibilidad del uso de anticonceptivos cuando la mujer no está empoderada y cuando esta empoderada



Nota: La figura superior muestra los márgenes predictivos para mujeres no empoderadas, mientras que inferior corresponde a mujeres empoderadas.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La tabla 17 presenta los resultados de los modelos logit que analizan la realización del despistaje de VIH como variable dependiente, diferenciando entre mujeres empoderadas y no empoderadas. Los modelos incorporan de manera progresiva variables sociodemográficas, sociales y de acceso a TIC para evaluar su

impacto en la probabilidad de haberse sometido a esta prueba.

En relación con la variable área de residencia, los coeficientes positivos y estadísticamente significativos en todas las especificaciones indican que vivir en zonas urbanas incrementa la probabilidad de haberse realizado un despistaje de VIH en comparación con residir en áreas rurales. El efecto es más pronunciado entre las mujeres no empoderadas, lo que sugiere que la diferencia urbano–rural es más marcada dentro de este grupo. Para las mujeres empoderadas, el efecto también es positivo y significativo, aunque de menor magnitud, evidenciando que la brecha territorial en el acceso al despistaje es más reducida entre ellas.

Al incorporar variables sociales y de acceso a TIC en los modelos, los coeficientes de área disminuyen en magnitud, pero conservan significancia, lo que confirma que la residencia en zonas urbanas se mantiene como un factor determinante en la probabilidad de acceso a pruebas de VIH incluso después de controlar por otras características.

En cuanto a las variables exógenas, se advierten diferencias importantes entre los dos grupos analizados. Para las mujeres no empoderadas, se identifican efectos positivos y significativos en el número de miembros del hogar, en los cuatro quintiles de ingreso y en el nivel educativo. Ello indica que tanto un mayor tamaño del hogar como mejores condiciones económicas y educativas favorecen el acceso al despistaje. Por otro lado, se encuentran efectos negativos y significativos en la edad, el estado civil, el empleo y la etnicidad. Así, las mujeres de mayor edad, casadas, trabajadoras y aquellas que se autoidentifican como nativas presentan una menor probabilidad de haberse sometido a esta prueba. El acceso a TIC, en cambio, no muestra un efecto significativo en este grupo.

En el caso de las mujeres empoderadas, los resultados son consistentes en algunos determinantes, pero presentan matices distintos. El número de miembros del hogar, los quintiles de ingreso y la educación tienen efectos positivos y altamente significativos, confirmando que tanto la posición económica como el nivel educativo influyen favorablemente en la probabilidad de haberse realizado la prueba de VIH. De manera opuesta, la edad, el empleo y la etnicidad muestran efectos negativos y significativos, evidenciando barreras similares a las observadas en el grupo de mujeres no empoderadas. En cambio, el estado civil y el acceso a TIC no presentan asociaciones significativas.

Finalmente, la significancia global de los modelos valida la robustez estadística

de las estimaciones, mientras que los valores de pseudo R², que alcanzan hasta 19.74%, y los porcentajes de correcta clasificación superiores al 92% en el caso de mujeres empoderadas, reflejan un desempeño predictivo sólido en la explicación del acceso al despistaje de VIH.

Tabla 17
Modelo econométrico para la variable despistaje de VIH

Variable	Variable dependiente 3: Despistaje de VIH					
	Sociodemográficas		Sociales		Tics	
	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO
AREA (1: Urbano, 0: Rural)	0.038*** (0.008)	0.018*** (0.004)	0.025** (0.009)	0.011* (0.004)	0.025** (0.009)	0.011* (0.004)
EDAD (años)	-0.004*** (0.000)	-0.003*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.002*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.002*** (0.000)
ESTADO CIVIL (1: Casado, 0: conviviente)	-0.021** (0.007)	-0.009** (0.003)	-0.016* (0.007)	-0.006 (0.003)	-0.016* (0.007)	-0.006 (0.003)
MIEMBROS DEL HOGAR (Número de personas)	0.009*** (0.002)	0.013*** (0.001)	0.010*** (0.002)	0.015*** (0.001)	0.010*** (0.002)	0.015*** (0.001)
INGRESO (Referencia: primer quintil)						
Segundo Quintil	0.041*** (0.009)	0.040*** (0.005)	0.016 (0.009)	0.019*** (0.005)	0.016 (0.009)	0.019*** (0.005)
Quintil Intermedio	0.064*** (0.011)	0.049*** (0.006)	0.026* (0.012)	0.018** (0.006)	0.026* (0.013)	0.017** (0.006)
Cuarto Quintil	0.086*** (0.012)	0.069*** (0.006)	0.029 (0.015)	0.031*** (0.007)	0.029 (0.016)	0.029*** (0.007)
Quintil Superior	0.108*** (0.013)	0.079*** (0.006)	0.053** (0.019)	0.033*** (0.008)	0.053** (0.020)	0.030*** (0.009)
EMPLEO (1: Trabaja, 0: No trabaja)			-0.028*** (0.006)	-0.021*** (0.003)	-0.028*** (0.006)	-0.021*** (0.003)
EDUCACION (nivel educativo)			0.060*** (0.005)	0.038*** (0.002)	0.060*** (0.005)	0.038*** (0.002)
ETNICIDAD (1: Nativa, 0: No nativa)			-0.048*** (0.009)	-0.019*** (0.004)	-0.048*** (0.009)	-0.019*** (0.004)
ACCESO A TIC (Cantidad de Tics)					0.000 (0.004)	0.001 (0.002)
Significancia global (Prob > chi2)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R ²	14.51%	17.48%	17.48%	19.74%	17.48%	19.74%
Número de observaciones	13,027	31,214	12,098	29,376	12,098	29,376
Porcentaje de correcta clasificación	86.44%	92.26%	86.82%	92.35%	86.82%	92.35%
Control: Año y geográficas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Análisis de efectos marginales. Los datos en paréntesis con los errores estándar. * p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01. SI EMPO significa mujer empoderada y NO EMPO, mujer no empoderada. Para la variable dependiente: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

La tabla 18 presenta los resultados de los modelos logit que analizan la consulta por ITS como variable dependiente, diferenciando entre mujeres empoderadas y no empoderadas. Esta variable mide la probabilidad de que una mujer haya buscado consejo sobre infecciones de transmisión sexual con un médico o profesional de la salud.

En relación con la variable área de residencia, los coeficientes son positivos en todas las especificaciones, aunque solo alcanzan significancia estadística en el caso de las mujeres no empoderadas. Ello indica que para este grupo residir en zonas urbanas se asocia con una mayor probabilidad de acudir a consulta por ITS frente a las mujeres que viven en áreas rurales. En cambio, entre las mujeres empoderadas el área no muestra un efecto significativo, lo que sugiere que la diferencia urbano–rural pierde relevancia dentro de este grupo.

Al incorporar variables sociales y de acceso a TIC, los coeficientes de área mantienen un patrón similar: permanecen significativos únicamente para las no empoderadas, aunque con una magnitud relativamente baja. Esto confirma que, para las mujeres sin empoderamiento, la residencia urbana sigue siendo un factor relevante en la probabilidad de consulta por ITS, mientras que para las empoderadas no existe una diferencia estadísticamente clara entre áreas urbanas y rurales.

En cuanto a las variables exógenas, se observan contrastes importantes entre los dos grupos. Para las mujeres no empoderadas, se identifican efectos positivos y significativos del segundo quintil de ingreso, del empleo y del acceso a TIC. Las mujeres que trabajan, aquellas con mayor disponibilidad de TIC y las pertenecientes al segundo quintil de ingresos tienen una probabilidad mayor de acudir a consulta por ITS. En este grupo también se observan efectos negativos y significativos de la edad y del quintil superior de ingresos, lo que indica que las mujeres de mayor edad y las de mayores niveles de ingreso tienden a reducir la probabilidad de realizar una consulta.

Por otro lado, entre las mujeres empoderadas se destacan efectos positivos en la etnicidad, el empleo y el acceso a TIC. Las mujeres empoderadas que trabajan, las que se identifican como de origen nativo y aquellas con mayor disponibilidad de TIC presentan una mayor propensión a buscar atención por ITS. En contraste, se encuentran efectos negativos en la edad y en el quintil superior de ingresos, lo que sugiere que las mujeres de mayor edad y con mayores recursos económicos reducen

su probabilidad de consulta. El resto de las variables, como el estado civil, el tamaño del hogar y el nivel educativo, no muestran una asociación significativa en este grupo.

Finalmente, los modelos presentan una alta capacidad de predicción, con porcentajes de correcta clasificación que superan el 91% en las mujeres empoderadas. Aunque los valores de pseudo R² son relativamente bajos (entre 2.6% y 3.7%), la significancia global en todos los casos respalda la validez de las estimaciones, confirmando la robustez de los resultados.

Tabla 18
Modelo econométrico para la variable consulta de ITS

Variable	Variable dependiente 4: Consulta de ITS					
	Sociodemográficas		Sociales		Tics	
	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO	NO EMPO	SI EMPO
AREA (1: Urbano, 0: Rural)	0.016 (0.008)	0.005 (0.005)	0.019* (0.009)	0.006 (0.005)	0.019* (0.009)	0.006 (0.005)
EDAD (años)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)
ESTADO CIVIL (1: Casado, 0: conviviente)	0.002 (0.007)	-0.005 (0.004)	0.002 (0.007)	-0.005 (0.004)	0.001 (0.007)	-0.005 (0.004)
MIEMBROS DEL HOGAR (Número de personas)	-0.001 (0.002)	-0.003** (0.001)	-0.001 (0.002)	-0.003** (0.001)	-0.001 (0.002)	-0.003** (0.001)
INGRESO (Referencia: primer quintil)						
Segundo Quintil	0.033*** (0.008)	0.01 (0.005)	0.028** (0.009)	0.01 (0.005)	0.025** (0.009)	0.008 (0.005)
Quintil Intermedio	0.033** (0.011)	0.005 (0.006)	0.022 (0.011)	0.006 (0.006)	0.017 (0.012)	0.002 (0.007)
Cuarto Quintil	0.031* (0.012)	0.001 (0.006)	0.019 (0.013)	0.001 (0.007)	0.01 (0.014)	-0.006 (0.007)
Quintil Superior	-0.008 (0.013)	-0.009 (0.007)	-0.018 (0.014)	-0.009 (0.007)	-0.029* (0.014)	-0.019* (0.008)
EMPLEO (1: Trabaja, 0: No trabaja)			0.020*** (0.006)	0.012*** (0.003)	0.020*** (0.006)	0.012*** (0.003)
EDUCACION (nivel educativo)			0.006 (0.005)	-0.001 (0.003)	0.005 (0.005)	-0.002 (0.003)
ETNICIDAD (1: Nativa, 0: No nativa)			-0.012 (0.008)	0.010* (0.004)	-0.012 (0.008)	0.011** (0.004)
ACCESO A TIC (Cantidad de Tics)					0.006 (0.003)	0.005* (0.002)
Significancia global (Prob > chi2)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R ²	3.62%	2.58%	3.74%	2.75%	3.60%	2.93%
Número de observaciones	13,763	32,017	12,741	30,090	12,741	30,090
Porcentaje de correcta clasificación	87.66%	91.92%	87.64%	91.91%	88.12%	92.09%
Control: Año y geográficas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Análisis de efectos marginales. Los datos en paréntesis con los errores estándar. * p<0.1, **

$p < 0.05$, *** $p < 0.01$. SI EMPO significa mujer empoderada y NO EMPO, mujer no empoderada. Para la variable dependiente: 1 si la respuesta es sí y 0 en caso contrario.

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

6.2. Comparación de resultados

Las mujeres empoderadas en áreas urbanas presentan un efecto significativo sobre las decisiones relacionadas con la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva, aunque con variaciones según el indicador considerado. La interacción entre empoderamiento y residencia urbana revela que, en ciertos casos, la combinación de ambos factores incrementa la probabilidad de acceder a servicios preventivos, como el despistaje de VIH; sin embargo, en otros casos, el efecto puede ser nulo o incluso negativo, como ocurre con la decisión en pareja sobre el uso de anticonceptivos. Ello indica que el empoderamiento ejerce un impacto diferencial en contextos urbanos, pero no necesariamente implica que todas las mujeres residentes en zonas urbanas obtengan mayores resultados en todos los indicadores.

En los modelos individuales de división de muestra, se evidencia que el área de residencia constituye un factor relevante en varios servicios de salud reproductiva y preventiva, tanto para mujeres empoderadas como para no empoderadas. En particular, residir en un área urbana se asocia de manera positiva con una mayor probabilidad de realizarse un despistaje de VIH y, en menor medida, con la consulta por ITS, aunque este último efecto resulta significativo solo entre las mujeres no empoderadas. En contraste, para los anticonceptivos de decisión en pareja, el área de residencia muestra un efecto negativo y estadísticamente significativo, lo que indica que vivir en contextos urbanos disminuye la probabilidad de que la decisión sobre anticoncepción sea compartida con la pareja, posiblemente en relación con dinámicas de mayor autonomía individual en dichos entornos.

Asimismo, el efecto del área de residencia resulta más pronunciado entre las mujeres no empoderadas, lo que sugiere que el contexto urbano ejerce un papel más determinante en su acceso y participación en decisiones reproductivas. Entre las mujeres empoderadas, el área sigue siendo relevante, pero con un impacto de menor magnitud, lo que indica que su capacidad de decisión se mantiene más estable independientemente del lugar de residencia.

En el caso del uso de métodos anticonceptivos modernos, el área de residencia no presenta un efecto significativo en ninguno de los subgrupos, lo que sugiere que la cobertura territorial en este servicio ha mejorado y que las diferencias entre zonas

urbanas y rurales no constituyen un factor decisivo. Esto permite plantear que otros elementos, como el acceso a información, la disponibilidad de métodos y las normas socioculturales, tienen un rol más determinante en la adopción de anticonceptivos modernos.

Los resultados de esta investigación encuentran respaldo en las conclusiones de diversos autores en el ámbito global; por ejemplo, la investigación de Do y Kurimoto (2012) corrobora la relevancia del empoderamiento femenino en la utilización de métodos anticonceptivos, una dinámica que se ve influenciada por factores como el estado civil, la educación y la etnicidad, variables que también se han considerado.

Asimismo, Akbari et al. (2013) reconocen que más allá del área geográfica, el acceso universal a los servicios de salud reproductiva se ve obstaculizado por barreras culturales y económicas, aspectos que hemos contemplado al analizar las distintas áreas del Perú. Los desafíos identificados por D'Souza et al. (2013) en comunidades específicas resaltan la importancia del contexto local en la salud reproductiva de las mujeres, una consideración que es paralela a nuestra diferenciación entre Lima Metropolitana y otras regiones.

La revisión sistemática de Moore et al. (2014) sobre intervenciones para trabajadoras sexuales en África apunta a la efectividad de las iniciativas comunitarias, algo que puede ser extrapolable a las zonas urbanas densamente pobladas, donde el sentido de comunidad puede diferir del de las áreas rurales.

Los hallazgos de Lailulo et al. (2015) y Yaya et al. (2018) resaltan cómo el empoderamiento y la autonomía, que se refuerzan a través de la educación y el empleo, son fundamentales para mejorar la salud sexual y reproductiva. Estos aspectos son complementarios a nuestra investigación, que incluye el empleo y el nivel educativo como variables independientes.

En contextos nacionales, Francke y Quispe (2020) subraya el impacto del empoderamiento en la demanda de servicios de salud, lo que apoya nuestros hallazgos sobre la influencia de la urbanización en la salud reproductiva. Por su parte, Petrera (2003) analiza la demanda de atención médica en mujeres rurales en Perú, hallando que factores como la ubicación y la educación son cruciales en la salud, lo cual respalda nuestra observación sobre las diferencias en el acceso a la salud entre zonas urbanas y rurales.

Francke y Reynoso (2007) identifican barreras significativas en el acceso a la salud para mujeres en condiciones de pobreza en Perú, un hallazgo que complementa

nuestro enfoque en la variabilidad regional en la salud sexual y reproductiva. Finalmente, Francke (2007) revela una conexión positiva entre el empoderamiento de las mujeres y la demanda de servicios de salud, lo que refuerza nuestra evidencia sobre la influencia del empoderamiento y otros factores sociodemográficos en la salud reproductiva.

Una limitación del estudio radica en su enfoque específico en la influencia del área geográfica y otros factores sociodemográficos en la salud sexual y reproductiva. Aunque se consideraron variables importantes como el estado civil, la edad, la educación y el empoderamiento, el estudio podría no haber capturado por completo la complejidad de todas las variables que inciden en estos aspectos de la salud. Factores como la cultura, las creencias religiosas y las normas sociales, que también ejercen un impacto significativo, no fueron examinados detalladamente. Además, el uso de datos cuantitativos, si bien es útil para identificar tendencias y correlaciones generales, puede limitar la comprensión de las experiencias subjetivas y las perspectivas individuales. Esta limitación es particularmente relevante en un contexto como el de Perú, donde las experiencias de salud pueden variar ampliamente entre diferentes regiones y grupos culturales. Por lo tanto, se sugiere que futuras investigaciones adopten un enfoque más holístico, posiblemente incluyendo métodos cuantitativos y cualitativos, para obtener una comprensión más completa de los determinantes de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el país.

Otra limitación importante de esta investigación es la interpretación de los indicadores de cuidado empoderado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El estudio muestra un aumento en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en áreas rurales y urbanas, pero esto no necesariamente refleja una toma de decisiones autónoma o empoderada. Existe la posibilidad de que las decisiones, aunque parezcan autónomas o conjuntas, estén influenciadas significativamente por el esposo o pareja, especialmente en el caso de mujeres consideradas como no empoderadas. Esta influencia podría estar oculta en las respuestas recogidas y no ser evidente a través de los datos cuantitativos solamente. La investigación reconoce esta circunstancia como una limitación en el análisis, dado que entrevistas más detalladas, fuera del alcance del presente estudio, podrían haber proporcionado una comprensión más clara de estos aspectos.

Una consideración metodológica relevante se refiere a la posible endogeneidad de la variable empoderamiento. Dado que el empoderamiento femenino puede estar

determinado por factores no observables que también influyen en la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva, existe el riesgo de que las estimaciones obtenidas presenten sesgo; por ejemplo, características individuales como la autoestima, la confianza en la toma de decisiones o las normas sociales internalizadas podrían influir tanto en el grado de empoderamiento como en el uso de estos servicios, generando un problema de simultaneidad o de variables omitidas. Aunque el presente estudio controla por múltiples factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, la educación, el empleo, la etnicidad y el ingreso, no se descarta la presencia de correlación entre el empoderamiento y el término de error del modelo; por tanto, se sugiere que futuras investigaciones consideren la aplicación de estrategias econométricas más robustas que permitan abordar esta posible endogeneidad y estimar con mayor precisión el efecto causal del empoderamiento en la salud reproductiva.

Finalmente, sería útil realizar estudios longitudinales de largo plazo para comprender mejor cómo los cambios en el empoderamiento de las mujeres y en las condiciones socioeconómicas a lo largo del tiempo afectan su salud sexual y reproductiva. Esto podría proporcionar información crucial sobre las tendencias a largo plazo y sobre la eficacia de las políticas y programas destinados a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Perú.

Conclusiones

La presente investigación se desarrolló en un contexto caracterizado por profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud reproductiva y preventiva en el Perú, especialmente entre mujeres que residen en zonas rurales. Estas brechas están vinculadas a limitaciones estructurales del sistema de salud, como la escasa infraestructura, el déficit de personal especializado, y las barreras económicas y socioculturales que restringen el ejercicio pleno del derecho a la salud. En este escenario, y a partir de una revisión teórica que identifica al empoderamiento femenino como un factor determinante en la toma de decisiones en salud, el estudio se orientó a examinar su influencia sobre la utilización de servicios preventivos y reproductivos. Bajo este enfoque, surgieron interrogantes clave tales como: ¿cuál es la relación entre el empoderamiento femenino y la demanda por salud reproductiva y preventiva en las zonas rurales y urbanas del país?, ¿qué tan diferente es dicha demanda entre mujeres empoderadas y no empoderadas según el área de residencia?, y ¿qué zonas presentan mayores niveles de uso de estos servicios? Estas preguntas fueron abordadas mediante un conjunto de modelos econométricos que permiten distinguir los efectos asociados tanto al empoderamiento como al lugar de residencia, incorporando además variables sociodemográficas relevantes para el análisis.

El modelo teórico presentado establece que la demanda de servicios de salud está influenciada por una variedad de factores, como el precio de la atención médica, el ingreso, las características sociodemográficas y geográficas, y el empoderamiento femenino; de acuerdo con este enfoque, la salud es vista tanto como un bien de consumo, que genera bienestar directo, como un bien de capital, que contribuye a la productividad. El empoderamiento femenino se asocia positivamente con una mayor demanda de servicios de salud, particularmente en áreas urbanas, donde se prevé una mayor accesibilidad y conciencia sobre la importancia de la salud.

La metodología empírica utilizada en esta investigación emplea un modelo logit para analizar la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva en Perú, teniendo en cuenta factores como el empoderamiento femenino y la residencia en áreas urbanas o rurales. El índice de empoderamiento femenino, basado en la metodología de Ruiz-Bravo et al. (2018), se utiliza para medir la autonomía de las mujeres en aspectos clave de la salud reproductiva; además, la base de datos proviene de la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar que incluye variables sobre el uso de anticonceptivos, despistaje de VIH, características

sociodemográficas, geográficas y el acceso a tecnologías de la información y comunicación, que se emplearon en modelo.

Los resultados estadísticos evidencian que, aunque se han observado mejoras en algunos indicadores de empoderamiento femenino, persisten brechas significativas en la toma de decisiones sobre salud reproductiva y preventiva, especialmente en mujeres con menor nivel educativo, ingresos reducidos y en áreas rurales. La demanda de servicios de salud reproductiva se mantiene estable, pero con diferencias marcadas según edad, nivel educativo y situación socioeconómica, lo que confirma que el acceso a estos servicios sigue condicionado por factores estructurales. Asimismo, si bien ha habido un ligero incremento en el uso de anticonceptivos de decisión personal, la participación de la pareja sigue siendo un factor determinante en la toma de decisiones reproductivas, lo que evidencia la persistencia de barreras en la autonomía de las mujeres en este ámbito.

Los resultados obtenidos a través del análisis econométrico permiten responder las preguntas planteadas. En primer lugar, se confirma que el empoderamiento femenino se asocia significativamente con el uso de servicios de salud reproductiva y preventiva, aunque este efecto varía según el tipo de servicio. Específicamente, se identificó un efecto positivo y significativo del empoderamiento sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos, la utilización de métodos decididos en pareja y la realización de despistajes de VIH. En contraste, en el caso de la búsqueda de consejo profesional sobre infecciones de transmisión sexual, el efecto resulta negativo en el modelo general, lo que evidencia que el empoderamiento no conduce uniformemente a un mayor uso de todos los servicios, sino que su influencia depende de la naturaleza del servicio y del grado de autonomía que este involucra.

En segundo lugar, los modelos estimados para mujeres empoderadas y no empoderadas permiten observar que la demanda por servicios también varía en función del área de residencia. Se identificó que vivir en zonas urbanas incrementa significativamente la probabilidad de realizarse despistajes de VIH y, en el caso de las consultas por ITS, este efecto positivo se concentra en las mujeres no empoderadas. Esto indica que el área urbana actúa como un facilitador para la toma de decisiones en salud entre mujeres con menor nivel de empoderamiento. Entre las mujeres empoderadas, si bien también se observa un efecto positivo del área urbana en el despistaje de VIH, este tiende a ser de menor magnitud, lo cual sugiere que poseen una mayor capacidad de decisión independientemente del lugar donde residen. Por

otro lado, el uso de métodos anticonceptivos de decisión en pareja mostró un efecto negativo del área urbana en ambos grupos, lo que revela que en estos contextos predomina una dinámica más individual en la toma de decisiones reproductivas. Finalmente, en el caso del uso de métodos anticonceptivos modernos, no se encontró un efecto significativo del área de residencia ni para mujeres empoderadas ni para aquellas no empoderadas.

Asimismo, los modelos permitieron observar diferencias en la demanda por servicios según el lugar de residencia. En términos generales, se evidenció que las zonas urbanas presentan una mayor demanda por despistajes de VIH y, en menor medida, por consultas sobre ITS, mientras que este patrón no se observa de manera consistente en los métodos modernos ni en las decisiones compartidas. Esta heterogeneidad confirma que la demanda de servicios de salud reproductiva y preventiva no solo está mediada por el nivel de empoderamiento, sino también por las características del entorno en el que viven las mujeres y por el tipo de servicio requerido.

En función de los resultados obtenidos, se recomienda que el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) diseñen programas orientados a fortalecer la demanda por servicios de salud reproductiva y preventiva incorporando un enfoque territorial. Las estrategias deben diferenciarse según el área de residencia, con especial atención a las zonas rurales, donde se evidencia una menor probabilidad de uso en determinados servicios. En estos contextos, las acciones de política podrían centrarse en mejorar la infraestructura y el acceso físico a los establecimientos de salud, ampliar la cobertura de campañas de información sobre métodos anticonceptivos y reforzar los espacios comunitarios de orientación, dirigidos principalmente a mujeres con menores niveles de empoderamiento.

Asimismo, los programas de salud deberían integrar componentes que promuevan la toma de decisiones informadas, tanto individuales como compartidas, respetando los distintos niveles de autonomía observados en los análisis. Para ello, se sugiere que los contenidos y canales de intervención se adapten al perfil sociodemográfico de las usuarias, considerando factores como educación, empleo y edad, que también mostraron efectos significativos sobre la demanda de servicios. En conjunto, estas recomendaciones buscan que las políticas públicas no se apliquen de manera uniforme, sino que se ajusten a las dinámicas específicas que caracterizan a

mujeres empoderadas y no empoderadas, contribuyendo así a reducir las brechas en el acceso y uso efectivo de servicios reproductivos y preventivos. Por último, para investigaciones futuras se recomienda la incorporación de métodos cualitativos, como entrevistas, que permitan un examen más profundo de las dinámicas de poder y la toma de decisiones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Esto es esencial para determinar hasta qué punto las decisiones sobre el uso de anticonceptivos y otros aspectos de la salud reproductiva son influenciadas por las parejas o factores externos, en particular en contextos donde las mujeres pueden ser más susceptibles a estas influencias. Un enfoque más cualitativo complementaría los hallazgos cuantitativos, ofreciendo una perspectiva más completa y matizada sobre el empoderamiento femenino en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.



Referencias bibliográficas

- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D.G., Tsui, A.O. (2010). Economic Status, Education and Empowerment: Implications for Maternal Health Service Utilization in Developing Countries. *PLoS ONE* 5(6): e11190. doi:10.1371/journal.pone.0011190.
- Akbari, N., Ramezankhani, A., y Pazargadi, M. (2013). Accelerators/decelerators of achieving universal access to sexual and reproductive health services: a case study of Iranian health system. *Reproductive Health*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-47>
- Akhter, H. H., Chowdhury, M. E., & Sen, A. (2010). A multivariate model of factors influencing contraceptive use in Bangladesh. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22(4), 433-441. <https://doi.org/10.1177/1010539510373009>
- Akhter, N., & Khanam, R. (2010). Socioeconomic and demographic differentials in contraceptive use and knowledge in Bangladesh. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 1(12), 101-107.
- Alikire S. y Foster J. (2013). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics* 2011 (476-487).
- Aron (1968) *Democracia y totalitarismo*; Editorial Seix Barral, Barcelona.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*, 941-973.
- Banco Central de Reserva del Perú (2021). *Perspectivas sobre la educación básica en Perú, 2020 - 2021*.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *La mujer como protagonista de la economía del siglo XXI*. <https://publications.iadb.org/en/women-forefront-economic-prosperity-21st-century>
- Banco Mundial. (23 de 10 de 2023). *Salud en el Perú: De la cobertura en papel a la cobertura real*. Banco Mundial Blog : <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>
- Batliwala, S. "El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción", en León, M. (comp.): *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Santafé de Bogotá: TM Editores
- Batliwala, S. (1993) *Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices*, NewDelhi: Asian-South Pacific Bureau of Adult Education and Freedom from Hunger Campaign.
- Bayarte, P. (2022). *La planificación familiar, una gran muralla para muchas peruanas*. EFE.

- BBVA (2021, 27 de enero). Ciencia: grandes personajes. *Jenner y el descubrimiento de la vacuna*. Historia. Investigación. Momentos estelares de la ciencia: vacunas <https://www.bbvaopenmind.com/ciencia/grandes-personajes/jenner-y-el-descubrimiento-de-la-vacuna/>
- Becker, G. S. (1983). *El capital humano*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Becker, G. S., Murphy, K. M. & Tamura, R. F. (1990). Human Capital, Fertility, and Economic Growth. *Journal of Political Economy*, 98(5), 12-37.
- Bhatia, J., y Cleland, J. (1995). Determinants of maternal health care service use in a region of South India. *Health transition review*, 5(2), 127-142.
- Birdsall, N., Kelley, A. y Sinding, S. eds (2001). *Population Matters – Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*. Oxford University Press
- Bloom, D. y D. Canning (2001), "Cumulative causality, economic growth, and the demographic transition", en N. Birdsall, A.C. Kelley y S. Sinding (eds), *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, Oxford: Oxford University Press.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in family planning*, 21(2), 61-91.
- Casas (2022, 14 de marzo). Universidad de Piura. Artículo de opinión El rol de la mujer en la educación.
- Ccoillo, M. (2021). Perú retrocedió cinco años en acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia. *Salud con Lupa*.
- Charlier, S., & Caubergs, L. (2007). *El proceso de empoderamiento de las mujeres*. Comisión de Mujeres y Desarrollo. https://dhls.hegoa.ehu.eus/uploads/resources/4668/resource_files/proceso_empoderamiento_mujeres_CFD.pdf
- Chris W. (1999). *Feminism, Theory and the Politics of Difference*. Wiley-Blackwell.
- Cleland, J., & Wilson, C. (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population studies*, 41(1), 5-30.
- Cortez, R. (2002). *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Universidad del Pacífico. Centro de Investigación
- Creanga, A. A., Gillespie, D., Karklins, S., & Tsui, A. O. (2011). Low use of

contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 258-266.
<https://doi.org/10.2471/BLT.10.083329> *Cuadernos de Economía*, 293-305.

Culyer, A. J. (1971). The nature and classifiability of consumption activities in health economics. *Social Science y Medicine*, 5(1), 1-12.

Culyer, A. y Newhouse J. (2000). *Handbook of health economics*. Preface.

Dador Tozzini, J., & Hernández Breña, W. (2021). *Balance de investigación 2016-2021 y agenda 2021 - 2026: Desigualdades de género y violencia contra las mujeres*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
<https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/evidencias/Dador2021b.pdf>

Dao, M. Q. (2012). Population and economic growth in developing countries.

Davidson, N., Hammarberg, K., Romero, L., & Fisher, J. (2022). Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*, 22(403).
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12576-4>

Departamento de Economía PUCP.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/176233/DD492.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Do, M. & Kurimoto, N. (2012). Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1), 23-33. <https://doi.org/10.1363/3802312>

D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Somayaji, G., y Venkatesaperumal, R. (2013). Women's well-being and reproductive health in Indian mining community: need for empowerment. *BMC Women's Health*, 13(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-37>

D'Souza, P., Bailey, J., Stephenson, J., & Oliver, S. (2022). Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *THE EUROPEAN JOURNAL OF CONTRACEPTION & REPRODUCTIVE HEALTH CARE*, 27(5), 364–372. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>

Duflo (2011). *Women Empowerment and Economic Development*. Serie dedocumentos de trabajo NBER.

Duflo, E. (2012). *Women Empowerment and Economic Development*. *Journal of Economic Literature*, 50(4), 1051–1079.

Durand A., Hernández R. y Zárata P. (2015). *Enfoque territorial para el empoderamiento de las mujeres rurales*. Perú. Informe de consultoría. Edítalo SAC, Lima.

Easton (1968). *Política Moderna*; Ed. Letras, México, p. 149.

- El Comercio . (19 de 12 de 2020). El implante subdérmico, el método anticonceptivo gratuito que protege tres años. *El Comercio* .
<https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/el-implante-subdermico-el-metodo-anticonceptivo-gratuito-que-protege-tres-anos-noticia/>
- El Gobierno de México (2016, 5 de abril). ¿Por qué es importante el empoderamiento de las mujeres para el desarrollo?
- ENDES (2020). Planificación familiar y fecundidad. Planificación familiar y métodos anticonceptivos.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1795/pdf/cap004.pdf
- Ensor, T. y Cooper, S. (2004). Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing. HNP Discussion Paper 31598, TheWorld Bank.
- Etzioni (1978). La sociedad activa. Una teoría de los procesos sociales y políticos; Aguilar, Madrid.
- Eyben, R., Kabeer, N., y Cornwall, A. (2008). Conceptualising empowerment and the implications for pro poor growth. Institute of Development Studies Working Paper.
- Fawcett, S.B.; White, G.W.; Balcázar, F.E.; Suárez-Balcazar. Y.; Mathews, R.M.; Paine, A.L.; Seekins, T. y Smith, J.F. (1994): "A contextual-behavioral model of empowerment: Case studies involving people with physical disabilities", *American Journal of Community Psychology*, (22), pp. 475-496.
- Filgueira, F., Galindo, L. M., Giambruno, C., & Blofield, M. (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). *Impacto del Covid-19 sobre el acceso a anticonceptivos*. Naciones Unidas, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50(3), 3-20.
https://www.jstor.org/stable/3540551#metadata_info_tab_contents
- France 24 (2020, 7 de marzo del 2020) *Mundo*. Menstruación: Escocia, la primera nación del mundo en ofrecer gratis productos sanitarios
- Francke M. (2007). "No me entiende ni yo tampoco lo entiendo...": Hallazgos de una investigación participativa sobre salud en comunidades que sufren pobreza y exclusión en el Perú y reflexiones sobre los alcances y límites de las metodologías participativas. [Tesis para optar al grado de magíster, Pontificia Universidad Católica del Perú].

- Francke M. y Reynoso R. (2007). Salud y enfermedad en los márgenes. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión. Lima: CIES-CARE.
- Francke, P. y Quispe O., D. (2020). Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018 [Documento de trabajo N° 492]. Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://doi.org/10.18800/2079-8474.0492>
- 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.
- Francke, P., & Quispe, D. (2020). Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018.
- Freire, P. (1993). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Siglo xxi.
- Friedrich (1968) El hombre y el gobierno, p. 182.
- Galdos Silva, Susana (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 455-460. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es&tlng=es
- García, R., & Hernández, J. (2008). Instrumento para medir el empoderamiento de la mujer. *Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*
- Gauthier K., Koch S. (2018). The Demand for Reproductive Health Care. *Journal of African Economies*, 2018, Vol. 27, number 4, 405–429.
- Gertler, P. y Van der Gaag, J (1990). The willingness to pay for medical care. Evidence from two developing countries. The World Bank. The John Hopkins Univ Press, MD, USA.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of political Economy*, 80(2), 223-255.
- Grown C., Rao G. y Pande R. (2005). “Taking action to improve women’s health through gender equality and women’s empowerment. *Lancet*, vol. 365.
- Gupta, S., Vemireddy, V. y Pingali, P. (2019). Nutritional outcomes of empowerment and market integration for women in rural India. *Food Sec.* 11, 1243–1256 (2019). *BMC Public Health*.
- Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 465-470.

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

Hellwig F., Dibaba Y.y Barros A. (2024). Association between women's empowerment and demand for family planning satisfied among Christians and Muslims in multi-religious African countries.

Hsia, D. C., & Ahern, C. A. (1992). Good quality care increases hospital profits under prospective payment. *Health Care Financing Review*, 13(3), 17.

Humanos, D. (1948). Declaración Universal de los Derechos humanos. *La Convención Internacional de los Derechos del Niño. Naciones Unidas. Declaración sobre la Protección de todas las personas contra la tortura.*

Ideele (2022, 04 de diciembre). La deficiente atención de salud en área rural. <https://revistaideele.com/ideele/content/la-deficiente-atenci%C3%B3n-de-salud-en->

INEI (2017). Características de la población. Urbano y Rural.

INEI (2018). Empoderamiento de la mujer y violencia familiar ENDES 2018.

INEI (2020). Peru condiciones de vida de la población en riesgo ante la pandemia del COVID-19. Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0 2019.

Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú [INEIpaginaOficial]. (28 de mayo de 2021). El Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, se complace en invitar a la presentación de los principales resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2020 [Video adjunto] [Transmisión en vivo]. Facebook.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Encuesta Demográfica de la Salud Familiar ENDES 2019 [Conjunto de Datos]. *INEI*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/Libro.pdf?fbclid=IwAR27nTz9EdBXN4UtRE12H70c3yJx6U3XrBDSa5yyeq5mtnc_eBgdvghWIRQ

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Encuesta Demográfica de la Salud Familiar ENDES 2020 [Conjunto de Datos]. *INEI*. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). Encuesta Demográfica de la Salud Familiar ENDES 2021 [Conjunto de Datos]. *INEI*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/

International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2(1), 6.

- Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behavioral science*, 2(3), 201-215. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bs.3830020303>
- Jain, A. K. (1989). Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in family planning*, 20(1), 1-16.:
- Jaramillo, M., & Ñopo, H. (15 de 06 de 2021). *Impactos de la epidemia del coronavirus en el trabajo de las mujeres en el Perú*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: <https://www.undp.org/es/peru/publicaciones/impactos-de-la-epidemia-del-coronavirus-en-el-trabajo-de-las-mujeres-en-el-peru>
- 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, 119-146.61
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and change*, 30(3), 435-464.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurements of women's empowerment. *Development and Change*, 30 (3), 435-464.
- Kabeer, N. (2001). Reflections on the measurement of women's empowerment.
- Kalemli-Ozcan, S. (2002), "Does mortality decline promote economic growth?", *Journal of Economic Growth*, 7(4): 411-39.
- Kar, S.B., Pascual, C.A., Chickering, K.L. (2000). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 49, 1431–1460. *Social Science & Medicine*, Volume 50, Issue 11, June 2000.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491-1498.
- Kebede, A., Abaya, S. G., Merdassa, E., & Bekuma, T. T. (2019). Factors affecting demand for modern contraceptives among currently married reproductive age women in rural Kebeles of Nunu Kumba district, Oromia, Ethiopia. *Contraception and reproductive medicine*, 4(1), 1-15.
- Koch, S. (2018). The Demand for Reproductive Health Care. *Journal of African Economies*, 27(4), 405-429. <https://doi.org/10.1093/jae/ejx042>
- Lailulo, Y. A., Sathiya Susuman, A., y Blignaut, R. (2015). Correlates of gender characteristics, health and empowerment of women in Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0046-3>

- Laswell & Kaplan (1950). *Power and Society*, Yale University Press, p. 75 7
- León (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- León-Ciliotta, G., Zejcirovic, D., & Fernandez, F. (2025). Policymaking, Trust, and the Demand for Public Services: Evidence from a Mass Sterilization Campaign. *American Economic Journal*, 17(1), 181–215.
<https://doi.org/10.1257/pol.20230155>
- León G., Zejcirovic D. y Fernández F. (2022). Policy-making, trust and the demand for
- Lerner, S., & Szasz, I. (2001). La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias. *El cotidiano*, 17(107), 53-65.
- Longwe y Clarke Asociados (1997). “El marco conceptual de igualdad y empoderamiento de las mujeres”. Santafé de Bogotá: TM Editores.
- María Esquinas, N., Hidalgo Arenas, A., & Nieto Moro, B. (2001). Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios. *Medifam*, 11(1), 66-67.
- Martínez, C. M. (2006). Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y estrategias.
- Massey, D. S. (1996), “The age of extremes: concentrated affluence and poverty in the twenty-first century,” *Demography*, 33(4): 395-412.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (18 de 06 de 2020). *MIMP: Publican estudio sobre el impacto del coronavirus en el trabajo de las mujeres*. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/187514-mimp-publican-estudio-sobre-el-impacto-del-coronavirus-en-el-trabajo-de-las-mujeres>
- MINSA (3 de agosto del 2021). Planificación familiar es vital para reducir estadísticas de mortalidad materna y neonatal. *Ministerio de Salud*.
- Montbrun, A. (2010). Notas para una revisión crítica del concepto de “poder”. *Polis. Revista Latinoamericana*, (25).
- Moore, L., Chersich, M. F., Steen, R., Reza-Paul, S., Dhana, A., Vuylsteke, B., Lafort, Y., y Scorgie, F. (2014). Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-267>
- Morán Faúndes, J. M. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30, 125-144.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1),

93-107.

Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina.

Naciones Unidas (2022) Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

Naciones Unidas. (2015). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Nueva York, Estados Unidos.

Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: a cross-national survey. *The Journal of Human Resources*, 115-125.

Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud (2017). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexually Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud.

Novib, O. (2009). Definiciones de empoderamiento y sistemas de información de género en las microfinanzas. La teoría y la práctica.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (23 de 02 de 2023). Mortalidad maternal. World Health Organizations: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ONU Mujeres (2022,7 de diciembre). Conferencias mundiales sobre la mujer

ONU (s/f). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/23/51623.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Determinantes sociales de la salud 2016*.

Organización Mundial de la Salud (2022). Acceso. Acerca de la OMS: preguntas frecuentes. *¿Cómo define la OMS la salud?*

Organización Mundial de la Salud. (2006). Defining sexual health: Report on a technical consultation on sexual health.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

OMS. (23 de 02 de 2023). *Mortalidad maternal*. World Health Organizations: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Pacto Mundial Red Española (2022). *¿Sabes cómo los Principios de empoderamiento de las Mujeres (WEPs) impulsan la igualdad de género en las empresas?*

- Pacto Mundial Red Española (2022, 21 de febrero). *Pacto Mundial de Naciones Unidas - ONU Mujeres 2010*
- Petrera, M. (2003). La demanda por servicios de salud de la mujer rural en el Perú: un análisis econométrico. Lima: Biblioteca responsável.
- PNUD (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010 Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. NY 10017, EE. UU.
- PNUD (1995). Desarrollo Humano y la igualdad de los sexos. *Diakonia*, (78), 4-11.
- Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19.
- Pratley, P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med*. Epub 2016 Aug 22. public services: Evidence from a nationwide family planning program. Economics Working Paper Series. Working Paper No. 1843.
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 23(3), 201-220.
- RAMOS, Miguel (2022). Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021?
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-21.
- Real Academia Española (2022, 4 de diciembre). Definición. *Poder*.
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 68(1), 1-3.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v68n1/2304-5132-rgo-68-01-00018.pdf>
- Rosenfield, A., y Maine, D. (1985). Maternal mortality—a neglected tragedy: where is the M in MCH? *The lancet*, 326(8446), 83-85.
- Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. *Revista estudios feministas*, 15, 309-331.
- Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos. *Revista estudios feministas*, 15, 309-331.
- Rowlands, J. (1997). Questioning empowerment: Working with women in Honduras. Oxfam.
- RPP. (06 de 11 de 2018). *RRP - Noticias Economía*. Perú tiene uno de los sistemas de salud más deficientes de Latinoamérica: <https://rpp.pe/economia/economia/peru-tiene-uno-de-los-sistemas-de-salud-mas-deficientes-de-latinoamerica-noticia-1161474>

- Ruiz 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. INEI, Lima.
 rural#:~:text=Se%20estima%20que%20el%2020,que%20puede%20verse%20afecta da%20f%C3%A1cilmente.
- Schermerhorn (1968) El poder y la sociedad; PAIDOS, Buenos Aires.
- Spranger (1966). Formas de Vida; Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1966
- Sen, A. (2001). The many faces of gender inequality. *New Republic*, 31(5), 35-39.
- Sen, G. 1993. Womens's Empowerment and Human Rights: The Challenge to policy. Paper presentado a la Cumbre de las Academias Científicas del Mundo.
- Snow, R. C., Garcia-Elorrio, E., & Cáceres, C. F. (2013). The role of social support in the association between gender power and women's HIV risk in rural Peru. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 63.
- Snow, R. C., Winter, R. A., & Harlow, S. D. (2013). Gender attitudes and fertility aspirations among young men in five high fertility East African countries. *Studies in family planning*, 44(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2013.00341.x>
- Temporelli, K. L. (2010). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud.
- Tiburcio, Graciela (8 de mayo de 2020). Gobierno no pudo confirmar si niñas víctimas de violación reciben KIT de emergencia. *Wayka*. https://wayka.pe/gobierno-no-pudo-confirmar-si-ninas-victimas-de-violacion-reciben-kit-de-emergencia/?fbclid=IwAR1wicHRDAfa405lqniH2EALBGBbU6dWSa22sj2x3KDk_F-TaPeITUxiQw0
- TV INEI Perú. (20 de mayo de 2022). *Presentación de los Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021 / 13-05-22*. [Archivo de Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=toEHsPJy2F8>
- UNFPA – LACRO (2020). Impacto del Covid-19 sobre el acceso a Anticonceptivos.
- UNICEF (2018). El mundo no está cumpliendo con los recién nacidos, dice UNICEF.
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2022). The United Nations Fourth World Conference on Women. *Platform for action*.
- Upadhyay UD, Gipson JD, Withers M, Lewis S, Ciaraldi EJ, Fraser A, Huchko MJ, Prata N (2014). Women's empowerment and fertility: a review of the literature. *Soc SciMed*. 2014 Aug.
- Vizheh, M., Muhidin, S., Behboodi Z. y Zareiyan A. (2021). Women empowerment in reproductive health: a systematic review of measurement properties. *BMC*

Women's Health

Wagstaff, A. (1986). *Journal of health economics*, 5(3), 195-233.

Wagstaff, A. (1986). The demand for health: theory and applications. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 40(1), 1-11.

Yaya, S., Uthman, O. A., Amouzou, A., Bishwajit, G., y Ekholuenetale, M. (2018). Women empowerment and contraceptive use in sub-Saharan Africa: A multilevel analysis. *Reproductive Health*, 15(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0658-5>

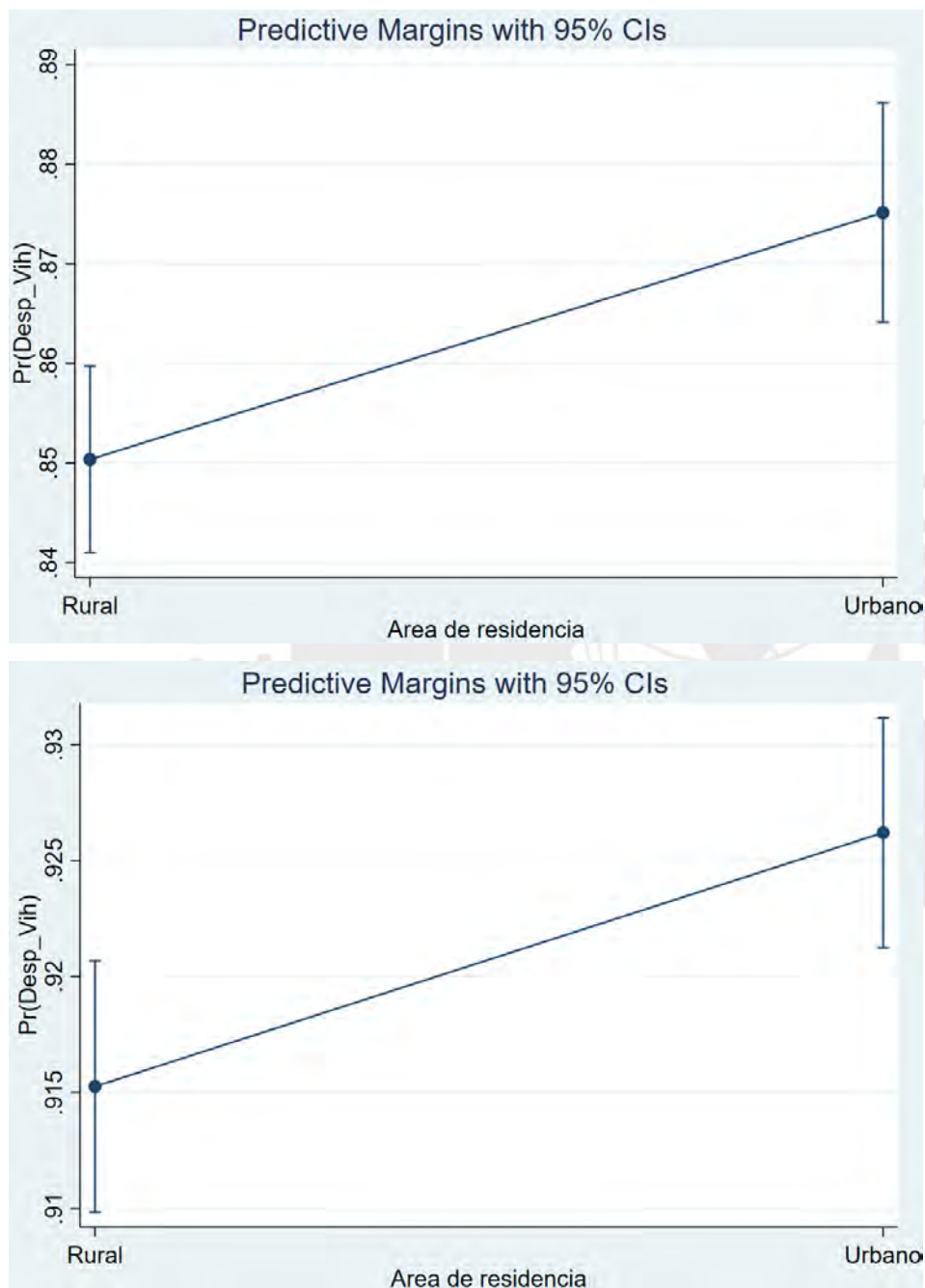
Zapata, L., Pazol, K., & Curtis, K. (2021). Need for Contraceptive Services Among Women of Reproductive Age — 45 Jurisdictions, United States, 2017–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70(25), 910-915. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7025a2>



Anexos

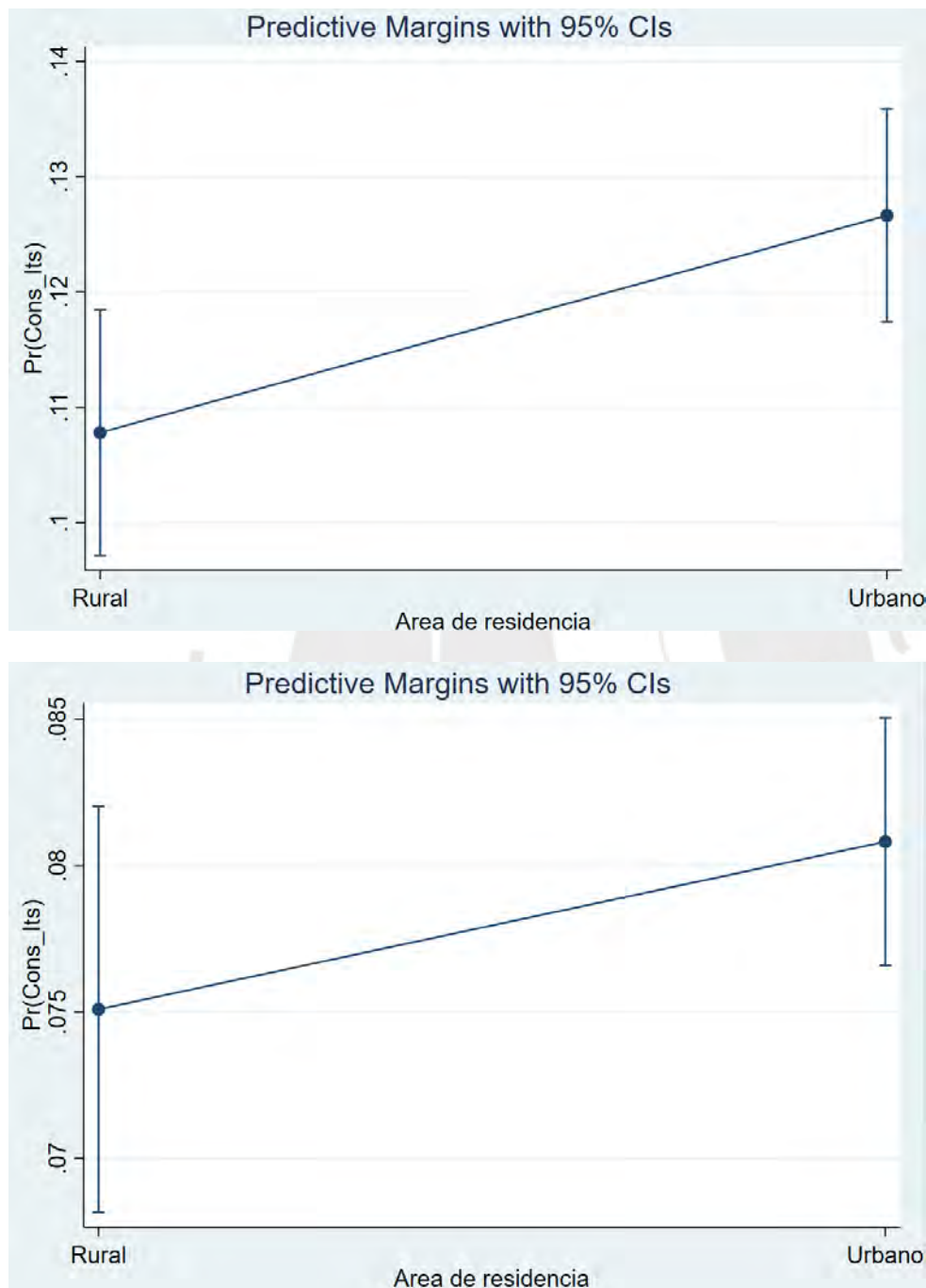
Anexo A. Análisis de sensibilidad del despistaje de VIH

Gráfico 11
Análisis de sensibilidad del despistaje de VIH



Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.

Anexo B. Análisis de sensibilidad de la consulta de ITS

Gráfico 12
Análisis de sensibilidad de la consulta de ITS

Fuente: Adaptado de ENDES (2019). Elaboración propia.