

Evaluación de Impacto
del Proyecto Ciudad Mujer en El Salvador
Informe final
(en revisión de la Secretaría de Inclusión Social)

Montserrat Bustelo, Sebastián Martínez, Michelle Pérez Meillard y Julio Rodríguez Silva

2016

Índice

Nota de los autores	2
1. Resumen Ejecutivo	3
2. Introducción	7
3. Programa Ciudad Mujer	9
3.1. Características generales	9
3.2. ¿Cómo funciona este modelo?	12
3.3. Implementación del modelo de CM	12
4. Diseño de la evaluación de impacto (IE)	13
4.1. Objetivo de la Evaluación	13
4.2. Diseño de Evaluación	14
4.3. Construcción de la muestra de evaluación	15
4.4. Estrategia de promoción	18
4.5. Trabajo de campo de la línea de base y línea de seguimiento	21
5. Datos	22
5.1. Marco muestral	22
5.2. Análisis de balance e identificación de impactos	23
6. Resultados de impacto	26
6.1. Promoción efectiva	26
6.2. Impactos en las variables de interés	27
6.2.1. Utilización de servicios públicos	27
6.2.2. Tipo de servicios utilizados	29
6.2.3. Nivel de satisfacción con la vida	33
7. Ejercicio de focalización efectiva	34
8. Conclusión	40
Referencias bibliográficas	42
Apéndice	44

Nota de los autores

El diseño de esta evaluación fue realizado en consulta con la Secretaría de Inclusión Social del Gobierno de El Salvador bajo el liderazgo de Vanda Pignato. Los autores de este documento reconocen las valiosas aportaciones de diferentes personas e instituciones cuyas contribuciones hicieron posible tanto el diseño de la evaluación como llevar adelante con éxito los análisis. En particular, queremos destacar y agradecer el invaluable apoyo brindado por Nidia Hidalgo, Gabriela Vega, Rodrigo Parot y Andrew Morrison, del BID; Carlos Rafael Urquilla Bonilla, Susana Castillo y Cinzia Innocenti de la Subsecretaría de Inclusión Social de El Salvador (SIS); Jessica Sánchez, Balmoris Madrid, Elías Argueta, Francisco Munguía y Samuel Hernández de DYGESTIC de El Salvador; Rodrigo Muñoz, Margarita Quintanilla, Yamileth Molina y Yanira Aparicio, consultores externos. Durante varias etapas de la elaboración del estudio recibimos valiosa asesoría técnica de Sebastián Galeani, Norbert Schady y Pedro Carneiro; y hemos contado con sugerencias de participantes en seminarios internos realizados en el BID y con el Gobierno de El Salvador.

1. Resumen ejecutivo

Ciudad Mujer (CM) es un programa liderado por el Gobierno de El Salvador a través de la Secretaría de Inclusión Social (SIS) con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que pretende mejorar las condiciones de vida de las mujeres salvadoreñas mediante la facilitación de servicios esenciales ofrecidos por centros de atención integral conocidos como Centros Ciudad Mujer (CCM). Los CCM ofrecen en un mismo espacio físico servicios integrados y gratuitos sobre salud sexual y reproductiva, atención a la violencia de género y empoderamiento económico. Adicionalmente, los centros prestan atención de cuidado infantil a niños y niñas de hasta 12 años para que las madres puedan hacer uso de los diferentes servicios ofertados mientras que sus hijos están atendidos. También incluye un componente de educación colectiva que tiene lugar tanto dentro como fuera de los CCM. Actualmente existen seis sedes en funcionamiento en El Salvador y se espera construir e inaugurar 3 sedes adicionales en los próximos años.

El modelo CM busca avanzar en la igualdad de género y representa un enfoque sumamente innovador para la prestación de servicios públicos a las mujeres, abordando retos que aún afectan de forma importante el desarrollo del país: la brecha de género en la participación económica, la violencia contra las mujeres y la salud materna. Los CCM articulan en un mismo espacio físico a 18 instituciones estatales y ofrecen más de 20 servicios que responden a las necesidades de las mujeres de forma gratuita, accesible y con especial sensibilidad a sus situaciones particulares. Bajo el modelo de CM las mujeres pueden encontrar soluciones de calidad a múltiples problemas en un solo centro, sin tener que visitar diferentes instituciones localizadas en lugares dispersos.

Como parte de los esfuerzos del Gobierno salvadoreño y el BID por profundizar en el entendimiento de la efectividad de sus programas y adaptar su implementación para responder de la mejor manera posible a los objetivos de su política, se diseñó una evaluación de impacto que analizara los efectos del programa en el corto plazo. Así se han estudiado, después de transcurridos 8-15 meses de su inauguración, tres nuevos centros CM localizados en los municipios de San Martín, Santa Ana y Usulután.

En el corto plazo, la hipótesis inicial para esta evaluación es observar si la provisión de servicios públicos integrados reduce los costos de transacción, provocando un incremento en la demanda de los mismos por parte de las mujeres. Bajo este lineamiento, esta evaluación de

impacto pretende cuantificar los cambios en el uso de los servicios públicos de las mujeres que ocurren como resultado de la introducción de los CCM. Más concretamente, la evaluación analiza los cambios en la utilización de servicios públicos sobre salud reproductiva, empoderamiento económico y atención a la violencia de género, atribuibles a la provisión de los CCM para la población de mujeres de entre 18 y 60 años, localizada en el área de influencia de los tres centros bajo estudio.

Ciudad Mujer tiene una política de “puertas abiertas”: atiende a la demanda espontánea. Esto impone un desafío para el diseño de la evaluación puesto que no se cuenta con un grupo de comparación natural: aquellas mujeres que deciden asistir a algún centro probablemente son diferentes de las que deciden no ir. Para superar esta limitación se implementó un experimento con promoción aleatoria que generó una variación exógena (independiente de las características de las mujeres) en la participación al programa: se seleccionó a 4.062 mujeres entre 18 y 60 años del área de influencia de los centros bajo estudio y se entregó, de forma aleatoria, un incentivo a un grupo de las mismas para motivarlas a que visitaran los centros Ciudad Mujer. Para identificar los impactos del Programa se comparó el uso de los servicios públicos entre el grupo de mujeres que visitó los centros CM (a través de haber recibido el incentivo) y el grupo de mujeres que no visitó los centros (por no recibir el incentivo) antes y después de la inauguración de los centros.

Esta evaluación constituye la primera evaluación rigurosa en América Latina y el Caribe (ALC) y el resto del mundo de un programa que integra servicios especializados en salud sexual y reproductiva, empoderamiento económico y apoyo a la violencia de género para las mujeres. Sus resultados resultan, por tanto, especialmente relevantes para informar al gobierno, al BID y a la sociedad civil sobre los efectos en el corto plazo del Programa Ciudad Mujer, proporcionando una herramienta útil para perfeccionar la intervención en el país, y para producir evidencia sobre intervenciones efectivas que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de las mujeres.

Los resultados certifican que este modelo integral de servicios es una herramienta efectiva para la facilitación de servicios especializados a las mujeres, puesto que reduce las barreras para acceder a múltiples servicios. Los principales logros del modelo son:

- **Aumenta la demanda de servicios públicos especializados.** Las mujeres que visitaron Ciudad Mujer utilizaron un 43 % más de servicios públicos en relación con las mujeres que no asistieron a los centros. En particular, los servicios más utilizados se relacionan con la salud sexual y reproductiva o con procesos legales que tienen que ver con el empoderamiento económico y el apoyo a la violencia de género. Los servicios de citología/Papanicolaou y mamografía fueron utilizados un 36 % y 162 % más por las mujeres que se acercaron a los CCM con respecto al grupo de mujeres que no visitó los centros. Por otra parte, el servicio legal de obtención del DUI (Documento Único de Identidad) o la partida de nacimiento para la mujer fue utilizado casi cinco veces más por las mujeres que se acercaron a los CCM. La utilización de los servicios legales de obtención de cuotas alimentarias y legalización de propiedades fue casi tres veces más para aquellas mujeres que se acercaron a los CCM en relación con las que no visitaron los centros.
- **Influye de forma positiva en el nivel de satisfacción con la vida de las usuarias.** Mientras que 85% de las mujeres que no visitaron los CCM reporta encontrarse satisfecha con su vida en general, esta proporción aumenta 10% (93%) para aquellas que visitan los centros.

Los resultados de la evaluación a corto plazo respaldan el trabajo de los centros. No obstante, como todo programa público, presenta áreas de oportunidad para fortalecer su operatividad. La evaluación de impacto de corto plazo arrojó como principales desafíos: (i) incorporar acciones complementarias para mejorar servicios relacionados con la autonomía económica como la intermediación laboral, la formación laboral, el apoyo al emprendimiento empresarial y acceso al microcrédito; (ii) incorporar acciones complementarias para incrementar la demanda de servicios relacionados con la atención a la violencia de género como la atención psicológica, la intervención policial y el ejercicio de la acción penal; y (iii) mejorar y ampliar el sistema de registro y monitoreo de CM mediante el fortalecimiento del sistema informático de datos de los centros y el enlace de todos los CCM nuevos y existentes. La SIS se encuentra en proceso de fortalecer estas áreas dado su compromiso al aprendizaje continuo y mejora constante del modelo.

Esta evaluación captura efectos del programa entre 8 y 15 meses desde la puesta en marcha de los centros. Los resultados no pueden extrapolarse a dimensiones de más largo plazo, como el empoderamiento económico, la prevalencia de violencia de género o la salud de las

usuarias. Los efectos a largo plazo del modelo deben ser explorados en futuras investigaciones. El mensaje principal de la evaluación de corto plazo es que el programa Ciudad Mujer mejora el uso de los servicios públicos de calidad y mejora la vida de sus usuarias.

2. Introducción

La igualdad de género ha tenido avances en El Salvador. El Índice de Desigualdad de Género (IDG) alcanzó un valor de 0,517 en el 2005, reduciéndose a 0,466 en 2010 y 0,441 en 2013.¹ No obstante, aún siguen existiendo importantes retos ya que las mujeres continúan enfrentando desventajas en su participación laboral, su salud sexual y reproductiva y su acceso a una vida libre de violencia.

En Latinoamérica y el Caribe, aún persisten fuertes brechas de género en términos de participación laboral, que a su vez varían considerablemente entre países. Mientras que la participación laboral de los hombres de 25 a 54 años en el 2012 se distancia poco del promedio de 95% entre las economías de la región, la participación laboral femenina varía considerablemente desde un 50% en Honduras hasta casi un 81% en Perú. En el Salvador la brecha de género en participación laboral alcanza un valor de un 30%, con una tasa de participación laboral femenina de 60% y una tasa de participación laboral masculina de 92%.² Una mayor participación laboral femenina es crítica para acelerar el crecimiento económico y reducir la pobreza (The World Bank 2012a, 2014).

La violencia contra las mujeres y las niñas es una de las formas más opresivas de la desigualdad de género. Una de cada tres mujeres en la región ha experimentado violencia íntima de pareja alguna vez en su vida. Las tasas de prevalencia fluctúa considerablemente entre los países de la región; mientras que un 17% de las mujeres en República Dominicana entre 15 y 49 años en unión o algunas vez casadas ha experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de sus vidas, esta tasa alcanza un valor de 53.3% en Bolivia (PAHO 2012). En el Salvador, un 26.3% de mujeres experimento violencia física y/o sexual por la pareja alguna vez en su vida (FESAL 2008). La violencia continúa también a través de la transmisión intergeneracional. Los niños y las niñas expuestos a la violencia (perpetrado por una pareja masculina hacia su madre o por sus padres hacia ellos) tienen una

¹ El IDG mide las desigualdades de género en tres aspectos del Desarrollo Humano: Salud Reproductiva (razón de mortalidad materna y tasa de fertilidad en adolescentes), empoderamiento (proporción de puestos en el parlamento ocupado por mujeres y proporción de mujeres y hombres de 25 años o más con al menos educación secundaria), y estatus económico (tasa de participación laboral de mujeres y hombres de 15 años o más). Se puede interpretar como pérdidas en los logros en estas esferas debido a las desigualdades de género. El IDG presenta valores de 0 a 1, y cuanto mayor es el índice, mayor es la desigualdad de género. Los datos han sido tomados de <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>.

² Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (CEDLAS and The World Bank). Consultado en internet el 14/7/2016.

mayor probabilidad de usar violencia en el futuro contra sus parejas (en el caso de los niños) o de sufrir ellas mismas la violencia (en el caso de las niñas) (Fulu et al 2013).

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la mortalidad materna en El Salvador sigue siendo alta: 69 mujeres fallecidas por cada 100.000 niños y niñas nacidas vivas en el 2013 (WHO 2014). Otro aspecto que afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres es la tasa de cáncer cérvico-uterino y de mama. Se reportan tasas de mortalidad de 2,08 muertes de mujeres de 15 años o más por cada 100.000 mujeres para el cáncer cérvico-uterino y 1,58 para el cáncer de mama en el 2014.³ El embarazo en adolescentes (EA) es otra problemática vinculada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres en El Salvador. Los últimos datos comparativos disponibles reflejan que en los países con las tasas más altas de EA (Nicaragua y República Dominicana), alrededor del 20% de las mujeres de 15 a 19 son madres, mientras que llega a 9% en aquellos donde la tasa es más baja (Uruguay y Trinidad). En el caso de El Salvador la prevalencia de EA alcanza un valor del 15.4%.⁴ La tasa de embarazo adolescente (EA) es considerada no solo un indicador clave de salud adolescente, sino determinante de las oportunidades económicas y de vida de las adolescentes. La asociación entre la maternidad temprana, la mortalidad y morbilidad de las madres y de sus hijos, así como con la reproducción de la pobreza está bien establecida en la literatura.⁵

Para abordar los retos anteriormente señalados, el Gobierno de El Salvador, a través de la Secretaría de Inclusión Social (SIS), impulsó el Programa Ciudad Mujer (CM), cuyo modelo de atención concentra e integra, dentro de los Centro de Ciudad Mujer (CCM), las instituciones del Estado que prestan diferentes servicios especializados para las mujeres para garantizar que sean atendidas oportunamente, sin discriminación ni re victimización, con calidad y calidez.

Este programa se inicia con la adecuación y apertura del primer CCM en el Municipio de Colón del Departamento de La Libertad, en marzo de 2011. El primer piloto fue financiado con recursos nacionales. El programa CM recibió el apoyo del Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID), por medio de un préstamo de US\$20 millones, con el objetivo de financiar la

³ Cálculos propios con datos administrativos del MINSAL y Proyecciones de población de DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 2014.

⁴ Observatorio de Asuntos de Género. CEPAL. Consultado en internet el 14/7/2016.

⁵ The Lancet: Lancet commission on adolescent health and wellbeing.

<http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing>

construcción y puesta en marcha de CCM adicionales. A la fecha operan 6 CCM en los departamentos de San Salvador, La Libertad, Santa Ana, San Miguel, Usulután, y Morazán.

3. Programa Ciudad Mujer

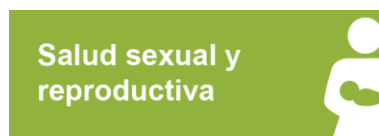
3.1. ¿Qué es Ciudad Mujer?

Ciudad Mujer busca mejorar la calidad de vida de las mujeres salvadoreñas mediante la facilitación de servicios especializados ofrecidos por centros de atención integral conocidos como Centros Ciudad Mujer (CCM). Los pilares del programa de CM son:



El modelo CM avanza en la igualdad de género y representa un enfoque innovador para la prestación de servicios públicos a las mujeres, abordando retos que aún afectan de forma importante el desarrollo del país: la brecha de género en la participación económica, la violencia contra las mujeres y la salud materna.

Los CCM ofrecen en un mismo espacio físico servicios integrados y gratuitos sobre salud sexual y reproductiva, atención a la violencia de género, empoderamiento económico y educación colectiva. Adicionalmente, los centros prestan atención de cuidado infantil para niños hasta 12 años para que las madres puedan utilizar los diferentes servicios mientras que sus hijos reciben cuidado. De esta forma, los servicios se agrupan en los siguientes cinco módulos:



Salud sexual y reproductiva

- Exámenes de mamografía y Papanicolaou (citología vaginal)
- Servicios de salud prenatal y postnatal
- Medicina interna y educación de la salud



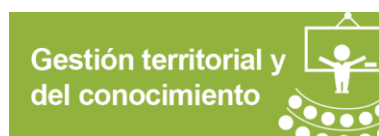
Atención a la violencia de género

- Asistencia psicológica
- Servicios de asesoría jurídica
- Policía, justicia y policía forense



Autonomía económica

- Servicios para el desarrollo empresarial
- Servicios de capacitación de empleo
- Microfinanzas



Gestión territorial y del conocimiento

- Educación comunitaria sobre tópicos de igualdad de género y derechos



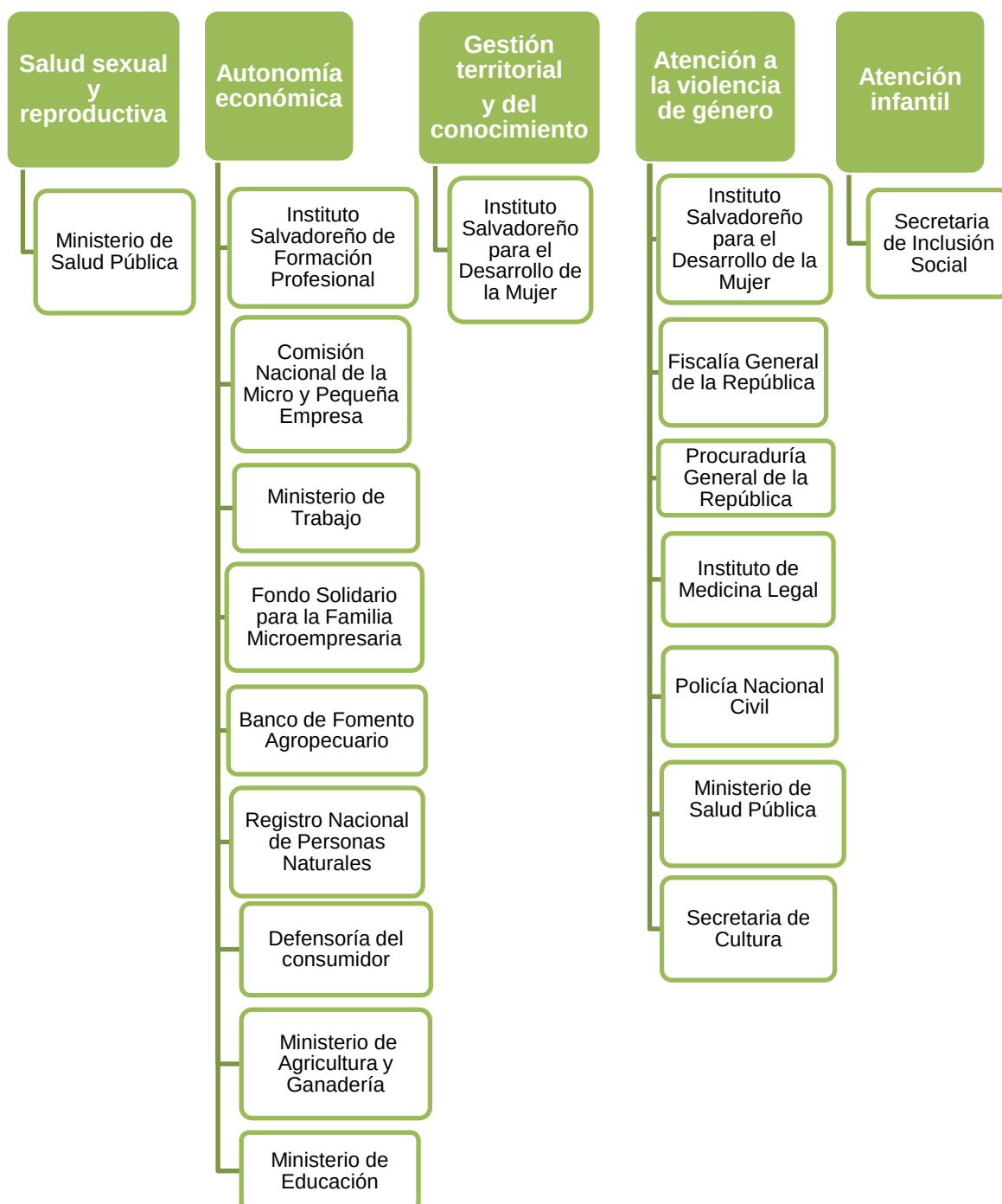
Atención infantil

- Servicios de cuidado infantil durante la utilización de los servicios

Entre las bondades del modelo de provisión de servicios públicos integrados se destacan los siguientes beneficios: i) apoya el mejoramiento de la gestión pública ya que la instalación de las instituciones en un mismo espacio físico promueve la coordinación interinstitucional, mejorando la calidad y la eficacia de la atención, y ii) facilita la reducción de las barreras para acceder a múltiples servicios pues la instalación de las instituciones en un mismo espacio físico facilita un ahorro significativo en términos de tiempo y de costos de viaje.

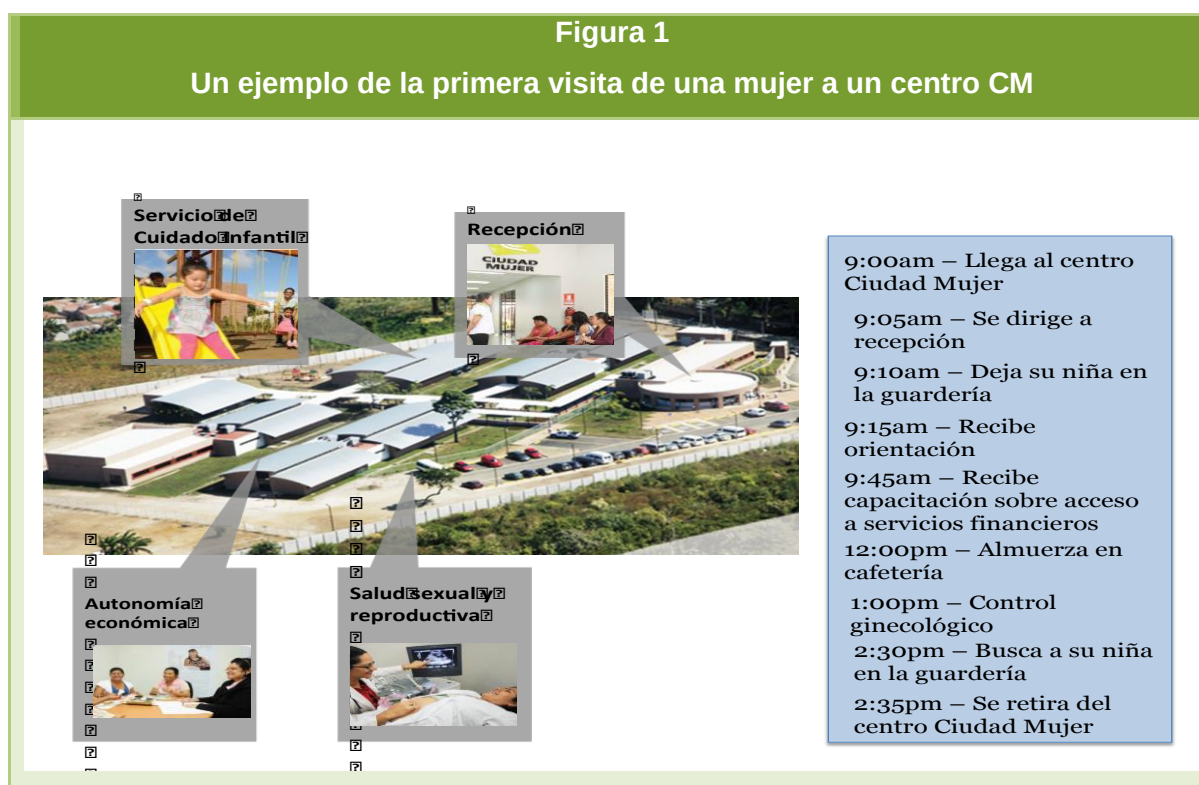
Los CCM operan con funcionarias mujeres que han sido formadas en género y en el enfoque de derechos humanos. Bajo el modelo de CM las mujeres pueden encontrar soluciones de calidad a múltiples problemas en un solo centro, sin tener que visitar diferentes instituciones localizadas en lugares dispersos. Los CCM articulan dentro de una misma infraestructura a 18 instituciones estatales y ofrecen más de 20 servicios que responden a las

necesidades de las mujeres de forma gratuita, accesible y con especial sensibilidad a sus situaciones particulares.



3.2. ¿Cómo funciona este modelo?

Cada uno de estos servicios puede ser la puerta de entrada de las mujeres a los centros CM. La primera instancia de las mujeres es pasar por una oficina de recepción que cumple la función de dirigir a las mujeres a todos los servicios de cada módulo que requiera o necesite. En esta primera instancia, la oficina de recepción abre un expediente para cada mujer donde se registran datos demográficos básicos como su edad, dirección, zona de residencia, nivel educativo, situación de empleo y estado civil. Por ejemplo, una mujer puede acercarse a un centro de CM buscando sólo el servicio de mamografía. Sin embargo, una vez que llega al centro, y tras pasar por la oficina de recepción, la mujer es redirigida a todos servicios adicionales que pueda necesitar. La figura 1 brinda un ejemplo de la ruta que puede realizar una mujer en una primera visita a un centro CM.



3.3. Implementación del modelo de CM

Actualmente existen seis CCM operando en los Departamentos de San Salvador, La Libertad, Santa Ana, San Miguel, Usulután y Morazán. La ubicación de los centros CM fue escogida por el Gobierno en base a tres criterios: i) maximización de la cobertura poblacional del proyecto; ii)

disponibilidad de terrenos o edificios del Estado salvadoreño que pudieran ser transferidos al proyecto CM y iii) facilidad de acceso, mediante transporte público, para las potenciales usuarias de los centros CM. Hasta julio de 2016, CM había recibido más 1.207.000 visitas de usuarias y prestado más de 3.360.000 servicios.⁶

4. Diseño de la evaluación de impacto (IE)

4.1. Objetivo de la evaluación

Como parte de los esfuerzos del gobierno salvadoreño y el BID por analizar la efectividad de sus programas y adaptar su implementación para responder de mejor manera a los objetivos de su política, se diseñó una evaluación de impacto para estudiar los efectos del programa en el corto plazo, es decir, 8-15 meses después de la inauguración de los tres centros CM localizados en las provincias de San Martín, Santa Ana y Usulután.

En el corto plazo la hipótesis inicial para esta evaluación era observar que la provisión de servicios públicos integrados redujesen los costos de transacción, provocando un incremento en la demanda de los mismos por parte de las mujeres. Bajo esta premisa, esta evaluación de impacto buscó cuantificar los cambios en el uso de los servicios públicos de las mujeres ocurridos como resultado de la introducción de los CCM. En particular, la evaluación pretendía medir los cambios en la utilización de servicios públicos de salud reproductiva, empoderamiento económico y atención a la violencia de género, que son atribuibles a la provisión de los CCM, para la población de mujeres de entre 18 y 60 años localizada en el área de influencia de los tres centros estudiados.

4.2. Diseño de evaluación

Un objetivo clave de una evaluación de impacto es la identificación de un grupo de mujeres beneficiarias del programa (grupo de tratamiento) y un grupo de mujeres no beneficiarias (grupo de comparación) que, en promedio, tengan las mismas características antes de que el programa inicie (lo que en la jerga de evaluación de impacto se define como “grupos estadísticamente idénticos en promedio”). De esta forma, una vez iniciado el programa,

⁶ Datos de la Secretaría de Inclusión Social en: <http://www.ciudadmujer.gob.sv/> consultada el 15 de julio de 2016.

cualquier diferencia observada en los resultados entre ambos grupos de mujeres puede ser atribuida a éste.

El programa CM opera bajo una política de "ventana abierta", es decir, toda mujer puede acercarse a los CCM a utilizar sus servicios. Bajo este contexto se cuenta con un grupo de comparación natural pues aquellas mujeres que decidieran acudir a algún CCM muy probablemente serían diferentes a aquellas mujeres que decidieran no ir. Uno de los grandes retos del diseño de la evaluación de impacto de CM fue, por tanto, identificar a un grupo de comparación válido, tal que cualquier diferencia con el grupo de tratamiento fuera resultado de un impacto del programa y no de las características propias de cada grupo.

Para superar este desafío se seleccionó una muestra de mujeres de entre 18 y 60 años de edad en el área de influencia de los tres nuevos centros bajo estudio y se entregaron incentivos aleatorios a un subgrupo de estas mujeres para animarlas a visitar los CCM. Así, utilizando el mensaje de la "Semana de la Salud de la Mujer", a este subgrupo de mujeres seleccionadas al azar se les entregó un vale de promoción que podía ser canjeado por una tarjeta de supermercado de US\$15 una vez que ésta se hubiera realizado un chequeo médico de rutina en el CCM más cercano.

En un experimento ideal se tomaría a dos mujeres idénticas y se buscaría que sólo una de ellas participara en el programa para luego comparar los indicadores de interés entre ambas. Sin embargo, en la realidad no es posible implementar este experimento puesto que no es factible observar a dos mujeres idénticas. Adicionalmente, la decisión de participar de un programa depende de las características de los individuos. En nuestro caso, es posible pensar en un escenario donde las mujeres más proactivas y motivadas resulten ser las que decidan utilizar los servicios que ofrecen los CCM. Bajo este escenario, el grupo de mujeres beneficiarias resultaría ser distinto al grupo de mujeres no beneficiarias y no se contaría con un grupo de comparación válido. Para superar este tipo de situaciones existen técnicas estadísticas que nos permiten estimar el contrafactual. Una de estas técnicas es la entrega aleatoria de incentivos.

La entrega aleatoria de incentivos es una estrategia creativa que permite generar variación exógena (que no depende de las características propias de cada mujer) en el uso del programa. De esta forma, el grupo de mujeres que recibió el incentivo para visitar el CCM

constituye el grupo de tratamiento y el grupo de mujeres que no recibió el incentivo constituye el grupo de comparación puro.

Como análisis de robustez, el diseño de la evaluación contó también con un grupo de comparación placebo: a un subgrupo aleatorio de la muestra de mujeres de la evaluación se le incentivó a que utilizaran un servicio público “tradicional”. Así, con el mismo mensaje de la “Semana de la Salud de la Mujer”, a este subgrupo de mujeres seleccionadas al azar se les entregó un vale de promoción que podía ser canjeado por una tarjeta de supermercado de US\$15 una vez que la mujer se realizara un chequeo médico de rutina en una unidad de salud (US) asignada cercana. La asignación aleatoria de las potenciales mujeres beneficiarias a los grupos de tratamiento y comparación (puro y placebo) asegura que, en promedio, las mujeres de ambos grupos tengan características idénticas.

La información sobre el uso de servicios públicos de las mujeres que conformaron nuestra muestra se recolectó en dos momentos: antes de la inauguración de los CCM (línea de base) y 8-15 meses después de que los mismos estuvieran en funcionamiento (línea de seguimiento). Para cuantificar los cambios en el uso de los servicios públicos de las mujeres ocurridos como resultado de la introducción de los CCM se comparó el uso de los servicios públicos antes y después de la inauguración de los centros entre el grupo de mujeres que visitó los CCM a través del incentivo (grupo tratamiento) y el grupo de mujeres que no visitó los CCM (bien porque no recibió el incentivo - grupo de comparación puro - o bien porque recibió el incentivo para visitar las US tradicionales - grupo de comparación placebo -).

4.3. Construcción de la muestra de evaluación

La evaluación de impacto se focaliza en los tres centros construidos en los municipios de San Martín, Santa Ana y Usulután. El Gobierno estimó que la población de las mujeres localizadas en los 19 municipios próximos a los CCM constituían las potenciales beneficiarias del Programa. La figura 2 y tabla 1 reportan los municipios que constituyen el área de influencia del programa.

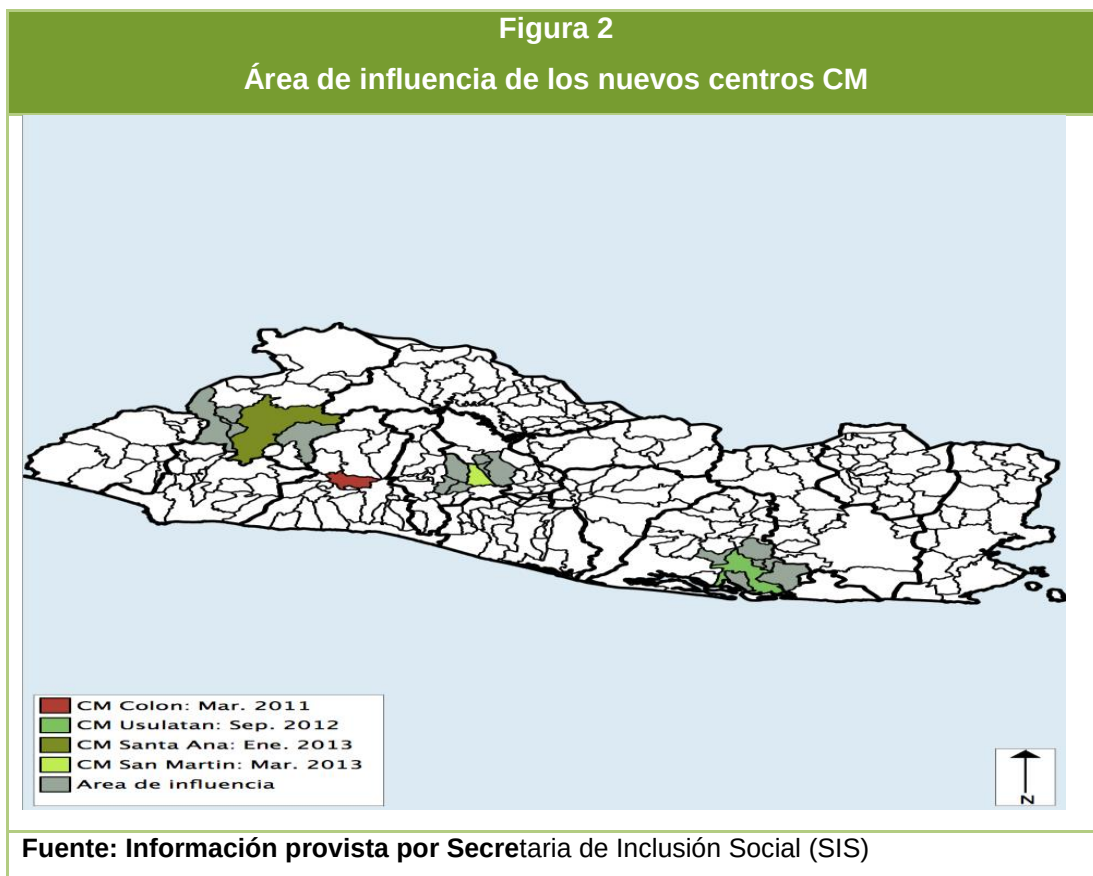


Tabla 1
Área de influencia de los tres nuevos centros CM

Centro Mujer	Provincia	Municipio	Población nivel	Población en %
San Martin	San Salvador	Soyapango	297.183	43,9
		San Martin	139.463	20,6
		Ilopango	155.957	23,0
		Tonacatepeque	48.193	7,1
	Cuscatlán	San Pedro Perulapán	27.572	4,1
		San Bartolomé Perulapán	6.468	1,0
		Oratorio de Concepción	2.582	0,4
	Población total		677.418	100
Población de mujeres (aprox.)		356.999	52,7	
Usulután	Usulután	Ozatlán	12.189	8,5
		Santa María	11.502	8,0
		Santa Elena	16.300	11,4
		Ereguayquín	7.683	5,4

	Concepción Batres	12.401	8,7
	San Dionisio	11.191	7,8
	Usulután	71.636	50,1
	Población Total	142.902	100,0
	Población de Mujeres (aprox.)	75.309	52,7
Santa Ana	San Sebastián Salitrillo	19.311	4,3
	El Provenir	8.235	1,8
	Santa Ana Chalchuapa	92.362	20,7
	Coatepeque	51.360	11,5
	Santa Ana	274.830	61,6
	Población total	446.098	100,0
	Población de mujeres (aprox.)	235.094	52,7

Fuente: Información provista por Secretaria de Inclusión Social (SIS)

La selección de la muestra de mujeres para la evaluación de impacto se realizó en cuatro etapas:

- 1) En primer lugar se seleccionaron 567 de los 2.212 segmentos censales en los 19 municipios que constituyen el área de influencia de Ciudad Mujer, con probabilidad proporcional al tamaño (cantidad de viviendas ocupadas) de cada segmento. Los 567 segmentos seleccionados fueron cartografiados para actualizar sus listados de vivienda.
- 2) Utilizando los listados actualizados, se seleccionaron 20 viviendas ocupadas en cada segmento, con igual probabilidad. Estas viviendas fueron censadas para indagar acerca de las principales características demográficas de cada miembro del hogar.
- 3) A partir de la información recabada en el censo se procedió a la selección de mujeres para constituir la muestra por segmento. Descartando las viviendas no elegibles (aquellas que no contaran con al menos una mujer de entre 18 y 60 años) se seleccionaron hasta 10 viviendas en cada segmento, con probabilidad proporcional a la cantidad de mujeres elegibles en cada vivienda. De las 10 viviendas seleccionadas, ocho formaron parte de la muestra original de ese segmento y dos se mantuvieron como viviendas de remplazo.
- 4) Por último, se seleccionó una mujer en cada vivienda, con probabilidad igual para cada mujer en la vivienda, llegando a sumar un total de 4.618 mujeres.

De esta forma, la muestra de evaluación seleccionada es representativa de la población de mujeres de entre 18 y 60 años que habitan en los 19 municipios que constituyen el área de

influencia de los tres centros CM. Por construcción, la muestra seleccionada permite realizar inferencia estadística a nivel de los 19 municipios en su conjunto.

4.4. Estrategia de promoción

La estrategia de promoción fue desarrollada por un especialista en marketing. En primer lugar, se aplicó una encuesta cualitativa inducida a 100 mujeres (potenciales beneficiarias) localizadas en las áreas de influencia del centro piloto Colón y los tres centros donde se focaliza la evaluación: San Martín, Usulután y Santa Ana. Cabe mencionar que la encuesta se hizo a mujeres que estaban localizadas en los segmentos que no formaban parte del marco muestral de la evaluación. La encuesta levantada tuvo como objetivo evaluar las preferencias de potenciales incentivos promocionales de comunicación, transporte y monetario (entregando vales de supermercado, tarjeta telefónica de recarga para el celular y compra de pollo campero, entre otros). Adicionalmente se realizó un ejercicio cualitativo de observación en los municipios de Usulután, Santa Ana y San Martín para explorar el comportamiento de mujeres con perfil de potenciales beneficiarias en los supermercados, centros de ventas de recargas de teléfono, sorbeterías y unidades de salud. Finalmente se realizaron entrevistas cualitativas conducidas a directores y/o médicos de las Unidades de Salud en los tres municipios mencionados para entender los tipos de servicios de salud generalmente demandados por las mujeres.

Apoyándose en los resultados arrojados por el estudio cualitativo de diagnóstico, el especialista desarrollo la estrategia de promoción, que consistió en la entrega de un cupón de promoción que la mujer podía canjear en la Unidad de Salud o centro CM asignado. Este cupón de promoción podía ser canjeado por un vale de compra de supermercado después de que la mujer pasara por un chequeo médico de rutina en la US o CCM. La estrategia de promoción se puso a prueba en un ejercicio piloto que se desarrolló en una población de potenciales beneficiarias ubicadas en el área de influencia del centro piloto CM Colón. Durante el ejercicio piloto se varió el valor del vale de compra de supermercado con el fin de observar la tasa de uso de los servicios correspondiente a cada alternativa y encontrar la estrategia de promoción más efectiva.

Como paso posterior, la muestra de mujeres de la evaluación de impacto fue asignada de manera aleatoria a los tres grupos, conformando los siguientes grupos de tratamiento y comparación:

- i. Tratamiento: Promoción Ciudad Mujer (PCM)
- ii. Comparación Placebo: Promoción Unidad de Salud (PUS)
- iii. Comparación Puro: Sin promoción (SP)

Se entrenó a un grupo de encuestadoras para realizar la estrategia de promoción durante el levantamiento de la línea de base (LB). Las encuestadoras fueron asignadas mediante sorteo presencial a uno de los tres grupos de promoción (PCM, PUS y SP). Después, se conformaron las brigadas de campo integradas por una encuestadora designada para dar exclusivamente PCM, otra para dar exclusivamente PUS, y otra exclusivamente para SP, de tal forma que cada integrante de la brigada tuvo un rol particular y diferente al resto. Fue conveniente aleatorizar y hacer exclusivo el rol de la encuestadora a un determinado tipo de promoción con el propósito de evitar una posible contaminación de la muestra atribuible a la encuestadora. Es decir, que por algún olvido, equivocación o por observar las condiciones de una determinada mujer, la encuestadora decidiera intercambiar el tipo de intervenciones (PCM, PUS o SP), o que incluso mezclase los mensajes de las promociones por error, de tal forma que se desdibujara la clara diferenciación entre uno y otro tipo de intervención/promoción/control.

Una vez que la encuestadora levantaba los datos de la línea de base entregaba a la mujer seleccionada, según perteneciese al grupo PCM o PUS, el cupón de promoción para canjear en la Unidad de Salud o centro CM asignado. La mujer podía cambiar este cupón de promoción por un vale de compra de supermercado por un valor de US\$15 después de pasar su chequeo médico de rutina en la US o CCM asignado. El cupón de promoción entregado a cada mujer tenía fecha de expiración: la mujer encuestada disponía de un periodo máximo de 30 días para realizar su visita de salud y canjear el cupón.

Se puso especial énfasis en que la promoción entregada a aquellas mujeres incentivadas a visitar un CCM o una US fuera homogénea. Las US seleccionadas ofrecían servicios médicos de rutina similares a los CCM. También se puso especial cuidado a la hora de diseñar una estrategia de promoción efectiva para incentivar a las mujeres a visitar los CCM y las US sin que ésta afectara directamente los indicadores de interés que se querían explorar en la evaluación de impacto. Cabe resaltar que el especialista que diseñó la estrategia de promoción también estuvo a cargo de apoyar su implementación en campo y su supervisión. A continuación se presenta un ejemplo del vale de promoción que se entregaba a la mujer y el vale de supermercado que la mujer podía canjear.

Ejemplo de cupón de promoción Ciudad Mujer

		¡Mes de la salud de la mujer! Una vez pases tu consulta médica, tienes derecho a un CERTIFICADO DE REGALO canjeable en compras de supermercado, con un valor de \$15 Este vale no es transferible y no puede ser usado por otra mujer	
Ciudad Mujer: _____ Nombre: _____ DUI: _____ Fecha Nac.: _____ Firma/Iniciales: _____ Este vale de canje es válido DESDE(día/mes/año) _____ HASTA(día/mes/año) _____ Correlativo: _____ Listado: _____ TRH: _____		Ciudad Mujer: _____ Nombre: _____ DUI: _____ Fecha Nac.: _____ Firma/Inic: _____ Este vale de canje es válido Desde: _____ Hasta: _____ Corr.: _____ List.: _____ TRH: _____	

Vale de supermercado US\$15



4.5. Trabajo de campo de la línea de base y línea de seguimiento

La encuesta de línea de base, que recopila la situación de las mujeres antes de ser beneficiarias del programa, se levantó entre los meses de enero y junio del 2013. El calendario de la estrategia de promoción se coordinó con el calendario del levantamiento de la encuesta en campo para implementar de forma conjunta la estrategia de promoción y la recolección de los datos de la encuesta. En particular, la estrategia de promoción requería que los tres centros de CM estuvieran en funcionamiento para poder incentivar a las mujeres a que se acercaran a los mismos a realizar una visita médica.

El centro CM en Usulután entró en funcionamiento en septiembre del 2012; el de Santa Ana, en enero del 2013 y el de San Martín en marzo del 2013. Así, el levantamiento de información en el área de influencia de los centros de Santa Ana y Usulután se llevó a cabo entre el 21 de enero y el 10 de mayo, y la información en el área de influencia del centro de San Martín, entre el 11 de marzo y el 3 de junio. Se puso mucha atención en desarrollar un calendario de levantamiento de la encuesta de línea de base que fuera económica y operativamente factible además de cercano a las fechas de inauguración de cada uno de los tres centros para evitar que los datos recolectados quedaran contaminados con datos de mujeres que ya fueran beneficiarias. Es decir, se quería conocer la situación de las mujeres de la muestra antes de que éstas fueran beneficiarias del programa.⁷

La encuesta de línea de seguimiento, que recopila la situación de las mujeres después de que se conviertan en potenciales beneficiarias del programa, se levantó entre los meses de febrero y marzo del 2014. Durante el proceso se implementó un protocolo de seguimiento, intentando localizar y encuestar nuevamente a todas las mujeres que respondieron la línea de base, para minimizar la pérdida de muestra.

Para levantar la información referida a violencia de género se siguieron, en ambas rondas, los estándares internacionales de investigación de la OMS que aseguran seguridad, confidencialidad, privacidad y respeto a las entrevistadas.

⁷ La contaminación de la muestra fue muy baja, puesto que solo el 4,1 % de mujeres reportó haber sido usuaria de CM en el momento de levantar la información de línea de base.

5. Datos

5.1. Marco muestral

De la muestra de evaluación original seleccionada de 4.618 mujeres, se obtuvieron 4.062 boletas completas o que sólo rechazaron responder la sección de violencia (0,59 % de 4.062 mujeres). La muestra que se perdió en línea de base se debió principalmente a problemas de alta inseguridad en la zona: 503 mujeres se encontraban localizadas en zonas de San Martín dominadas por grupos ilícitos que ponían en peligro la entrada a las comunidades de las brigadas de campo. Frente a este hecho, se planteó la selección de una submuestra aleatoria de 150 mujeres (repartidas equitativamente en cada grupo: 50 del grupo tratamiento, 50 del grupo comparación puro y 50 del grupo comparación placebo) a las cuales se las citó telefónicamente para realizarles la encuesta en centros comerciales cercanos a sus comunidades. De la submuestra, se logró recuperar a 112 mujeres, las cuales fueron ponderadas (se ajustaron los factores de ponderación acorde al ejercicio realizado) y contribuyeron a cubrir la pérdida de muestra del área de San Martín.

Tabla 2

	N
Muestra seleccionada original	4.618
Muestra alcanzada línea de base	4.062
Desgaste de muestra línea de seguimiento	216

Fuente: Encuestas de Evaluación de Impacto Ciudad Mujer

El desgaste de muestra entre el levantamiento de la línea de base y la línea de seguimiento (tabla 2) fue muy bajo (5 %). En la línea de seguimiento no fue posible entrevistar a 216 mujeres que habían respondido la encuesta de línea de base porque, en su mayor parte, migraron fuera del país, fallecieron o estaban privadas de su libertad (tabla 3).

Tabla 3

	Total	CM	SP	US
N	216	57	71	88
Razones de desgaste línea de seguimiento				
1. Falleció, Mudanza, Migración, Cárcel	51 %	56 %	61 %	41 %
2. Rehusó	41 %	40 %	35 %	47 %
3. Otros	7 %	4 %	4 %	13 %

Fuente: Encuesta de seguimiento evaluación de impacto Ciudad Mujer

Cabe destacar que la muestra que se perdió en línea de base fue equilibrada entre el grupo de tratamiento (CM) y los de comparación (US y SP). Existe un pequeño desequilibrio entre el grupo de tratamiento (CM) y comparación puro (SP) en el desgaste de muestra que se experimentó en la línea de seguimiento. Sin embargo, éste no resulta ser un problema para la identificación de los impactos debido a que la magnitud del mismo es muy pequeño (tabla 4). Adicionalmente, debemos precisar que el diseño de la evaluación cuenta con dos grupos de comparación para mayor robustez de los análisis.

Tabla 4

	Media			Diferencia media		
	CM	US	SP	CM-US	CM-SP	US-SP
Boletas completas línea de base	0,2 [0,008]	0,12 [0,008]	0,12 [0,008]	0,00 [0,012]	-0,001 [0,012]	0,00 [0,012]
Desgaste muestra línea de seguimiento	0,04 [0,005]	0,05 [0,006]	0,06 [0,007]	-0,01 [0,008]	-0,02 *** [0,009]	-0,01 [0,009]

Fuente: Encuestas evaluación de impacto Ciudad Mujer

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%

5.2. Análisis de balance e identificación de impactos

Con los datos recolectados en la línea de base, se exploró si en promedio las características del grupo de tratamiento (promoción CM) y comparación (promoción Unidad de Salud y sin promoción) resultaron ser similares tras la aleatorización. La falta de balance puede ocurrir por

azar aun cuando la asignación aleatoria de las mujeres a los grupos de tratamiento y comparación haya sido realizada correctamente. Es altamente probable que al comparar un extenso número de diferentes variables se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento y comparación en al menos una ellas. Se espera que en promedio una de cada 10 variables que se comparen entre los dos grupos pueda resultar desequilibrada a un nivel de significancia del 90 % (Glennerster and Takavarasha 2013). Nuestro análisis explora el balance de un total de 37 variables demográficas y socio-económicas y 42 indicadores de salud, mercado laboral y violencia. Las tablas 8 y 9 reportan el número de variables cuyas medias resultaron ser estadísticamente distintas entre el grupo de tratamiento y comparación a un nivel de significancia del 90 %. El análisis realizado arroja un nivel de desequilibrio entre grupos levemente superior al esperado.

Tabla 5
Variables sociodemográficas y socioeconómicas desbalanceadas
(Total variables = 37)

Diferencias entre grupos de promoción	Desbalance de un nivel de significancia del 90%	
	# de variables	% sobre el total de variables
CM vs. US	5	13,5 %
CM vs. SP	16	43,2 %

Nota: Diferencias entre grupos considerando efecto fijo por encuestadora y *cluster* a nivel comunidad. Fuente: Encuesta de línea de base la evaluación de impacto Ciudad Mujer.

Tabla 6
Variables de salud, mercado laboral y violencia desbalanceadas
(total variables = 42)

Diferencias entre grupos de promoción	Desbalance de un nivel de significancia del 90%	
	# de variables	% sobre el total de variables
CM vs. US	7	16,7 %
CM vs. SP	5	11,9 %

Nota: Diferencias entre grupo considerando efecto fijo por encuestadora y *cluster* a nivel comunidad Fuente: Encuesta de línea de base evaluación de impacto Ciudad Mujer.

Estas diferencias no se consideran un problema mayor debido a que la estrategia de estimación que se utiliza para estimar los impactos controla por las diferencias en características entre los grupos tratamiento y comparación que no cambian en el tiempo. Además, la estrategia de estimación explota tanto la variación temporal (encuesta de línea de base en momento t0 y encuesta de seguimiento en momento t1) como la variación en la promoción asignada (algunas mujeres reciben promoción y otras no). Para ello se utiliza el método de Diferencias en diferencias, el cual mide el cambio en el tiempo en el indicador de interés del grupo de tratamiento en relación con el cambio en el tiempo en el indicador de interés del grupo de comparación. Este método de estimación resuelve la existencia del problema de diferencias inobservables entre el grupo de tratamiento y comparación siempre y cuando, en ausencia del Programa, estas diferencias tengan un efecto similar en el indicador de interés a través del tiempo.

Por otra parte, CM es un programa abierto a la participación de todas las mujeres puesto que aquellas mujeres que desean participar en éste pueden hacerlo libremente. Por lo tanto aquellas mujeres que deciden participar del programa pueden resultar muy diferentes de aquellas que eligen no participar, lo cual a su vez puede llevar a una estimación sesgada del efecto causal de interés. Es por ello que la estrategia de estimación utiliza el método de variables instrumentales para estimar el efecto causal que el programa CM tiene en dichas variables de interés y emplea la estrategia exógena de promoción como instrumento de la participación en el programa CM. Las ecuaciones (1) y (2) especifican analíticamente la estrategia de estimación a utilizar.

(1)	$\text{Visitó Ciudad Mujer}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Promoción Ciudad Mujer}_{it} + \partial_t + \vartheta_i + \mu_{it}$
(2)	$y_{it} = \delta_0 + \delta_1 \widehat{\text{Visitó Ciudad Mujer}_{it}} + \pi_t + \rho_i + \theta_{it}$

Donde y_{it} denota el indicador de interés para la mujer i en el periodo t ; ∂_t y π_t denotan efectos fijos de tiempo que controlan la existencia de *shocks* que pueden haber afectado a todas las mujeres a través del tiempo; ϑ_i y ρ_i denotan efectos fijos individuales que capturan las características inobservables de las mujeres que están fijas en el tiempo; $\text{Promoción Ciudad Mujer}_{it}$ captura la asignación de la promoción en el momento t0; μ_{it} y θ_{it} denotan los errores aleatorios idiosincráticos. Los errores estándares se clusterizaron a nivel de UPM. La metodología que se presenta implica la estimación del impacto en dos etapas. En la

primera etapa, la ecuación (1) presenta la estimación de la probabilidad que cada mujer tiene de visitar un centro CM en función de la promoción ofrecida. La asistencia efectiva a los CCM se obtiene de fuentes administrativas de los centros. En la segunda etapa, la ecuación (2) presenta la estimación del impacto de hacer uso de los servicios ofrecidos en los CCM. De esta forma, el coeficiente δ_1 de la ecuación (2) constituye el parámetro principal y representa el impacto causal que el programa tiene en los indicadores de interés.⁸

6. Resultados de impacto

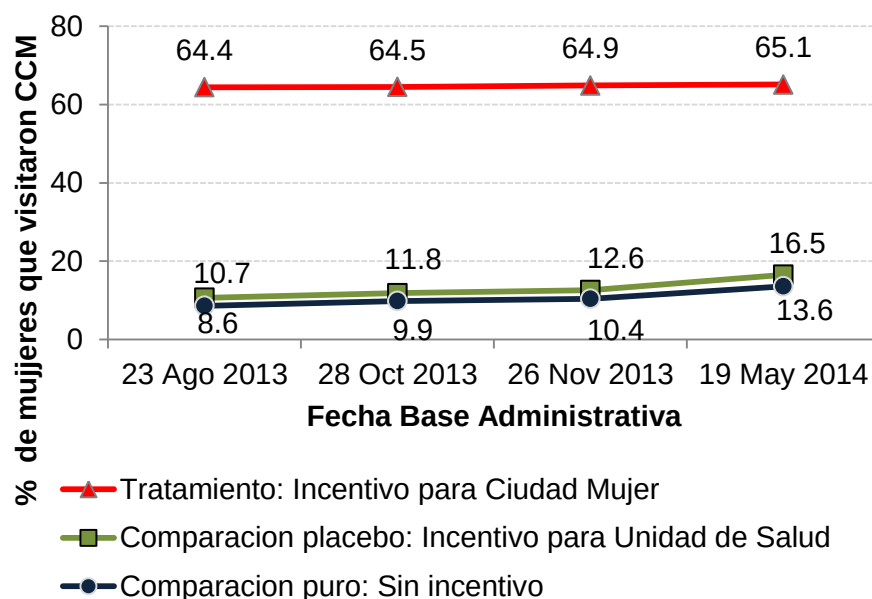
6.1. Promoción efectiva

La provisión del incentivo resultó exitosa para motivar la visita de las mujeres a los CCM. Utilizando datos administrativos de los tres centros bajo estudio se observa un diferencial superior al 50 % en el uso de los CCM entre el grupo tratamiento y los grupos de comparación puro y placebo, después de 8-15 meses de haber entregado el incentivo. Es decir que mientras 65 % de las mujeres que recibieron el incentivo visitaron los centros, el 14 % y 16 % de las mujeres que no recibieron incentivo o fueron incentivadas a las US respectivamente visitaron los CCM (figura 3). Esta variación exógena (independiente de las características de las mujeres) en la participación a los CCM permite identificar correctamente los impactos del programa.

Por otra parte, los datos administrativos también señalan que las mujeres que visitaron los CCM realizaron tres visitas en promedio sugiriendo que, más allá de la primera visita que algunas mujeres pudieron haber realizado gracias al incentivo, las mujeres tienden a realizar visitas subsecuentes para continuar utilizando los servicios de los CCM.

⁸ En el momento t_0 , la variable $Promocion\ CM_{it}$ es cero para todas las mujeres, mientras que en el momento t_1 toma valor 1 para aquellas mujeres que recibieron la promoción correspondiente en t_0 y cero en caso contrario.

Figura 3
Evolución de la tasa de asistencia a los CCM por grupo



Fuente: Encuesta de línea de base de la evaluación de impacto Ciudad Mujer y base administrativa de centros Ciudad Mujer hasta mayo del 2014

6.2. Impactos en las variables de interés

Para cada variable de interés presentamos los resultados estimados en el modelo de Diferencias en diferencias con variables instrumentales descrito en detalle en la sección 5.2. considerando sólo al grupo de comparación puro. Los impactos estimados se presentan en forma gráfica. En el apéndice presentamos los análisis de regresiones considerando tanto al grupo de comparación puro como al de comparación placebo. Adicionalmente mostramos otros análisis de robustez como estimaciones de intención al tratamiento y la aplicación de la técnica de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. Cabe resaltar que todos los análisis realizados validan y refuerzan los resultados que se presentan en esta sección en base al grupo de comparación puro.

6.2.1. Utilización de servicios públicos

Para cuantificar el impacto en el uso de servicios públicos construimos un índice considerando

20 servicios públicos especializados en salud sexual y reproductiva, empoderamiento económico y atención de violencia de género. El cuadro a continuación describe la construcción del índice y la tabla 7 especifica los servicios públicos considerados.

El índice expresa la proporción de servicios públicos utilizados por cada mujer en un periodo de referencia de 12 meses. Éste se construye dividiendo el total de servicios utilizados por cada mujer entre el total de servicios disponibles. Analíticamente, esta idea se expresa como:

$$Indice_i = \frac{1}{N} \sum_{j=1}^N s_{ji}$$

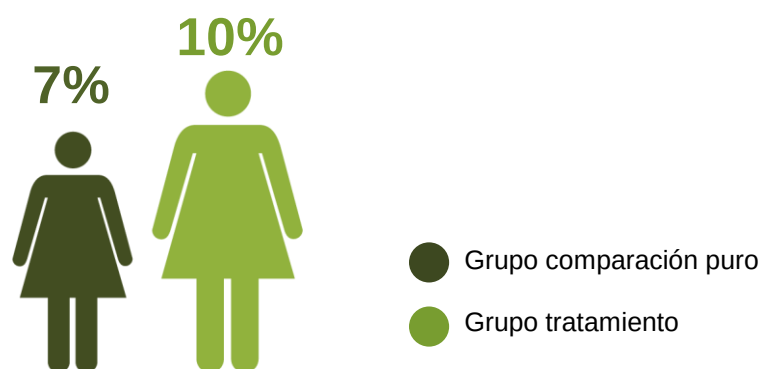
donde N denota el total de servicios públicos disponibles; s_i corresponde al servicio j utilizado por la mujer i , el cual toma el valor de uno si la mujer utilizó dicho servicio en el periodo de referencia y cero en caso contrario.

Tabla 7
Servicios públicos considerados en la construcción del índice
Periodo de referencia de los servicios: últimos 12 meses

 Salud sexual y reproductiva • Control prenatal en el último/actual embarazo • Control odontológico durante último/actual embarazo • Control postnatal después del último parto • Mamografía (mujeres > de 40 años) • Citología/Papanicolaou	 Servicios de apoyo a la violencia de género Servicios legales para enfrentar la violencia económica • Reconocimiento de paternidad sobre sus hijos • Cuotas alimentarias • Legalización de propiedades/bienes • Partida de nacimiento de la mujer
 Salud sexual y reproductiva • Capacitación laboral • Inscripción a bolsa de empleo, ayuda para preparar CV o ayuda para entrevista de empleo • Orientación para empezar o expandir su negocio • Apoyo monetario/crédito para abrir o expandir negocio • Tramitación y obtención del DUI	Servicios psicológicos, médicos y legales para mujeres sobrevivientes • Apoyo emocional • Apoyo legal • Medidas de protección • Atención médica • Apoyo transporte • Apoyo para poner una denuncia

Los CCM facilitan la oferta de servicios reduciendo el costo monetario y el tiempo necesario para que las mujeres hagan uso de múltiples servicios. Los resultados de la evaluación arrojan que en los últimos 12 meses, las mujeres que asistieron a los CCM realizaron una mayor utilización de servicios públicos especializados en salud sexual y reproductiva, empoderamiento económico y apoyo a la violencia de género (figura 4 y tabla A1 en el apéndice). En promedio, las mujeres que asistieron a los CCM (grupo tratamiento) utilizaron un 10 % de estos servicios, lo cual representa un 43 % más de servicios públicos utilizados en relación con las mujeres que no asistieron a los CCM (el grupo comparación utiliza un 7 % de estos servicios).

Figura 4
Proporción de servicios públicos utilizados en los últimos 12 meses



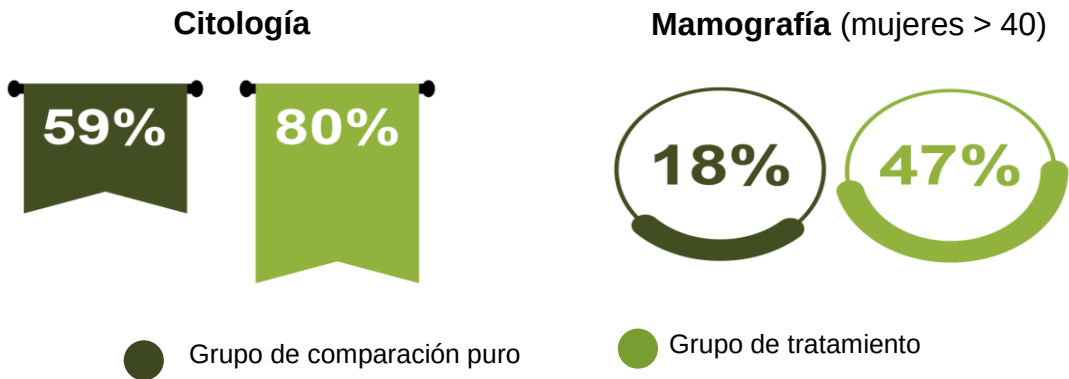
Nota: La diferencia entre el grupo de tratamiento y comparación es estadísticamente significativa al 1 %.

6.2.2. Tipo de servicios utilizados

Los CCM intensifican el uso de servicios públicos especializados. En relación con los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva se observa que las mujeres que asistieron a los CCM tienen una mayor probabilidad de haber realizado un examen de citología/Papanicolaou o una mamografía en los últimos 12 meses (figura 5 y tablas A2 y A3 en apéndice). Los servicios de citología/Papanicolaou fueron utilizados un 36 % más por las mujeres que se acercaron a los CCM, en relación con el grupo de comparación (80 % vs. 59 % respectivamente). Por otra parte, el aumento de los servicios de mamografía fue de un 162 % entre el grupo de tratamiento y comparación (47 % vs. 18 % respectivamente). Adicionalmente,

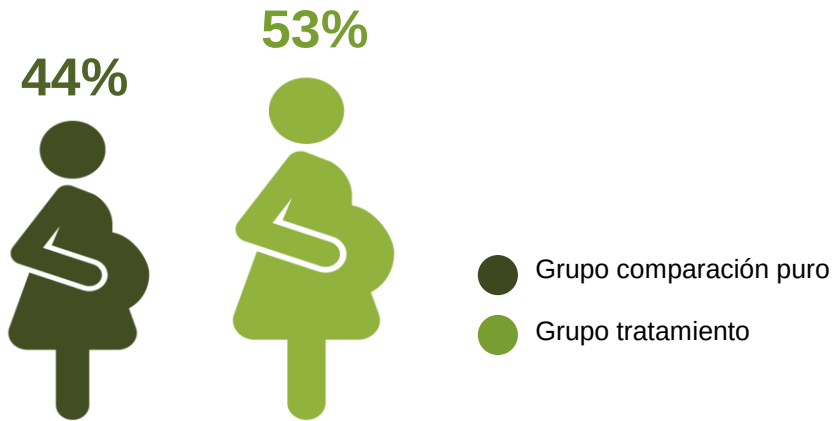
CM fortalece la oferta de servicios especializados con calidad, pues mientras que 44 % de las mujeres del grupo comparación reporta haber recibido información sobre su salud reproductiva en los últimos 12 meses, la proporción aumenta nueve puntos porcentuales (hasta el 53 %) en el grupo tratamiento (figura 6 y tabla A4 en el apéndice).

Figura 5
Servicios utilizados en los últimos 12 meses referentes a salud sexual y reproductiva



Nota: Diferencia entre el grupo de tratamiento y comparación estadísticamente significativa al 1 %.

Figura 6
Recibió información sobre su salud reproductiva en los últimos 12 meses

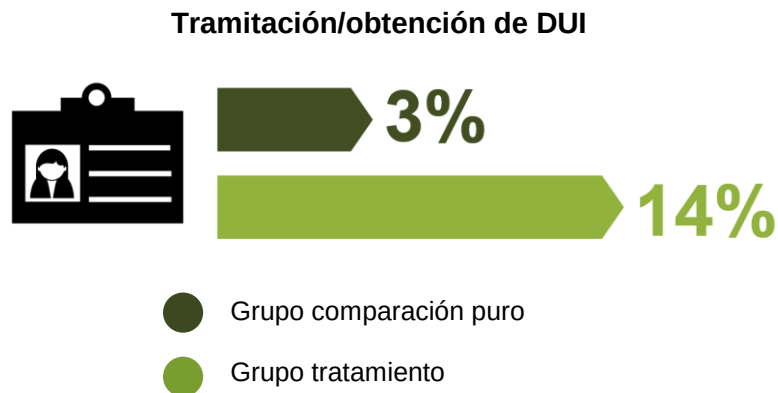


Nota: Diferencia entre el grupo de tratamiento y comparación estadísticamente significativa al 10%.

Es importante resaltar que el diseño y el tamaño de la muestra de esta evaluación no permitió realizar inferencias estadísticas en la población de mujeres embarazadas o mujeres que hayan dado luz dentro del periodo de referencia considerado para el uso de los servicios públicos (últimos 12 meses).

En relación con los servicios relacionados con el empoderamiento económico, las mujeres que asistieron a los CCM cuentan con una mayor probabilidad de haber tramitado y obtenido su DUI (figura 7 y tabla A5 en el apéndice). Este servicio fue utilizado casi cinco veces más por las mujeres que se acercaron a los CCM respecto al grupo de comparación (14 % vs. 3 %). Y este es un tema más importante de lo que a primera vista pueda parecer, ya que carecer de él es una barrera insalvable para cosas tan básicas como tener una cuenta bancaria, acceso a crédito, registro de bienes, solicitud de ayudas estatales.

Figura 7
Servicios utilizados relacionados con el empoderamiento
económico en los últimos 12 meses

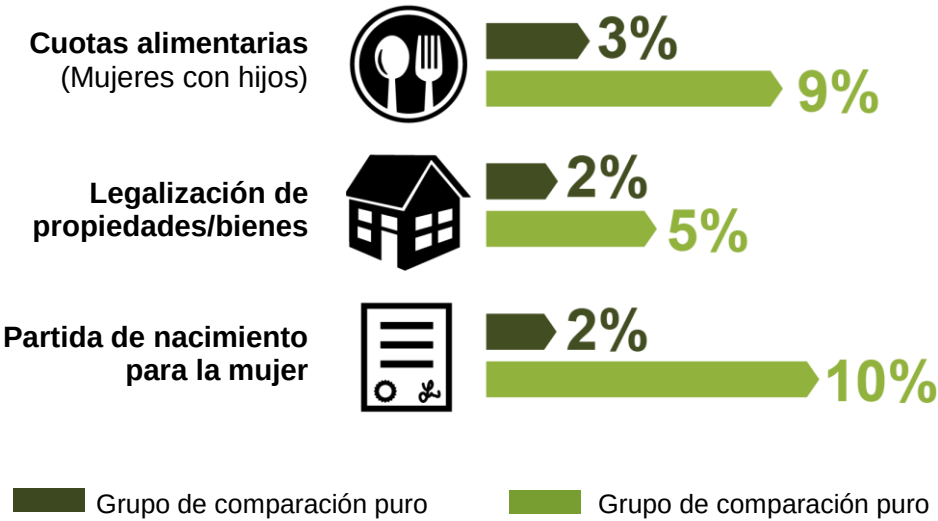


Nota: La diferencia entre el grupo de tratamiento y comparación es estadísticamente significativa al 1%.

El programa no indica estar generando en el corto plazo un mayor uso de servicios referentes a intermediación laboral, formación laboral, apoyo al emprendimiento empresarial y acceso a microcrédito (tablas A6 a A9 en apéndice).

En relación con los servicios relacionados con el apoyo a la violencia de género, las mujeres que asistieron a los CCM cuentan con una mayor probabilidad de haber realizado procesos legales de obtención de cuotas alimentarias para sus hijos, legalización de propiedades/bienes y obtención de su partida de nacimiento (figura 8 y tablas A10-A12 en apéndice). La utilización de los servicios legales de obtención de cuotas alimentarias y legalización de propiedades fue casi tres veces superior para aquellas mujeres del grupo tratamiento con respecto al de comparación (9 % vs. 3 % y 5 % vs. 2 % respectivamente). El servicio legal de obtención de la partida de nacimiento para la mujer fue utilizado cinco veces más por las mujeres que se acercaron a los CCM en relación con el grupo de comparación (10 % vs. 2 % respectivamente).

Figura 8
Servicios relacionados con el apoyo a la violencia de género utilizados en los últimos 12 meses: procesos legales



Nota: Las diferencias entre el grupo de tratamiento y comparación son estadísticamente significativas al 1%.

El programa no indica estar generando en el corto plazo un mayor uso, por parte de mujeres sobrevivientes, de servicios relacionados con atención psicológica o médica, intervención policial y ejercicio de acción penal (tablas A13-A19 en apéndice).

6.2.3. Nivel de satisfacción con la vida

Ciudad Mujer tiene efectos sobre el estado de ánimo de las usuarias. Mientras que 85% de las mujeres que no visitaron los CCM reporta encontrarse satisfecha con su vida en general, esta proporción aumenta 10% (93%) para aquellas que visitan los centros (figura 9 y tabla A20 en apéndice).

Figura 9
Grado de satisfacción con su vida en términos generales



Nota: La diferencia entre el grupo de tratamiento y comparación es estadísticamente significativa al 1 %.

7. Ejercicio de focalización efectiva

La primera instancia de las mujeres cuando llegan a los centros CM es pasar por una oficina de recepción que cumple con la función de redirigir a las mujeres hacia todos los servicios que requieran o necesiten (ver en detalle el funcionamiento de los CCM en la sección 3.2). El objetivo de este análisis es explorar el nivel de focalización de los servicios a los cuales las mujeres son orientadas en su primera visita a los CCM. El análisis resulta relevante para entender cómo la oficina de recepción referencia a las mujeres usuarias a los distintos servicios que se ofrecen en los CCM.

Para realizar este análisis se combinaron datos de línea de base con datos administrativos de los centros de CM que capturan la asistencia de las mujeres de la muestra a los centros. Utilizando los datos de la línea de base es posible identificar a aquellas mujeres que reportan haber experimentado algún tipo de violencia doméstica (física, sexual, patrimonial o emocional) en los últimos 12 meses; a las mujeres que reportan no estar ocupadas y que dicen haber solicitado ayuda para conseguir empleo o para intentar establecer su propia empresa o negocio en alguna institución en los últimos 12 meses, y a las mujeres que son potenciales usuarias de los servicios de salud en los centros CM (mujeres embarazadas que no han realizado controles prenatales o controles odontológicos, mujeres mayores a 40 años que nunca se han realizado una mamografía y mujeres que no se han realizado una citología/Papanicolaou en últimos 12 meses). Por otra parte, utilizando los datos administrativos de los centros de CM es posible identificar a qué servicios fueron derivadas las mujeres después de recibir la orientación en su primera visita a los centros CM. La base administrativa utilizada abarca hasta el periodo del 19 de mayo del 2014.

La tabla 8 muestra el análisis de focalización para los servicios de salud. En la primera fila vemos que del total de las mujeres de la línea de base que fueron efectivamente promocionadas (columna iv), un 31 % ha visitado algún Centro Ciudad Mujer; de estas mujeres un 74 % reportó en la línea de base alguna necesidad en servicios de salud. Ahora, del total de mujeres efectivamente promocionadas, que han visitado Ciudad Mujer y que son potenciales usuarias de los servicios de salud, un 69,5 % han sido efectivamente focalizadas a dichos servicios en sus visitas de orientación. Al explorar estos números por grupo de promoción efectiva, observamos que aquellas mujeres promocionadas a Ciudad Mujer reciben una mejor

focalización (79,5 %) que aquellas promocionadas a Unidad de Salud (50,3 %) y estas últimas mejor que aquellas que no reciben promoción de ningún tipo (45,4 %).

Este hecho puede deberse a que el primer grupo fue incentivado a recurrir específicamente a los servicios de salud de CM, lo que puede haber influido en la orientación que recibieron, al igual que aquellas mujeres promocionadas a Unidades de Salud. Es por esto que se presenta la quinta columna de la tabla, que corresponde al total sin las promocionadas a Ciudad Mujer, lo que nos muestra una disminución en la focalización efectiva a servicios de salud hasta un 48 %. Esta columna nos sugiere el nivel de focalización que están recibiendo las beneficiarias de CM. Es decir, aquellas mujeres que se acercan por elección propia a utilizar los servicios de CM sin recibir ningún tipo de incentivo.

En la sexta fila (fila A.2) es posible observar el ejercicio inverso, es decir las mujeres efectivamente promocionadas, que visitaron Ciudad Mujer, pero que no reportaron en la línea de base alguna necesidad en salud. Para el grupo promocionado a Ciudad Mujer, la orientación hacia estos servicios (a pesar de no haber declarado necesidad alguna de recibirlos) es el doble a la de los otros grupos de promoción y supera el 82 %. Al excluir a las mujeres promocionadas a CM, dicha focalización es de aproximadamente un 50 %.

Este análisis sugiere que, si bien la focalización de los servicios de orientación hacia los servicios de salud es buena, existe un gran espacio de mejora. Lo deseable es que la tercera fila (fila a1.1) muestre una focalización cercana al 100 %, es decir, que toda mujer que necesite algún servicio de salud sea orientada hacia dicho servicio, mientras que la sexta fila (fila a2.1) debería estar cercana a cero, es decir, que aquellas mujeres que no tengan la necesidad de recibir servicios de salud, no sean orientadas a dichos servicios.

La tabla 9 muestra el análisis de focalización para los servicios de violencia. Del total de las mujeres de la línea de base sin las promocionadas a CM (columna v), un 15 % ha visitado algún Centro Ciudad Mujer. De estas mujeres un 10 % reportó en la línea de base haber experimentado algún tipo de violencia doméstica (física, sexual, patrimonial o emocional) en los últimos 12 meses. Sin embargo, de este grupo de mujeres, únicamente el 32,5 % fue focalizada a utilizar los servicios de violencia durante su visita de orientación. Por tanto, debemos decir que, en lo que se refiere a violencia de género, existe un gran margen de mejora en la focalización realizada durante la primera visita.

La tabla 10 muestra el análisis de focalización para los servicios de autonomía económica. Del total de mujeres de la línea de base sin las promocionadas a CM (columna v), un 15 % ha visitado algún Centro Ciudad Mujer y de estas mujeres un 10 % reportó en la línea de base alguna necesidad relacionada con los servicios ofrecidos en el módulo de autonomía económica. Sobre este grupo de mujeres, un 70 % ha sido efectivamente focalizado a utilizar los servicios de ese módulo en su visita de orientación.

Los resultados de este ejercicio muestran que, si bien la estrategia de focalización se dirige en la dirección correcta, deben aplicarse algunos ajustes con el fin de llegar a la mayoría de las mujeres que requieren los servicios prestados por los CCM, especialmente aquellos relacionados con el apoyo a la violencia de género.

Tabla 8
Focalización de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSR)

	CM (i)	US (ii)	SP (iii)	Total (iv)	Total sin CM (v)	Total N (vi)
Panel A: Asistió a CM	64,0	16,3	13,2	31,1	14,7	1.221
A1. Mujeres que reportan alguna necesidad en servicios de salud en línea de base* (LB) (A1/panel A)	73,4	73,5	74,7	73,6	74,0	899
a1.1 Mujeres orientadas al módulo de SSR (a1.1/A1)	79,5	50,3	45,4	69,5	48,1	625
a1.2 Mujeres no orientadas al módulo de SSR (a1.2/A1)	20,5	49,7	54,6	30,5	51,9	274
A2. Mujeres que NO reportan alguna necesidad en salud en LB (A2/panel A)	26,6	26,5	25,3	26,4	26,0	322
a2.1 Mujeres orientadas al módulo de SSR (a2.1/A2)	82,9	57,1	40,9	72,7	50,0	234
a2.2 Mujeres no orientadas al módulo de SSR (a2.2/A2)	17,1	42,9	59,1	27,3	50,0	88
Panel B: No Asistió a CM	36,0	83,7	86,8	68,9	85,3	2.700
B1. Mujeres que reportan alguna necesidad en servicios de salud en LB* (B1/panel B)	73,2	73,2	71,7	72,6	72,4	1.959
Total N	1.306	1.298	1.317	3.921	2.615	3.921

* Nota: Muestra de mujeres embarazadas que no han realizado controles prenatales o controles odontológicos, mujeres mayores de 40 años que nunca se han realizado una mamografía, mujeres que no se han realizado una citología/Papanicolaou en últimos 12 meses. Fuente: Encuesta de línea de base de la evaluación de impacto Ciudad Mujer y base administrativa de los Centros Ciudad Mujer hasta mayo de 2014.

Tabla 9
Focalización de servicios relacionados con la violencia de género
Mujeres que reportan haber sufrido algún hecho de violencia en los últimos 12 meses

	CM (i)	US (ii)	SP (iii)	Total (iv)	Total sin CM (v)	Total N (vi)
Panel A: Asistió a CM	64,0	16,3	13,2	31,1	14,7	1.221
A1. Mujeres que reportan ser víctimas en LB* (A1/panel A)	7,1	10,4	10,3	8,1	10,4	99
a1.1 Mujeres orientadas al módulo de apoyo a la violencia de género (AVG) (a1.1/A1)	16,9	27,3	38,9	23,2	32,5	23
a1.2 Mujeres no orientadas al módulo de AVG (a1.2/A1)	83,1	72,7	61,1	76,8	67,5	76
A2. Mujeres que NO reportan ser víctimas en LB (A2/panel A)	92,9	89,6	89,7	91,9	89,6	1.122
a2.1 Mujeres orientadas al módulo de AVG (a2.1/A2)	6,4	13,2	12,2	8,4	12,8	94
a2.2 Mujeres no orientadas al módulo de AVG (a2.2/A2)	93,6	86,8	87,8	91,6	87,2	1.028
Panel B: No Asistió a CM	36,0	83,7	86,8	68,9	85,3	2.700
B1. Mujeres que reportan ser víctimas en LB (B1/panel B)	5,1	6,0	8,7	7,0	7,4	188
Total N	1.306	1.298	1.317	3.921	2.615	3.921

* Nota: Muestra de mujeres que ha sufrido violencia de género (física, sexual, patrimonial o emocional) en últimos 12 meses. Fuente: Encuesta de línea de base de la evaluación de impacto Ciudad Mujer y base de datos administrativa de los Centros Ciudad Mujer hasta mayo de 2014.

Tabla 10
Focalización de servicios relacionados con el empoderamiento económico

	CM (i)	US (ii)	SP (iii)	Total (iv)	Total sin CM (v)	Total N (vi)
Panel A: Asistió a CM	64,0	16,3	13,2	31,1	14,7	1.221
A1. Mujeres desempleadas en LB* (A1/panel A)	7,2	9,5	11,5	8,2	10,4	100
a1.1 Mujeres orientadas al módulo de empoderamiento económico (EE) (a1.1/A1)	45,0	75,0	65,0	55,0	70,0	55
a1.2 Mujeres no orientadas al módulo de EE (a1.2/A1)	55,0	25,0	35,0	45,0	30,0	45
A2. Mujeres que NO son desempleadas en LB (A2/panel A)	92,8	90,5	88,5	91,8	89,6	1.121
a2.1 Mujeres orientadas al módulo de EE (a2.1/A2)	14,0	28,3	40,9	20,2	33,9	226
a2.1 Mujeres no orientadas al módulo de EE (a2.2/A2)	86,0	71,7	59,1	79,8	66,1	895
Panel B: No Asistió a CM	36,0	83,7	86,8	68,9	85,3	2.700
B1. Mujeres desempleadas en LB (B1/panel B)	5,5	6,7	6,6	6,4	6,6	174
Total						
N	1.306	1.298	1.317	3.921	2.615	3.921

* Nota: Muestra de mujeres inactivas o desocupadas que buscaron algún tipo de ayuda en los últimos 12 meses. Fuente: Encuesta de línea de base de la evaluación de impacto de Ciudad Mujer y base de datos administrativa de los Centros Ciudad Mujer hasta mayo de 2014.

8. Conclusión

Esta evaluación constituye la primera evaluación rigurosa en ALC y el resto del mundo de un programa que integra servicios especializados en salud sexual y reproductiva, empoderamiento económico y apoyo a la violencia de género para las mujeres. Sus hallazgos aportan información valiosa para el proceso de aprendizaje continuo y mejora constante del modelo.

Los resultados de la evaluación a corto plazo muestran que el modelo integral de servicios de CM es una herramienta efectiva para la facilitación de servicios especializados a las mujeres, puesto que reduce las barreras para acceder a múltiples servicios. No obstante, como todo programa público, presenta algunas áreas de oportunidad para fortalecer su operatividad. La evaluación de impacto de corto plazo arroja como principales desafíos:

- Incorporar acciones complementarias para mejorar la eficacia del módulo de autonomía económica. La evaluación no detecta, en el corto plazo, un mayor uso de algunos servicios relacionados como la intermediación laboral, la formación laboral, el apoyo al emprendimiento empresarial y acceso al microcrédito.⁹ La SIS se encuentra redefiniendo la estrategia para el módulo de autonomía económica con el fin de brindar una respuesta más efectiva a las necesidades de empleo que demandan y requieren las usuarias de estos servicios, mediante el fortalecimiento de la participación del sector privado, la orientación laboral y seguimiento de las usuarias, y el desarrollo de una oferta de capacitación laboral y en competencias transversales más orientada a la demanda en los territorios.
- Incorporar acciones complementarias para incrementar la demanda de servicios relacionados con la atención a la violencia de género como la atención psicológica, la intervención policial y el ejercicio de la acción penal. La evaluación no detecta, en el corto plazo, un mayor uso de estos servicios. Es importante recalcar que los CCM hacen un buen trabajo a la hora de identificar a un porcentaje importante de mujeres sobrevivientes de este tipo de violencia. Un 32 % de mujeres que se acercaron a los CCM y reportaron en línea de base ser supervivientes de violencia de género en los

⁹ Estos resultados se encuentran en línea con los hallazgos mencionados en la evaluación cualitativa del modelo (Ramírez, 2014),

últimos 12 meses fueron orientadas hacia los servicios de atención de violencia de género. Esta cifra es el doble del porcentaje de mujeres que declararon en la línea de base, antes de la existencia de los CCM, haber buscado algún tipo de ayuda institucional después de haber experimentado violencia (16 %).

Los esfuerzos futuros deben ir en la línea tanto para aumentar el porcentaje de casos detectados como el estimular el uso de los servicios de atención psicológica, intervención policial y acción penal. La SIS se encuentra en proceso de fortalecer la estrategia de este módulo mediante la educación en derechos de las mujeres en los territorios, el establecimiento de protocolos nacionales y sistemas de referencias que pongan a los CCM en la ruta de la atención de las sobrevivientes de violencia de género, y la introducción de herramientas para incrementar la identificación y la seguridad de las mujeres que denuncian.

- Mejorar y ampliar el monitoreo del Programa mediante el fortalecimiento del sistema informático de datos que se capturan en los centros. Actualmente el sistema informático de datos recogen, de forma integrada en una sola base de datos, los servicios a los que fueron orientadas las mujeres, sin recoger los servicios que utiliza efectivamente cada mujer. Los esfuerzos futuros deben ir en la línea de lograr la convergencia a un sistema único de datos que refleje integralmente la ruta de orientación y de uso de servicios que realiza cada mujer en las diferentes instituciones de los centros CM.

El modelo CM es un programa relativamente nuevo cuya gestión y funcionamiento recibe ajustes permanentes para su mejora. Esta evaluación captura efectos del programa hasta 8-15 meses después de la puesta en marcha de los centros de San Martín, Usulután y Santa Ana. Por consiguiente, los resultados de esta evaluación no deben extrapolarse a dimensiones de más largo plazo como cambios económicos, prevalencia de violencia de género y estado de salud de las usuarias. Para poder explorar estos impactos a largo plazo se sugiere realizar un tercer levantamiento de información en la muestra de mujeres consideradas en esta evaluación.¹⁰ El mensaje fundamental de la evaluación realizada es que el programa Ciudad Mujer mejora el uso de los servicios públicos de calidad y mejora la vida de sus usuarias.

¹⁰ Resulta de interés explorar con mayor profundidad los efectos del Programa en la población de mujeres embarazadas puesto que el tamaño de la muestra de esta evaluación no permitió realizar inferencias estadísticas en dicha población (falta de potencia estadística).

Referencias bibliográficas

Aparicio, Y. 2012. *Diseño e implementación de la estrategia de promoción*, El Salvador. Documento interno de consultoría.

Bustelo, M., Martinez, S., Perez, M., Rodriguez, J, et al. 2012. *Nota metodológica evaluación de impacto Proyecto Ciudad Mujer en El Salvador*, Documento interno de trabajo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC.

Duflo, E. Glennerster, R. y Kremer, M. 2007. *Using Randomization in Development Economics Research: a toolkit*, Handbook of Development Economics, chapter 61.

FESAL, Encuesta Nacional de Salud Familiar, 2008. Publicada por la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings. L. y Vermeersch, C. 2011. *La evaluación de impacto en la práctica*, Banco Mundial, Washington DC.

Glennerster, R. y Takavarasha K. *Running Randomized Evaluations: A Practical Guide*. Princeton: Princeton University Press, 2013. 480 pp. ISBN: 9780691159270

Morrison, A., Ellsberg, M. y Bott, Sarah. 2007. *Addressing Gender Based Violence*. World Bank Research Observer, volumen 22, Número 1, pp. 25-51.

Muñoz, R. 2012. *Diseño de la muestra de evaluación*, El Salvador. Documento interno de consultoría.

Quintanilla, M. y Molinas, Y. 2012. *Protocolos para el levantamiento de indicadores de violencia doméstica*, El Salvador. Documento interno de consultoría.

Ramírez, Antonieta. 2014. *Empoderamiento de las Mujeres y Atención Integral e Integrada en Ciudad Mujer*. Documento de trabajo, El Salvador

The Lancet. 2016. Lancet commission on adolescent health and wellbeing” The Lancet, 387(10036). <http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing>

World Bank. 2012a. *The Effect of Women's Economic Power in Latin America and the Caribbean*. Poverty and Labor Brief. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 2012. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 2014. *Gender at Work: A Companion to the World Development Report on Jobs*. Washington, DC: World Bank.

WHO. (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank and the United Nations Population Division.

Apéndice

Esta sección presenta los resultados de las regresiones del modelo de Diferencias en diferencias con variables instrumentales descrito en detalle en la sección 4.2. La primera columna de cada tabla presenta el impacto del programa CM relativo al contrafactual de servicios bajo el sistema vigente (grupo de comparación placebo). La segunda columna de cada tabla presenta el impacto del programa CM relativo al contrafactual de no servicios (grupo de comparación puro). Como análisis de robustez, la tercera columna de cada tabla muestra los resultados de las estimaciones de intención al tratamiento que verifican el supuesto de independencia entre la entrega del incentivo monetario y las variables de resultado.

Los índices de uso de servicios fueron estandarizados, es decir, que se les restó la media del grupo de comparación y luego se dividieron por la desviación estándar de dicho grupo. Adicionalmente, como ejercicio adicional de robustez, se aplicó la técnica de Romano & Wolf (2005) (*Stepwise Multiple Testing*) cuando se estimaron los impactos por tipo de servicio utilizado. El siguiente cuadro describe la funcionalidad de dicha técnica.

El testeo múltiple se refiere a aquel que evalúa simultáneamente varias hipótesis. En este caso se busca evaluar el Programa CM con respecto a múltiples variables de resultado y saber para cuáles de estas variables tiene efectos significativos. Si se toma en cuenta la multiplicidad de los tests, la probabilidad de que una hipótesis cierta sea rechazada por pura casualidad puede ser excesivamente alta. Para evitar este problema se utiliza la llamada *family-wise error rate* (FWE), que es una técnica que mide la probabilidad de tener uno o más descubrimientos falsos. Así se podrá tener la certeza (al nivel de confianza escogido) de que los resultados encontrados no se deben simplemente a la casualidad.

El método de *stepwise multiple testing* propuesto por Romano & Wolf (2005) consiste en volver a estimar, mediante remuestreo por *bootstrap*, las diferentes especificaciones, las cuales difieren en la variable de resultado o dependiente. Una vez hecho esto, para cada iteración se calculan los distintos valores t del parámetro de interés por especificación (cada parámetro es una hipótesis a testear) y se extrae el mayor valor t de cada iteración. Con esto se obtiene una distribución de valores t máximos por iteración, con una cantidad de observaciones igual al número de repeticiones realizadas. Luego se obtiene el valor t del percentil 90 de dicha distribución y se testean los parámetros de interés originales contra dicho valor crítico: si la hipótesis se rechaza se sigue adelante sucesivamente hasta el

Utilización de servicios públicos

Tabla A1
Índice global de uso de servicios públicos (z-score)

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,528***	0,417***	
	[0,095]	[0,087]	
Promoción CM			0,209***
			[0,044]
Promoción US			-0,039
			[0,044]
Media grupo control	0	0	0
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efecto fijo tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	5.158	5.128	7.692

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes.

Tipo de servicios utilizados

Tabla A2
Uso de servicios de salud: citología/Papanicolau en los últimos 12 meses

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,189*** [0,046] (0,000)	0,213*** [0,042] (0,000)	
Promoción CM			0,106*** [0,021] (0,000)
Promoción US			0,016 [0,021] (0,441)
Media grupo control	0,599	0,588	0,588
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	5.158	5.128	7.692

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y *10 %, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. P-values en paréntesis.

Tabla A3: Uso de servicios de salud: mamografía en los últimos 12 meses
Mujeres mayores de 40 años

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,277***	0,291***	
	[0,058]	[0,050]	
	(0,000)	(0,000)	
Promoción CM			0,159***
			[0,027]
			(0,000)
Promoción US			0,019
			[0,026]
			(0,459)
Media grupo control	0,202	0,179	0,179
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	2.126	2.132	3.174

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* en paréntesis.

Tabla A4
Uso de servicios de salud: recibió información sobre su salud reproductiva en los últimos 12 meses

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,175*** [0,049]	0,090* [0,048]	
Promoción CM			0,045* [0,024]
Promoción US			-0,038 [0,025]
Media grupo control	0,463	0,438	0,438
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	5.158	5.128	7.692

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes.

Tabla A5
Uso de servicios de empoderamiento económico: tramitación/obtención de DUI

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,127***	0,109***	
	[0,025]	[0,026]	
	(0,000)	(0,000)	
Promoción CM			0,055***
			[0,013]
			(0,000)
Promoción US			-0,005
			[0,013]
			(0,676)
Media grupo control	0,022	0,031	0,031
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	5.154	5.124	7.686

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A6
Uso de servicios de empoderamiento económico:
capacitación laboral en los últimos 12 meses

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,043***	0,022	
	[0,017]	[0,017]	
	(0,011)	(0,199)	
Promoción CM			0,011
			[0,009]
			(0,201)
Promoción US			-0,01
			[0,008]
			(0,248)
Media grupo control	0,029	0,037	0,037
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	5.154	5.128	7.688

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A7

Uso de servicios de empoderamiento económico: inscripción en la bolsa de empleo, ayuda para preparar CV o ayuda para entrevista de empleo en los últimos 12 meses

Mujeres trabajadoras dependientes o desocupadas

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,005 [0,022] (0,833)	0,018 [0,021] (0,404)	
Promoción CM			0,008 [0,010] (0,407)
Promoción US			0,006 [0,010] (0,521)
Media grupo control	0,047	0,035	0,035
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	3.958	3.962	5.904

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A8
Uso de servicios de empoderamiento económico: orientación para empezar o expandir su negocio en los últimos 12 meses

Mujeres trabajadoras independientes o desocupadas

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,042*** [0,017] (0,013)	0,015 [0,017] (0,372)	
Promoción CM			0,008 [0,009] (0,374)
Promoción US			-0,013 [0,008] (0,112)
Media grupo control	0,019	0,026	0,026
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	3.612	3.602	5.372

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. P-values en paréntesis.

Tabla A9

Uso de servicios de empoderamiento económico: apoyo monetario/crédito para abrir o expandir negocio en los últimos 12 meses

Mujeres independientes o desocupadas que solicitaron ayuda y mujeres que solicitaron algún crédito

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,037	-0,015	
	[0,031]	[0,030]	
	(0,229)	(0,622)	
Promoción CM			-0,007
			[0,015]
			(0,622)
Promoción US			-0,025
			[0,014]
			(0,071)
Media grupo control	0,11	0,104	0,104
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	3.918	3.906	5.830

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005) *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A10
Uso de servicios de apoyo a violencia: cuotas alimentarias

Mujeres con hijos

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,054***	0,053***	
	[0,021]	[0,022]	
	(0,009)	(0,013)	
Promoción CM			0,028**
			[0,011]
			(0,013)
Promoción US			0,001
			[0,011]
			(0,930)
Media grupo control	0,034	0,033	0,033
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	3.896	3.896	5.822

Nota: *** Significativo al 1 %, **5 %, y *10 %, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A11
Uso de servicios de apoyo a la violencia
Legalización de propiedades/bienes

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,059*** [0,015] (0,000)	0,033*** [0,014] (0,021)	
Promoción CM			0,016** [0,007] (0,021)
Promoción US			-0,012 [0,008] (0,140)
Media grupo Control	0,013	0,016	0,016
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	5.154	5.120	7.684

Nota: *** Significativo al 1 %, **5 % y *10%, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A12
Uso de servicios de apoyo a la violencia
Partida de nacimiento para la mujer

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,075*** [0,021] (0,000)	0,078*** [0,022] (0,000)	
Promoción CM			0,039*** [0,011] (0,000)
Promoción US			0,003 [0,012] (0,810)
Media grupo Control	0,019	0,023	0,023
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	5.156	5.126	7.690

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A13

**Uso de servicios de apoyo a la violencia
Reconocimiento de paternidad sobre sus hijos**

Mujeres con hijos

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,065*** [0,020] (0,001)	0,024* [0,017] (0,168)	
Promoción CM			0,012 [0,009] (0,169)
Promoción US			-0,020** [0,010] (0,043)
Media grupo control	0,016	0,021	0,021
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	3.896	3.898	5.824

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A14
Uso de servicios de apoyo a la violencia: apoyo emocional
Mujeres que han sufrido violencia alguna vez en su vida en línea de base

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,09 [0,048] (0,064)	0,02 [0,044] (0,654)	
Promoción CM			0,011 [0,023] (0,654)
Promoción US			-0,031 [0,021] (0,168)
Tiempo	-0,031 [0,024]	0,017 [0,024]	0,017 [0,019]
Constante			
Media grupo control	0,057	0,077	0,077
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A15

Uso de servicios de apoyo a la violencia: apoyo legal
Mujeres que han declarado en la línea de base haber sufrido violencia alguna vez en su vida

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	-0,047 [0,052] (0,356)	-0,071 [0,046] (0,124)	
Promoción CM			-0,037 [0,024] (0,120)
Promoción US			-0,016 [0,020] (0,459)
Tiempo	0,007 [0,025]	0,031 [0,023]	0,017 [0,017]
Constante			
Media grupo control	0,061	0,085	0,085
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A16

Uso de servicios de apoyo contra la violencia: medidas de protección
Mujeres que han sufrido violencia alguna vez en su vida en línea de base

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,018	0	
	[0,031]	[0,032]	
	(0,605)	(0,990)	
Promoción CM			0
			[0,017]
			(0,990)
Promoción US			-0,008
			[0,016]
			(0,640)
Media grupo control	0,031	0,057	0,057
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A17
Uso de servicios de apoyo a la violencia: atención médica
Mujeres que han sufrido violencia alguna vez en su vida en línea de base

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	-0,023 [0,032] (0,474)	-0,021 [0,030] (0,483)	
Promoción CM			-0,011 [0,016] (0,483)
Promoción US			0 [0,016] (0,986)
Media grupo Control	0,02	0,028	0,028
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A18

Uso de servicios de apoyo a la violencia: apoyo en el transporte
Mujeres que han sufrido violencia alguna vez en su vida en línea de base

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	-0,016	0,005	
	[0,026]	[0,021]	
	(0,537)	(0,821)	
Promoción CM			0,002
			[0,011]
			(0,821)
Promoción US			0,01
			[0,012]
			(0,419)
Media grupo control	0,024	0,01	0,01
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* en paréntesis.

Tabla A19
Uso de servicios de apoyo a la violencia: apoyo para interponer una denuncia
Mujeres que han sufrido violencia alguna vez en su vida en línea de base

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,004	-0,064	
	[0,048]	[0,045]	
	(0,970)	(0,157)	
Promoción CM			-0,034
			[0,023]
			(0,155)
Promoción US			-0,036
			[0,021]
			(0,104)
Media grupo control	0,066	0,111	0,111
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Número de observaciones	1.668	1.532	2.444

Nota: *** Significativo al 1%, ** 5%, y * 10%, de Romano & Wolf (2005) Stepwise Multiple Testing. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.

Tabla A20
Nivel de satisfacción con su vida en general

	IV		ITT
	CM vs. US	CM vs. SP	Total
Asistió a CM	0,100***	0,085**	
	[0,036]	[0,034]	
	(0,005)	(0,013)	
Promoción CM			0,042**
			[0,017]
			(0,013)
Promoción US			-0,005
			[0,017]
			(0,770)
Media grupo Control	0,852	0,845	0,845
Efectos fijos individuales	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos tiempo	Sí	Sí	Sí
Numero de observaciones	5.158	5.128	7.692

Nota: *** Significativo al 1 %, ** 5 %, y * 10 %, de Romano & Wolf (2005), *Stepwise Multiple Testing*. SE clusterizados a nivel de UPM en corchetes. *P-values* entre paréntesis.