



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
ODONTOLÓGICOS Y CAPITAL
SOCIAL EN EL PERÚ, 2015**

Tesis para optar el Título de Especialista en
Salud Pública Estomatológica

Roberto Antonio León Manco

Lima - Perú

2018

Asesores

Mg. Esp. César Eduardo Del Castillo López

Departamento Académico de Odontología Social

MSc. Hugo León-Manco

Departamento Académico de Derecho

Pontificia Universidad Católica del Perú

JURADO EXAMINADOR

Presidenta : Dra. Rosa Ana Melgar Hermoza

Secretaria : Mg. Esp. Milagros Carrasco Loyola

Miembro : Mg. Pablo Sánchez Borjas

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 31 de Enero de 2018

CALIFICATIVO : Aprobado

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Estomatología, en especial a los Dres. César Del Castillo y Fernando Salazar, por haber aprobado la beca para realizar mis estudios y ser el primer egresado del único programa ordinario abierto a la fecha de Segunda Especialidad Profesional en Salud Pública Estomatológica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, espero que no sea el único.

DEDICATORIA

A mi maestro Juan Bernal†, el primer especialista reconocido del Perú, salubrista.

“Do something

Do more

Do better”

Michael Marmot

Salubrista

*“Esta tarea si bien no será fácil,
consideramos perentoria y que debe ser asumida
por los académicos más representativos de
cada universidad cuyos fines no sean de lucro”.*

Juan Bernal Morales†

Maestro, Investigador, Amigo,
y primer odontólogo especialista del Perú...
Especialista en Salud Pública Estomatológica

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social en el Perú en el año 2015. **Materiales y métodos:** Estudio ecológico, la muestra estuvo constituida por diversas bases de datos nacionales de acceso público. Las variables de estudio fueron el acceso a servicios de salud odontológico y capital social, y las co-variables fueron los indicadores sociales y departamentos. Para el análisis estadístico se obtuvieron los valores descriptivos de las variables, el bivariado mediante las pruebas de Chi-cuadrado, Fisher y U de Mann Whitney, la distribución z se comprobó con la prueba Shapiro Wilks, para el análisis multivariado se empleó la Regresión Loglineal de Poisson para obtener la Razón de Prevalencia (RP) y Razón de Prevalencia ajustada (RPa), el estudio contó con un nivel de confianza de 95% y un <0.05 . **Resultados:** El acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad se asoció a la participación en elecciones presidenciales (RPa: 78.69; IC95%: 66.19 - 93.54), la participación de mujeres en organización comunal o de barrio (RPa: 0.22; IC95%: 0.20 - 0.24), a empresa de mercado nacional (RPa: 31.55; IC95%: 25.99 - 28.30), a empresa de mercado local (RPa: 0.07, IC95%: 0.06 - 0.09), a empresa persona natural (RPa: 0.85; IC95%: 0.75-0.97), personería jurídica (RPa: 1.17; IC95%: 1.03-1.34) y con empresa con crédito inicial ajustado por programas sociales (RPa: 0.92; IC95%: 0.86-0.99). **Conclusiones:** Se encontró asociación en el acceso a servicios de salud odontológicos de personas mayores a 60 años de edad y algunas formas de capital social en el Perú en el año 2015.

Palabras claves: Capital social, accesibilidad a los servicios de salud, salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between access to dental health services and social capital in Peru in 2015. **Materials and methods:** Ecological study, the sample consisted of several national databases of public access. The study variables were access to dental health services and social capital, and the co-variables were the social indicators and departments. For the statistical analysis the descriptive values of the variables were obtained, the bivariate using the Chi-square, Fisher and U of Mann Whitney tests, the z distribution was checked with the Shapiro Wilks test, for the multivariate analysis the Loglineal Regression was used of Poisson to obtain the Prevalence Ratio (PR) and Adjusted Prevalence Ratio (RPA), the study had a confidence level of 95% and <0.05 . **Results:** Access to dental health services for people over 60 years of age was associated with participation in presidential elections (PRa: 78.69, CI95%: 66.19- 93.54), participation of women in community or neighborhood organizations (PRa: 0.22; CI95%: 0.20- 0.24), to a national market company (PRa: 31.55; CI95%: 25.99 - 28.30), to a local market company (PRa: 0.07, CI95%: 0.06-0.09), to a natural company (PRa: 0.85, CI95%: 0.75-0.97), legal status (PRa: 1.17, CI95%: 1.03-1.34) and with a company with initial credit adjusted by social programs (PRa: 0.92, CI95%: 0.86-0.99). **Conclusions:** An association was found in access to dental health services for people over 60 years of age and some forms of social capital in Peru in 2015.

Key words: Social capital, Health services accessibility, Oral health.

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1A. Acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú, 2015.	42
Tabla N°1B. Acceso a servicios de salud odontológicos por departamentos en el Perú, 2015.	43
Tabla N°2A. Capital social (participación ciudadana) en el Perú, 2015.	49
Tabla N°2B. Capital social (participación en organizaciones) en el Perú, 2015.	50
Tabla N°2C. Capital social (organización empresarial) en el Perú, 2015.	51
Tabla N°2D. Capital social (empoderamiento y confianza) en el Perú, 2015.	52
Tabla N°2E. Capital social (ejercicio del derecho) en el Perú, 2015.	53
Tabla N°3A. Indicadores sociales (pobreza) en el Perú, 2015.	54
Tabla N°3B. Indicadores sociales (identidad) en el Perú, 2015.	55
Tabla N°3C. Indicadores sociales (educación) en el Perú, 2015.	56
Tabla N°3D. Indicadores sociales (salud y nutrición) en el Perú, 2015.	57
Tabla N°3E. Indicadores sociales (acceso a servicios básicos) en el Perú, 2015.	58
Tabla N°3F. Indicadores sociales (vivienda) en el Perú, 2015.	59
Tabla N°3G. Indicadores sociales (trabajo) en el Perú, 2015.	60
Tabla N°3H. Indicadores sociales (programas sociales) en el Perú, 2015.	61
Tabla N°3I. Indicadores sociales (inversión rural) en el Perú, 2015.	62
Tabla N°4A. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (participación ciudadana) en el Perú, 2015.	63
Tabla N°4B. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (participación en organizaciones) en el Perú, 2015.	64

INDICE DE TABLAS

Tabla N°4C.	Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (organización empresarial) en el Perú, 2015.	65
Tabla N°4D.	Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (empoderamiento y confianza) en el Perú, 2015.	66
Tabla N°4E.	Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (ejercicio del derecho) en el Perú, 2015.	67
Tabla N°5A.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (pobreza) en el Perú, 2015.	72
Tabla N°5B.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (identidad) en el Perú, 2015.	73
Tabla N°5C.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (educación) en el Perú, 2015.	74
Tabla N°5D.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (salud y nutrición) en el Perú, 2015.	75
Tabla N°5E.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (acceso a servicios básicos) en el Perú, 2015.	76
Tabla N°5F.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (vivienda) en el Perú, 2015.	77
Tabla N°5G.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (trabajo) en el Perú, 2015.	78
Tabla N°5H.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (programas sociales) en el Perú, 2015.	79
Tabla N°5I.	Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (inversión rural) en el Perú, 2015.	80
Tabla N°6A.	Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años y capital social en el Perú, 2015.	81
Tabla N°6B.	Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años (Hombres) y capital social en el Perú, 2015.	82
Tabla N°6C.	Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años (Mujeres) y capital social en el Perú, 2015.	83

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1. Acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú, 2015.	44
Gráfico N°2. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y capital social en el Perú, 2015.	68
Gráfico N°3. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad y capital social en el Perú, 2015.	69
Gráfico N°4. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad (Hombres) y capital social en el Perú, 2015.	70
Gráfico N°5. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad (Mujeres) y capital social en el Perú, 2015.	71

INDICE DE MAPAS

		Pág.
Mapa N°1.	Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad en el Perú, 2015.	45
Mapa N°2.	Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2015.	46
Mapa N°3.	Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad (Hombres) en el Perú, 2015.	47
Mapa N°4.	Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad (Mujeres) en el Perú, 2015.	48

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

CIE-UPCH:	Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
CLAS:	Comités Locales de Administración en Salud.
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud.
ENARES:	Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales dirigida a mujeres de 18 años y más edad.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
ENE:	Encuesta Nacional de Empresas.
ENSUS:	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
JAS:	Juntas de Agua y Saneamiento.
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
MINSA:	Ministerio de Salud del Perú.
p:	Significancia estadística.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONPE:	Oficina Nacional de Procesos Electorales.
PBI:	Producto Bruto Interno.
PRONABEC:	Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo.
RP:	Razón de prevalencias.
UPCH:	Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
II.1. Planteamiento del problema	3
II.2. Justificación de la investigación	4
III. MARCO TEÓRICO	6
III.1. Acceso a servicios de salud	6
III.1.1. Barreras de acceso a servicios de salud	7
III.2. Capital social	9
III.2.1. Clasificación del capital social	10
III.3. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social	12
IV. OBJETIVOS	16
IV.1. Objetivo general	16
IV.2. Objetivos específicos	16
V. MATERIALES Y MÉTODOS	17
V.1. Diseño	17
V.2. Población y muestra	17
V.3. Criterios de selección	18
V.4. Variables	19
V.5. Instrumento	31
V.6. Técnicas y procedimientos	31
V.7. Plan de análisis	32
V.8. Consideraciones éticas	33
VI. RESULTADOS	34
VII. DISCUSIÓN	84
VIII. CONCLUSIONES	96
IX. RECOMENDACIONES	98
X. BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	109

I. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política del Perú de 1993¹ en su Artículo 7 reconoce que “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...)”, idea que se refuerza en la Ley General de Salud N° 26842² en su Artículo 1 indicando que “Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”.

Sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en Perú, la cobertura de salud a nivel nacional alcanza sólo el 61.9% en el año 2015,³ y en el caso de acceso a servicios odontológicos, en menores de 12 años de edad la cobertura fue de 47.6% y en mayores de 60 años llega hasta 77.3% a nivel nacional.⁴

Esta accesibilidad a los servicios de salud, entendida para la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la oferta disponible, puede verse influenciada por factores geográficos, financieros, culturales y administrativos,⁵ los cuales dependen en ciertos casos de la demanda y otros de la oferta, siendo esta sinergia entre proveedores de salud, el Estado, y la población, de importancia para analizar su repercusión en la accesibilidad. Esta interacción puede ser considerada como capital social, entendiéndolo como el conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, a nivel individual, comunitario, regional o nacional.⁶

El capital social surgió inicialmente como una estrategia de superación de la pobreza. En 1989, John Williamson publica “What Washington Means by Policy Reform” donde establece medidas dirigidas a países de América Latina con la finalidad de salir de la crisis económica de esa época, mediante la reducción del tamaño del estado y la internacionalización de su economía. Sin embargo, estas medidas fracasaron, y como consecuencia, Joseph Stiglitz en el año 1998 da su conferencia “More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus”, adoptando estas nuevas medidas el Banco Mundial, donde se reforzaba la importancia del aumento de redes de intercambio locales e interinstitucionales para lograr el desarrollo de los países, a lo cual nombraron capital social, fenómeno que posteriormente es incluido como estrategia de sostenibilidad en los programas sociales en salud.⁷

Por ello, el objetivo de la presente investigación fue determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social en el Perú en el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II. 1. Planteamiento del problema

En general, el acceso a los servicios de salud es la forma que éstos están cercanos a la población, siendo objetivo de todo sistema de salud eliminar sus barreras, las cuales, pueden agruparse en: geográficas, económicas, culturales y administrativas.⁵ En contraste a lo mencionado, el capital social es multidimensional estando inmerso en los factores antes descritos pudiendo analizarse desde un nivel individual, comunitario, regional y/o nacional.⁷

Para la OMS, el capital social a nivel individual tiene repercusión positiva en la salud de la población siempre y cuando exista alta confianza entre los individuos.⁸ Esto es corroborado por Hendryx et al. (Estados Unidos; 2002), quienes desarrollaron un estudio con una base de datos con 19672 sujetos de 22 ciudades metropolitanas, evaluando mediante auto-reporte el acceso a cuidados frente a un problema de salud y su asociación al capital social, este último se midió según el número de colaboraciones o trabajos en conjunto con otras comunidades y número de servicios de salud disponibles. Concluyendo que el capital social a nivel de comunidad mejora el acceso a servicios de salud ($p < 0.01$).⁹

Se pueden considerar dos modelos teóricos para explicar la repercusión del capital social en la salud de la población, el de Morgan y Swan,¹⁰ y el de Kawachi y Berkman,¹¹ ambos coinciden en que aquellas comunidades con mayor capital social

se organizan para demandar servicios de salud asequibles y sostenibles proponiendo el diseño de políticas públicas, lo mismo es válido para salud oral. Sin embargo, el capital social se ha asociado a algunos indicadores de salud oral, pero no con el acceso a servicios odontológicos.

Por ello, la pregunta de investigación fue ¿Cuál es la asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social en el Perú en el año 2015?.

II.2. Justificación de la investigación

La presente investigación tiene relevancia teórica porque no existe evidencia hasta el momento a nivel nacional, latino americano o mundial, que asocie las variables de acceso a servicios de salud odontológicos y capital social desde un enfoque ecológico. Y también tiene relevancia social porque los resultados son a nivel nacional, generando información que pueden ser utilizada por los actores sociales para reconsiderar las estrategias implementadas en mejora del acceso a servicios odontológicos.

La presente investigación fue viable porque su desarrollo no generó eventos adversos a la sociedad, fue factible porque se contó con acceso a la información completa del año 2015 en la web oficial del INEI y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), y pertinente, porque es sumamente necesaria la evaluación de los factores asociados para entender la problemática del acceso a

servicios de salud odontológicos, se debe mencionar que se emplearon datos del año 2015, por tenerse en el mismo año toda la información analizada en el estudio.

Los beneficiarios directos serán todos los peruanos, porque los resultados serán informados a los actores sociales locales, regionales, y al Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para considerar los hallazgos de la investigación en la formulación de políticas públicas. También será de interés a la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y a su Facultad de Estomatología para generar modelos de intervención considerando el acceso a los servicios de salud odontológicos.

III. MARCO TEÓRICO

III.1. Acceso a servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es la forma en que éstos están cercanos a la población,⁵ siendo definido como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente".¹²

Este acceso a los servicios de salud debe estar garantizado por el sistema de salud, y en el Perú se garantiza en la Constitución del Perú de 1993¹ y en la Ley General de Salud N° 26842 de 1997,² hecho que se refuerza en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud N° 29344 y su Reglamento DS N° 008-2010-SA, ambos del año 2010, en éste se determina la universalidad mediante la “garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”, siendo el MINSA el encargado de “Conducir y promover la articulación con las instancias gubernamentales de nivel nacional, regional y local, instituciones del sector de aseguramiento público, privado o mixto, y demás entidades que permitan la implementación progresiva del proceso de Aseguramiento Universal en Salud”.¹³

Sin embargo, en el proceso de generación de políticas públicas, se conoce que básicamente se tienen cuatro fases principales: la identificación de la problemática,

el diseño de la política, su implementación, y finalmente, su evaluación.¹⁴ Es así que, la implementación de la política que garantiza el acceso de los peruanos a servicios de salud aún se encuentra en desarrollo, lograr una cobertura a nivel nacional del 100% es un reto, en el año 2015, el INEI reporta que sólo el 61.9% de peruanos tiene alguna cobertura de salud,³ y en lo referente a servicios odontológicos, sólo el 47.6% de niños menores de 12 años de edad alguna vez en su vida han acudido al odontólogo, este porcentaje aumenta en los mayores de 60 años llegando hasta 77.3%.⁴

El acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú se diferencia por espacio geográfico y región natural. Los datos más recientes del año 2015, indican que en la zona urbana, los niños menores de 12 años de edad tienen una cobertura de 51.3%, a diferencia del ámbito rural donde sólo es 40.9%; según región natural, el mayor acceso lo tiene la sierra con 52.4%, seguido de la costa con 51.3%, y muy por debajo la selva con 36.5%. Para los mayores de 60 años de edad, los datos son similares, en la zona urbana el acceso es 86.8%, mientras que en la zona rural es de 64.4%; según región natural, la costa tiene el mayor porcentaje con 87.3%, seguido de la sierra con 71.3%, y finalmente, la selva con 70.2%,⁴ estas diferencias se deben a las barreras de acceso a servicios de salud.

III.1.1. Barreras de acceso a servicios de salud

Las barreras para el acceso a servicios de salud comúnmente se han agrupado en geográficas, económicas, culturales y administrativas.⁵

Las barreras geográficas son cuando la población no puede acceder a los servicios debido a un desastre natural, la distancia, o lo agreste de la naturaleza; las barreras económicas son ocasionadas por la falta de dinero para pagar por los servicios y ofertarlos, falta de medicamentos o de infraestructura adecuada; las barreras culturales (o simbólicas) determinadas por el encuentro cultural entre los proveedores de salud y la población; y la cuarta barrera, la administrativa, que está vinculada a la organización misma de los servicios de salud.⁵

Otro modelo para analizar el acceso a servicios de salud es el elaborado por Tanahashi en 1978,^{15,16} él identifica cinco barreras: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, el contacto y la cobertura efectiva.

La disponibilidad está referida a la existencia de servicios de salud; la accesibilidad es la posibilidad que esas personas para los cuales existe el servicio puedan usarlo; la aceptabilidad es que las personas no sólo puedan usarlo, sino que quieran emplearlos; el contacto es cuando el deseo del uso se vuelva una práctica acudiendo a los servicios; y por último, la cobertura efectiva es cuando las personas satisfacen su necesidad de atención con la adecuada resolución de su problema. Es decir, es un modelo piramidal, teniendo en la base la disponibilidad y en la cúspide la cobertura efectiva, necesitándose la superación de cada barrera para lograr el siguiente paso.^{15,16}

En ambos modelos, existen factores inmersos como la morbilidad, el ingreso económico, ubicación geográfica, acceso a beneficios sociales, aseguramiento en

salud, entre otros, y también el capital social, éste puede generar redes de información efectiva de los beneficios de la atención en salud, establecer lazos de confianza entre la comunidad y los prestadores, y crear normas a nivel comunitario incentivando el acceso a los servicios.¹⁷

III.2. Capital social

El capital social es un constructo que ha sido definido por diversos autores:

- Para Putman, es el conjunto de normas, redes y confianza entre las organizaciones, permitiendo la cooperación para un beneficio mutuo, enmarcado en un adecuado gobierno y desarrollo económico.¹⁸
- Para Portes, es inherente a la estructura de las relaciones sociales, el poseerlo genera una ventaja sobre otros individuos.¹⁹
- Para Coleman, no es de propiedad privada, pertenece a un colectivo y es público por estar inmerso en las redes sociales, con dos características, se basa en la estructura social y permiten el beneficio colectivo.²⁰⁻²²
- Para Bourdieu, son los recursos intercambiables en las redes sociales permitiendo la competitividad entre los individuos presentándose en grupo, sin ser recursos tangibles.^{23,24}

- Para Bebbington, son los recursos que tiene acceso un individuo consecuente a su participación de una red social con otros individuos u organizaciones basadas en la confianza, cooperación y reciprocidad.^{25,26}
- Para North, es el beneficio mutuo producto de una acción colectiva.²⁷
- Para Fukuyama, es la confianza y una forma de pensar.²⁸
- Para Olson, permite el cambio social y económico en la estructura social.²⁹
- Para el Banco Mundial, son las normas y relaciones sociales incluidas en la estructura social de colectividades que permiten a las personas una acción coordinada para el logro de objetivos.³⁰

Como se observa, las definiciones son múltiples y diversas, para el presente estudio, el capital social se define como el conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones públicas, basadas en la confianza, cooperación y reciprocidad,^{7,31,32} siendo un recurso en sí mismo o una forma de recurso, y, basado en las relaciones sociales, sin embargo, difiere de éstas últimas porque las redes sociales no implican relaciones de intercambio de recursos recíprocos, sólo es un tejido social.^{30,33}

III.2.1. Clasificación del capital social

Existen diversas formas de clasificar al capital social, sin embargo, para la presente investigación se considera las siguientes:

En función de la calidad y cantidad de las redes sociales:^{30,33}

- Capital social cognitivo: Asociado a la calidad de la red social del individuo, es la valoración que la persona tiene de su red social. Se encuentra vinculado a la fuerza de los vínculos existentes entre pares o con organizaciones, se relaciona a la capacidad de asociación, el apoyo social y la ciudadanía.
- Capital social estructural: Asociado a la expansión de la red social del individuo, es decir, el número de vínculos que posee entre pares o con organizaciones, se relación al intercambio, confianza y reciprocidad.

Y la clasificación de Woolcock y Narayan, según ubicación geográfica y niveles de:³⁴

- Capital social de unión: Referido al capital social entre individuos sin diferencias de poder y ubicados geográficamente en el mismo espacio, siendo una limitante que los únicos recursos asequibles son los que existen en la comunidad.
- Capital social de puente: Referido al capital social entre individuos u organizaciones con igual nivel de poder ubicados geográficamente en distintos espacios. Se tienen menos obligaciones en comparación con el de tipo unión, sin embargo, perduran en el tiempo, comúnmente se refieren a organizaciones civiles.

- Capital social de escalera. Referido al capital social donde participan personas, organizaciones civiles, instituciones públicas y privadas sin importar la ubicación geográfica, pero si la diferencia de poder. Este tipo de capital social permite mayor obtención de recursos como la salud.

A su vez, estas clasificaciones hacen referencia a dos dimensiones: la horizontal, que se caracteriza por no presentar diferencias de recursos o poder (capital social de unión y puente); y la vertical, donde es marcada la diferencia de recursos y poder (capital social de escalera), ambas se refieren a capital social estructural. Sin embargo, es difícil poder clasificar algún tipo de capital social en sólo una de éstas formas, porque todas ellas se interrelacionan.³⁵

III.3. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social

El capital social nació como una estrategia de superación de la pobreza, sin embargo, en los últimos años ha comenzado a tomarse en cuenta en temas de salud.³⁶ Son diversas las investigaciones que han asociado positivamente al capital social con las áreas de salud mental,³⁷ mortalidad,³⁸ vida saludable,³⁹ enfermedades coronarias,⁴⁰ autopercepción de salud,⁴¹ infecciones de transmisión sexual,⁴² lactancia materna,³² caries dental, entre otras.⁴³

Esto puede ser explicado considerando los modelos de Morgan y Swan¹⁰ y el de Kawachi y Berkman.¹¹

Según Morgan y Swann, el capital social influye en la salud de tres formas:¹⁰

- Nivel micro, son un medio para la transmisión de información y experiencias en salud, por referirse a interacciones sociales más intensas.
- Nivel meso, cuando existe la identidad de grupo, los integrantes del mismo buscan el bien común de todos, mejorando la salud mediante el impulso y cambio de las normas sociales.
- Nivel macro, el acceso a los servicios de salud de forma eficiente es garantizado mediante una adecuada construcción de la red social entre población y proveedores de salud

Y, para Kawachi y Berkman el capital social puede repercutir en la salud de cuatro formas:¹¹

- Vías conductuales: Las normas sociales y el control social informal puede influenciar en el comportamiento de salud de las personas.
- Vías psicosociales: Las comunidades con altos niveles de apoyo social disminuyen los niveles de estrés, menos sensación de inseguridad y aumento de pertenencia, mejorando las condiciones de salud de la población.
- Acceso a servicios de salud: El ejercicio de la ciudadanía incrementa la posibilidad de una comunidad organizada que haga uso y demande servicios de salud asequibles y de calidad.

- Desarrollo de políticas públicas de apoyo: Las comunidades más cohesionadas generan mayores compromisos políticos que devienen en políticas de salud, basados en el empoderamiento de la población.

Entonces una comunidad con un alto capital social entre sus miembros puede garantizar el acceso a servicios de salud según las formas anteriormente descritas, sin embargo, la evidencia es limitada y sólo se reportan dos estudios al respecto.

El primero, Hendryx *et al.* (Estados Unidos; 2002)⁹ tuvieron el objetivo de determinar la asociación entre el auto reporte de un adecuado acceso a servicios de salud y el capital social. Los datos empleados fueron del año 1996 provenientes de 22 comunidades teniendo un tamaño muestral de 1962 individuos. Los resultados indican que las personas que viven en zonas urbanas tienen mayor capital social reportando menores problemas para acceder a un cuidado en salud, demostrando la asociación entre el capital social y el acceso a servicios de salud.

El segundo, Matsaganis y Wilkin (Estados Unidos; 2015)¹⁷ evaluaron cómo los recursos de comunicación y la colectividad permiten el acceso a los recursos que mejoran la salud (incluyendo servicios de salud, fuentes de opciones de alimentos más saludables y espacios recreativos públicos). Utilizando datos aleatorios de encuestas telefónicas de 833 residentes de las comunidades del sur de Los Ángeles, los autores muestran que el capital social comunicativo (un recurso de información y resolución de problemas que se acumula para los residentes a medida que se integran en su red local de vecinos) juega un papel importante en el acceso a los

recursos de salud. El capital social comunicativo construye una colectividad eficaz, que está positivamente relacionada con el acceso a los recursos que mejoran la salud como el uso de los mismos servicios. Los residentes con mayor capital social comunicativo y colectividad reportan un mejor acceso a los recursos de salud.

Frente a la evidencia, es necesario desarrollar mayores investigaciones al respecto, más aún en odontología por no existir reporte previo, por ello, la presente investigación abordará desde un enfoque ecológico la asociación entre el acceso a servicio de salud odontológicos y el capital social, considerando las otras barreras de acceso.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social en el Perú en el año 2015.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y adultos mayores de 60 años de edad en el Perú en el año 2015.
2. Determinar el nivel de capital social mediante la participación ciudadana, participación en organizaciones, organización empresarial, empoderamiento y confianza y ejercicio del derecho en el Perú en el año 2015.
3. Determinar el nivel de los indicadores sociales de pobreza, identidad, educación, salud y nutrición, servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural en el Perú en el año 2015.
4. Determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social en el Perú en el año 2015.
5. Determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y los indicadores sociales en el Perú en el año 2015.
6. Determinar la asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos y el capital social ajustada por los indicadores sociales en el Perú en el año 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1. Diseño

El presente estudio fue ecológico. Los estudios ecológicos son descriptivos donde la unidad de análisis son grupos poblacionales o conglomerados, estos pueden ser poblaciones específicas, regiones o países, la característica principal de este tipo de estudios es que la información de la exposición o el evento de estudio es por el grupo poblacional, desconociéndose los datos a nivel individual. Los estudios ecológicos son económicos porque normalmente utiliza información secundaria y sirven para plantear a partir de sus resultados futuras hipótesis.

V.2. Población y muestra

La población será la misma que la muestra, correspondiendo a la información perteneciente a 24 departamentos del Perú, extraída de las siguientes bases de datos:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI; 2015).⁴⁴
- Participación en Elección Presidencial Segunda Vuelta (Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE; 2016)).⁴⁵
- Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales dirigida a mujeres de 18 años y más edad (ENARES) (INEI; 2015).⁴⁶
- Encuesta Nacional de Empresas (ENE) (INEI; 2015).⁴⁷

- Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud (ENSUS) (INEI; 2015).⁴⁸
- Base de datos INFOMIDIS (MIDIS; 2015).⁴⁹
- Estadísticas: Becas otorgadas Beca 18 pregrado del Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC; 2015).⁵⁰

Todas estas bases de datos son de acceso libre y se encontraron en las webs oficiales de los diversos organismos: www.inei.gob.pe, www.web.onpe.gob.pe, www.midis.gob.pe/mapas/infomidis, www.pronabec.gob.pe.

V.3. Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

Bases de datos con información completa por departamentos del Perú.

b. Criterios de exclusión

Todos los registros de las bases de datos incompletas.

V.4. Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Acceso a servicios de salud odontológicos	Proceso por el cual puede lograrse que una necesidad de atención odontológica se satisfaga. ¹²	Datos extraídos de la ENDES 2015 según preguntas referidas.	Acceso a servicios odontológicos a mayores de 60 años de edad.	Para personas de 0 a 11 años de edad: ¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Para personas de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Hombres de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Capital social	Conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones, mediante la confianza, cooperación y reciprocidad. ^{31,32}	Datos extraídos de la ONPE 2016 según votación.	Participación ciudadana	Participación en Elección Presidencial Segunda Vuelta	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
		Datos extraídos de la ENARES 2015 según preguntas referidas.	Participación en organizaciones	Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como club deportivo o grupo cultural?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como grupo religioso?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como asociación de padres de familia?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como organización comunal o de barrio (de base)?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Capital social	Conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones, mediante la confianza, cooperación y reciprocidad. ^{31,32}	Datos extraídos de la ENARES 2015 según preguntas referidas.	Participación en organizaciones	Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como organización política?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como junta de vecinos?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
		Datos extraídos de la ENE 2015 según preguntas referidas.	Organización empresarial	Responsable de empresa responde a: tipo de organización de la empresa.	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Responsable de empresa responde a: ¿Accedió al crédito para iniciar su negocio?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Responsable de empresa responde a: ¿Qué tipo de institución le otorgó el crédito para iniciar su negocio?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Capital social	Conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones, mediante la confianza, cooperación y reciprocidad. ^{31,32}	Datos extraídos de la ENE 2015 según preguntas referidas.	Organización empresarial	Responsable de empresa responde a: ¿En qué mercado vende su principal producto o servicio?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
		Datos extraídos de la ENARES 2015 según preguntas referidas.	Empoderamiento y confianza	Mujeres que responde a: En los últimos 12 meses ¿Debido al maltrato físico, la agresión verbal o sexual que recibió, usted acudió a alguna persona cercana a solicitarle ayuda?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
				Mujeres que responde a: En los últimos 12 meses ¿Debido al maltrato físico verbal o sexual que recibió, usted acudió a alguna institución para buscar ayuda?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
		Datos extraídos de la ENSUS 2015 según preguntas referidas.	Ejercicio del derecho	Usuario de consulta externa responde a: ¿Ud. sabe por qué ley tiene derechos en salud?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Capital social	Conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones, mediante la confianza, cooperación y reciprocidad. ^{31,32}	Datos extraídos de la ENSUS 2015 según preguntas referidas.	Ejercicio del derecho	Usuario de consulta externa responde a: Respecto a los siguientes derechos en salud ¿Qué tanto conoce ud. de acceso a servicios de salud?	Cuantitativa	Continua	Número de cobertura en decimales.
					Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Bajo 2: Moderado 3: Alto
Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Pobreza	Brecha de pobreza.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Pobreza monetaria.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Pobreza monetaria extrema.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Pobreza extrema con ingreso autónomo.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos de INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Identidad	Tenencia de DNI.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Tenencia de DNI de 18 años a más.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Tenencia de DNI de 65 años a más.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Educación	Tasa de cobertura neta, educación primaria de 6 a 11 años de edad.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo alcanzado.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Tasa de analfabetismo en personas mayores de 15 años de edad.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos de INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Educación	Tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años de edad.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Asistencia a educación básica regular entre 3 y 5 años	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Salud y nutrición	Desnutrición crónica infantil menores de 5 años de edad OMS.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Prevalencia de anemia de 6 a 59 meses de edad.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Porcentaje de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad con vacunas completas (BCG, DPT, Antisarampionosa y Polio).	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Acceso a seguro de salud.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos de INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Educación	Índice de inseguridad alimentaria MIDIS 2013.	Cuantitativa	Continua	Valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Acceso a servicios básicos	Hogares con paquete integrado de servicios.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Acceso a servicios de agua.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Acceso a servicios de saneamiento.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Acceso a servicios de energía eléctrica por red pública.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Acceso a telecomunicaciones.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Vivienda-	Viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Viviendas con piso de tierra.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Hacinamiento.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Promedio de miembros por hogar.	Cuantitativa	Continua	Valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Trabajo	Porcentaje de jóvenes que no trabaja ni estudia.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Porcentaje de adultos mayores de 65 años que reciben una pensión por jubilación.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos de INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Trabajo	Tasa de desempleo.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Tasa de subempleo.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Afilación a sistema de pensiones.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Programas sociales	Cuna Más: Niños y niñas atendidos en el servicio de cuidado diurno.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Juntos: Hogares afiliados.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				FONCODES: Usuarios estimados.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Pensión 65: número de beneficiarios.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Indicadores sociales	Características de las personas que determinan su posición económica y social basada en sus ingresos económicos, educación y empleo. ⁵¹	Datos extraídos INFOMIDIS 2015 según preguntas referidas.	Programas sociales	Qali Warma: Niños y niñas atendidos.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Beca 18: Número de beneficiarios.	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
			Inversión rural: Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE)	Agua y saneamiento: Monto transferidos (S/).	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				Caminos vecinales: Monto transferidos (S/).	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto
				General: Monto transferidos (S/).	Cuantitativa	Discreta	Promedio en valores enteros y decimales.
					Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1: Bajo 2: Alto

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Departamentos	División territorial sujeta a una autoridad administrativa. ⁵⁴	Datos extraídos del INEI 2015.	-	-	Cualitativa	Politómica	1: Amazonas. 2: Ancash. 3: Apurímac. 4: Arequipa. 5: Ayacucho. 6: Cajamarca. 7: Cusco. 8: Huancavelica. 9: Huánuco. 10: Ica. 11: Junín. 12: La Libertad. 13: Lambayeque. 14: Lima. 15: Loreto. 16: Madre de Dios. 17: Moquegua. 18: Pasco. 19: Piura. 20: Puno. 21: San Martín. 22: Tacna. 23: Tumbes. 24: Ucayali.

V.5. Instrumento

Se empleó una base de datos general (Anexo 1) construida a partir de las siguientes bases de datos:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI; 2015) (Anexo 2).⁴⁴
- Participación en Elección Presidencial Segunda Vuelta (Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE; 2016) (Anexo 3).⁴⁵
- Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales dirigida a mujeres de 18 años y más edad (ENARES) (INEI; 2015) (Anexo 4).⁴⁶
- Encuesta Nacional de Empresas (ENE) (INEI; 2015) (Anexo 5).⁴⁷
- Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud (ENSUS) (INEI; 2015) (Anexo 6).⁴⁸
- Base de datos INFOMIDIS (MIDIS; 2015) (Anexo 7).⁴⁹
- Estadísticas: Becas otorgadas Beca 18 pregrado (Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo; 2015) (Anexo 8).⁵⁰

V.6. Técnicas y procedimientos

El primer para la realización de la presente investigación fue acceder a cada una de las bases indicadas disponibles de forma libre en sus correspondientes páginas web oficiales (www.inei.gob.pe, www.web.onpe.gob.pe, www.midis.gob.pe/mapas/infomidis, www.pronabec.gob.pe).

Con cada una de las bases descargadas, se pasó a consolidar la información según las variables: acceso a servicios de salud odontológicos, capital social, e indicadores sociales de cada uno de los departamentos. Se depuraron las bases de datos excluyendo los datos erróneos o no registrados. En el Anexo 9 se hace un resumen de las variables de estudio, de las fuentes de información y la información extraída de cada una de ellas, para la ayuda de reconocer cada uno de los conceptos relevantes del estudio se cuenta con un glosario de términos en el Anexo 10.

Posteriormente, se pasará al análisis estadístico, reportando los datos en tablas y mapas.

V.7. Plan de análisis

Análisis descriptivo: De las variables cualitativas se obtendrán las frecuencias absolutas y relativas, y de las cuantitativas los promedios, desviación estándar, mínimos y máximos. Las variables fueron categorizadas, en el caso de acceso a servicios de salud odontológicos se organizaron tres categorías: alto (Q3) moderado (Q2) y bajo (Q1); y, para el caso de capital social e indicadores sociales en dos categorías: alto (Q3) y bajo (Q1-Q2).

Análisis bivariado: Para en análisis de variables cualitativas y cuantitativas, se determinó la distribución z de las variables y co-variables cuantitativas mediante la Prueba de Shapiro Wilks. Se emplearon las Pruebas de U de Mann Whitney, Chi-Cuadrado y Fisher.

Análisis multivariado: Con las variables dicotomizadas se empleó la Regresión Loglineal de Poisson para obtener la Razón de Prevalencia (RP) y Razón de Prevalencia ajustada (RPa), seleccionando en los modelos aquellas variables y co-variables que hayan tenido significancia estadística en el análisis bivariado.

V.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó luego de contar con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 16 de Mayo de 2017 y código SIDISI N°100777 (Anexo 11). Se emplearán bases de datos de acceso público las cuales mantienen la confidencialidad de los participantes porque todo se encuentra codificado.

VI. RESULTADOS

El estudio se realizó con un total de 25 registros pertenecientes a los 24 departamentos del Perú y la Provincia Constitucional del Callao, los datos fueron extraídos de 7 bases de datos, donde se evaluó la experiencia de acceso a servicios de salud odontológicos y su asociación con capital social. Es importante mencionar que dependiendo de las variables analizadas en algunos casos la muestra disminuye como en el caso de participación en organizaciones por mujeres y los indicadores sociales, debido a que no se contaba con la información de todos los departamentos.

El porcentaje de acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad fue en promedio de 47.3% (D.E.=10.9), en adultos mayores de 60 años de edad fue de 76.3% (D.E.=12.4), en los hombres de este último grupo etario el promedio fue 75.4% (D.E.=13.7), y en el grupo de mujeres el promedio fue 77.0% (D.E.=12.4), según categorización del acceso en todos los grupos el mayor porcentaje se reportó en el nivel bajo, 40.0% (n=10) hasta los 11 años y en mujeres de 60 años a más, y 36.0% (n=9) en mayores de 60 años y en hombres de la misma edad (Tabla N° 1A).

Según departamento, el mayor acceso a servicios odontológicos fue en Ayacucho (66.5%) y el más bajo en Ucayali (27.0%). En el caso de adultos mayores de 60 años la mayor cobertura fue en Callao (94.3%) y la más baja en Cajamarca (48.1%), de igual forma, en los hombres más alto fue en Callao (97.0%) y más bajo en Cajamarca (42.4%), en cambio, para las mujeres de la misma edad, la mayor

cobertura fue en Ica (95.1%) y la más baja en Puno (51.6%) (Tabla N°1B, Gráfico N°1, Mapa N°1, Mapa N°2, Mapa N°3 y Mapa N°4).

Respecto a la participación ciudadana; la participación en elecciones presidenciales fue de 78.5% (D.E.=6.2), según categoría se registró una mayor frecuencia en nivel bajo con 68.0% (n=17) (Tabla N°2A).

En participación en organizaciones por mujeres; la mayor participación fue en grupo religioso con 20.0% (D.E.=10.3) con un 77.3% (n=17) de nivel bajo, y asociación de padres de familia el 14.1% (D.E.=11.0) con un 85.7% (n=18) de nivel bajo (Tabla N°2B).

En organización empresarial; el mayor porcentaje reportan las empresas de personería jurídica con 69.1% (D.E.=11.5) con un 72.0% (n=18) de nivel bajo, el préstamo formal representa el 96.8% (D.E.=2.4) con un 64.0% (n=16) de nivel bajo, siendo su principal mercado el local con 81.3% (D.E.=9.5) con un 68.0% (n=17) de nivel bajo, y la asociación fue formal en 75.1% (D.E.=13.4) con un 68.0% (n=17) de nivel bajo (Tabla N°2C).

En el área de empoderamiento y confianza; el porcentaje de mujeres que recibieron ayuda por violencia fue de 36.4% (D.E.=15.6) con un 76.2% (n=16) de nivel bajo, y mujeres que recibieron ayuda por una institución frente al maltrato fue de 22.3% (D.E.=13.4) con un 78.9% (n=15) de nivel bajo (Tabla N°2D).

En el ejercicio del derecho; el 76.6% (D.E.=11.9) conoce la ley que garantiza su derecho a salud con un 68.0% (n=17) con nivel bajo, y sólo el 9.7% (D.E.=5.3) conoce sobre su derecho a acceso a salud con un 80.0% (n=20) de nivel bajo (Tabla N°2E).

Respecto a los indicadores sociales, en pobreza se registró que la brecha de pobreza extrema fue de 6.5% (D.E.=4.2) con un 79.2% (n=19) de nivel bajo. Para identidad; la tenencia de DNI fue de 98.7% (D.E.=1.1) con un 66.7% (n=16) de 3 nivel bajo. En educación; la tasa de cobertura neta en nivel primario fue de 92.3% (D.E.=2.3) con un 66.7% (n=16) de nivel bajo. En salud y nutrición; la desnutrición crónica infantil hasta los 5 años fue de 15.8% (D.E.=8.3) con un 75.0% (n=18) de nivel bajo y el acceso a un seguro de salud alcanzó el 74.5% (D.E.=10.8) con un 70.8% (n=17) de nivel bajo. En acceso a servicios básicos; el 59.6% (D.E.=15.6) de los hogares cuenta con paquete integrado de servicios con un 75.0% (n=18) de nivel bajo. Para vivienda; el 38.1% (D.E.=22.3) emplea leña, carbón, kerosene y otros para cocinar con un 79.2% (n=19). En trabajo, la tasa de desempleo fue de 2.9% (D.E.=1.1) con un 75% (n=18) en nivel bajo. De los programas sociales, Qali Warma tuvo mayores beneficiarios con un promedio de 144176.3 (D.E.=108012.8) con un 87.5% (n=21) de nivel bajo. Según inversión rural, la transferencia total fue en promedio de S/.59749649.3 (D.E.=83526556.4) con un 83.3% (n=20) de nivel bajo (Tabla N°3A, Tabla N°3B, Tabla N°3C, Tabla N°3D, Tabla N°3E, Tabla N°3F, Tabla N°3G, Tabla N°3H, Tabla N°3I).

Al análisis bivariado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para acceso a servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años, al contrario de adultos mayores de 60 años. En lo que respecta a participación ciudadana, existió asociación entre participación de elecciones presidenciales y acceso a servicios odontológicos en adultos mayores de 60 años, en el grupo de hombres y mujeres ($p < 0.05$) (Tabla N°4A).

En participación de mujeres en organizaciones, integrar un grupo religioso y asociación de padres de familia tuvo diferencia estadística con acceso en los adultos mayores hombres ($p < 0.05$), de igual forma, la organización comunal o de barrio con acceso en adultos mayores y adultos mayores mujeres ($p < 0.05$) (Tabla N°4B).

Para organización empresarial, se encontró diferencia estadísticamente significativa en acceso a servicios odontológicos en adultos mayores con empresa persona natural, empresa personería jurídica, empresa con crédito inicial, empresa con préstamo formal, empresa con préstamo informal, empresa de mercado nacional y empresa de mercado local ($p < 0.05$). En el caso de acceso a servicios odontológicos en adultos mayores hombres, la diferencia fue con empresa con crédito inicial, empresa con préstamo formal, empresa de mercado internacional, empresa de mercado nacional y empresa de mercado local ($p < 0.05$). Y en acceso a servicios odontológicos en adultos mayores mujeres, la diferencia fue con empresa persona natural, empresa personería jurídica, empresa con crédito inicial, empresa con préstamo formal, empresa de mercado nacional y empresa de mercado local ($p < 0.05$) (Tabla N°4C).

Para empoderamiento y confianza y ejercicio del derecho no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) (Tabla N°4D, Tabla N°4E, Gráfico N°2, Gráfico N°3, Gráfico N°4 y Gráfico N°5).

Para realizar el análisis multivariado primero debieron identificarse aquellas co-variables que presentaban significancia estadística, por eso, se siguió con el análisis bivariado de los indicadores sociales. Para el acceso odontológico en niños de 0 a 11 años de edad no se reportó ninguna asociación. Sin embargo, se encontraron diferencias en acceso a servicios en adultos mayores con pobreza monetaria, porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo, tasa de analfabetismo en mayores de 15 años, tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años, acceso a seguro de salud, Índice de Inseguridad Alimentaria, hogares con paquete integral de servicios, acceso a energía eléctrica por red pública, acceso a telecomunicaciones, viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros, viviendas con piso de tierra, tasa de desempleo, afiliación a sistema de pensiones, FONCODES y transferencia total de inversión rural ($p<0.05$) (Tabla N°5A, Tabla N°5B, Tabla N°5C, Tabla N°5D, Tabla N°5E, Tabla N°5F, Tabla N°5G, Tabla N°5H, Tabla N°5I).

En el caso de acceso a servicios odontológicos en adultos mayores hombres, existió diferencia en tasa de cobertura neta de educación primaria, porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo, acceso a servicios de agua, acceso a energía eléctrica por red pública y CUNAMAS ($p<0.05$). Y para el acceso en el grupo de mujeres, las diferencias fueron con brecha de pobreza,

pobreza monetaria, pobreza extrema con ingreso autónomo, porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo, tasa de analfabetismo mayores de 15 años, tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años, desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad, Índice de Inseguridad Alimentaria, hogares con paquete integrado de servicios, acceso a servicios de agua, acceso a servicios de saneamiento, acceso a energía eléctrica por red pública, acceso a telecomunicaciones, viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros, viviendas con piso de tierra, tasa de desempleo, afiliación a sistema de pensiones, FONCODES, y transferencia total de inversión rural ($p < 0.05$) (Tabla N°5A, Tabla N°5B, Tabla N°5C, Tabla N°5D, Tabla N°5E, Tabla N°5F, Tabla N°5G, Tabla N°5H, Tabla N°5I).

Del análisis multivariado se encontró que el acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad se asoció a la participación en elecciones presidenciales ajustado por educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos y programas sociales (RPa: 78.69; IC95%: 66.19 - 93.54). Otra asociación fue con la participación de mujeres en organización comunal o de barrio ajustado por pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural (RPa: 0.22; IC95%: 0.20 - 0.24), al igual que empresa de mercado nacional y local que se ajustaron por las mismas co-variables (RPa: 31.55; IC95%: 25.99 - 28.30 y RPa: 0.07, IC95%: 0.06 - 0.09, respectivamente). También se asociaron empresa persona natural (RPa: 0.85; IC95%: 0.75-0.97) y personería jurídica (RPa: 1.17; IC95%: 1.03-1.34) ajustados

por acceso a servicios básicos y programas sociales. La última asociación fue con empresa con crédito inicial ajustado por programas sociales (RPa: 0.92; IC95%: 0.86-0.99). Los ajustes han sido por cada indicador significativo en el análisis bivariado los cuales representan a la co-variables como se especifica al pie de la tabla (Tabla N°6A).

Para el acceso odontológico en adultos mayores hombres de 60 años, se evidenció asociación con participación en elecciones presidenciales ajustado por educación y programas sociales (RPa: 5.79; IC95%: 1.02-32.86), luego por participación de mujeres en grupos religiosos ajustado por las mismas co-variables mencionadas (RPa: 0.72; IC95%: 0.53-0.98), también por empresa con crédito inicial ajustado por programas sociales (RPa: 0.92; IC95%: 0.85-0.99) y empresa con mercado internacional ajustado por acceso a servicios básicos (RPa: 0.41; IC95%: 0.21-0.81). Los ajustes han sido por cada indicador significativo en el análisis bivariado los cuales representan a la co-variables como se especifica al pie de la tabla (Tabla N°6B).

Finalmente, el acceso a servicios odontológicos en mujeres mayores de 60 años la asociación fue con participación en elecciones presidenciales ajustado por educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, trabajo y programas sociales (RPa: 10.54; IC95%: 8.83-12.57), luego por participación de mujeres en organización comunal o de barrio, empresa de mercado nacional y local ajustados por pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural (RPa: 191.02; IC95%: 140.87-259.02,

RPa: 9.17; IC95%: 7.48-11.14, y RPa: 0.05; IC95%: 0.04-0.05, respectivamente). También hubo asociación con empresa persona natural y jurídica ajustados por acceso a servicios básicos y programas sociales (RPa: 0.77; IC95%: 0.63-0.94 y RPa: 1.30; IC95%: 1.05-1.59, respectivamente). Y por último, empresa con crédito inicial ajustado por programas sociales (RPa: 0.92; IC95%: 0.85-0.99). Los ajustes han sido por cada indicador significativo en el análisis bivariado los cuales representan a la co-variables como se especifica al pie de la tabla (Tabla N°6C).

Es importante mencionar que el acceso a servicio odontológicos de 0 a 11 años de edad no se realizó ningún análisis multivariado por no encontrarse asociación con las variables de capital social.

Tabla N°1A. Acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú, 2015.

ACCESO A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	X(DE)/n	Min- Max/%
Niños de 0 a 11 años (%)	47.3 (10.9)	27.0 - 66.5
Bajo	10	40.0
Moderado	8	32.0
Alto	7	28.0
Adultos mayores de 60 años (%)	76.3 (12.4)	48.1 - 94.3
Bajo	9	36.0
Moderado	8	32.0
Alto	8	32.0
Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)	75.4 (13.7)	42.4 - 97.0
Bajo	10	40.0
Moderado	8	32.0
Alto	7	28.0
Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)	77.0 (12.4)	51.6 - 95.1
Bajo	9	36.0
Moderado	8	32.0
Alto	8	32.0

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

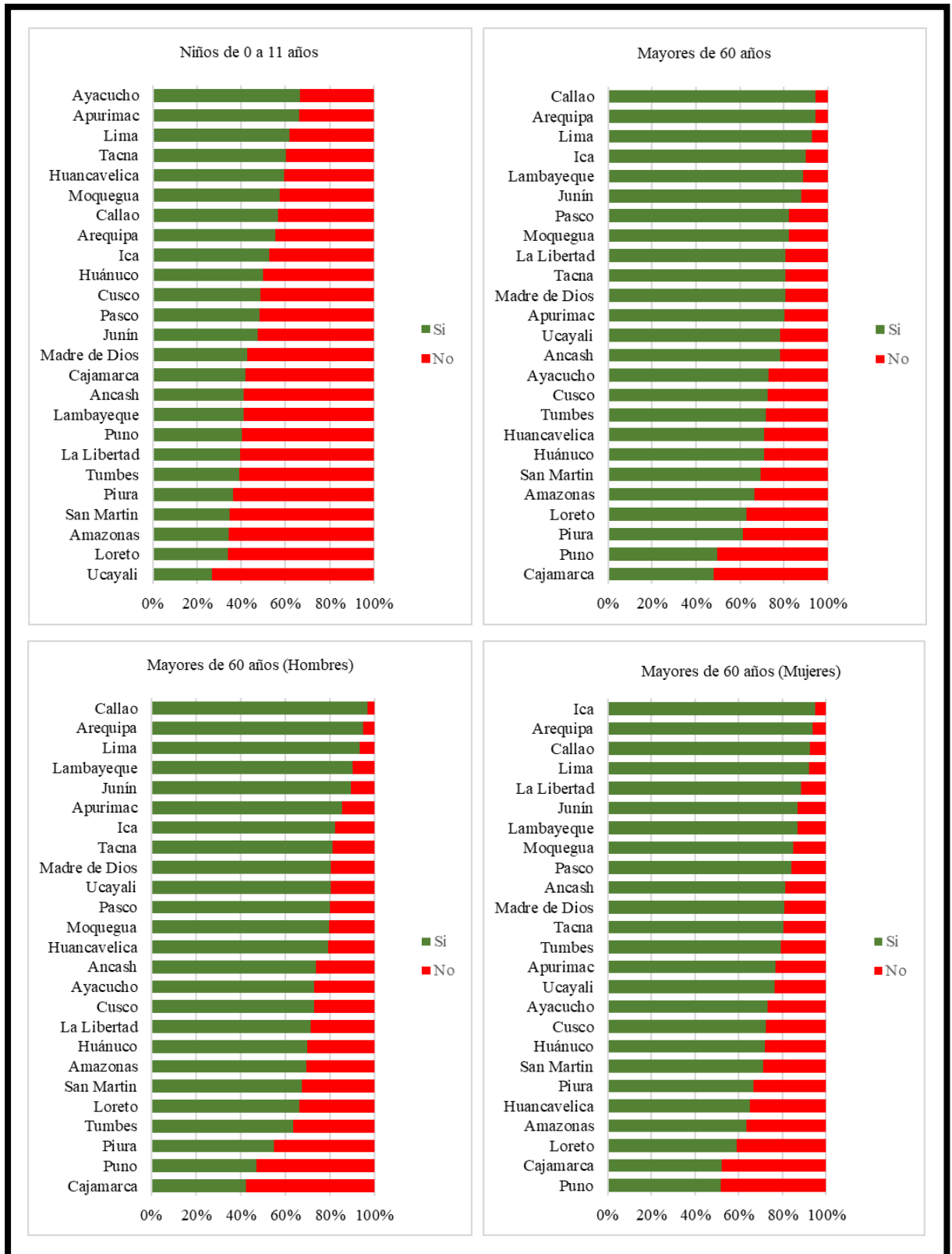
Max: Máximo.

Tabla N°1B. Acceso a servicios de salud odontológicos por departamentos en el Perú, 2015.

DEPARTAMENTOS	ACCESO A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS							
	Niños de 0 a 11 años (%)		Adultos mayores de 60 años (%)		Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)		Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)	
	%	Categorización	Media	Categorización	Media	Categorización	Media	Categorización
Amazonas	34.5	Bajo	66.5	Bajo	69.6	Bajo	63.3	Bajo
Ancash	41.1	Bajo	78.1	Moderado	73.6	Moderado	81.1	Moderado
Apurímac	66.0	Alto	80.2	Moderado	85.3	Alto	76.9	Moderado
Arequipa	55.5	Moderado	94.3	Alto	95.0	Alto	93.9	Alto
Ayacucho	66.5	Alto	73.1	Moderado	73.0	Moderado	73.2	Moderado
Cajamarca	41.9	Moderado	48.1	Bajo	42.4	Bajo	52.3	Bajo
Callao	56.5	Alto	94.3	Alto	97.0	Alto	92.4	Alto
Cusco	48.5	Moderado	72.6	Moderado	73.0	Bajo	72.3	Bajo
Huancavelica	59.2	Alto	71.1	Bajo	79.3	Moderado	64.9	Bajo
Huanuco	49.9	Moderado	70.9	Bajo	69.7	Bajo	71.8	Bajo
Ica	52.6	Moderado	89.8	Alto	82.2	Alto	95.1	Alto
Junín	47.3	Moderado	87.8	Alto	89.2	Alto	86.9	Alto
La Libertad	39.6	Bajo	80.8	Moderado	71.2	Bajo	88.3	Alto
Lambayeque	41.1	Bajo	88.5	Alto	90.3	Alto	86.9	Alto
Lima	62.0	Alto	92.6	Alto	93.1	Alto	92.2	Alto
Loreto	34.0	Bajo	62.8	Bajo	66.2	Bajo	59.2	Bajo
Madre de Dios	42.8	Moderado	80.6	Moderado	80.5	Moderado	80.8	Moderado
Moquegua	57.5	Alto	82.3	Alto	79.8	Moderado	84.8	Alto
Pasco	48.3	Moderado	82.4	Alto	80.0	Moderado	84.0	Moderado
Piura	36.4	Bajo	61.4	Bajo	55.1	Bajo	66.7	Bajo
Puno	40.2	Bajo	49.8	Bajo	47.3	Bajo	51.6	Bajo
San Martín	34.7	Bajo	69.5	Bajo	67.6	Bajo	71.2	Bajo
Tacna	60.2	Alto	80.7	Moderado	81.0	Moderado	80.5	Moderado
Tumbes	39.1	Bajo	71.8	Bajo	63.6	Bajo	79.0	Moderado
Ucayali	27.0	Bajo	78.2	Moderado	80.4	Moderado	76.5	Moderado

%; Frecuencia relativa.

Gráfico N°1. Acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú, 2015.



Mapa N°1. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad en el Perú, 2015.



Mapa N°2. Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2015.



Mapa N°3. Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad (Hombres) en el Perú, 2015.



Mapa N°4. Acceso a servicios de salud odontológicos mayores de 60 años de edad (Mujeres) en el Perú, 2015.



Tabla N°2A. Capital social (participación ciudadana) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	X(DE)/n	Min-Max/%
Participación ciudadana		
Participación elecciones presidenciales (%)	78.5 (6.2)	67.6 - 86.9
Alto	8	32.0
Bajo	17	68.0

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°2B. Capital social (participación en organizaciones) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	X(DE)/n	Min-Max/%
Participación en organizaciones (mujeres)		
Club deportivo o grupo cultural (%)	3.4 (2.2)	0.9 - 8.3
Alto	3	18.8
Bajo	13	81.3
Grupo religioso (%)	20.0 (10.3)	6.3 - 42.9
Alto	5	22.7
Bajo	17	77.3
Asociación de padres de familia (%)	14.1 (11.0)	1.6 - 42.5
Alto	3	14.3
Bajo	18	85.7
Organización comunal o de barrio (%)	9.8 (9.7)	1.2 - 31.3
Alto	2	13.3
Bajo	13	86.7
Organización política (%)	2.3 (1.0)	1.1 - 3.8
Alto	2	22.2
Bajo	7	77.8
Junta de vecinos (%)	8.6 (8.6)	1.3 - 31.3
Alto	2	10.5
Bajo	17	89.5

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°2C. Capital social (organización empresarial) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL		X(DE)/n	Min-Max/%
Organización empresarial			
Empresa persona natural (%)		30.9 (11.5)	6.0 - 49.6
	Alto	6	24.0
	Bajo	19	76.0
Empresa personería jurídica (%)		69.1 (11.5)	50.4 - 94.0
	Alto	7	28.0
	Bajo	18	72.0
Empresa crédito inicio (%)		43.3 (9.4)	25.5 - 56.6
	Alto	7	28.0
	Bajo	18	72.0
Empresa préstamo formal (%)		96.8 (2.4)	90.7 - 100.0
	Alto	9	36.0
	Bajo	16	64.0
Empresa préstamo informal (%)		3.4 (2.3)	1.1 - 9.3
	Alto	4	17.4
	Bajo	19	82.6
Empresa mercado internacional (%)		3.5 (3.0)	0.3 - 10.3
	Alto	3	13.0
	Bajo	20	87.0
Empresa mercado nacional (%)		15.4 (8.0)	5.4 - 37.9
	Alto	5	20.0
	Bajo	20	80.0
Empresa mercado local (%)		81.3 (9.5)	55.4 - 94.1
	Alto	8	32.0
	Bajo	17	68.0
Empresa asociación formal (%)		75.1 (13.4)	45.2 - 88.9
	Alto	8	32.0
	Bajo	17	68.0
Empresa asociación informal (%)		24.9 (13.4)	11.1 - 54.8
	Alto	5	20.0
	Bajo	20	80.0

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°2D. Capital social (empoderamiento y confianza) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	X(DE)/n	Min-Max/%
Empoderamiento y confianza		
Mujer recibió ayuda por violencia (%)	36.4 (15.6)	12.5 - 75.0
Alto	5	23.8
Bajo	16	76.2
Mujer recibió ayuda por maltrato institución (%)	22.3 (13.4)	6.3 - 50.0
Alto	4	21.1
Bajo	15	78.9

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°2E. Capital social (ejercicio del derecho) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	X(DE)/n	Min-Max/%
Ejercicio del derecho		
Conoce la ley que garantiza su derecho a salud (%)	76.6 (11.9)	35.8 - 92.6
Alto	8	32.0
Bajo	17	68.0
Conocen sobre su derecho de acceso a salud (%)	9.7 (5.3)	1.1 - 22.0
Alto	5	20.0
Bajo	20	80.0

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3A. Indicadores sociales (pobreza) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Pobreza		
Brecha de pobreza (%)	6.5 (4.2)	0.7 - 17.0
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Pobreza monetaria (%)	25.4 (13.6)	5.0 - 50.8
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Pobreza monetaria extrema (%)	5.3 (4.8)	0.3 - 20.3
Alto	3	12.5
Bajo	20	83.3
Pobreza extrema con ingreso autónomo (%)	9.9 (8.9)	0.2 - 31.1
Alto	4	16.7
Bajo	20	83.3

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3B. Indicadores sociales (identidad) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Identidad		
Tenencia de DNI (%)	98.7 (1.1)	94.2 - 99.7
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Tenencia de DNI ≥ 18 años (%)	99.2 (0.8)	96.1 - 100.0
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Tenencia de DNI ≥ 65 años (%)	98.4 (1.8)	92.0 - 100.0
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3C. Indicadores sociales (educación) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Educación		
Tasa de cobertura neta educación primaria 6-11 años (%)	92.3 (2.3)	86.6 - 95.4
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo (%)	43.7 (12.8)	20.2 - 64.4
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Tasa de analfabetismo \geq 15 años (%)	10.4 (5.9)	2.7 - 24.7
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Tasa de analfabetismo en mujeres \geq 15 años (%)	15.4 (8.9)	4.0 - 36.1
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Asistencia educación básica regular 3-5 años (%)	85.3 (5.1)	71.1 - 93.8
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3D. Indicadores sociales (salud y nutrición) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Salud y nutrición		
Desnutrición crónica infantil ≤ 5 años OMS (%)	15.8 (8.3)	2.6 - 34.0
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Prevalencia de anemia niños de 6-59 meses de edad (%)	35.5 (8.9)	23.7 - 61.8
Alto	7	29.2
Bajo	17	70.8
Porcentaje de niños de 18 a 29 meses con vacunas completas (BCG, DPT, Antisarampionosa y Polio) (%)	69.7 (7.6)	57.2 - 86.5
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Acceso a seguro de salud (%)	74.5 (10.8)	54.9 - 94.6
Alto	7	29.2
Bajo	17	70.8
Indice de Inseguridad Alimentaria MIDIS	0.3 (0.2)	0.0 - 0.7
Alto	15	62.5
Bajo	10	41.7

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3E. Indicadores sociales (acceso a servicios básicos) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Acceso a servicios básicos		
Hogares con paquete integrado de servicios (%)	59.6 (15.6)	33.2 - 86.2
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Acceso a servicio de agua (%)	83.3 (10.8)	56.6 - 93.4
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Acceso a servicio de saneamiento (%)	71.4 (14.6)	44.6 - 93.6
Alto	7	29.2
Bajo	17	70.8
Acceso a energía eléctrica por red pública (%)	91.4 (5.7)	77.4 - 99.4
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7
Acceso a telecomunicaciones (%)	87.0 (6.5)	69.9 - 95.7
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3F. Indicadores sociales (vivienda) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Vivienda		
Viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros (%)	38.1 (22.3)	3.4 - 72.2
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Viviendas con piso de tierra (%)	36.6 (20.0)	7.5 - 74.3
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2
Hacinamiento (%)	6.1 (3.6)	1.9 - 15.3
Alto	4	16.7
Bajo	20	83.3
Promedio de miembros por hogar	3.7 (0.3)	3.1 - 4.8
Alto	8	33.3
Bajo	16	66.7

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3G. Indicadores sociales (trabajo) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Trabajo		
Jóvenes que no trabaja ni estudia 14-30 años (%)	19.8 (4.1)	11.2 - 25.6
Alto	7	29.2
Bajo	17	70.8
Adultos ≥ 65 años con jubilación (%)	48.7 (12.9)	27.6 - 74.9
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Tasa de desempleo (%)	2.9 (1.1)	0.5 - 5.0
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Tasa de subempleo (%)	3.3 (1.3)	0.6 - 5.7
Alto	6	25.0
Bajo	18	75.0
Afiliación a sistema de pensiones (%)	28.8 (13.2)	13.0 - 58.1
Alto	5	20.8
Bajo	19	79.2

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3H. Indicadores sociales (programas sociales) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Programas sociales		
CUNAMAS (Beneficiarios)	2140.2 (1652.8)	605.0 - 8736.0
Alto	4	16.7
Bajo	20	83.3
JUNTOS (Hogares)	36767.6 (31192.2)	303.0 - 113013.0
Alto	3	12.5
Bajo	18	75.0
FONCODES (Hogares)	4717.7 (2832.6)	397.0 - 10371.0
Alto	4	16.7
Bajo	16	66.7
PENSIÓN 65 (Beneficiarios)	20106.9 (15495.6)	889.0 - 55967.0
Alto	4	16.7
Bajo	21	87.5
QALI WARMA (Beneficiarios)	144176.3 (108012.8)	22136.0 - 511908.0
Alto	4	16.7
Bajo	21	87.5
BECA 18 (Beneficiarios)	1959.0 (1150.6)	237.0 - 4795.0
Alto	5	20.8
Bajo	20	83.3

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°3I. Indicadores sociales (inversión rural) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	X(DE)/n	Min-Max/%
Inversión rural		
Agua y saneamiento (S/.)	57143526.3 (80629492.4)	946906.0 - 327707858.0
Alto	2	8.3
Bajo	18	75.0
Camino vecinales (S/.)	4946925.6 (5536581.3)	225134.0 - 18614375.0
Alto	3	12.5
Bajo	19	79.2
Transferencia total (S/.)	59749649.3 (83526556.4)	469260.0 - 334556065.0
Alto	2	8.3
Bajo	20	83.3

X: Promedio.

DE: Desviación
estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

Tabla N°4A. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (participación ciudadana) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Participación ciudadana																				
Participación elecciones presidenciales (%)																				
X	79.7	7.8	78.0	5.7	0.54*	75.9	5.7	83.0	4.5	<0.01*	76.8	5.9	82.8	5.3	0.02*	75.8	5.6	84.2	2.8	<0.01*
Alto	4	50.0	4	50.0	0.09**	3	37.5	5	62.5	0.06**	4	50.0	4	50.0	0.09**	3	37.5	5	62.5	0.06***
Bajo	3	17.6	14	82.4		13	76.5	4	23.5		14	82.4	3	17.6		14	82.4	3	17.6	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

**: Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°4B. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (participación en organizaciones) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)								
	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Participación en organizaciones (mujeres)																								
Club deportivo o grupo cultural (%)																								
X	3.8	2.3	3.2	2.2	0.52*	3.6	2.3	2.9	2.0	0.66*	3.3	2.2	3.5	2.3	0.88*	3.6	2.3	2.9	2.0	0.66*				
Alto	1	33.3	2	66.7	0.71**	2	66.7	1	33.3	0.93**	1	33.3	2	66.7	0.25**	2	66.7	1	33.3	0.93**				
Bajo	3	23.1	10	76.9		9	69.2	4	30.8		9	69.2	4	30.8		9	69.2	4	30.8					
Grupo religioso (%)																								
X	18.2	4.5	20.6	11.8	0.80*	22.7	11.5	15.2	5.5	0.10*	23.0	11.1	13.4	3.1	0.02*	22.7	11.5	15.2	5.5	0.10*				
Alto	0	0.0	5	100.0	0.12**	5	100.0	0	0.0	0.05**	5	100.0	0	0.0	0.08**	5	100.0	0	0.0	0.05**				
Bajo	6	35.3	11	64.7		9	52.9	8	47.1		10	58.8	7	41.2		9	52.9	8	47.1					
Asociación de padres de familia (%)																								
X	13.5	12.6	14.3	10.8	0.79*	16.0	11.6	10.2	9.3	0.17*	17.4	11.1	5.7	4.9	0.01*	16.0	11.6	10.2	9.3	0.17*				
Alto	2	66.7	1	33.3	0.12**	2	66.7	1	33.3	1.00**	3	100.0	0	0.0	0.24**	2	66.7	1	33.3	1.00**				
Bajo	4	22.2	14	77.8		12	66.7	6	33.3		12	66.7	6	33.3		12	66.7	6	33.3					
Organización comunal o de barrio (%)																								
X	15.7	11.2	7.6	8.6	0.23*	13.7	9.8	2.1	1.1	<0.01*	11.8	10.3	5.7	7.7	0.13*	13.7	9.8	2.1	1.1	<0.01*				
Alto	1	50.0	1	50.0	0.42**	2	100.0	0	0.0	0.28**	2	100.0	0	0.0	0.28**	2	100.0	0	0.0	0.28**				
Bajo	3	23.1	10	76.9		8	61.5	5	38.5		8	61.5	5	38.5		8	61.5	5	38.5					
Organización política (%)																								
X	2.1	1.0	2.4	1.0	0.71*	2.6	1.0	1.9	0.9	0.29*	2.5	1.1	2.1	1.0	0.73*	2.6	1.0	1.9	0.9	0.29*				
Alto	1	50.0	1	50.0	0.57**	2	100.0	0	0.0	0.15**	1	50.0	1	50.0	0.86**	2	100.0	0	0.0	0.15**				
Bajo	2	28.6	5	71.4		3	42.9	4	57.1		3	42.9	4	57.1		3	42.9	4	57.1					
Junta de vecinos (%)																								
X	5.5	3.1	10.0	10.0	0.64*	10.6	9.8	5.1	5.0	1.00*	9.8	9.6	5.9	5.7	0.37*	10.6	9.8	5.1	5.0	1.00*				
Alto	0	0.0	2	100.0	0.31**	2	100.0	0	0.0	0.25**	2	100.0	0	0.0	0.31**	2	100.0	0	0.0	0.25**				
Bajo	6	35.3	11	64.7		10	58.8	7	41.2		11	64.7	6	35.3		10	58.8	7	41.2					

X: Promedio.
DE: Desviación estándar.
n; Frecuencia absoluta.
%: Frecuencia relativa.
Min: Mínimo.

Max: Máximo.
p: Significancia estadística
*: Prueba de U de Mann Whitney.
**: Prueba de Chi-cuadrado.
***: Prueba de Fisher.

Tabla N°4C. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (organización empresarial) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Organización empresarial																				
Empresa persona natural (%)																				
X	28.7	15.7	31.7	9.9	0.88*	35.7	9.0	22.4	10.9	0.01*	34.3	9.8	22.2	11.8	0.05*	36.2	9.0	19.7	7.7	<0.01*
Alto	2	33.3	4	66.7	0.74**	5	83.3	1	16.7	0.26**	5	83.3	1	16.7	0.06***	6	100.0	0	0.0	0.05**
Bajo	5	26.3	14	73.7		11	57.9	8	42.1		13	68.4	6	31.6		11	57.9	8	42.1	
Empresa personería jurídica (%)																				
X	71.3	15.7	68.3	9.9	0.88*	64.3	9.0	77.6	10.9	0.01*	65.7	9.8	77.8	11.8	0.05*	63.8	9.0	80.3	7.7	<0.01*
Alto	2	28.6	5	71.4	0.97**	2	28.6	5	71.4	0.06***	3	42.9	4	57.1	0.34**	2	28.6	5	71.4	0.02***
Bajo	5	27.8	13	72.2		14	77.8	4	22.2		15	83.3	3	16.7		15	83.3	3	16.7	
Empresa crédito inicio (%)																				
X	45.3	13.8	42.6	7.5	0.24*	46.8	6.4	37.2	11.2	0.04*	45.9	7.8	36.8	10.8	0.06*	47.1	6.3	35.4	10.4	0.01*
Alto	4	57.1	3	42.9	0.06***	5	71.4	2	28.6	0.63**	6	85.7	1	14.3	0.03***	6	85.7	1	14.3	0.24**
Bajo	3	16.7	15	83.3		11	61.1	7	38.9		12	66.7	6	33.3		11	61.1	7	38.9	
Empresa préstamo formal (%)																				
X	96.2	2.6	97.1	2.4	0.57*	97.6	2.0	95.4	2.5	0.01*	97.3	2.4	95.6	1.9	0.03*	97.2	2.5	96.0	1.9	0.06*
Alto	3	33.3	6	66.7	0.66**	9	100.0	0	0.0	0.01***	9	100.0	0	0.0	0.35**	9	100.0	0	0.0	0.02***
Bajo	4	25.0	12	75.0		7	43.8	9	56.3		9	56.3	7	43.8		8	50.0	8	50.0	
Empresa préstamo informal (%)																				
X	3.8	2.6	3.3	2.2	0.87*	2.7	1.9	4.6	2.5	0.02*	3.0	2.4	4.4	1.9	0.05*	3.1	2.5	4.0	1.9	0.12*
Alto	2	50.0	2	50.0	0.35**	1	25.0	3	75.0	0.11**	2	50.0	2	50.0	0.76**	2	50.0	2	50.0	0.48**
Bajo	5	26.3	14	73.7		13	68.4	6	31.6		14	73.7	5	26.3		13	68.4	6	31.6	
Empresa mercado internacional (%)																				
X	3.8	3.3	3.5	3.0	1.00*	3.3	3.2	4.0	2.5	0.36*	3.1	3.1	4.7	2.5	0.14*	3.3	3.2	4.0	2.5	0.36*
Alto	1	33.3	2	66.7	0.76**	2	66.7	1	33.3	0.96**	2	66.7	1	33.3	0.01***	2	66.7	1	33.3	0.96**
Bajo	5	25.0	15	75.0		13	65.0	7	35.0		15	75.0	5	25.0		13	65.0	7	35.0	
Empresa mercado nacional (%)																				
X	19.0	13.1	14.0	4.8	0.84*	11.5	4.2	22.4	8.5	<0.01*	12.5	4.1	22.9	10.8	0.01*	11.6	4.1	23.6	8.3	<0.01*
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.04***	1	20.0	4	80.0	0.24**	1	20.0	4	80.0	0.02***
Bajo	4	20.0	16	80.0		15	75.0	5	25.0		17	85.0	3	15.0		16	80.0	4	20.0	
Empresa mercado local (%)																				
X	77.7	16.2	82.7	5.3	0.98*	85.4	5.9	74.0	10.8	<0.01*	84.5	5.3	73.0	13.2	0.02*	85.5	5.7	72.4	10.3	<0.01*
Alto	3	37.5	5	62.5	0.47**	7	87.5	1	12.5	0.09**	7	87.5	1	12.5	0.09**	8	100.0	0	0.0	0.03***
Bajo	4	23.5	13	76.5		9	52.9	8	47.1		11	64.7	6	35.3		9	52.9	8	47.1	
Empresa asociación formal (%)																				
X	73.0	12.0	76.0	14.1	0.46*	74.6	14.9	76.0	10.9	0.93*	72.5	14.4	81.8	7.3	0.13*	74.5	14.4	76.5	11.5	0.89*
Alto	2	25.0	6	75.0	0.82**	5	62.5	3	37.5	0.92**	4	50.0	4	50.0	0.66**	5	62.5	3	37.5	0.69**
Bajo	5	29.4	12	70.6		11	64.7	6	35.3		14	82.4	3	17.6		12	70.6	5	29.4	
Empresa asociación informal (%)																				
X	27.0	12.0	24.0	14.1	0.46*	25.4	14.9	24.0	10.9	0.93*	27.5	14.4	18.2	7.3	0.13*	25.5	14.4	23.5	11.5	0.89*
Alto	2	40.0	3	60.0	0.50**	3	60.0	2	40.0	0.84**	4	80.0	1	20.0	0.63**	3	60.0	2	40.0	0.67**
Bajo	5	25.0	15	75.0		13	65.0	7	35.0		14	70.0	6	30.0		14	70.0	6	30.0	

X: Promedio DE: Desviación estándar n: Frecuencia absoluta %: Frecuencia relativa Min: mínima Max: Máximo p: Significancia estadística *: Prueba de U de Mann Whitney **: Prueba de Chi-cuadrado ***: Prueba de Fisher

Tabla N°4D. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (empoderamiento y confianza) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Empoderamiento y confianza																				
Mujer recibió ayuda por violencia (%)																				
X	42.5	22.5	34.5	13.1	0.60*	33.7	12.2	41.9	20.9	0.54*	35.8	16.5	37.9	14.3	0.79*	33.7	12.2	41.9	20.9	0.54*
Alto	2	40.0	3	60.0	0.33**	3	60.0	2	40.0	0.72**	4	80.0	1	20.0	0.13**	3	60.0	2	40.0	0.72**
Bajo	3	18.8	13	81.3		11	68.8	5	31.3		11	68.8	5	31.3		11	68.8	5	31.3	
Mujer recibió ayuda por maltrato institución (%)																				
X	29.6	12.5	18.9	12.8	0.11*	26.1	15.0	15.7	6.6	0.17*	24.2	14.8	18.0	9.2	0.47*	26.1	15.0	15.7	6.6	0.17*
Alto	2	50.0	2	50.0	0.37**	4	100.0	0	0.0	0.09**	4	100.0	0	0.0	0.13**	4	100.0	0	0.0	0.09**
Bajo	4	26.7	11	73.3		8	53.3	7	46.7		9	60.0	6	40.0		8	53.3	7	46.7	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°4E. Acceso a servicios de salud odontológicos y capital social (ejercicio del derecho) en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)								
	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Ejercicio del derecho																								
Conoce la ley que garantiza su derecho a salud (%)																								
X	79.6	10.8	75.4	12.4	0.66*	77.1	14.4	75.7	5.5	0.56*	76.8	13.5	76.1	7.1	0.66*	76.9	14.0	75.9	5.9	0.67*				
Alto	3	37.5	5	62.5	0.47**	7	87.5	1	12.5	0.09**	6	75.0	2	25.0	0.82**	7	87.5	1	12.5	0.15**				
Bajo	4	23.5	13	76.5		9	52.9	8	47.1		12	70.6	5	29.4		10	58.8	7	41.2					
Conocen sobre su derecho de acceso a salud (%)																								
X	8.9	3.6	10.0	5.9	0.79*	9.6	5.9	10.0	4.5	0.60*	9.8	5.7	9.5	4.4	0.98*	9.2	5.9	10.8	4.0	0.26*				
Alto	1	20.0	4	80.0	0.66**	3	60.0	2	40.0	0.84**	4	80.0	1	20.0	0.66**	3	60.0	2	40.0	0.67**				
Bajo	6	30.0	14	70.0		13	65.0	7	35.0		14	70.0	6	30.0		14	70.0	6	30.0					

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Mín: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Gráfico N°2. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y capital social en el Perú, 2015.

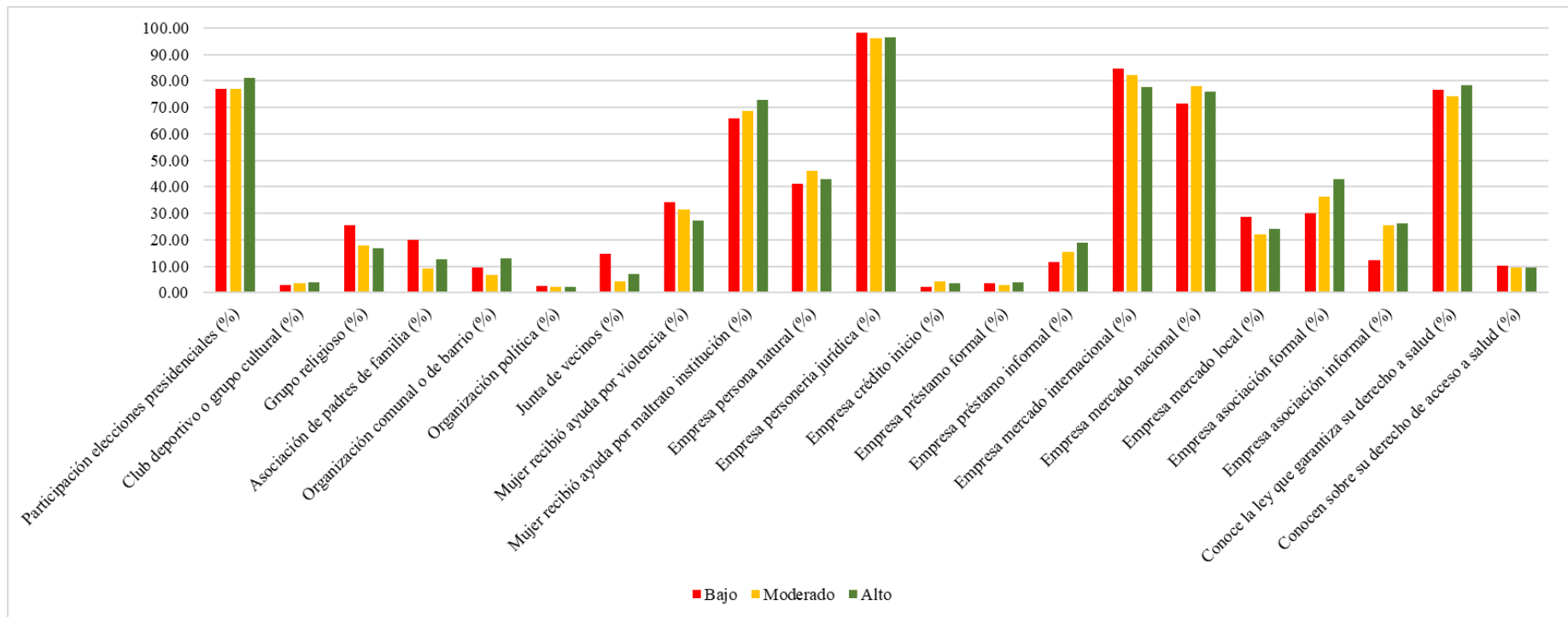


Gráfico N°3. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad y capital social en el Perú, 2015.

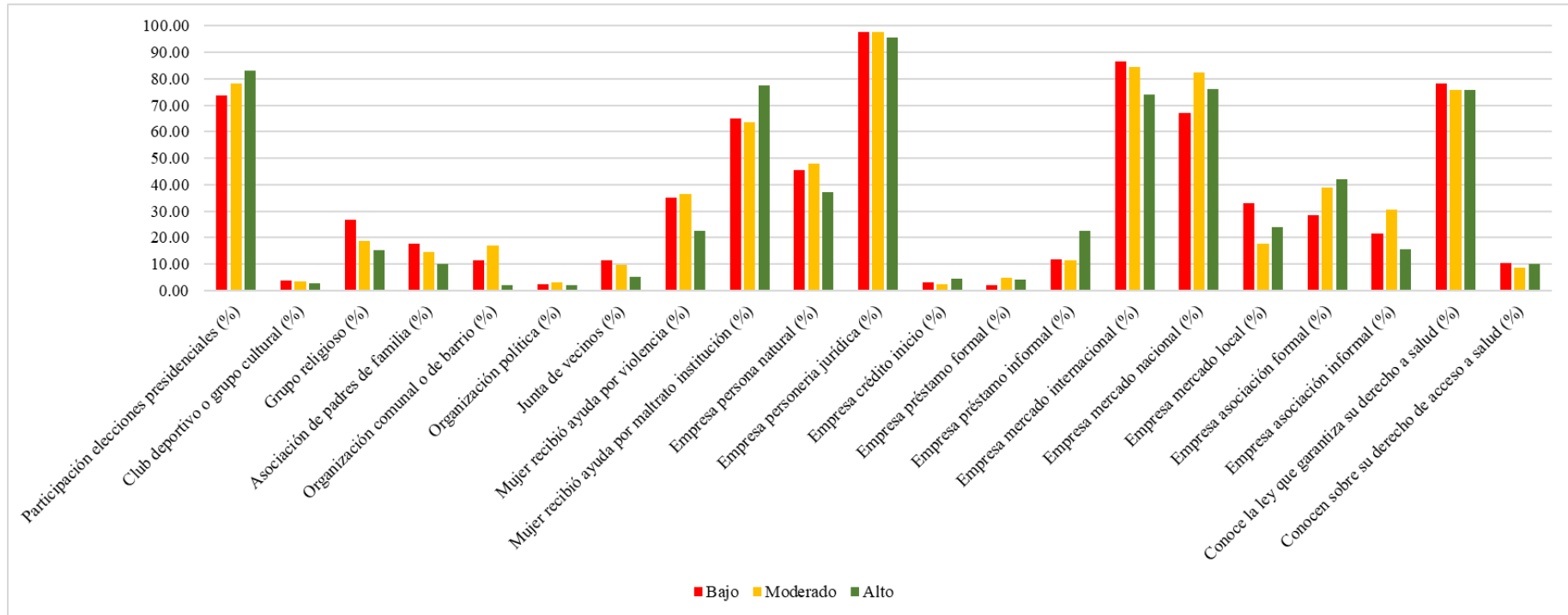


Gráfico N°4. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad (Hombres) y capital social en el Perú, 2015.

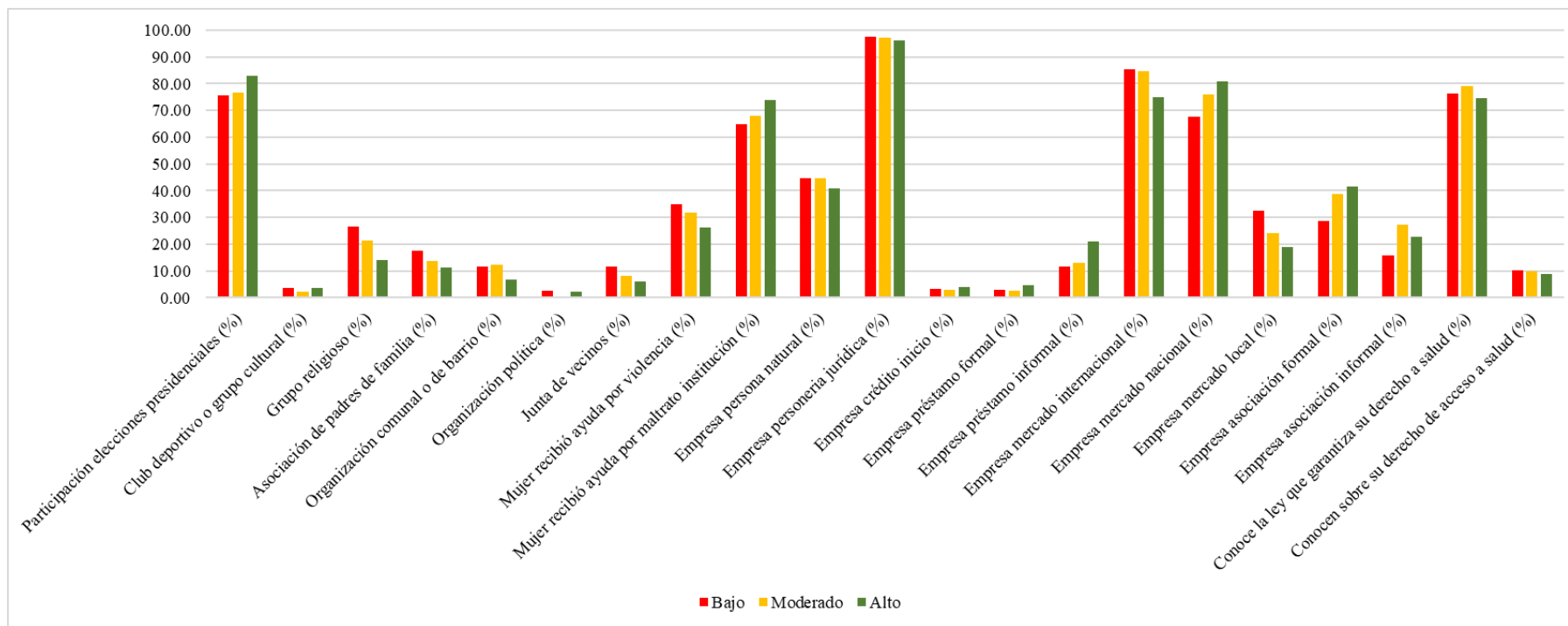


Gráfico N°5. Acceso a servicios de salud odontológicos en mayores de 60 años de edad (Mujeres) y capital social en el Perú, 2015.

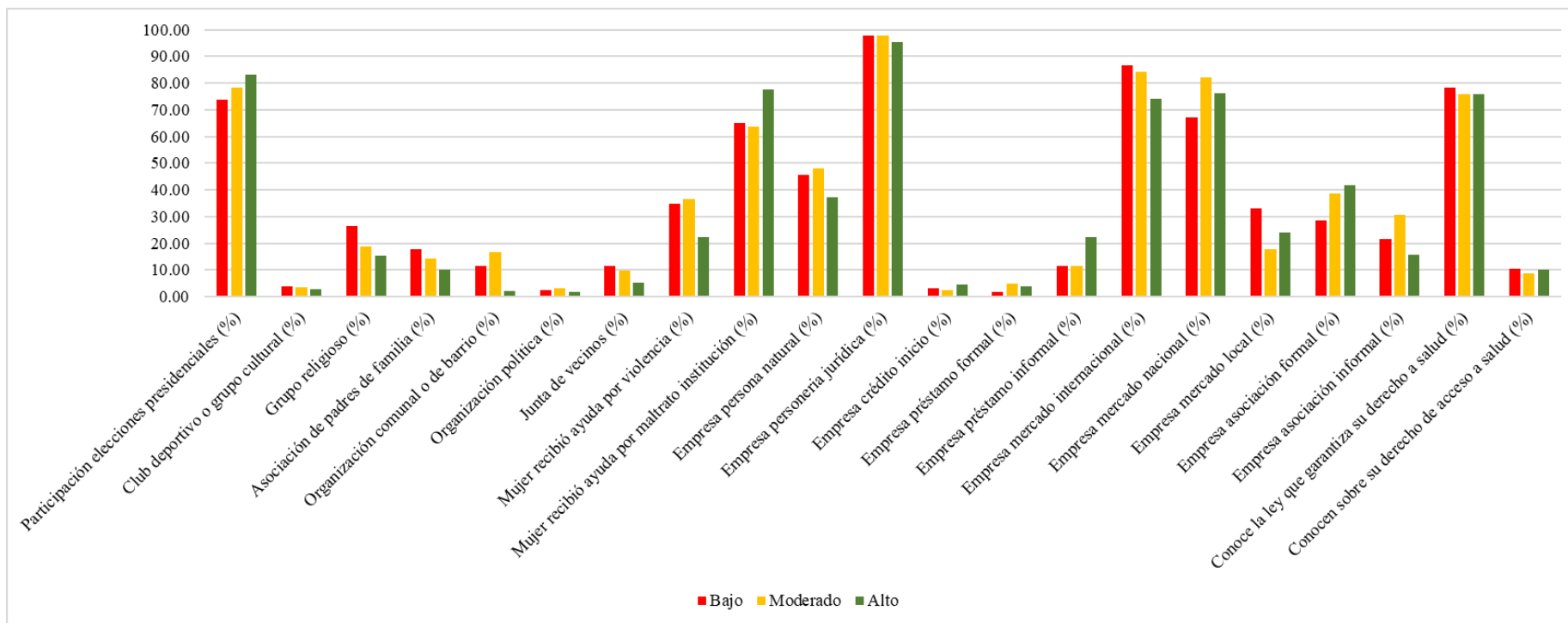


Tabla N°5A. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (pobreza) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Pobreza																				
Brecha de pobreza (%)																				
X	6.3	4.7	6.5	4.2	0.92*	4.1	3.5	7.7	4.2	0.05*	3.8	3.0	7.4	4.3	0.07*	3.2	2.4	7.8	4.1	<0.01*
Alto	2	40.0	3	60.0	0.38**	1	20.0	4	80.0	0.48**	0	0.0	5	100.0	0.15**	0	0.0	5	100.0	0.11**
Bajo	4	21.1	15	78.9		7	36.8	12	63.2		6	31.6	13	68.4		7	36.8	12	63.2	
Pobreza monetaria (%)																				
X	26.5	16.8	25.0	12.9	0.77*	17.1	11.3	29.5	13.0	0.04*	17.2	12.2	28.1	13.2	0.12*	14.0	7.9	30.0	12.8	<0.01*
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08***	0	0.0	5	100.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.77**	0	0.0	5	100.0	0.11**
Bajo	3	15.8	16	84.2		8	42.1	11	57.9		5	26.3	14	73.7		7	36.8	12	63.2	
Pobreza monetaria extrema (%)																				
X	5.1	5.0	5.4	4.9	0.97*	3.1	2.8	6.3	5.2	0.15*	3.0	2.8	6.0	5.1	0.26*	2.4	2.3	6.4	5.1	0.05*
Alto	2	66.7	1	33.3	0.09**	0	0.0	3	100.0	0.22**	0	0.0	3	100.0	0.33**	0	0.0	3	100.0	0.27**
Bajo	4	20.0	16	80.0		7	35.0	13	65.0		5	25.0	15	75.0		6	30.0	14	70.0	
Pobreza extrema con ingreso autónomo (%)																				
X	11.5	11.3	9.4	8.2	0.72*	5.3	5.9	12.3	9.3	0.06*	5.3	7.4	11.5	8.9	0.07*	3.5	3.7	12.5	9.1	0.02*
Alto	2	50.0	2	50.0	0.21**	0	0.0	4	100.0	0.12**	0	0.0	4	100.0	0.21**	0	0.0	4	100.0	0.16**
Bajo	4	20.0	16	80.0		8	40.0	12	60.0		6	30.0	14	70.0		7	35.0	13	65.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5B. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (identidad) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Identidad																				
Tenencia de DNI (%)																				
X	99.4	0.1	98.5	1.2	<0.01*	99.1	0.5	98.6	1.3	0.45*	99.2	0.5	98.6	1.2	0.16*	99.1	0.5	98.6	1.3	0.38*
Alto	5	62.5	3	37.5	<0.01***	3	37.5	5	62.5	0.76**	3	37.5	5	62.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.53**
Bajo	1	6.3	15	93.8		5	31.3	11	68.8		3	18.8	13	81.3		4	25.0	12	75.0	
Tenencia de DNI ≥ 18 años (%)																				
X	99.7	0.2	99.1	0.9	0.02*	99.5	0.3	99.1	0.9	0.29*	99.6	0.3	99.1	0.9	0.10*	99.5	0.3	99.1	0.9	0.23*
Alto	4	50.0	4	50.0	0.05**	3	37.5	5	62.5	0.76**	3	37.5	5	62.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.53**
Bajo	2	12.5	14	87.5		5	31.3	11	68.8		3	18.8	13	81.3		4	25.0	12	75.0	
Tenencia de DNI ≥ 65 años (%)																				
X	99.6	0.4	97.9	2.0	<0.01*	98.9	0.9	98.1	2.2	0.61*	99.1	0.9	98.1	2.0	0.25*	99.0	0.8	98.1	2.1	0.35*
Alto	4	50.0	4	50.0	0.05**	3	37.5	5	62.5	0.76**	3	37.5	5	62.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.53**
Bajo	2	12.5	14	87.5		5	31.3	11	68.8		3	18.8	13	81.3		4	25.0	12	75.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

**: Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5C. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (educación) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Educación																				
Tasa de cobertura neta educación primaria 6-11 años (%)																				
X	92.1	2.7	92.4	2.2	0.92*	91.5	2.0	92.7	2.4	0.12*	90.6	1.6	92.9	2.2	0.02*	91.4	2.1	92.7	2.3	0.13*
Alto	3	37.5	5	62.5	0.32**	1	12.5	7	87.5	0.13**	0	0.0	8	100.0	0.05**	1	12.5	7	87.5	0.20**
Bajo	3	18.8	13	81.3		7	43.8	9	56.3		6	37.5	10	62.5		6	37.5	10	62.5	
Porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo (%)																				
X	42.1	17.0	44.3	11.6	0.92*	34.9	10.0	48.1	11.9	<0.01*	34.3	12.5	46.9	11.5	0.03*	33.3	9.6	48.0	11.6	<0.01*
Alto	2	33.3	4	66.7	0.59**	0	0.0	6	100.0	0.05**	0	0.0	6	100.0	0.10*	0	0.0	6	100.0	0.07**
Bajo	4	22.2	14	77.8		8	44.4	10	55.6		6	33.3	12	66.7		7	38.9	11	61.1	
Tasa de analfabetismo ≥ 15 años (%)																				
X	13.1	9.2	9.5	4.3	0.58*	6.6	2.5	12.3	6.2	0.02*	8.0	6.5	11.2	5.6	0.12*	6.1	2.2	12.1	6.0	<0.01*
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08***	0	0.0	5	100.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.77**	0	0.0	5	100.0	0.11**
Bajo	3	15.8	16	84.2		8	42.1	11	57.9		5	26.3	14	73.7		7	36.8	12	63.2	
Tasa de analfabetismo en mujeres ≥ 15 años (%)																				
X	20.1	13.7	13.9	6.5	0.45*	9.9	3.9	18.2	9.5	0.04*	11.9	10.1	16.6	8.5	0.14*	9.1	3.4	18.0	9.2	0.02*
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08***	0	0.0	5	100.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.77**	0	0.0	5	100.0	0.11**
Bajo	3	15.8	16	84.2		8	42.1	11	57.9		5	26.3	14	73.7		7	36.8	12	63.2	
Asistencia educación básica regular 3-5 años (%)																				
X	86.6	3.7	84.8	5.6	0.54*	85.3	5.2	85.2	5.3	0.88*	86.3	5.9	84.9	5.0	0.63*	85.4	5.7	85.2	5.1	0.85*
Alto	3	37.5	5	62.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.76***	3	37.5	5	62.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.53**
Bajo	3	18.8	13	81.3		5	31.3	11	68.8		3	18.8	13	81.3		4	25.0	12	75.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5D. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (salud y nutrición) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Salud y nutrición																				
Desnutrición crónica infantil ≤ 5 años OMS (%)																				
X	15.0	12.9	16.0	6.6	0.63*	12.0	7.0	17.7	8.4	0.09*	12.7	7.1	16.8	8.5	0.25*	10.5	6.1	18.0	8.2	0.03*
Alto	1	16.7	5	83.3	0.59**	1	16.7	5	83.3	0.32**	0	0.0	6	100.0	0.10**	0	0.0	6	100.0	0.07**
Bajo	5	27.8	13	72.2		7	38.9	11	61.1		6	33.3	12	66.7		7	38.9	11	61.1	
Prevalencia de anemia niños de 6-59 meses de edad (%)																				
X	34.1	7.5	35.9	9.5	0.87*	31.8	7.8	37.3	9.1	0.15*	33.1	7.6	36.3	9.4	0.45*	29.8	5.7	37.8	9.0	0.03*
Alto	2	28.6	5	71.4	0.80**	1	14.3	6	85.7	0.20**	1	14.3	6	85.7	0.44**	0	0.0	7	100.0	0.07***
Bajo	4	23.5	13	76.5		7	41.2	10	58.8		5	29.4	12	70.6		7	41.2	10	58.8	
Porcentaje de niños de 18 a 29 meses con vacunas completas (BCG, DPT, Antisarampionosa y Polio) (%)																				
X	72.5	5.4	68.7	8.1	0.28*	68.8	5.1	70.1	8.7	0.88*	70.3	7.2	69.4	7.9	0.82*	68.3	5.3	70.2	8.4	0.66*
Alto	2	25.0	6	75.0	1.00**	3	37.5	5	62.5	0.76**	2	25.0	6	75.0	1.00**	2	25.0	6	75.0	0.75**
Bajo	4	25.0	12	75.0		5	31.3	11	68.8		4	25.0	12	75.0		5	31.3	11	68.8	
Acceso a seguro de salud (%)																				
X	79.0	15.1	73.0	9.0	0.22*	69.3	5.4	77.1	12.0	0.08*	70.6	10.9	75.8	10.8	0.28*	68.2	4.8	77.1	11.6	0.05*
Alto	3	42.9	4	57.1	0.20**	0	0.0	7	100.0	0.03**	1	14.3	6	85.7	0.44**	0	0.0	7	100.0	0.07***
Bajo	3	17.6	14	82.4		8	47.1	9	52.9		5	29.4	12	70.6		7	41.2	10	58.8	
Índice de Inseguridad Alimentaria MIDIS																				
X	0.3	0.3	0.3	0.2	0.66*	0.2	0.1	0.4	0.2	0.08*	0.2	0.2	0.3	0.2	0.06*	0.1	0.1	0.4	0.2	<0.01*
Alto	4	26.7	11	73.3	0.86**	8	53.3	7	46.7	0.04***	6	40.0	9	60.0	0.10**	8	53.3	7	46.7	0.01***
Bajo	3	30.0	7	70.0		1	10.0	9	90.0		1	10.0	9	90.0		0	0.0	10	100.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5E. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (acceso a servicios básicos) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p	Alto		Moderado/Bajo		p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Acceso a servicios básicos																				
Hogares con paquete integrado de servicios (%)																				
X	65.6	18.7	57.7	14.4	0.31*	70.9	12.2	54.0	14.1	0.02*	69.7	14.1	56.3	14.9	0.10*	74.6	6.9	53.5	13.9	<0.01*
Alto	3	50.0	3	50.0	0.10**	4	66.7	2	33.3	0.05**	3	50.0	3	50.0	0.10**	4	66.7	2	33.3	0.04***
Bajo	3	16.7	15	83.3		4	22.2	14	77.8		3	16.7	15	83.3		3	16.7	15	83.3	
Acceso a servicio de agua (%)																				
X	89.9	5.2	81.1	11.4	0.03*	87.5	9.4	81.2	11.2	0.14*	91.3	2.8	80.6	11.2	<0.01*	90.6	2.9	80.3	11.5	0.03*
Alto	4	50.0	4	50.0	0.05**	4	50.0	4	50.0	0.22**	4	50.0	4	50.0	0.05**	4	50.0	4	50.0	0.11**
Bajo	2	12.5	14	87.5		4	25.0	12	75.0		2	12.5	14	87.5		3	18.8	13	81.3	
Acceso a servicio de saneamiento (%)																				
X	74.9	17.0	70.3	14.1	0.54*	79.5	10.6	67.4	14.9	0.06*	77.5	13.5	69.4	14.8	0.25*	82.6	6.3	66.8	14.6	0.01*
Alto	3	42.9	4	57.1	0.20**	4	57.1	3	42.9	0.11**	3	42.9	4	57.1	0.20**	4	57.1	3	42.9	0.05**
Bajo	3	17.6	14	82.4		4	23.5	13	76.5		3	17.6	14	82.4		3	17.6	14	82.4	
Acceso a energía eléctrica por red pública (%)																				
X	92.6	5.2	91.0	6.0	0.63*	94.9	3.7	89.6	5.8	0.03*	95.6	3.5	90.0	5.7	0.02*	95.8	2.7	89.5	5.7	<0.01*
Alto	2	25.0	6	75.0	1.00**	4	50.0	4	50.0	0.22**	4	50.0	4	50.0	0.05**	4	50.0	4	50.0	0.11**
Bajo	4	25.0	12	75.0		4	25.0	12	75.0		2	12.5	14	87.5		3	18.8	13	81.3	
Acceso a telecomunicaciones (%)																				
X	86.3	7.4	87.2	6.4	0.72*	91.2	3.4	84.9	6.8	0.03*	90.6	5.8	85.8	6.5	0.09*	91.9	2.8	85.0	6.6	0.01*
Alto	2	25.0	6	75.0	1.00**	4	50.0	4	50.0	0.22**	4	50.0	4	50.0	0.05**	4	50.0	4	50.0	0.11**
Bajo	4	25.0	12	75.0		4	25.0	12	75.0		2	12.5	14	87.5		3	18.8	13	81.3	

X: Promedio.
 DE: Desviación estándar.
 n; Frecuencia absoluta.
 %: Frecuencia relativa.
 Min: Mínimo.
 Max: Máximo.
 p: Significancia estadística.
 *: Prueba de U de Mann Whitney.
 **: Prueba de Chi-cuadrado.
 ***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5F. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (vivienda) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)								
	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p
	X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Vivienda																								
Viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros (%)																								
X	41.5	30.7	37.0	19.7	0.54*	21.7	15.2	46.3	21.0	<0.01*	24.7	26.3	42.6	19.6	0.09*	18.1	12.2	46.3	20.3	<0.01*				
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08***	0	0.0	5	100.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.77**	0	0.0	5	100.0	0.11**				
Bajo	3	15.8	16	84.2		8	42.1	11	57.9		5	26.3	14	73.7		7	36.8	12	63.2					
Viviendas con piso de tierra (%)																								
X	43.0	30.3	34.5	15.8	0.63*	21.8	12.0	44.1	19.2	<0.01*	27.3	23.9	39.8	18.2	0.09*	21.8	12.9	42.8	19.3	0.01*				
Alto	3	60.0	2	40.0	0.08***	0	0.0	5	100.0	0.08**	1	20.0	4	80.0	0.77**	0	0.0	5	100.0	0.11**				
Bajo	3	15.8	16	84.2		8	42.1	11	57.9		5	26.3	14	73.7		7	36.8	12	63.2					
Hacinamiento (%)																								
X	3.9	0.9	6.8	3.9	0.09*	5.5	3.4	6.4	3.8	0.49*	4.7	2.0	6.6	3.9	0.14*	4.5	1.9	6.8	4.0	0.19*				
Alto	0	0.0	4	100.0	0.21**	1	25.0	3	75.0	0.70**	0	0.0	4	100.0	0.21**	0	0.0	4	100.0	0.16**				
Bajo	6	30.0	14	70.0		7	35.0	13	65.0		6	30.0	14	70.0		7	35.0	13	65.0					
Promedio de miembros por hogar																								
X	3.5	0.2	3.7	0.3	0.02*	3.6	0.3	3.7	0.3	0.93*	3.7	0.2	3.7	0.4	0.38*	3.6	0.3	3.7	0.3	0.90*				
Alto	1	12.5	7	87.5	0.32**	3	37.5	5	62.5	0.76**	2	25.0	6	75.0	1.00**	3	37.5	5	62.5	0.53**				
Bajo	5	31.3	11	68.8		5	31.3	11	68.8		4	25.0	12	75.0		4	25.0	12	75.0					

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5G. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (trabajo) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)								
	Alto		Moderado/Bajo			P	Alto		Moderado/Bajo			P	Alto		Moderado/Bajo			P	Alto		Moderado/Bajo			P
	X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Trabajo																								
Jóvenes que no trabaja ni estudia 14-30 años (%)																								
X	18.5	5.0	20.2	3.9	0.49*	21.8	2.8	18.8	4.4	0.21*	20.5	4.5	19.5	4.1	0.63*	21.9	3.0	18.9	4.3	0.19*				
Alto	1	14.3	6	85.7	0.44**	3	42.9	4	57.1	0.53**	3	42.9	4	57.1	0.20**	3	42.9	4	57.1	0.34**				
Bajo	5	29.4	12	70.6		5	29.4	12	70.6		3	17.6	14	82.4		4	23.5	13	76.5					
Adultos ≥ 65 años con jubilación (%)																								
X	57.1	17.6	46.0	10.0	0.12*	45.4	5.3	50.4	15.2	0.70*	49.2	13.1	48.6	13.2	1.00*	44.0	3.9	50.7	14.8	0.42*				
Alto	3	50.0	3	50.0	0.10**	1	16.7	5	83.3	0.32**	1	16.7	5	83.3	0.59**	0	0.0	6	100.0	0.07**				
Bajo	3	16.7	15	83.3		7	38.9	11	61.1		5	27.8	13	72.2		7	38.9	11	61.1					
Tasa de desempleo (%)																								
X	2.9	1.7	2.9	0.9	0.82*	3.8	0.8	2.4	1.0	<0.01*	3.2	1.3	2.8	1.1	0.42*	3.6	0.7	2.6	1.1	0.02*				
Alto	3	50.0	3	50.0	0.10**	4	66.7	2	33.3	0.05**	2	33.3	4	66.7	0.59**	3	50.0	3	50.0	0.20**				
Bajo	3	16.7	15	83.3		4	22.2	14	77.8		4	22.2	14	77.8		4	22.2	14	77.8					
Tasa de subempleo (%)																								
X	2.1	1.1	3.6	1.2	0.01*	3.3	1.1	3.3	1.4	1.00*	2.6	1.5	3.5	1.2	0.20*	3.2	1.2	3.3	1.4	0.95*				
Alto	0	0.0	6	100.0	0.10**	2	33.3	4	66.7	1.00*	1	16.7	5	83.3	0.59**	2	33.3	4	66.7	0.80**				
Bajo	6	33.3	12	66.7		6	33.3	12	66.7		5	27.8	13	72.2		5	27.8	13	72.2					
Afiliación a sistema de pensiones (%)																								
X	31.6	18.9	27.8	11.3	0.82*	40.9	13.0	22.7	8.4	<0.01*	36.7	16.0	26.1	11.5	0.16*	42.1	13.6	23.3	8.5	0.01*				
Alto	2	40.0	3	60.0	0.38**	4	80.0	1	20.0	0.03***	3	60.0	2	40.0	0.08***	4	80.0	1	20.0	0.01***				
Bajo	4	21.1	15	78.9		4	21.1	15	78.9		3	15.8	16	84.2		3	15.8	16	84.2					

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5H. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (programas sociales) en el Perú, 2015.

INDICADORES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo		P	Alto		Moderado/Bajo		P	Alto		Moderado/Bajo		P	Alto		Moderado/Bajo		P
	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%	
Programas sociales																				
CUNAMAS (Beneficiarios)																				
X	2969.7	2725.9	1798.6	845.8	0.42*	2429.7	2542.1	1966.5	841.9	0.77*	3139.0	2684.2	1728.9	780.3	0.17*	2558.4	2686.1	1931.1	825.6	0.83*
Alto	2	50.0	2	50.0	0.32**	3	75.0	1	25.0	0.09**	4	100.0	0	0.0	<0.01***	3	75.0	1	25.0	0.05**
Bajo	5	25.0	15	75.0		6	30.0	14	70.0		3	15.0	17	85.0		5	25.0	15	75.0	
JUNTOS (Hogares)																				
X	24563.6	22061.6	40581.4	33201.2	0.44*	18604.7	25549.1	44032.8	30965.6	0.18*	14444.6	17775.6	43743.6	31543.6	0.11*	19900.0	28343.6	42038.8	30960.7	0.28*
Alto	0	0.0	3	100.0	0.30**	1	33.3	2	66.7	0.84*	0	0.0	3	100.0	0.30**	1	33.3	2	66.7	0.68**
Bajo	5	27.8	13	72.2		5	27.8	13	72.2		5	27.8	13	72.2		4	22.2	14	77.8	
FONCODES (Hogares)																				
X	5228.0	2527.1	4590.1	2966.4	0.68*	2632.0	2028.6	5611.6	2697.4	0.02*	2908.2	2594.6	5320.9	2721.5	0.08*	2499.8	2238.9	5457.0	2667.4	0.03*
Alto	1	25.0	3	75.0	0.78**	0	0.0	4	100.0	0.14**	0	0.0	4	100.0	0.20**	0	0.0	4	100.0	0.20**
Bajo	3	18.8	13	81.3		6	37.5	10	62.5		5	31.3	11	68.8		5	31.3	11	68.8	
PENSIÓN 65 (Beneficiarios)																				
X	16543.1	13272.5	21492.8	16417.9	0.57*	13039.7	9616.0	24082.2	16971.8	0.14*	15979.1	9964.6	21712.1	17152.2	0.66*	13922.6	9882.3	23017.1	17009.5	0.26*
Alto	0	0.0	4	100.0	0.17**	0	0.0	4	100.0	0.10**	0	0.0	4	100.0	0.17**	0	0.0	4	100.0	0.13**
Bajo	7	33.3	14	66.7		9	42.9	12	57.1		7	33.3	14	66.7		8	38.1	13	61.9	
QALI WARMA (Beneficiarios)																				
X	126920.7	172372.9	150886.8	76247.7	0.09*	152609.8	150832.0	139432.5	80415.5	0.68*	162355.6	158322.3	137106.6	86225.9	0.98*	165622.0	155752.4	134084.2	80924.3	1.00*
Alto	1	25.0	3	75.0	0.88**	1	25.0	3	75.0	0.62**	1	25.0	3	75.0	0.88**	1	25.0	3	75.0	0.74**
Bajo	6	28.6	15	71.4		8	38.1	13	61.9		6	28.6	15	71.4		7	33.3	14	66.7	
BECA 18 (Beneficiarios)																				
X	2161.4	1582.7	1880.3	980.6	0.84*	1808.1	1492.8	2043.9	953.2	0.33*	2260.9	1535.9	1841.6	992.2	0.75*	1911.3	1561.2	1981.5	958.1	0.51*
Alto	2	40.0	3	60.0	0.5**	2	40.0	3	60.0	0.84**	2	40.0	3	60.0	0.50**	2	40.0	3	60.0	0.67**
Bajo	5	25.0	15	75.0		7	35.0	13	65.0		5	25.0	15	75.0		6	30.0	14	70.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

** : Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°5I. Acceso a servicios de salud e indicadores sociales (inversión rural) en el Perú, 2015.

INDICADOR ES SOCIALES	Niños de 0 a 11 años (%)					Adultos mayores de 60 años (%)					Adultos mayores de 60 años - Hombres (%)					Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%)				
	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p	Alto		Moderado/Bajo			p		
	X/n	DE/%	X/n	DE/%	X/n		DE/%	X/n	DE/%	X/n	DE/%		X/n	DE/%	X/n	DE/%				
Inversión rural																				
Agua y saneamiento (S/.)																				
X	99214 462.0	73131 467.7	46625 792.3	81087 086.2	0.25 *	10537 412.3	572986 0.4	687950 54.8	866264 17.4	0.15*	462441 41.0	666906 50.1	59066947 .2	84486174 .3	0.84*	11126492. 7	6867667.4	652641 79.2	85129 713.2	0.31*
Alto	1	50.0	1	50.0	0.26 **	0	0.0	2	100.0	0.46* *	0	0.0	2	100.0	0.53* *	0	0.0	2	100.0	0.53**
Bajo	3	16.7	15	83.3		4	22.2	14	77.8		3	16.7	15	83.3		3	16.7	15	83.3	
Caminos vecinales (S/.)																				
X	11179 493.8	83717 74.9	35619 10.5	37851 11.0	0.12 *	22670 40.7	211806 9.7	595188 2.5	612126 1.1	0.26*	474516 3.6	709140 0.2	5006267. 4	5257810. 5	0.76*	1490658.6	1042595.6	596347 4.8	59270 78.3	0.14*
Alto	2	66.7	1	33.3	0.07 ***	0	0.0	3	100.0	0.25* *	1	33.3	2	66.7	0.64* *	0	0.0	3	100.0	0.31**
Bajo	2	10.5	17	89.5		6	31.6	13	68.4		4	21.1	15	78.9		5	26.3	14	73.7	
Transferencia total (S/.)																				
X	11469 7738.0	87489 587.2	47538 962.9	79994 900.3	0.17 *	92919 82.2	782248 2.2	786712 74.4	913601 44.0	0.03*	324916 48.2	606018 67.5	67766708 .4	89097002 .8	0.14*	8166554.2	8184718.9	749211 47.8	89800 263.4	0.03*
Alto	1	50.0	1	50.0	0.22 **	0	0.0	2	100.0	0.36* *	0	0.0	2	100.0	0.42* *	0	0.0	2	100.0	0.42**
Bajo	3	15.0	17	85.0		6	30.0	14	70.0		5	25.0	15	75.0		5	25.0	15	75.0	

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

n; Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Min: Mínimo.

Max: Máximo.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

**: Prueba de Chi-cuadrado.

***: Prueba de Fisher.

Tabla N°6A. Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años y capital social en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Adultos mayores de 60 años (%) (Alto)									
	RPa (IC95%)									
	RP (IC95%)	Pobreza ^a	Educación ^b	Salud y nutrición ^c	Acceso a servicios básicos ^d	Vivienda ^e	Trabajo ^f	Programas sociales ^g	Inversión rural ^h	Total ⁱ
Participación ciudadana										
Participación elecciones presidenciales (%) (Alto)	1.20 (1.07 - 1.34)	0.95 (0.96 - 1.36)	1.29 (1.01 - 1.63)	1.18 (1.05 - 1.32)	1.53 (1.17 - 2.00)	1.16 (0.94 - 1.42)	1.17 (0.99 - 1.39)	1.17 (1.02 - 1.35)	1.14 (0.99 - 1.32)	78.69 (66.19 - 93.54)
Participación en organizaciones (mujeres)										
Organización comunal o de barrio (%) (Alto)	0.58 (0.42 - 0.80)	0.61 (0.41 - 0.90)	0.64 (0.45 - 0.90)	0.62 (0.41 - 0.94)	0.53 (0.36 - 0.77)	0.60 (0.41 - 0.87)	0.59 (0.42 - 0.82)	0.56 (0.42 - 0.75)	0.67 (0.47 - 0.96)	0.22 (0.20 - 0.24)
Organización empresarial										
Empresa persona natural (%) (Alto)	0.92 (0.88 - 0.96)	0.91 (0.81 - 1.01)	0.89 (0.78 - 1.02)	0.90 (0.78 - 1.01)	0.88 (0.79 - 0.99)	0.91 (0.81 - 1.02)	0.88 (0.77 - 1.01)	0.90 (0.82 - 0.99)	0.94 (0.84 - 1.04)	0.85 (0.75 - 0.97)
Empresa personería jurídica (%) (Alto)	1.09 (1.04 - 1.14)	1.10 (0.99 - 1.23)	1.12 (0.98 - 1.29)	1.11 (0.96 - 1.28)	1.13 (1.01 - 1.27)	1.10 (0.98 - 1.23)	1.13 (0.99 - 1.29)	1.11 (1.01 - 1.22)	1.07 (0.96 - 1.19)	1.17 (1.03 - 1.34)
Empresa crédito inicio (%) (Alto)	0.90 (0.84 - 0.96)	0.92 (0.83 - 1.01)	0.93 (0.84 - 1.02)	0.96 (0.86 - 1.06)	0.93 (0.85 - 1.01)	0.95 (0.87 - 1.04)	0.92 (0.85 - 1.00)	0.92 (0.86 - 0.99)	0.94 (0.85 - 1.03)	0.92 (0.86 - 0.99)
Empresa préstamo formal (%) (Alto)	0.90 (0.71 - 1.14)	0.77 (0.49 - 1.21)	0.59 (0.26 - 1.37)	0.43 (0.11 - 1.65)	0.79 (0.50 - 1.26)	0.67 (0.36 - 1.22)	0.85 (0.61 - 1.20)	0.92 (0.63 - 1.34)	0.96 (0.62 - 1.47)	-
Empresa préstamo informal (%) (Alto)	1.11 (0.88 - 1.41)	1.31 (0.83 - 2.06)	1.69 (0.73 - 3.91)	2.33 (0.61 - 8.97)	1.26 (0.79 - 2.00)	1.51 (0.82 - 2.75)	1.18 (0.84 - 1.65)	1.10 (0.75 - 1.58)	1.05 (0.68 - 1.61)	-
Empresa mercado nacional (%) (Alto)	1.09 (1.05 - 1.14)	1.28 (1.16 - 1.41)	1.40 (1.18 - 1.67)	1.24 (1.11 - 1.39)	1.33 (1.18 - 1.50)	1.26 (1.09 - 1.47)	1.34 (1.20 - 1.49)	1.30 (1.15 - 1.46)	1.21 (1.08 - 1.36)	31.55 (25.99 - 28.30)
Empresa mercado local (%) (Alto)	0.93 (0.90 - 0.97)	0.78 (0.70 - 0.87)	0.73 (0.63 - 0.85)	0.80 (0.70 - 0.91)	0.71 (0.60 - 0.85)	0.78 (0.66 - 0.94)	0.76 (0.67 - 0.85)	0.76 (0.65 - 0.88)	0.83 (0.74 - 0.92)	0.07 (0.06 - 0.09)

RP: Razón de prevalencias.

RPa: Razón de prevalencias ajustada.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

a: Ajustado por pobreza monetaria.

b: Ajustado por porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo, tasa de analfabetismo ≥ 15 años y tasa de analfabetismo en mujeres ≥ 15 años.

c: Ajustado por acceso a seguro de salud e Índice de Inseguridad Alimentaria.

d: Ajustado por hogares con paquete integrado de servicios, acceso a energía eléctrica por red pública y acceso a telecomunicaciones.

e: Ajustado por viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros y viviendas con piso de tierra.

f: Ajustado por tasa de desempleo y afiliación a sistema de pensiones.

g: Ajustado por FONCODES.

h: Ajustado por transferencia total.

i: Ajustado por los indicadores sociales previamente significantes.

Tabla N°6B. Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años (Hombres) y capital social en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Adultos mayores de 60 años (%) - Hombre (Alto)				
	RP (IC95%)	RPa (IC95%)			
		Educación ^a	Acceso a servicios básicos ^b	Programas sociales ^c	Total ^d
Participación ciudadana					
Participación elecciones presidenciales (%) (Alto)	1.48 (1.08 - 2.02)	5.78 (1.03 - 32.65)	1.14 (0.92 - 1.42)	1.40 (1.04 - 1.88)	5.79 (1.02 - 32.86)
Participación en organizaciones (mujeres)					
Grupo religioso (%) (Alto)	0.87 (0.77 - 0.97)	0.74 (0.59 - 0.93)	0.60 (0.35 - 1.01)	0.85 (0.74 - 0.87)	0.72 (0.53 - 0.98)
Asociación de padres de familia (%) (Alto)	0.87 (0.73 - 1.03)	0.90 (0.81 - 1.00)	0.92 (0.82 - 1.02)	0.91 (0.77 - 1.07)	.
Organización empresarial					
Empresa crédito inicio (%) (Alto)	0.88 (0.82 - 0.95)	0.96 (0.86 - 1.03)	0.97 (0.90 - 1.04)	0.92 (0.85 - 0.99)	0.92 (0.85 - 0.99)
Empresa préstamo formal (%) (Alto)	0.78 (0.62 - 0.98)	0.97 (0.77 - 1.22)	1.16 (0.89 - 1.50)	0.91 (0.77 - 1.07)	-
Empresa mercado internacional (%) (Alto)	1.22 (0.96 - 1.56)	0.87 (0.51 - 1.48)	0.41 (0.21 - 0.81)	1.15 (0.91 - 1.46)	0.41 (0.21 - 0.81)
Empresa mercado nacional (%) (Alto)	1.11 (1.06 - 1.16)	1.01 (0.93 - 1.09)	0.99 (0.92 - 1.07)	1.07 (0.94 - 1.21)	-
Empresa mercado local (%) (Alto)	0.91 (0.88 - 0.95)	1.00 (0.94 - 1.07)	1.02 (0.95 - 1.10)	0.95 (0.86 - 1.04)	-

RP: Razón de prevalencias.

RPa: Razón de prevalencias ajustada.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

a: Ajustado por tasa de cobertura neta educación primaria de 6-11 años y porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo.

b: Ajustado por acceso a servicio de agua y acceso a energía eléctrica por red pública.

c: Ajustado por CUNAMAS.

d: Ajustado por los indicadores sociales previamente significantes.

Tabla N°6C. Asociación entre acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años (Mujeres) y capital social en el Perú, 2015.

CAPITAL SOCIAL	Adultos mayores de 60 años - Mujeres (%) (Alto)									
	RP (IC95%)	RPa (IC95%)								
		Pobrezaa	Educaciónb	Salud y nutriciónb	Acceso a servicios básicosd	Viviendae	Trabajof	Programas socialesg	Inversión ruralh	Totali
Participación ciudadana										
Participación elecciones presidenciales (%) (Alto)	1.27 (1.14 - 1.41)	1.16 (0.96 - 1.39)	1.29 (1.02 - 1.63)	1.21 (1.02 - 1.44)	1.52 (1.19 - 1.94)	1.16 (0.95 - 1.41)	1.20 (1.01 - 1.43)	1.18 (1.03 - 1.35)	1.14 (0.99 - 1.32)	10.54 (8.83 - 12.57)
Participación en organizaciones (mujeres)										
Organización comunal o de barrio (%) (Alto)	0.58 (0.40 - 0.83)	0.59 (0.40 - 0.88)	0.60 (0.40 - 0.89)	0.31 (0.16 - 0.62)	0.01 (0.01 - 0.01)	0.59 (0.41 - 0.85)	0.58 (0.36 - 0.93)	0.56 (0.43 - 0.74)	0.67 (0.47 - 0.96)	191.02 (140.87 - 259.02)
Organización empresarial										
Empresa persona natural (%) (Alto)	0.85 (0.75 - 0.96)	0.87 (0.76 - 1.00)	0.88 (0.77 - 1.01)	0.93 (0.80 - 1.08)	0.77 (0.61 - 0.97)	0.91 (0.82 - 1.01)	0.90 (0.81 - 1.00)	0.90 (0.82 - 0.98)	0.94 (0.84 - 1.04)	0.77 (0.63 - 0.94)
Empresa personería jurídica (%) (Alto)	1.18 (1.04 - 1.34)	1.15 (0.97 - 1.32)	1.13 (0.99 - 1.30)	1.07 (0.92 - 1.25)	1.29 (1.03 - 1.63)	1.10 (0.99 - 1.23)	1.11 (1.00 - 1.23)	1.11 (1.02 - 1.22)	1.07 (0.96 - 1.19)	1.30 (1.05 - 1.59)
Empresa crédito inicio (%) (Alto)	0.89 (0.83 - 0.96)	0.87 (0.67 - 1.13)	0.92 (0.78 - 1.08)	0.93 (0.80 - 1.09)	0.87 (0.76 - 1.00)	0.95 (0.87 - 1.05)	0.95 (0.87 - 1.05)	0.92 (0.85 - 0.99)	0.94 (0.85 - 1.04)	0.92 (0.85 - 0.99)
Empresa mercado nacional (%) (Alto)	1.34 (1.20 - 1.50)	1.50 (1.30 - 1.73)	27.29 (27.29 - 27.29)	1.25 (1.09 - 1.44)	1.35 (1.17 - 1.56)	1.26 (1.07 - 1.48)	1.33 (1.20 - 1.49)	1.30 (1.14 - 1.49)	1.20 (1.08 - 1.35)	9.17 (7.48 - 11.24)
Empresa mercado local (%) (Alto)	0.75 (0.67 - 0.84)	0.61 (0.49 - 0.77)	0.51 (0.39 - 0.66)	0.78 (0.67 - 0.91)	0.70 (0.54 - 0.89)	0.78 (0.65 - 0.95)	0.76 (0.68 - 0.85)	0.75 (0.64 - 0.88)	0.83 (0.74 - 0.93)	0.05 (0.04 - 0.05)

RP: Razón de prevalencias.

RPa: Razón de prevalencias ajustada.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

a: Ajustado por pobreza extrema, pobreza monetaria y pobreza extrema con ingreso autónomo.

b: Ajustado por porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo, tasa de analfabetismo ≥ 15 años y tasa de analfabetismo en mujeres ≥ 15 años.

c: Ajustado por desnutrición crónica infantil ≤ 5 años OMS, prevalencia de anemia niños de 6-59 meses de edad e Índice de Inseguridad Alimentaria.

d: Ajustado por hogares con paquete integrado de servicios, acceso a servicio de agua, acceso a servicios de saneamiento, acceso a energía eléctrica por red pública y acceso a telecomunicaciones.

e: Ajustado por viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros y vivienda con piso de tierra.

f: Ajustado por tasa de desempleo y afiliación a sistema de pensiones.

g: Ajustado por FONCODES.

h: Ajustado por inversión rural.

i: Ajustado por los indicadores sociales previamente significantes.

VII. DISCUSIÓN

La salud es un intangible necesario para el desarrollo de los países y sus ciudadanos, la cual puede lograrse por la prestación de los servicios, este acceso a una atención médica u odontológica se encuentra influenciada por múltiples factores geográficos, financieros, culturales y administrativos, estando inmerso en los mismos el capital social, definido sencillamente como la obtención de recursos producto de las relaciones de unos con otros.^{5,6}

En el Perú, el acceso a servicios de salud sólo alcanza el 61.9% a nivel nacional para el año 2016,⁵⁵ a pesar que el acceso a salud es un derecho de todos los peruanos establecido en la Constitución de 1993¹ y en la Ley General de Salud N° 26842 de 1997.² Para el caso de acceso a servicios odontológicos los últimos reportes del año 2015, indican que la cobertura en los niños de 0 a 11 años fue de 47.6% y en los adultos mayores 60 años de edad fue de 77.3%.⁴ Datos no publicados aún, indican que para el año 2016, el acceso en niños menores de 12 años disminuyó levemente hasta 47.3%, al igual que el acceso en mayores de 60 años hasta 76.3%, siendo para los hombres de esta edad un 75.4% y para mujeres un 77.0%.

A pesar que la disminución no es considerable, estas variaciones pueden deberse a diversos factores, uno de ellos el decrecimiento económico que ha sufrido el país, de un crecimiento porcentual del Producto Bruto Interno (PBI) de 4.6% en el último trimestre del año 2015 a tal sólo un 3.0% en el mismo período del 2016,⁵⁶ como se sabe los factores financieros son barreras para el logro del acceso a servicios.⁵ Es

evidente que los cambios en la economía de un país no permiten la inversión en mejorar las políticas de salud,⁵⁷ como es aumentar la cobertura, más aún en el Perú donde no existe un único sistema de salud que garantice la equidad de los servicios.

Estos cambios repercuten a nivel de los departamentos, Ayacucho, Apurímac y Lima son los que reportaron mayor cobertura del acceso odontológico en niños de 0 a 11 años (66.5%, 66.0% y 62.0%, respectivamente) y para los mayores de 60 años fueron Callao, Arequipa y Lima (94.3%, 94.3% y 92.6%, respectivamente), siendo los mismos departamentos para los hombres de dicho grupo, sin embargo, para las mujeres varían a Ica, Arequipa y Callao.

En este punto, es importante considerar las políticas de salud bucal que han influenciado en el acceso, empíricamente se podría creer que en los niños de la costa tienen mejor cobertura de salud bucal, sin embargo, en los últimos años se ha desarrollado el Plan de Salud Escolar 2013-2016⁵⁸ que es “una estrategia de atención en salud que tiene como objetivo desarrollar una cultura de salud en los escolares de las instituciones públicas, basada en los estilos de vida saludables y los determinantes sociales de la salud, así como detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje”,⁵⁹ dentro de sus componentes considera el área de salud bucal (examen odontológico, instrucción de higiene oral, fluorización, y entrega de pasta y cepillo dental) priorizando las regiones de mayor pobreza extrema como la sierra. En el año 2015, la sierra reportó mayor acceso, seguido de la costa y finalmente la selva (52.4%, 51.3% y 36.5%, respectivamente),⁴ evidenciándose que las políticas siguen siendo inequitativas y la

priorización no necesariamente refleja una distribución adecuada de recursos, para este grupo etario los departamentos con menor acceso fueron San Martín (34.7%), Amazonas (34.5%), Loreto (34.0%) y Ucayali (27.0).

Sin embargo, para el caso de los adultos mayores de 60 años el acceso es lo esperado, existiendo mayor cobertura en departamentos costeros: Callao (94.3%), Arequipa (94.3%) y Lima (92.6%), lo mismo ocurre para los hombres de la misma edad (Callao con 97.0%, Arequipa con 95.0% y Lima con 93.1%), pero para las mujeres varía, siendo los primeros lugares Ica (95.1%), Arequipa (93.0%), Callao (92.4%), donde Lima (92.2%) es desplazado a cuarto lugar. En el año 2015, la costa tiene el mayor porcentaje de acceso con 87.3%, luego la sierra con 71.3%, y finalmente, la selva con 70.2%.⁴ Esta población de adultos mayores ha sido beneficiada con el Plan Nacional de Salud Bucal “Sonríe Siempre Perú” y posteriormente “Vuelve a Sonreír” desde el año 2008, teniendo el objetivo de rehabilitar con prótesis totales para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios,⁶⁰ focalizando la atención en zonas de pobreza extrema, sin embargo, la política no fue adecuadamente implementada y la inequidad existente por regiones naturales (Índice de Gini en la costa de 40.0, sierra de 45.0 y selva de 46.0)⁶¹ indica que no se han superado las barreras de acceso.

De la información presentada en los mapas, se observa que el acceso a servicios odontológicos en los diversos grupos analizados es deficiente en las zonas orientales, del norte y sur del país. De manera general, los departamentos que peor acceso reportan son Tumbes, Piura, Amazonas, San Martín, Loreto y Puno, tanto

para los niños de 0 a 11 y en los mayores de 60 años de edad. Centrándose el mejor acceso en los departamentos de la costa como Lima, Callao, Lambayeque, Ica, Arequipa y Moquegua. Empíricamente, se puede decir que existe una tendencia de mejora cuando más cerca se encuentra a la capital, este fenómeno es debido a que en la costa se ubican las ciudades con mejores indicadores económicos, a lo cual se suma, la inadecuada implementación de las políticas de descentralización de la salud, las cuales si estuvieran adecuadamente desarrolladas existiría menor inequidad de acceso.⁶¹

Es importante indicar que estos valores de cobertura no indican la calidad o satisfacción de la atención porque la variable sólo se refiere si ha recibido atención odontológica a lo largo de su vida, si se circunscribe la definición de acceso a "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente",¹² probablemente los valores serían menores, es relevante considerar en un futuro la evaluación de la calidad del acceso. A nivel latinoamericano las coberturas de salud son diferentes, la mayoría de países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Uruguay y Venezuela cuentan con cobertura universal, sin embargo, cuando se analiza según acceso a atenciones preventivas y tratamientos por regiones del mundo, en el 2014, Europa y Asia Central cuentan con la mayor cobertura con casi 80%, seguido de América Latina y el Caribe (aproximadamente 60%) y en el último lugar el Sur de Asia (aproximadamente 40%).^{62,63}

Centrando la discusión en el objetivo del estudio, es importante mencionar que el capital social es considerado una estrategia para la superación de la pobreza y en los últimos años como un factor asociado a la salud,³⁶ inclusive es considerado en el modelo de los Determinantes Sociales de Salud (DSS) de la OMS, jugando un rol entre los determinantes sociales estructurales e intermedios.⁶⁴

Este capital social puede influenciar en la salud por la transmisión de información entre las personas, a través del cambio de normas sociales y/o la construcción de una red social entre proveedores de salud y la población.¹⁰ O desde otro enfoque mediante el cambio de vías conductuales, vías psicosociales, desarrollo de políticas públicas y el acceso a servicios de salud mediante el ejercicio de la ciudadanía demandando servicios de salud accesibles y de calidad.¹¹

A pesar de ello, sólo existen 2 estudios a la fecha que abordan la asociación entre capital social y acceso a servicios de salud, para acceso específicamente odontológico no se ha encontrado ningún reporte en la literatura. En el primer estudio Hendryx et al.⁹ evaluaron el capital social basados en la participación de las personas en organizaciones de la comunidad gubernamentales o no, y el acceso según el acceso a cualquier tipo de atención en salud (inmunizaciones, cuidado prenatal, información en salud, atenciones, etc.), concluyendo que a mayor capital social se reportó mejor acceso a servicios de salud, esto se daba más en zonas urbanas.

La segunda investigación es la de Matsaganis y Wilkin,¹⁷ ellos consideraron el capital social ponderando 3 dimensiones: las conexiones locales, conexiones entre las organizaciones, y las interacciones entre los vecinos. Y el acceso fue determinado por la pregunta misma de la facilidad por acceder a cuidado médico. Concluyendo que los residentes con mayor capital social comunicativo y colectividad reportan un mejor acceso a los recursos de salud.

Para la presente investigación, el acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad no se encontró asociado al capital social, una explicación es la temprana edad en la cual se evaluó el acceso, se debe recordar que el capital social es el conjunto de estos recursos intercambiables a través de una red de relaciones,²⁴ y en el caso de los niños esta red social aún no se encuentra completamente desarrollada, probablemente sus vínculos son con familia y escuela, lo que no necesariamente significa un intercambio de recursos tangibles o intangibles significativos para tener repercusión en el acceso a salud.

La literatura ha indicado que la forma de medir el capital social está enfocado a personas adultas, dejando de lado los niños,⁶⁵ quienes tienen otra forma de relacionarse con sus pares, y por lo tanto, diferentes formas de generar recursos intercambiables, estos pueden ser desde: amistad, soporte mutuo, ayuda en tareas escolares, etc. mejorando el desarrollo psicosocial de los menores. Es importante considerar que en la actualidad los más jóvenes son quienes emplean mayor uso de redes sociales virtuales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.).

El uso de esas redes sociales influye en la salud física y mental de menores de edad, permiten un aprendizaje formar e informar, son espacios recreación, de búsqueda de identidad, también, promueven la implementación de normas positivas y negativas, y en algunos casos refuerzan los lazos familiares,⁶⁶ siendo importante tener indicadores que evalúen el capital social en los menores, probablemente con una adecuada medición, las asociaciones si serían significativas.

Sin embargo, en el caso del acceso a servicios odontológicos en adultos mayores de 60 años de edad, si existió una asociación con el capital social medido mediante la participación ciudadana, participación de las mujeres en organizaciones comunitarias y organización empresarial, ajustadas por factores como pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajos, programas sociales e inversión rural.

De igual forma, el acceso odontológico en los hombres mayores de 60 años se encontró asociado al capital social evaluado según participación ciudadana, la participación de mujeres en organizaciones de la comunidad, y la organización empresarial, ajustadas por factores como educación, acceso a servicios básicos y programas sociales. Para el caso de las mujeres, las asociaciones fueron con la participación ciudadana, la participación de mujeres en organizaciones de la comunidad y organización empresarial, ajustadas por pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural.

En lo referente a participación ciudadana que fue medida según la participación en las elecciones presidenciales, es importante mencionar que la definición es más amplia que simplemente el ejercicio de los derechos civiles y políticos como ir a votar, implica involucrarse de manera activa y consciente en la tarea de garantizar los derechos humanos y la vida en democracia, así como, equidad real para los integrantes de la sociedad,⁶⁷ el acceso a la salud también es parte de estos derechos humanos y más aún de la equidad.

Normativamente en el Perú, se cuenta con la Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadano Ley N° 26300,⁶⁸ indicando que los ciudadanos tienen derecho de la participación en las reformas legislativas siendo un mecanismo de control de los gobiernos locales y regionales.⁶⁹ El mayor ejemplo de este enfoque de regulación es la Ley N° 29124 que establece el marco general de la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del MINSA y las regiones.⁷⁰ Sin embargo, se ha evidenciado que en algunos casos los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) no han tenido los mejores resultados básicamente porque las personas de la comunidad participantes no han sido capacitadas en el diseño de políticas y gestión en salud, además, que los CLAS's no se vincularon con otras organizaciones similares u organismos nacionales e internacionales para aprender de experiencias, es decir, en si su capital social no creció, repercutiendo bajos indicadores de salud de la comunidad.⁷¹

De forma general, la participación otorga al ciudadano el potencial de promover su propia inclusión económica y social al mejorar las oportunidades por ser parte de la

sociedad de manera más significativa, a su vez, puede mejorar el sentido de pertenencia generando ciudadanía, la cual promovería la equidad en salud.⁷²

En el caso de la participación de mujeres en organizaciones de su comunidad, se ha descrito anteriormente que el acceso a servicios de salud tiene barreras que se incrementan en poblaciones pobres, sin embargo, cuando los miembros de una comunidad se organizan tienen mayores oportunidades de lograr un acceso, básicamente, porque la demanda del derecho a la salud es más escuchada.⁷³

Como se ha mencionado, el capital social influenciará en la salud en tres niveles, desde la transmisión de conocimientos entre pares, cuando un grupo humano busca el bien común, y cuando estos establecen una adecuada red social entre población y proveedores de salud.¹⁰ Inclusive estas organizaciones no vinculadas a salud directamente han jugado un rol importante en mejorar el acceso a servicios, ejemplo de ello son las Juntas de Agua y Saneamiento (JAS), las cuales tienen como finalidad mejorar la distribución y saneamiento de agua en las zonas rurales del país, estos JAS's son integradas por gente de la comunidad y se encuentran vinculadas a las municipalidades, sin embargo, cuando se evidencia un problema como un inadecuado tratamiento del agua, las repercusiones en la salud de los más vulnerables como los niños desencadenando posibles casos de parasitosis y otras enfermedades, obliga a las personas a demandar una intervención del sistema de salud tanto para el diagnóstico como el tratamiento de sus integrantes, aumentando la cobertura de salud.⁷⁴

Probablemente, el recurso más importante transmitido en las organizaciones es el intangible, reflejado en: mensaje de salud o el ejercicio del derecho, más aún cuando son organizaciones formadas por mujeres quienes cumplen un rol inicialmente de cuidadoras de la familia, el cual ha ido cambiando conforme está pasando el tiempo a ser líderes de cambios sociales involucrándose cada vez más en la lucha por los derechos de su comunidad, participando en la vida política y pública, teniendo voz y voto en la demanda de acceso a salud.⁷⁵

De la organización empresarial y su vínculo con el acceso a servicios de salud se evidencian dos fenómenos: cuantas más empresas formales e informales existirán mejores tasas de empleo y ello contribuirá a destinar más gasto de bolsillo, y segundo, al tener un trabajo formal se cuenta obligatoriamente con seguro social, en el sistema de salud peruano se llama EsSalud, este depende del Ministerio de Trabajo.⁷⁶ En ley de creación de EsSalud Ley N° 27056 se establece como su finalidad “(...) dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación (...)”.⁷⁷

En Perú, la tasa de desempleo ha ido disminuyendo en los últimos tiempos siendo de 6.2% para el trimestre Agosto-October de 2017,⁷⁸ pero sólo el 21.8% de todos los empleados se encuentra en formalidad, es decir, aproximadamente 78% de peruanos que trabajan no tienen cobertura por EsSalud por no ser contribuyentes, que es responsabilidad final del empleador, es importante señalar que la economía ha tenido un gran desarrollo evidenciado en el aumento constante del PBI, pero ello

no indica un desarrollo adecuado, y menos, una distribución equitativa de recursos y oportunidades.⁷⁹

En el 2012, el 27% de peruanos no tenía ninguna cobertura de salud, el MINSA cubre al 38% de peruanos principalmente mediante el Seguro Integral de Salud, EsSalud el 33%, y sólo el 1% de los peruanos tienen la capacidad de pagar seguros privados. Cuando se evalúan las fuentes de financiamiento en salud, los empleadores han aumentado su porcentaje de 1.4% a 1.5% del 2000 al 2009, contrario al gasto en salud que aumentó de 1.6% a 1.9% en el mismo periodo. Esto evidencia como el crecimiento empresarial repercute en el acceso a los servicios de salud, pudiendo ser a favor o en contra. Por eso, uno de los pilares de la reforma de salud en el Perú es la universalización de la protección social en salud, considerando que se logrará este objetivo mejorando las tasas de empleo formal en el país.⁸⁰

Es importante mencionar que, a pesar de no existir asociaciones estadísticamente significativas, existen algunas tendencias gráficas que detallar. Se observa de manera general que los niveles bajos de capital social informal (como las organizaciones locales) tienen mayor acceso a servicios de salud, al contrario de los niveles altos de capital social formal (como la organización empresarial) que registran mayor acceso. Anteriormente se ha indicado que el capital social de unión repercute en mejorar la salud de la población, en este caso pueden establecerse en estas organizaciones locales canales de comunicación dando a conocer la oferta de servicios de salud, y en el caso de las redes formales establecen un adecuado capital social de escalera el cual se vincula a la demanda de recursos, en este caso, al tener

adecuados estándares empresariales, se asume que tienen mejores indicadores económicos, lo cual repercute en mejores servicios de salud disponibles.³²

Se debe considerar que estas variables de capital social estuvieron asociadas al acceso a servicios de salud odontológicos ajustadas por otras co-variables como pobreza, educación, salud y nutrición, entre otros, estos escapan al control del propio sistema de salud y siendo DSS, los cuales influyen en la generación de inequidades en salud, y es deber del sistema la generación de políticas considerando la equidad en salud permitiendo igualdad de oportunidades en las poblaciones más vulnerables.⁸¹

A pesar de los resultados obtenidos, es importante mencionar posibles sesgos, como la falacia ecológica si se interpretan los resultados considerando a las personas como unidades de medida, otro sesgo es el de confusión, a pesar que se han considerado otras co-variables, pueden existir algunas que estén inmersas en el problema de investigación que no hayan podido evaluarse, a lo que se suma la multicolinealidad al no poder separar los efectos provocados por las mismas causas, y finalmente, la temporalidad al no poder establecerse, sin embargo, los hallazgos permiten un análisis nacional y la generación de nuevas hipótesis al ser el primer estudio en salud bucal.⁸²

Finalmente, siguiendo las enseñanzas de Michael Marmot ⁸³ sólo queda decir que la injusticia social es la principal causa de muertes a gran escala en el Mundo, por ello, se debe hacer algo, si se está haciendo, hacer más, y si se hace mucho, hacerlo mejor.

VIII. CONCLUSIONES

De forma general se puede concluir que:

Se encontró asociación en el acceso a servicios de salud odontológicos de personas mayores a 60 años de edad y algunas formas de capital social en el Perú en el año 2015.

Y de forma específica:

1. Los niveles de acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y adultos mayores de 60 años de edad fueron principalmente bajos en el Perú en el año 2015.
2. Los niveles de capital social medidos mediante la participación ciudadana, la participación de mujeres en organizaciones, la organización empresarial, empoderamiento y confianza y ejercicio del derecho fueron principalmente bajos en el Perú en el año 2015.
3. Los niveles de los indicadores sociales de pobreza, identidad, educación, salud y nutrición, servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural fueron principalmente bajos en el Perú en el año 2015.

4. Se encontró asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años de edad y el capital social medido por la participación ciudadana, la participación de mujeres en organizaciones y la organización empresarial en el Perú en el año 2015.

5. Se encontró asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de 60 años de edad y los indicadores sociales de pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajo, programas sociales e inversión rural en el Perú en el año 2015.

6. Se encontró asociación entre el acceso a servicios odontológicos en adultos mayores de 60 años de edad y el capital social medido mediante la participación ciudadana, participación de las mujeres en organizaciones comunitarias y organización empresarial, ajustadas por factores como pobreza, educación, salud y nutrición, acceso a servicios básicos, vivienda, trabajos, programas sociales e inversión rural en el Perú en el año 2015.

IX. RECOMENDACIONES

- A nivel institucional, desarrollar una línea de investigación destinada a evidenciar estrategias para disminuir las inequidades en salud como las barreras de acceso a servicios de salud.
- A nivel de gobiernos locales, generar estrategias para aumentar el capital social de las comunidades para mejorar indirectamente los indicadores de salud.
- A nivel del MINSA, difundir los resultados obtenidos a nivel de la Dirección de Salud Bucal, para la generación de políticas de cobertura considerando los DSS.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. República del Perú. Constitución Política del Perú. Lima: República del Perú: 1993.
2. República del Perú. Ley General de Salud N° 26842. Lima: República del Perú: 1997.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú en cifras. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/>.
4. León-Manco RA. Acceso a atención odontológica e inequidad según ámbito geográfico en el Perú, 2015 (Póster de publicación). Lima: I Congreso Nacional de Salud Pública Estomatológica, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
5. Comes Y *et al.* El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones. 2006; 14: 201-8.
6. Suarez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Rv Panamericana de Salud Pública.* 2005; 17: 5-6.
7. Arraigada I. Aprender de la experiencia. El capital social en la superación de la pobreza. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL); 2005.
8. World Health Organization. Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
9. Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, Mc Curdy AH. Access to health care and community social capital. *Health Services Research.* 2002; 37(1): 87-103.

10. Morgan A, Swann C. Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. London: NHS Health Development Agency; 2004.
11. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I. En: Editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
12. Organización mundial de salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Ginebra: Organización Mundial de Salud; 2013.
13. Gobierno del Perú. Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. Lima: Gobierno del Perú; 2001.
14. Fischer F, Miller GJ, Sidney MS. Handbook of Public Policy Analysis. Theory, politics and methods. New York: CRC Press; 2007.
15. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978; 56(2): 295-303.
16. Hirmas Aday M, *et al.* Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33(3): 223-9.
17. Matsaganis MD, Wilkin HA. Communicative social capital and collective efficacy as determinants of access to health-enhancing resources in residential communities. J Health Communication. 2015; 20: 377-86.
18. Putnam R, Leonardi R, Nanetti RY. Making Democracy work: civic tradition in modern Italy. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
19. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. Annual Review of Sociology. 1998; 24: 1-24.

20. Narayan D. Bonds and bridges: social capital and poverty. Washintong D.C.: Banco Mundial; 1999.
21. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988; 94: S95-S120.
22. Coleman JS. *Foundations of Social Theory*. Cambridge MA: Harvard University Press, Civic Practices Network; 1990.
23. Bourdieu P. *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL; 2001.
24. Bourdieu P. The forms of capital. En: Richardson JG. *Handbook of Theory and research for the Sociology of Education*. Nueva York: Greenwood Press; 1985.
25. Bebbington A. Estrategias de vida y estrategias de intervención: el capital social y los programas de superación de la pobreza. En: Arriagada I. *Aprender de la Experiencia. El capital social en la superación de la pobreza*. Santiago de Chile: CEPAL, Organización de las Naciones Unidas; 2005.
26. Bebbington A. *Capitals and capabilities*. London: International Institute for Environment and Development; 2000.
27. North D. *Institutions, Institutional Change, and Economics Performance*. Nueva York: Cambridge University Press; 1990.
28. Uphoff N, Wijayarathna CM. Demonstrated benefits from social capital: the productivity of farmer organizations in Gal Oya, Sri Lanka. *World Development*. 2000; 28(11): 1875-90.
29. Olson M. *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. New Haven: Yale University Press; 1982.

30. Durston J. ¿Qué es el capital social comunitario?. Santiago de Chile: CEPAL, Organización de las Naciones Unidas; 2000.
31. De Silva M et al. Understanding sources and types of social capital in Peru. *Community Development Journal*. 2005; 10: 1-15.
32. León-Manco RA. Capital social y lactancia materna exclusiva a niños de 1 año de edad en Huancabamba, Piura, 2013 (Tesis Mg. Salud Pública). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
33. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(1): 139-49.
34. Woolcock M, Narayan D. Social capital: implications for development theory, research and policy. *The World Bank*; 2000: 15(2):225-249.
35. Rouxel PL, Heilmann A, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43: 97-105.
36. Labra M. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso?. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18: 47-55.
37. Poblete FC. Sapag JC, Bossert TJ. Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 230-239.
38. Idrovo A. Capital social, muertes violentas y mortalidad por cáncer en Colombia: una aproximación poblacional. *Revista de Salud Pública*. 2006; 8(1): 38-51.

39. d'Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, McKee M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. Luxemburgo: European Communities: 2007.
40. Kawachi I, Lochner K, Kennedy B. Long live community. Social capital as public health. *American Prospect*; 1997; 8(35): 1-6. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: http://www.prospect.org/cs/articles?article=long_live_community.
41. Petrou S, Kupek E. Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003. *Health Economics* 2008; 14(1): 127–43.
42. Holtgrave DR, Crosby RA. Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 62–4.
43. León-Manco RA. Asociación entre capital social y experiencia de caries dental en escolares de 12 años de edad del Distrito de Canta-Lima en el año 2010 (Tesis Bach. Estomatología). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.

45. Oficina Nacional de Procesos Electorales. Segunda Elección Presidencial 2016: participación ciudadana. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en:
<https://www.web.onpe.gob.pe/modElecciones/elecciones/elecciones2016/PRP2V2016/Participacion-ciudadana-Total-Todos-Pie.html>.
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en:
<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta de Empresas 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en:
<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.
49. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. INFOMIDIS 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: <http://infomidis.midis.gob.pe/>.
50. Ministerio de Educación. Estadísticas: Becas otorgadas Beca 18 pregrado (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en:
<http://www.pronabec.gob.pe/>.
51. Barwick H. The impact of economic and social factor on health. Wellington: Public Health Association of New Zealand Inc.; 1992.
52. Vásquez Huamán E. Programas sociales ¿de lucha contra la pobreza?: casos emblemáticos. Lima: Universidad del Pacífico; 2006.

53. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. FONIE 2015. (Consultado el 06 de Abril de 2017). Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/fonie/fonie>.
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Día Mundial de la Población. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cobertura de salud en el Perú en el año 2016 (Consultado el 01 de Diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Producto Bruto Interno en el Perú en el año 2016 (Consultado el 01 de Diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
57. Instituto de Políticas Públicas y Estudios del Desarrollo. Investing in health for economic development. Puebla: Universidad de las Américas; 2004.
58. Ministerio de Salud. Plan de Salud Escolar 2013-2016. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
59. Ministerio de Salud. Plan de salud escolar (Consultado el 01 de Diciembre de 2017). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/salud_escolar/?pag=2
60. Ministerio de Salud. Documento Técnico Plan Nacional de Salud Bucal “Sonríe Siempre Perú”. Lima: Ministerio de Salud; 2008.
61. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016.

62. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
63. Atun R, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015; 17: S21.39.
64. Organización Mundial de la Salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
65. Morrow V. Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. The Sociological Review. 1999; 744-65.
66. Swist T, Collin P, McComack J. Social media and the wellbeing of children and Young people: a literature review. Sydney: Institute for Culture and Society, University of Western Sydney; 2015.
67. León-Manco HA. Discrecionalidad y Buena administración: propuesta de una regulación a partir de los principios de la buena administración. Lima: XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2015.
68. República del Perú. Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos. Lima: República del Perú; 2006.
69. León-Manco HA. El derecho a la participación ciudadana como componente de la actuación del Estado. En: Castro A. Buen Gobierno y Derechos Humanos. Lima: Instituto de Asuntos públicos y Buen Gobierno; 2014.

70. República del Perú. Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerios de Salud y de las Regiones. Lima: República del Perú; 2007.
71. Iwami M, Petchey R. A CLAS act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru. *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24(4): 246-51.
72. Sultana A. Citizenship and health. What role can citizenship play in the social determinants of health?. Toronto; Wellesley Institute; 2017.
73. Jacobs B, Bigdeli M, Leslie P, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*. 2011; 1-13.
74. Reátegui-Alcántara CDP, León-Manco RA. Modelo articulado de docencia en servicio con instituciones locales (Póster). Lima: XXI Asamblea Ordinaria OFEDO-UDUAL 2017 Lima-Perú; 2017.
75. Wozniowski M, Rymaszewska J. the role of social support in womes´ s health and recovery processes. *Psychology, Health and Medicine*. 2016; 21(1): 81-91.
76. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mx*. 2011; 53: S243-54.
77. República del Perú. Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Lima: República del Perú; 1997.
78. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tasa de desempleo en el Perú en el año 2016 (Consultado el 01 de Diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>

79. Pagés C. Formalidad laboral en Perú: Situación actual y propuestas (Exposición). Lima: Banco Interamericano de Desarrollo; 2016.
80. Ministerio de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
81. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: Organización Internacional del Trabajo; 2013.
82. Villa A, Moreno L, García G. Epidemiología y estadística en salud pública. México D.F.: Mc Graw Hill; 2011.
83. Marmot M. Social Determinants of Health: causes of the causes (Exposición). Londres: University College of London (UCL) Summer School on Social Determinants of Health; 2017.

ANEXOS

Anexo 1

Base de Datos General

Departamento	Acceso a servicios de salud			Capital social			Factores socioeconómicos			Programas sociales			FONIE
	P1	P2	P...	P1	P2	P...	P1	P2	P...	P1	P2	P...	P1
D1													
D2													
D3													
D..													

Anexo 2

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

REPÚBLICA DEL PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2015 CUESTIONARIO DE SALUD AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO										
CONGLOMERADO			VIVIENDA			HOGAR				
PRESENTACIÓN Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.										
NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____										
VISITAS DE LA ENTREVISTADORA										
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	VISITA FINAL				
FECHA						FECHA :				
						DÍA.....				
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						MES.....				
						AÑO.....				
RESULTADO***						EQUIPO NÚMERO.....				
						ENTREVISTADORA.....				
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....				
	HORA					RESULTADO FINAL.....				



Anexo 3

Participación en Elección Presidencial Segunda Vuelta (Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE))

The image is a screenshot of the ONPE website's results presentation interface. At the top left is the ONPE logo, and at the top right is the logo for the 'SEGUNDA ELECCION PRESIDENCIAL 2016'. The main header reads 'PRESENTACIÓN DE RESULTADOS'. Below this is a large black and white photograph of a dense crowd of people. Underneath the photo is a navigation bar with three options: 'PRESIDENCIAL', 'ACTAS', and 'PARTICIPACIÓN CIUDADANA'. The 'PARTICIPACIÓN CIUDADANA' option is highlighted with a red background.



Anexo 4

Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES)

 ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES SOCIALES DIRIGIDA A MUJERES DE 18 AÑOS Y MÁS DE EDAD		 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables						
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA EN EL DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO								
CRS.01								
CONGLO-MERADO	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN	¿ES UNA VIVIENDA DE REEMPLAZO? Sí 1 → N° de Selección de la vivienda reemplazada <input style="width: 30px;" type="text"/> No 2	CUESTIONARIO N° Cuestionario Adicional 1				
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA			B. UBICACIÓN MUESTRAL					
1. DEPARTAMENTO:			5. ZONA N°:					
2. PROVINCIA:			6. MANZANA N°:					
3. DISTRITO:			7. AER N°:					
4. CENTRO POBLADO:			8. VIVIENDA N°:					
9. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA SELECCIONADA: (Para tipo de vía circule solo un número) Tipo de Vía: Avenida 1 Jirón 2 Calle 3 Pasaje 4 Carretera 5 Otro 6								
Nombre de Vía		N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.
10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA: INICIE LA ENTREVISTA CON LA (EL) RESPONSABLE DEL HOGAR				11. HOGAR N°: <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>				
Sra. (Sr.): Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.				¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA? <input style="width: 30px;" type="text"/>				
12. NOMBRE Y APELLIDO DE LA (DEL) RESPONSABLE DEL HOGAR: (Anoté solo un nombre y el primer apellido paterno)								

Anexo 5

Encuesta Nacional de Empresas (ENE)

ENCUESTA NACIONAL DE EMPRESAS 2015													
		Decreto Legislativo N° 604 Ley de Organización y Funciones del INEI. Decreto Supremo N° 043-2001-PCM del Secreto Estadístico y Confidencialidad de la Información.											
		LOCALIZACIÓN DE LA EMPRESA											
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA					Código		B. UBICACIÓN MUESTRAL						
1. Departamento							5. Sector de Trabajo		7. Zona				
2. Provincia							6. Área de Trabajo		8. Manzana				
3. Distrito									9. Frente				
4. Coordenadas geográficas (del local principal)													
10. Dirección (Circule el tipo de vía y anote la dirección donde se ubica la Empresa)													
Nombre de: Avenida (1), Jirón (2), Calle (3), Pasaaje (4), Carretera (5), Prolongación (6), Otro (7)							Nº puerta	Block	Interior	Piso	Manzana	Lote	Km.
11. Referencia de la dirección													
IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA Y CONDUCTOR													
DE LA EMPRESA													
1. Nº de RUC					2. Razón social o apellidos y nombres del propietario								
3. Nombre comercial de la empresa													
4. Año de inicio de funcionamiento		5. Página web			6. Correo electrónico			7. Teléfono fijo		8. Teléfono móvil			
DEL CONDUCTOR Y DEL INFORMANTE													
9. Apellidos y nombres del conductor o responsable de la gestión de la empresa (o gerente general)					10. Sexo		11. Edad	12. Último nivel de estudios alcanzado		Sin nivel1 Inicial2 Primaria incompleta3 Primaria completa4 Secundaria incompleta5 Secundaria completa6 Superior no univ. incompleta7 Superior no univ. completa8 Superior univ. incompleta9 Superior univ. completa10 Post grado11			
					M	F							Código
					1	2							
13. Apellidos y nombres del informante y cargo													
Conductor1 Administrador2 Gerente3 Otro (Especifique)4													

Anexo 6

Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud (ENSUS)

		ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE SALUD <small>INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA EN EL DECRETO SUPREMO 043-2001- PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO</small>							
DIRIGIDA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA <small>Hospitales, Clínicas, Centros Médicos, Establecimientos MINSAL, EaSalud, Privados y FF.AA – PNP</small>				ENSUSALUD.01 N° Cuestionario					
I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN MUESTRAL		10. COORDENADAS DEL PUNTO GPS					
1. DEPARTAMENTO		5. ÁREA	Urbana...1 Rural...2	S					
2. PROVINCIA		6. ZONA		W					
3. DISTRITO		7. MANZANA							
4. CENTRO POBLADO		8. CONGLOMERADO							
		9. AER N°							
11. Dirección del Establecimiento de Salud: (Seleccione solo un código) Tipo de vía: Avenida.....1 Jirón.....2 Calle.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Prolongación.....6 Obo.....7									
Nombre de Vía		N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono
Referencia de la Dirección:									
II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
1. Nombre oficial del establecimiento de salud									
2. Código RENAES del establecimiento de salud									
3. Institución									
MINSAL – GR.....1		ESSALUD.....2		FF.AA y PNP.....3		CLÍNICAS.....4			
4. Consultorio:									
Medicina.....1		Cirugía.....2		Gineco/obstetricia.....3		Pediatría.....4		Otra especialidad.....5 <small>(Especifique)</small>	
5. Turno:									
Mañana.....1			Tarde.....2			Noche.....3			

Anexo 7

Base de datos INFOMIDIS

The screenshot shows the INFOMIDIS web application interface. On the left, there are filters for Departmento (Nacional), Provincia, Distrito, and Ubigeo. The main area displays a table with columns for Programas, FONIE, Indicadores Socio-Económicos, Indicadores Emblemáticos, and Reporte. The table is filtered for 'Nacional' and shows data for various social programs across provinces and districts.

Programas	FONIE	Indicadores Socio-Económicos	Indicadores Emblemáticos	Reporte
Programas Sociales				
+ Cuna Más ⁽¹⁾			Provincias: 175, Distritos: 879	
- Niños y niños atendidos en el Servicio de Cuidado Diurno				51,364
- Familias atendidas en el Servicio de Acomp. a Familias				85,221
+ Juntos ⁽²⁾			172, 1,289	
- Hogares afiliados				772,120
- Hogares abonados				668,030
+ Foncodes ⁽³⁾			135, 470	
- Usuarios estimados				441,698
- Proyectos culminados				649
- Proyectos en ejecución				1,003
- Hogares Haku Wiñay - Proyectos en ejecución				94,354
- Hogares Haku Wiñay - Proyectos culminados				23,141
+ Pensiión ⁽⁵⁾			196, 1,854	
- Usuarios				502,972
+ Qali Warma ⁽⁶⁾			196, 1,849	
- Niños y niñas atendidos				3,604,408
- Instituciones Educativas				61,087

Anexo 8

Estadísticas: Becas otorgadas Beca 18 pregrado



Anexo 9

VARIABLES Y CO-VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES	FUENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Acceso a servicios de salud odontológicos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015	Acceso a servicios odontológicos a mayores de 60 años de edad.	Para personas de 0 a 11 años de edad: ¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?
			Para personas de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?
			Hombres de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?
			Mujeres de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?
Capital social	Elección Presidencial Segunda Vuelta 2016	Participación ciudadana	Participación en Elección Presidencial Segunda Vuelta
	Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015	Participación en organizaciones	Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como club deportivo o grupo cultural?
			Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como grupo religioso?
			Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como asociación de padres de familia?
			Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como organización comunal o de barrio (de base)?
			Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como organización política?
			Mujeres que responde a: ¿Usted participa en alguna organización o red en su localidad tal como junta de vecinos?
	Encuesta Nacional de Empresas 2015	Organización empresarial	Responsable de empresa responde a: tipo de organización de la empresa.
			Responsable de empresa responde a: ¿Accedió al crédito para iniciar su negocio?
			Responsable de empresa responde a: ¿Qué tipo de institución le otorgó el crédito para iniciar su negocio?
Responsable de empresa responde a: ¿En qué mercado vende su principal producto o servicio?			

Variab les	Fuente	Dimensión	Indicadores
Capital social	Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015	Empoderamiento y confianza	Mujeres que responde a: En los últimos 12 meses ¿Debido al maltrato físico, la agresión verbal o sexual que recibió, usted acudió a alguna persona cercana a solicitarle ayuda?
			Mujeres que responde a: En los últimos 12 meses ¿Debido al maltrato físico verbal o sexual que recibió, usted acudió a alguna institución para buscar ayuda?
	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Salud 2015	Ejercicio del derecho	Usuario de consulta externa responde a: ¿Ud. sabe por qué ley tiene derechos en salud?
			Usuario de consulta externa responde a: Respecto a los siguientes derechos en salud ¿Qué tanto conoce ud. de acceso a servicios de salud?
Co-variables	Fuente	Dimensión	Indicadores
Indicadores sociales	INFOMIDIS 2015	Pobreza	Brecha de pobreza.
			Pobreza monetaria.
			Pobreza monetaria extrema.
			Pobreza extrema con ingreso autónomo.
		Identidad	Tenencia de DNI.
			Tenencia de DNI de 18 años a más.
			Tenencia de DNI de 65 años a más.
		Educación	Tasa de cobertura neta, educación primaria de 6 a 11 años de edad.
			Porcentaje de jefes de hogar con educación primaria como máximo nivel educativo alcanzado.
			Tasa de analfabetismo en personas mayores de 15 años de edad.
			Tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años de edad.
			Asistencia a educación básica regular entre 3 y 5 años
		Salud y nutrición	Desnutrición crónica infantil menores de 5 años de edad OMS.
			Prevalencia de anemia de 6 a 59 meses de edad.
			Porcentaje de niñas y niños de 18 a 29 meses de edad con vacunas completas (BCG, DPT, Antisarampionosa y Polio).
			Acceso a seguro de salud.
			Índice de inseguridad alimentaria MIDIS 2013.
		Acceso a servicios básicos	Hogares con paquete integrado de servicios.
			Acceso a servicios de agua.
			Acceso a servicios de saneamiento.
Acceso a servicios de energía eléctrica por red pública.			
			Acceso a telecomunicaciones.

Co-variables	Fuente	Dimensión	Indicadores
Indicadores sociales	INFOMIDIS 2015	Vivienda-	Viviendas que utilizan leña, carbón, kerosene, otros.
			Viviendas con piso de tierra.
			Hacinamiento.
			Promedio de miembros por hogar.
		Trabajo	Porcentaje de jóvenes que no trabaja ni estudia.
			Porcentaje de adultos mayores de 65 años que reciben una pensión por jubilación.
			Tasa de desempleo.
			Tasa de subempleo.
			Afiliación a sistema de pensiones.
		Programas sociales	Cuna Más: Niños y niñas atendidos en el servicio de cuidado diurno.
			Juntos: Hogares afiliados.
			FONCODES: Usuarios estimados.
	Pensión 65: número de beneficiarios.		
		Qali Warma: Niños y niñas atendidos.	
	Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo 2015	Programas sociales	Beca 18: Número de beneficiarios.
INFOMIDIS 2015	Inversión rural: Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE)	Agua y saneamiento: Monto transferidos (S/.).	
		Caminos vecinales: Monto transferidos (S/.).	
		General: Monto transferidos (S/.).	

Anexo 10

Glosario de términos

Acceso a los servicios de salud odontológicos: Proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente

Acceso a servicios básicos: Acceso al agua, saneamiento y electricidad que tiene una persona, sin importar donde viva.

Anemia: Enfermedad originada por una disminución de los glóbulos rojos o concentración disminuida de hemoglobina en la sangre.

Beca 18: Programa social del Perú, que tiene como objetivo becar a jóvenes peruanos en condición de pobreza o vulnerabilidad social para cursas estudios universitarios.

Brecha de pobreza: Indicador de desigualdad entre los pobres, cuya medición es compleja. Es el valor promedio de los cuadrados de las diferencias entre los ingresos de los pobres y la línea de la pobreza. La brecha de pobreza refleja cuan pobres son los pobres, proporciona una idea de la profundidad de las carencias de ingreso o consumo que definen una situación de pobreza.

Capital social: Conjunto de recursos tangibles o intangibles obtenidos de las relaciones de unos con otros, o entre organizaciones civiles o instituciones, mediante la confianza, cooperación y reciprocidad, coincidiendo las definiciones en que es un recurso en sí mismo o una forma de recurso, y, se encuentra basado en las relaciones sociales

Confianza: Seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo.

Cuna Más: Programa social del Perú, cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

Desnutrición crónica: Proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica. Retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes.

Educación: Proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos.

Ejercicio de derecho: Comúnmente se ubica en el cumplimiento de un deber y la práctica de los derechos de una persona.

Empoderamiento: Adquisición de poder e independencia por parte de un grupo social desfavorecido para mejorar su situación.

Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES): Programa social del Perú, trabaja con los gobiernos locales contribuyendo al desarrollo inclusivo del país, con inversión social de calidad, facilitando el acceso a oportunidades y al desarrollo de capacidades sociales, económicas y productivas.

Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE): Programa social del Perú, con la finalidad de financiar la elaboración de estudios de Pre inversión, ejecución de proyectos de inversión pública, y/o mantenimiento, presentados por los Gobiernos Regionales, Locales, el propio Sector o las personas jurídicas privadas; para la ejecución de infraestructura de agua y saneamiento, electrificación, telecomunicaciones y caminos vecinales y de herradura, de forma preferentemente simultánea, con el objeto de generar un impacto en el bienestar y mejora de la calidad de vida en los hogares rurales.

Hacinamiento: Hace referencia a un estado de cosas lamentable que se caracteriza por el amontonamiento o acumulación de individuos o de animales en un mismo lugar, el cual a propósito que no se haya físicamente preparado para albergarlos.

Identidad: Conjunto de los rasgos propios de un individuo o de una comunidad. Estos rasgos caracterizan al sujeto o a la colectividad frente a los demás.

Índice de inseguridad alimentaria: Calculado a partir del modelo matemático multivariado con las variables: producto bruto interno, ingresos promedios anuales per cápita, Población en situación de no pobreza, población con acceso a agua por red pública interna y externa, y grado de urbanización de la población.

Juntos: Programa social del Perú, es un programa de transferencias monetarias condicionadas que se inscribe dentro de la política social y de lucha contra la pobreza.

Organización empresarial: Organización con grupo de personas que trabajan en forma coordinada y concertada para alcanzar sus metas. las actividades de la economía en su conjunto.

Paquete integrado de servicios: Referido a hogares que cuentan con agua potable, desagüe y electricidad.

Participación ciudadana: Concepto relacionado con la democracia participativa. De trata la integración de la población en general, en los procesos de toma de decisiones, la participación colectiva o individual en política, entendida esta como algo de lo que todos formamos parte.

Participación en organizaciones: Referido cuando las personas participan activamente en organizaciones locales para la obtención de algún recurso, apoyo social o aprender algo.

Pensión 65: Programa social del Perú, brinda protección social a los adultos mayores de sesenta y cinco años a más, que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención monetaria que les permita incrementar su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos mayores a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental.

Pobreza: Condición en la cual una o más personas tienen un nivel de bienestar inferior al mínimo socialmente aceptado.

Pobreza monetaria: Condición en la cual las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.).

Pobreza monetaria con ingreso autónomo: Condición en la cual las personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos, y no reciben subsidios de institucionales estatales.

Pobreza monetaria extrema: Condición en la cual las personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos.

Programas sociales: Iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas.

Qali Warma: Programa social del Perú, tiene como objetivo, garantizar el servicio alimentario para niñas y niños de instituciones educativas públicas del nivel inicial a partir de los 3 años de edad y del nivel de educación primaria.

Sistema de pensiones: Conjunto de mecanismos que un gobierno dispone con el fin de que la población ahorre de manera forzosa para su vejez, cuando su capacidad de generar ingresos disminuye.

Tasa de desempleo: Medida de la extensión del desempleo y se calcula como un porcentaje dividiendo el número de personas desempleadas por todas las personas que se encuentran en la fuerza laboral.

Tasa de subempleo: Referido a aquellas personas cuya duración o productividad del trabajo es menor a su nivel de pleno empleo.

Tenencia de DNI: Referido a personas que tiene Documento Nacional de Identidad, lo cual los convierte en ciudadanos al tener derechos y deberes constitucionales.

Anexo 11

Aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología (DUICT)