

**SALUD Y EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD ANDINA DE  
NACIONES**

**MARIO GUILLERMO RUALES SALCEDO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
PROGRAMA MAESTRÍA EN ECONOMÍA  
SANTIAGO DE CALI  
2015**

**SALUD Y EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD ANDINA DE  
NACIONES**

**MARIO GUILLERMO RUALES SALCEDO**

**Trabajo de grado para optar el título de Magister en Economía**

**Directora  
ELIZABETH APONTE JARAMILLO  
PhD en Economía**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
PROGRAMA MAESTRÍA EN ECONOMÍA  
SANTIAGO DE CALI  
2015**

**Nota de aceptación:**

**Aprobado por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la universidad Autónoma de Occidente para optar al título de Magister en Economía.**

**LILIAN ANDREA CARRILLO**

**Jurado**

**CARLOS HERNÁN ISAZIGA D.**

**Jurado**

**Santiago de Cali, 15 de Mayo de 2015.**

Dios mi esperanza y la Familia mi apoyo, este es el fruto de una serie de esfuerzos y sacrificios que Dios, mis padres, mis abuelos, tia, Mauricio V, Lina y Vivi me ayudaron a afrontar; con un apoyo incondicional, amor, alegría y animo contagioso, que no me dejaron desfallecer para así poder llevar a cabo la culminación de este proyecto.

## **AGRADECIMIENTOS**

Doctora Elizabeth, desde las clases de pregrado usted me impregno el amor por mi carrera. La Economía se convirtió en mi estilo de vida y durante el proceso de este proyecto fue usted la persona que evidencio mi progreso y sacrificio por alcanzar un peldaño importante en mi crecimiento personal. De todo corazón y de parte de mi familia, le agradezco su paciencia, apoyo, asesoramiento, y manera de guiar este proyecto.

## CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	12
1. MARCO TEÓRICO	15
2. METODOLOGÍA	20
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
2.2 TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	20
2.2.1 Fuentes Secundarias	20
2.3 POBLACIÓN	20
2.4 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	21
3. DIAGNÓSTICO SOCIAL EN SALUD Y EDUCACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA CAN	22
3.1 SITUACIÓN DE LA SALUD EN LOS PAÍSES DE LA CAN	26
3.2 SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN LOS PAÍSES DE LA CAN	44
4. ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA CAN DESDE EL AÑO 2010	53
4.1 GASTO EN SALUD	53
4.2 GASTO EN EDUCACIÓN	56

<b>5. REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES IMPLEMENTADAS EN EL MARCO DE LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO EN MATERIA DE SALUD Y EDUCACIÓN EN CADA UNO DE LOS PAÍSES DE LA CAN DESDE EL AÑO 2010</b>	<b>60</b>
<b>5.1 BOLIVIA</b>	<b>60</b>
<b>5.2 COLOMBIA</b>	<b>64</b>
<b>5.2.1 Acceso y calidad en salud: universal y sostenible</b>	<b>65</b>
<b>5.3 ECUADOR</b>	<b>66</b>
<b>5.3.1 Objetivo 1: auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorio de diversidad</b>	<b>67</b>
<b>5.3.2 Objetivo 2: mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía</b>	<b>67</b>
<b>5.3.3 Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población</b>	<b>68</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>75</b>

## LISTA DE CUADROS

	pág.
<b>Cuadro 1. Población total CAN y variaciones porcentuales, según países 1990-2014. Miles de habitantes</b>	<b>22</b>
<b>Cuadro 2. Distribucion porcentual de habitantes por zona, según países 1990-2015 por quinquenios.</b>	<b>24</b>
<b>Cuadro 3. Esperanza de vida al nacer. Años.</b>	<b>26</b>
<b>Cuadro 4. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos</b>	<b>28</b>
<b>Cuadro 5. Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada 1.000 nacidos vivos</b>	<b>30</b>
<b>Cuadro 6. Tasa de mortalidad menores de cinco años de vida, por cada 1.000 nacidos vivos</b>	<b>31</b>
<b>Cuadro 7. Tasa de mortalidad adulta (entre 15 y 60 años) por sexo</b>	<b>32</b>
<b>Cuadro 8. Causas de muerte de menores de 5 años. Participación %</b>	<b>33</b>
<b>Cuadro 9. Prevalencia de mortalidad materna (por 100.000 partos)</b>	<b>34</b>
<b>Cuadro 10. Tasa de mortalidad de adultos entre 30 y 70 años normalizada según edad, por causa (por 100.000 habitantes) 2008</b>	<b>34</b>
<b>Cuadro 11. Prevalencia de VIH/ sida y tuberculosis. Por cada 100.000 habitantes</b>	<b>35</b>
<b>Cuadro 12. Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100.000 habitantes)</b>	<b>36</b>
<b>Cuadro 13. Número de caso de enfermedades infecciosas. Año 2010</b>	<b>37</b>
<b>Cuadro 14. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%) 2005-2012</b>	<b>38</b>
<b>Cuadro 15. Cobertura atención prenatal (%)</b>	<b>39</b>
<b>Cuadro 16. Asistencia parto posparto</b>	<b>40</b>



<b>Cuadro 17. Cobertura de la inmunización en niños de 1 año (%)</b>	<b>41</b>
<b>Cuadro 18. Saneamiento básico</b>	<b>42</b>
<b>Cuadro 19. Factores de riesgo. Datos 2008</b>	<b>42</b>
<b>Cuadro 20. Personal sanitario por cada 100.000 habitantes</b>	<b>43</b>
<b>Cuadro 21. Infraestructura y tecnología</b>	<b>44</b>
<b>Cuadro 22. Tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años por sexo y área geográfica</b>	<b>46</b>
<b>Cuadro 23. Tasa Neta de Matricula Pre – Primaria</b>	<b>47</b>
<b>Cuadro 24. Tasa Neta de matrícula educación primaria, por sexo</b>	<b>48</b>
<b>Cuadro 25. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y alcanzan el último grado de enseñanza primaria, según sexo</b>	<b>49</b>
<b>Cuadro 26. Tasa Neta de matrícula educación secundaria, por sexo</b>	<b>50</b>
<b>Cuadro 27. Promedio de años de estudio población económicamente activa de 15 años y más, por área geográfica</b>	<b>50</b>
<b>Cuadro 28. Promedio de alumnos por maestro según nivel de enseñanza</b>	<b>51</b>
<b>Cuadro 29. Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria y secundaria</b>	<b>52</b>
<b>Cuadro 30. Gasto por alumno, nivel primario (% del PIB per cápita)</b>	<b>58</b>
<b>Cuadro 31. Gasto por alumno, nivel secundario (% del PIB per cápita)</b>	<b>58</b>

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1. Estrategias nacionales de desarrollo</b>	<b>18</b>
<b>Figura 2. Gráfico Distribución por países de la población de la CAN. Promedio 1990 -2014</b>	<b>23</b>
<b>Figura 3. PIB per cápita en dólares a precios constantes 2005</b>	<b>25</b>
<b>Figura 4. Gráfico Gasto en salud, sector público (% del PIB)</b>	<b>54</b>
<b>Figura 5. Gráfico Gasto en salud, sector público (% del gasto del gobierno)</b>	<b>55</b>
<b>Figura 6. Gráfico Gasto público en salud per cápita US\$ corrientes</b>	<b>55</b>
<b>Figura 7. Gráfico Gasto público en educación, como porcentaje del PIB</b>	<b>56</b>
<b>Figura 8. Gráfico Gasto público en educación como porcentaje del gasto del gobierno</b>	<b>57</b>

## RESUMEN

En esta investigación se pretende dar una mirada a la situación de la población de los países Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, como miembros de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), en cuanto a las políticas sociales diseñadas desde los gobiernos y que han tenido un impacto en la población de manera que temas sensibles para el bienestar de las personas como la salud y la educación se han visto mejorados en lo corrido del tiempo. Pero surge la inquietud si el esfuerzo realizado desde la planificación del Estado y apoyado por los planes de desarrollos de los gobiernos de turno es suficiente para llegar a los sectores que presentan vulnerabilidad en aspectos sociales como la salud y la educación.

Cada uno de los países observados desempeña diferentes roles en el bloque llamado Comunidad Andina de Naciones, con diferentes características en su población, dotación de recursos, cultura, política, economía, entre otras que hacen que la satisfacción de necesidades de parte de la población presente diferentes soluciones. En temas como salud y educación presenta retos los cuales mediante estrategias arrojan una serie de resultados en la población, los cuales pretenden mostrar la coherencia de dichos resultados con los esfuerzos presupuestales y los impactos en los índices de salud y educación de cada uno de los países.

A lo largo del documento se van presentando tendencias en cuanto a los indicadores observados de los países en diferentes temas, donde a medida que transcurre el tiempo las diferentes políticas atienden la problemática social de cada país.

**Palabras claves:** desarrollo social, salud, educación, política social, políticas públicas, gasto en salud, gasto en educación.

## INTRODUCCIÓN

Ayudar a las personas en situación de pobreza desde la antigüedad era vista como un acto altruista hacia los menos favorecidos, y de esta manera se trató de mitigar el impacto negativo por diversas circunstancias que acontecían en el entorno. La solidaridad ciudadana fue la herramienta que se encargó de los problemas de la población durante siglos, sin embargo desde mediados del siglo XIX, el bienestar ha sido buscado por actores vinculados a los procesos sociales, políticos, económicos y culturales, que empiezan a asociar la presencia del Estado en la reivindicación del derecho al trabajo con la democratización del aparato estatal, para dar pie a un Estado Social. Se empieza a concebir una nueva figura política de la monarquía social, en la que la administración pública asume el papel de atender las necesidades sociales<sup>1</sup>.

La política social es la herramienta mediante la cual, el gobierno busca generar condiciones de bienestar a toda la sociedad, con acciones que han evolucionado a lo largo del tiempo. Así, entre los años 1990 y 2010 se pueden identificar dos tendencias en América Latina: inicialmente se busca vía comercio internacional el desarrollo de las economías, después que las Naciones Unidas (UN) propone los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000, lo que llevó a un cuestionamiento en cuanto a la manera que se está viendo afectada la población. Con la formulación de estos ODM se pretendió mejorar las condiciones de la población de los países, básicamente son ocho propósitos de desarrollo humano: erradicar la pobreza extrema, educación universal, igualdad entre géneros, reducción de la mortalidad de los niños, mejorar la salud materna, combatir el VIH, sostenibilidad ambiental y fomentar una asociación mundial. Está claro que con esta propuesta la UN ha abierto el debate en cuanto la calidad de crecimiento económico, con objetivos que involucran la calidad de vida de las personas y reflejan niveles de inequidad, con el ánimo de llamar la atención sobre los puntos específicos tratados en los ODM. Cifras como la proporción del ingreso del 20% de la población peor remunerada tiene una tendencia similar en los cuatro países, a principios de los noventa tienen una situación poco deseable pero aceptable que cae a niveles de inequidad a lo largo de esta década pero que en el año 2000 se presenta un cambio de tendencia, donde se logran restituir los valores a la situación inicial. Este indicador parece contrastar con el crecimiento de las economías en estos años, toda vez que se puede notar una marcada separación entre la equidad y el crecimiento en la primera década, siendo menor esta diferencia en la segunda década y evidenciando una mejor situación en el tema de equidad en los países de la región desde el año 2010.

---

<sup>1</sup> MONTORO, Ricardo. Fundamentos teóricos de la política social. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1997. p. 36.

Trabajos anteriores donde se analiza de manera integral la política social, la forma en la cual los países de la CAN se han valido de esta para brindar condiciones de bienestar a la población y hacer de la política social universal el instrumento para mejorar condiciones de vida de todos los habitantes, brindando cobertura en los sistemas de Salud y Educación, e identificando los sectores sociales donde se dificulta el acceso de los programas universales para así complementar con programas focalizados que apoyen y garanticen una política social incluyente para toda la población de cada uno de los países.

La situación de los países miembros de la CAN en temas de Salud y Educación muestran una realidad en la que se reflejen un esfuerzo por mejorar las condiciones de bienestar de la población, pero se identifica un rezago de Bolivia frente a los demás países de la subregión. Si bien las políticas han mostrado un resultado a lo largo del periodo 1990 – 2010, se hace necesario evaluar la evolución de estos indicadores para identificar las problemáticas que presenta en la actualidad y hacer seguimiento a los indicadores que reflejan la realidad de la población en materia de salud y educación, dos temas de relevancia para la descripción del panorama social de un país, toda vez que basados en los principios democráticos se hace necesario que el Estado brinde las oportunidades mínimas para que la población pueda desarrollarse y tomar partida de una sociedad libre, sin obstáculos que promuevan la inequidad y afecten los sectores vulnerables.

Dentro de la CAN Colombia por su población es el país de mayor peso relativo en cuanto al gasto en educación y salud pero Bolivia es el país que presenta mayores esfuerzos en el gasto, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto y el PIB. En general para la CAN en promedio 1996-1999 el gasto en educación es del 35% del total del gasto social, mientras que el de salud es alrededor del 22%. Situación que varía en el promedio 2000 – 2008 donde educación es 32% y salud 17% del total del gasto social. El crecimiento del gasto en los países de la CAN presento un incremento a tasas significativas durante la primera década (1990-2010) disminuyendo estas tasas de crecimiento en la segunda. En promedio como porcentaje del PIB los países se ubicaron en el siguiente orden: Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador.

En el tema de salud los resultados en el periodo 1990 – 2010 muestran una tasa de mortalidad alta de Bolivia frente a los demás países de la subregión, con prevalencia de enfermedades como el VIH/sida y la tuberculosis.

En cuanto a educación, la menor tasa de analfabetismo la muestra Colombia, y Ecuador el de mayor tasa, pero por la cantidad de habitantes es Colombia el país

con mayor cantidad de personas analfabetas, siendo el área rural la zona de mayor prevalencia de esta situación.

A partir de este contexto, teniendo en cuenta que durante las últimas décadas existe con mayor fuerza un decidido apoyo a los procesos de integración económica y, donde la Comunidad Andina de Naciones (CAN) asumió su papel, esta tesis desarrolla la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo ha sido el desempeño de la política social en temas de salud y educación en los países miembros de la CAN desde el año 2010?**

Para abordar la problemática propuesta se proponen dos objetivos específicos:

- Realizar un diagnóstico de los resultados sociales en materia de salud y educación en los países miembros de la CAN desde el año 2010.
- Realizar un análisis del gasto en salud y educación de los países miembros de la CAN desde el año 2010.

Es la política social la herramienta con la que los gobiernos intervienen en los rezagos que deja el mercado en ciertos sectores de la sociedad, de ahí la importancia dentro de la metodología a seguir en este documento de analizar, evaluar, cualificar, cuantificar los procesos sociales dentro de los cuatro países, un proceso donde la pregunta de investigación será resulta con deducciones encontradas en la revisión de las variables determinantes de salud y educación para determinar la realidad de la población, identificando la vulnerabilidad a la desigualdad y pobreza; si bien es claro la voluntad política de parte de los gobierno de turno se quiere reflejar la efectividad de las políticas en salud y educación dentro los años observados y el impacto de los indicadores en la población.

En la sección siguiente se hace un recorrido teórico del tema de política social, para abordar la problemática con claridad, posteriormente se encuentra una muestra del panorama social en los países de la CAN durante el periodo mencionado, seguido de un análisis en cuanto a los resultados sociales en materia de salud y educación como política social dentro de los países miembros de la CAN, en el siguiente apartado se mostrara un análisis del gasto de cada uno de los países en materia de salud y educación para terminar con una muestra de los resultados obtenidos a lo largo del periodo en la población de los países de la CAN.

## 1. MARCO TEÓRICO

A mediados del siglo XIX, Robert Von Molh (en Alemania) acuña el término *sozialpolitik*, que sienta las bases de la política social como un corte de pensamiento que se inserta dentro de la economía y, dónde se establece la intervención estatal (gasto público) a favor de toda la población\*. De este modo, esta clase de política se incorpora dentro de la agenda de los gobiernos, con el objetivo de alcanzar el progreso social de la población, el cual parte del cubrimiento de necesidades para toda la población, principalmente alimentación, salud, servicios sanitarios, educación y vivienda.

Al respecto, en términos del Estado-gobierno, se identifican tres funciones: provisión y producción de servicios meritorios; manejo de recursos para la asignación del gasto social, contratación y supervisión de servicios privados; y, regulación de aspectos institucionales<sup>2</sup>.

La evolución de este pensamiento se traduce en los planteamientos del óptimo económico y la teoría del bienestar, en dónde figuran autores como Ramsey, Samuelson, Keynes, Buchanan, Musgrave, Simons, Nash, Tobin y Solow. En particular, en la función de bienestar que conceptualiza Samuelson, el bienestar social depende del crecimiento del ingreso, el empleo, la inflación, el resultado de la balanza de pagos y la distribución del ingreso. Solow, por su parte, propone un modelo de crecimiento endógeno, que combina la tecnología y el empleo para generar economías de gran escala y realizar la transformación productiva<sup>3</sup>.

De manera más enfática, Richard Tirmuss (en Inglaterra) se destaca como el primer pensador que toma una posición académica acerca de la política social<sup>4</sup>. El planteamiento sustancial es que el gobierno debe asumir la responsabilidad del bienestar social. Del mismo modo, en Midgley<sup>5</sup> y Montoro<sup>6</sup> queda establecido que son las políticas sociales aquellas impartidas por los gobiernos para mejorar las

---

\* Otros pensadores también resaltan en estos desarrollos: Marx, Engel, Malthus, Mill, Wagner y Lindahl, entre otros.

<sup>2</sup> ARRIAGADA, Irma. Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Serie políticas sociales No. 119. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. p. 18.

<sup>3</sup> APONTE, Elizabeth. Notas de teoría y política fiscal: Lineamientos básicos del gobierno: relación entre gasto público, equidad y estabilidad macroeconómica. Cali: GIED, 2006. p. 5.

<sup>4</sup> REISMAN, D. A. Richard Titmuss: Welfare and society. London. Heinemann Education Books, 1977. p. 2.

<sup>5</sup> MIDGLEY, James. The handbook of social policy. Los Angeles, California: SAGE, 2009. p. 4.

<sup>6</sup> MONTORO. Óp., cit., p. 38.

condiciones de bienestar social de la población. Otros autores como Quispe<sup>7</sup> y Ortiz<sup>8</sup> amplían el concepto y llevan el alcance de la política social al cierre de la pobreza, como un resultado, que de alguna manera surge de las fallas de mercado. Así, no existe una única definición de política social (ver Donati, 1985); sin embargo, está claro que se sustenta en la figura de Estado Social de Derecho y, que su desarrollo está condicionado tanto por el compromiso social de los *policy makers* como por la disponibilidad de recursos.

Ahora bien, en el universo de la política fiscal se distinguen las siguientes clases de política<sup>9</sup>:

- Macropolíticas (macropolíticas). Aquellas que propenden por el desarrollo.
- Políticas económicas. Hace referencia a las políticas que incentivan el crecimiento económico a través del fortaleciendo de la inversión privada.
- Políticas sociales. Corresponden a la acción directa del gobierno con propósitos de equidad. Se clasifican en: a) Equidad y eficiencia social y b) Programas sociales de compensación. Las primeras están dirigidas con integralidad para potenciar a la población (salud y educación); a través de las segundas se desarrollan acciones puntuales sobre la población vulnerable.

También, es importante diferenciar que la aplicación de estas políticas puede tener un alcance universal, o focalizado. En el caso de la universalización, se parte del supuesto que todos los individuos y/o grupos sociales se comportan de manera similar y, por tanto, la incidencia de la acción de la política es generalizada. En tanto, la focalización parte del hecho de entender que los espacios, la temporalidad, los grupos y, en general la población son variables que dependen de características muy particulares en las economías y sociedades.

En ese sentido, Ocampo<sup>10</sup>, por ejemplo, enfatiza la importancia del tamaño del desarrollo del país, de forma que exista compatibilidad entre los recursos

---

<sup>7</sup> QUISPE, Edgar. Revista de la facultad de ciencias económicas. Revista número 5 política social: retos y desafíos de la política social. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1997. p.52.

<sup>8</sup> ORTIZ, Isabel. Guía de orientación de políticas públicas. Política social. New York: UN, 2007. p. 8.

<sup>9</sup> APONTE. Óp., cit., p. 7.

<sup>10</sup> OCAMPO, José Antonio. Políticas sociales para promover ciudadanía y cohesión social: serie reflexiones sobre políticas sociales y ambientales: Bogotá, 2010. p. 22.



disponibles y las expectativas que se puedan crear y, las metas que se puedan cumplir en un período determinado, sin que esto implique desproteger a la población más vulnerable. Bajo este criterio se establece el concepto de universalismo básico, bienes meritorios o de valor social<sup>11,12</sup>; no obstante, por efecto de los costos que involucra la universalización (profundizada en los últimos años –antes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-\*, tanto por los organismos multilaterales como por los gobiernos propios de cada país), en la actualidad se propende más por la focalización, entendiendo a ésta como un complemento e instrumento de la universalización<sup>13</sup>.

En esta perspectiva, en los últimos años del siglo XX y, observando la falta de cubrimiento de las necesidades básicas y la permanencia de la pobreza en el mundo, especialmente en los países menos desarrollados, se propende por la focalización y la participación privada apoyada con subsidios a la demanda y descentralización. Es este el enfoque relacionado con la transformación productiva con equidad ampliamente divulgado por la CEPAL en sus diversos informes<sup>14</sup>. De este modo, es el gobierno quien debe propender por contribuir al crecimiento y desarrollo de la economía y la sociedad, trabajando en forma integrada con el sector privado, enfatizando políticas económicas y sociales macro y sectoriales<sup>15</sup>.

Bajo cualquier perspectiva, si bien es clara la importancia del crecimiento económico y la generación de empleo para crear condiciones de acceso a los bienes y servicios que la población necesita, siempre es menester la aplicación de políticas sociales por parte del gobierno, que permitan contrarrestar la desprotección de los más vulnerables, así como potencializar productivamente a la población en su conjunto y, fortalecer los procesos para el alcance del bienestar de toda la población. Este camino, a su vez, implica que los gobiernos asumen una responsabilidad competente en la estructuración física e institucional de sus ámbitos de gestión. En estos contextos la planeación es esencial.

Al respecto, Ortiz<sup>16</sup> propone un esquema (figura 1) que tiene por inicio el diagnóstico (interno a la población objeto de análisis y, del entorno).

---

<sup>11</sup> MOLINA, Carlos Gerardo. Universalismo básico: una nueva política social para América Latina. Washington D.C.: BID, 2006. p. 29.

<sup>12</sup> CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Tomos II y III. Estados Unidos: CEPAL. Editorial Alfaomega, 2000. p. 33.

\* El contenido del guion (-) es precisado por los autores de esta investigación.

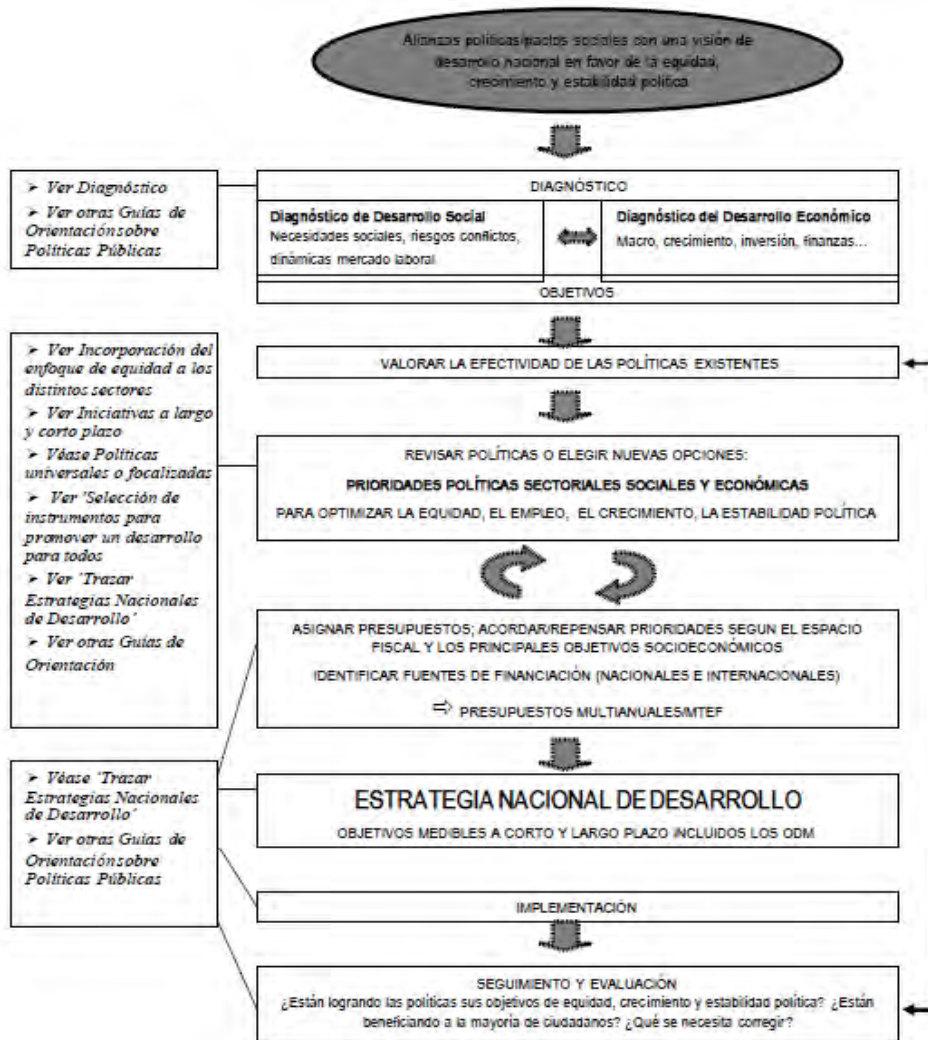
<sup>13</sup> OCAMPO. Óp., cit., p. 20.

<sup>14</sup> CEPAL. Óp., cit., p. 34.

<sup>15</sup> APONTE. Óp., cit., p. 9.

<sup>16</sup> ORTIZ. Óp., cit., p. 12.

**Figura 1. Estrategias nacionales de desarrollo**



**Fuente:** ORTIZ, Isabel. Estrategias Nacionales de Desarrollo: guías de orientación de políticas públicas, políticas sociales. UN. New York. 2007. p. 12.

El diagnóstico social debe mostrar las necesidades existentes y los obstáculos para su cubrimiento; identificar riesgos, la dinámica del mercado laboral y las fuentes del conflicto; un buen diagnóstico requiere de una buena y amplia información. Posterior al diagnóstico inicial se elaboran las estrategias y planes de acción, donde se determinan los objetivos y metas, se realiza una revisión de las políticas existentes y, se busca asegurar asignaciones presupuestarias mediante estudios de factibilidad y, propuestas de política social que promuevan la redistribución de los beneficios de los proyectos, los cuales deben monitorearse de manera permanente.

Adicionalmente, Ortiz propone que el crecimiento económico debe llevarse a la par del desarrollo social, teniendo en cuenta que la pobreza y desigualdad limitan el crecimiento y reducen la demanda interna; a la vez que la reducida productividad acompañada de bajos salarios y poca competitividad generan efectos mayores y contraproducentes para y en la sociedad (*race to the bottom*), tales como conflictos sociales e inestabilidad política.

- La falta de acciones oportunas y encauzamiento de una política social eficaz ha conducido a situaciones de ampliación de las desigualdades, falta de oportunidades y pobreza. En ese sentido, el informe del Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, UNRISD<sup>17</sup>, destaca siete puntos para tener en cuenta respecto a la inversión en política social: la reducción de la pobreza requiere crecimiento y cambio estructural que genere empleo productivo, las políticas sociales amplias son esenciales para una reducción exitosa de la pobreza, los altos niveles de desigualdad constituyen un obstáculo para la reducción de la pobreza, la reducción de la pobreza requiere una acción efectiva del Estado, la política importa para la reducción de la pobreza, hay muchos caminos para la reducción de la pobreza y la pobreza se reduce cuando las políticas económicas y sociales, las instituciones y los acuerdos políticos se apoyan mutuamente.

Desafortunadamente, en materia social y en general, durante las décadas inmediatas pasadas, el desarrollo social quedó condicionado al crecimiento económico. Durante esa época se confió en el *efecto goteo*, que consiste en que a través del crecimiento económico se beneficia el ahorro y la inversión y, de esta forma el beneficio pecuniario irrigaría a los más pobres.

Bajo estos contextos, la filosofía del gasto social debe entenderse por aquel que propende por el cierre de brechas sociales y de bienestar, que resultan por efecto de la exclusión y la rivalidad del mercado en la distribución y el acceso de los bienes y servicios que cubren las necesidades básicas de la población. De este modo, el presupuesto asignado al gasto público social se concibe como *inversión social*, en la medida en que a mediano y largo plazo impactan sobre los mejoramientos en la calidad de vida de la sociedad, en la búsqueda de la equidad, la reducción de la pobreza y del bienestar.

---

<sup>17</sup> INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL - UNRISD. *Combatir la pobreza y desigualdad: cambio estructural, política social y condiciones políticas*. Ginebra: UNRISD, 2011. p. 4.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para realizar el siguiente estudio se utilizará una metodología de tipo descriptivo-estadístico, toda vez que se analizan y observan el por menor de cada una de las variables de salud y educación en los países de la CAN a partir del año 2010 y de esta manera describir el comportamiento de la política social impartida por cada uno de los gobiernos en materia de salud y educación.

### 2.2 TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Entre las fuentes utilizadas para la recolección de los datos para así llegar a desarrollar el problema de investigación y cumplir con los objetivos planteados, se encuentran los siguientes:

**2.2.1 Fuentes Secundarias.** Las fuentes secundarias utilizadas para la investigación son las bases de datos de:

CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

BM- Banco Mundial.

OMS- Organización Mundial de la Salud.

UNESCO- Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Ministerio de Planificación del Desarrollo Bolivia

Departamento Nacional de Planeación Colombia

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Ecuador

Cabe anotar que la información recolectada y que se utiliza en esta investigación es de fuentes confiables y especializadas en cada uno de los sectores a tener en cuenta.

### 2.3 POBLACIÓN

El espectro poblacional abarca la población de los cuatro países pertenecientes a la Comunidad Andina de Naciones - CAN - Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Se

tienen en cuenta los datos obtenidos en las variables de salud y educación como también en algunos otros aspectos y/o generalidades que identifican la realidad económica de cada país entre los años 2010 – 2013, según los datos obtenidos por entidades nacionales competentes y confiables que procesan los datos y los transmiten a las fuentes de investigación de esta investigación.

## **2.4 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN**

Este documento se desarrolla por etapas a saber:

En la primera etapa se desarrolla el planteamiento del problema de investigación acompañado del marco teórico, en los cuales se expone porque es importante desarrollar esta investigación de acuerdo con la revisión literaria que existe, teniendo como tema principal la política social y destacando durante todo el documento la importancia de la salud y la educación en el desarrollo de políticas de gobierno en cada país.

Una segunda etapa continua con la realización de un diagnostico social de la situación de cada uno de los países para determinar el papel que se lleva a cabo dentro del bloque llamado CAN. Para puntualizar el enfoque del análisis se realiza un diagnostico de la situación en materia de salud y educación de cada uno de los países.

Teniendo en cuenta la revisión de la situación descrita anteriormente se prosigue en una tercera etapa con el análisis del gasto público en salud y educación en cada país para así determinar de una buena manera la realidad que se presenta en materia de políticas sociales en salud y educación de los países de la CAN.

Finalmente se revisan los Planes Nacionales de Desarrollo de cada uno de los países y las políticas inmersas en estos, referentes a salud y educación; acompañado de los resultados de toda la información descrita anteriormente, con el fin de presentar los resultados, conclusiones y recomendaciones.

### 3. DIAGNÓSTICO SOCIAL EN SALUD Y EDUCACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA CAN

Antes de adentrarse en los dos sectores sociales objeto de estudio, es necesario de manera sucinta presentar el estado general de las características demográficas y económicas de la población de los países de la CAN.

La población de la CAN (Cuadro 1) se ha incrementado en 1,47 veces durante los últimos 25 años, pasando de 72.057.000 habitantes en 1990 a 106.272.000 de habitantes en 2014<sup>18</sup>. En particular para cada país, los aumentos de población, expresados en número de veces, son: Bolivia 1,58; Colombia 1,47; Ecuador 1,55 y Perú 1,41. Se resalta que el ritmo de evolución de la población, en general, se suaviza después de la primera década.

**Cuadro 1. Población total CAN y variaciones porcentuales, según países 1990-2014. Miles de habitantes**

Años	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	CAN
1990	6.695	33.308	10.278	21.776	72.057
2000	8.362	39.900	12.371	26.004	86.637
2010	9.995	46.448	14.490	29.272	100.205
2014	10.548	49.007	16.020	30.647	106.272
Variación %					
1990 - 2010	49,3%	39,5%	41%	34,4%	39,1%
1990 - 2014	57,5%	47,1%	55,8%	40,7%	47,5%
2000 - 2010	19,5%	16,4%	17,1%	12,6%	15,7%
2010 - 2014	5,5%	5,5%	10,5%	4,6%	6%

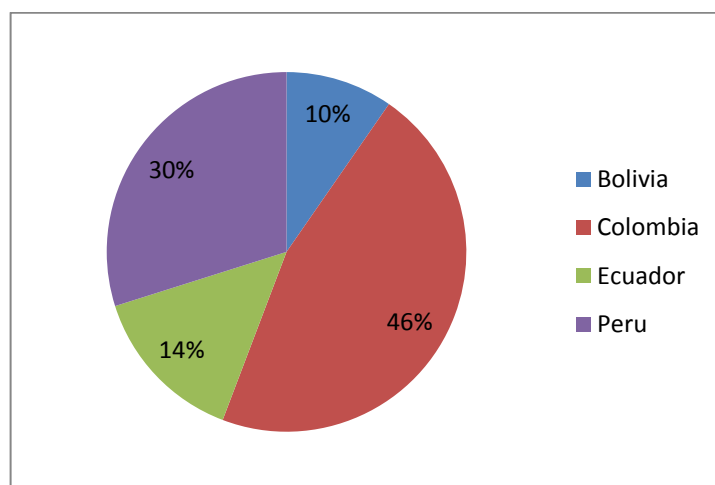
**Fuente:** el autor con datos de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

<sup>18</sup> División de población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas [en línea]. Santiago de Chile: Panorama de la Población, CEPAL, 2014 [consultado 10 de noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1&idioma=e>.

Durante el periodo 2010-2014 la población total de la CAN se ha incrementado en un 6%, siendo Ecuador el país con mayor crecimiento en su población con un 10,5%, seguido por Colombia y Bolivia con 5,5%; Perú fue el país de menor crecimiento en dicho periodo con 4,6%.

Una característica sustancial de la población de la CAN es que en forma casi estructural, durante estos 25 años, se distribuye prácticamente de igual manera entre los países. De este modo, Bolivia representa el 9,9%; Colombia el 46%; Ecuador el 14,3% y Perú el 29,8% (figura 2).

**Figura 2. Gráfico Distribución por países de la población de la CAN. Promedio 1990 -2014**



**Fuente:** el autor con datos de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Discriminada la población por grupos de edad, es de tener en cuenta que durante el periodo de estudio, se destaca la permanencia y la preponderancia de la importancia relativa de la población joven (15 a 34) y de la población infantil (de 0 a 14), juntas han tenido un descenso en su participación, de 64,6% en 2010 a 62,3% para la proyección de 2015. Se destaca, que los tres grupos superiores en edad de la pirámide poblacional (35 años y más) han aumentado su participación a través del tiempo, en 2010 un porcentaje de 35% y se ubica en 37,5% para la proyección 2015 dentro de la población.

Según el área habitacional de la población, el desplazamiento a áreas urbana ha sido notable, la CAN incrementó la proporción de la población urbana del 65,8% de habitantes en 1990 a 73,8% en 2010 llegando a 75,1% a la proyección 2015 esta transición presenta un mayor efecto en la década de los noventa. El país que ha tenido la mayor proporción de la población en áreas urbanas ha sido Colombia, en 1990 esta población urbana represento un 69,3%, en 2010 el 78,5% y para 2015 80% de su población total. En la situación contraria se ubica Ecuador, con la proporción mayor de habitante en el área rural, en 1990 el 44,87%, en 2010 el 35% y en 2015 66,9% del total de la población se encontraba en dicha área.

**Cuadro 2. Distribucion porcentual de habitantes por zona, según países 1990-2015 por quinquenios.**

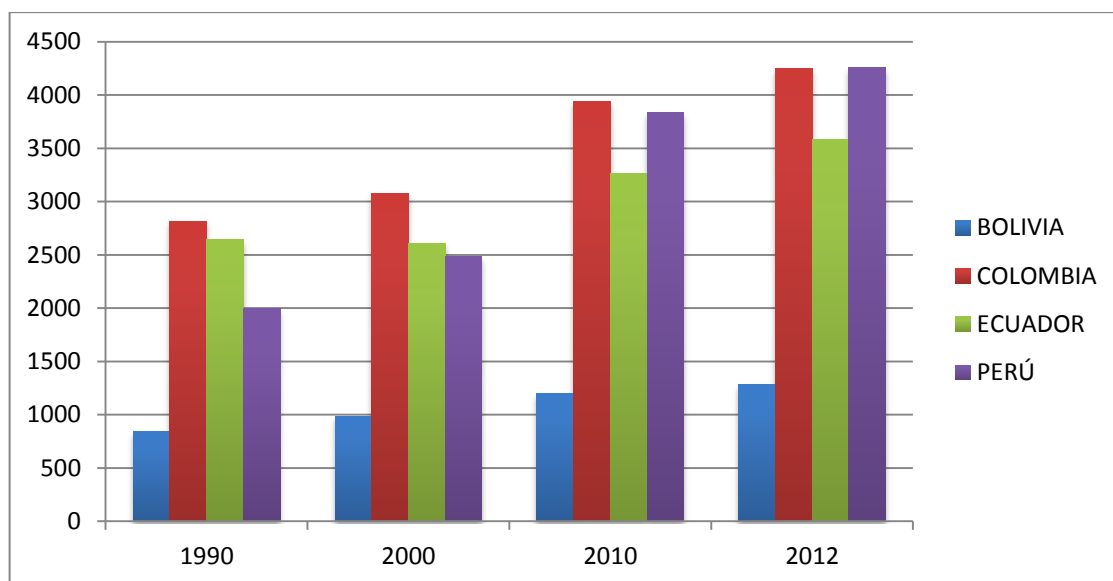
	Zona	BOLIVIA	COLOMBIA	ECUADOR	PERÚ	CAN
1990	Urbana	55,61	69,31	55,13	68,74	65,86
	Rural	44,39	30,69	44,87	31,26	34,14
1995	Urbana	59,19	72,03	57,78	71,07	68,49
	Rural	40,83	27,97	42,22	28,93	31,51
2000	Urbana	61,79	74,46	60,40	71,94	70,45
	Rural	38,21	25,54	39,59	28,06	29,55
2005	Urbana	64,20	76,59	62,83	72,64	72,19
	Rural	35,79	23,40	37,17	27,36	27,81
2010	Urbana	66,34	78,45	64,99	73,31	73,75
	Rural	33,66	21,55	35,01	26,69	26,25
2015	Urbana	68,27	80,04	66,92	73,85	75,10
	Rural	31,74	19,96	33,08	26,15	24,90

**Fuente:** el autor con datos de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.



En términos económicos, la población de los países de la CAN percibe niveles del PIB per cápita bajos respecto al mundo<sup>19</sup>, ubicando a Bolivia por debajo del promedio de la CAN (ver figura 3). Este indicador es importante porque otorga señales sobre la capacidad que tienen los habitantes de satisfacer sus necesidades básicas potencializadoras (salud y educación) por su propia cuenta, es decir, sin la ayuda del gobierno.

**Figura 3. PIB per cápita en dólares a precios constantes 2005**



**Fuente:** el autor con datos de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

El PIB per cápita de la CAN, calculado como un promedio del PIB per cápita de cada país, refleja un incremento entre las décadas, al pasar de U\$2.075 en 1990 a U\$3.058 en 2010 y de U\$3.344 en 2012. Por países, Colombia tiene un ingreso per cápita superior al de los demás hasta 2010 donde este indicador se ubica en U\$3.939; para 2012 es Perú el país de mayor PIB per cápita con U\$ 4.259. Bolivia es el caso contrario, el PIB per cápita en 2012 sólo alcanza a llegar a U\$1.284. La

<sup>19</sup> Para el año 2005 el Banco Mundial en su clasificación sobre la base del PIB per cápita, dictaminó que los grupos de ingreso estarían ubicados en: bajos ingresos menos de U\$875, mediano bajo entre U\$876 y U\$3.465, mediano alto entre U\$3.466 y U\$10.725, e ingreso alto mayor a U\$10.725. BANCO MUNDIAL – BM. Data. Country Classification [en línea]. New York. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en internet: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification>.

tasa de crecimiento del PIB per cápita de Bolivia en el periodo 2010 – 2012 es de 7,3% mientras que la tasa de la CAN es de 9,3%. En las desviaciones absolutas del PIB per cápita en el año 2010 Bolivia se encuentra por debajo del promedio de la CAN en U\$2.059, por otro lado Perú sobrepasa dicho promedio en U\$915, Colombia en U\$906 y Ecuador en U\$237.

Para el año 2012 la estructura del PIB per cápita cambia, y es Perú el país que muestra liderazgo en la región con mejoras visibles en este indicador.

### 3.1 SITUACIÓN DE LA SALUD EN LOS PAÍSES DE LA CAN

En materia de salud, los países de la CAN han realizado esfuerzos desde las políticas estatales en pro del bienestar de la ciudadanía, manteniendo especial énfasis en las comunidades que presentan una mayor vulnerabilidad, los sectores de la sociedad de los quintiles inferiores, comunidades étnicas, grupos diferenciales y minorías han sido tenidas en cuenta para la elaboración de planes de acción frente a este tema de salud pública y es así como los avances que se han realizado en esta materia presentan resultados globales que se describen y pormenorizan en el siguiente recorrido por las principales variables que reflejan la situación de los países de la CAN en el tema de salud.

#### Cuadro 3. Esperanza de vida al nacer. Años.

País	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Bolivia	60,1	62,1	63,9	65,4	67,0
Colombia	68,7	70,3	71,7	72,9	73,8
Ecuador	70,2	72,1	73,6	74,6	75,5
Perú	66,8	69,3	71,6	73,1	74,0

**Fuente:** elaboración del autor con datos de la COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

La esperanza de vida al nacer es un punto de partida importante para poder identificar la situación en la que se encuentran las poblaciones de los países de la CAN, toda vez que dentro de la evaluación de esta variable se puede identificar o hacerse un panorama del bienestar de la población. "En los últimos decenios, las

innovaciones de la medicina, los progresos en la atención básica de salud y las políticas sociales favorables han producido grandes aumentos de la esperanza de vida y marcados descensos de la mortalidad infantil" <sup>20</sup>. Pese a esto se hace necesario identificar la problemática de los países de la CAN para visualizar los avances y debilidades en cuanto a estas variables. "Representa la duración media de la vida de los individuos, que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio"\* , la estimación se da según periodos quinquenales, y para el último periodo se puede observar que la mayor esperanza de vida al nacer es en Ecuador con 75,5 años para toda su población y, 72,8 y 78,4 años para hombres y mujeres respectivamente. Es importante dejar claro que en todos los periodos la esperanza de vida al nacer es mayor para mujeres que para los hombres, esta característica presente en todos los países de la CAN, es importante tenerla en cuenta para identificar posteriormente que factores de influencia para esta variable están siendo causantes de esta situación; medicinas, higiene, guerras o conflictos de orden público y/o seguridad entre otras causas que pueden afectar esta variable.

El país de la CAN que tiene una menor esperanza de vida, es Bolivia, 67, 64,7 y 69,3; años para toda la población, hombres y mujeres respectivamente. A pesar de esta situación, ha sido Bolivia el país de mayores logros, en el último quinquenio analizado, en cuanto años ganados respecto a la serie del quinquenio anterior. En este orden de ideas Bolivia ha agregado a su población 1,6 años de esperanza de vida; 1,4 a la esperanza de vida de hombres y 1,7 a las mujeres. Mientras que en el caso del total de la población todos los países agregaron 0,9 años a la esperanza de vida al nacer. Colombia es el país que presenta una mayor diferencia en cuanto a la esperanza de vida al nacer discriminada entre hombres y mujeres, para el periodo 2010-2015 las mujeres tiene una esperanza de vida de 77,4 y los hombres 70,2 para una diferencia de 7,2 años siendo la mayor diferencia entre sexo de los países de la CAN. Esta variable es determinada por una serie de políticas, programas, cobertura y eficiencia de estos, situaciones de orden público, seguridad y convivencia para determinar esta diferencia.

Para el mundo la esperanza de vida al nacer, según el Banco Mundial para 2010-2015, es de 71 años, para los países de ingresos bajos es de 62 años, ingresos medios 70 años y para los de ingresos altos 79 años; para los países de América Latina y el Caribe es de 74 años. Según los datos del panorama mundial de esta variable se puede identificar cierta convergencia entre Colombia, Ecuador y Perú, que tiene valores similares a los resultados latinoamericanos y a los de los países de ingresos medios altos. En el caso de Bolivia se encuentra por debajo del

---

<sup>20</sup> KOFI, Annan. Nosotros los pueblos. New York: Naciones Unidas, 2000. P. 5.

\* Definición de la ficha técnica de la CEPAL, donde se obtuvo la serie.

promedio mundial y con un año por encima del promedio de los países de ingresos medios bajos. En general teniendo en cuenta esta variables se puede identificar con claridad el rezago de Bolivia frente a los demás países, destacando el esfuerzo de este país al ganar valores en esta variable de una manera superior a los demás, es mucho el trabajo por hacer para que esta variable tome valores superiores si se quieren ubicar los países dentro de grupos de países de ingresos superiores.

Para continuar con el análisis de la situación de la salud en los países de la CAN, el análisis de mortalidad por grupos de edad sensibles como lo son neonatal (nacidos vivos hasta los 28 primeros días de vida), infantil (nacidos vivos hasta menores de un año), menores de 5 años, adultos entre 15 y 60 años y esperanza de vida 60 años. Muestra una realidad o panorama de la situación de la población de los países, y se puede determinar el grupo sensible de la población que se ve afectado en el derecho fundamental de la raza humana como lo es el derecho a la vida<sup>21</sup>. El control de enfermedades, la interacción con el medio ambiente, el desarrollo tecnológico y las mejoras de las condiciones socioeconómicas son determinantes de la preservación de la vida, y las mediciones de los indicadores anteriormente descritos reflejan progresos y/o deficiencias en los factores mencionados en cada país analizado en aras de ajustar la política pública y así mejorar el bienestar de la comunidad.

La tasa de mortalidad neonatal identifica los menores de 28 días que mueren por cada 1000 nacidos vivos en un país identificados por años, el siguiente cuadro muestra esta variable.

**Cuadro 4. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos**

País	1990	2000	2010	2013
Bolivia	38,4	28,9	19,6	17,9
Colombia	19	14,5	11,3	10,4
Ecuador	21,3	14,7	11,3	10,5
Perú	26,4	16,2	9,2	8

**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

<sup>21</sup> NACIONES UNIDAS. Declaración universal de los derechos humanos. Paris: UN, 1948. Art. 3.

El país que presenta la menor tasa de mortalidad neonatal es Perú, que en los tres últimos años ha mejorado en 1,2 casos. Y el país del mejor avance en esta variable es Bolivia que ha mejorado en 1,7 casos en el mismo periodo de tiempo. La convergencia entre los países de la CAN en esta variable presenta una alta dispersión donde el país de las tasas mayores (Bolivia) duplica a al de menores tasas (Perú), Colombia y Ecuador con tasa similares se encuentran 2,5 caso por encima de Perú. En cuanto al mundo la tasa de mortalidad neonatal es de 20 casos, siendo 27 casos para los países de ingresos medios bajos, 10 casos para los de ingresos medios altos y 9 casos entre los países de América Latina y el Caribe. Los logros obtenidos por los países desde el año 1990 hasta el 2013 son importantes, y demuestran compromisos por mejorar las condiciones de bienestar que refleja esta variable y la problemática que representa en la sociedad. Es de tener en cuenta que en el caso de los embarazos en adolescentes\*, la tasa de mortalidad neonatal se incrementa en un 50%, como también incrementa los casos de mortalidad materna y otras complicaciones sanitarias tales como: parto prematuro, bajo peso, preeclampsia, anemia todo ellos asociados a los embarazos en adolescentes<sup>22</sup>. A partir del año 2010 se identifica un avance significativo para la consecución de resultados en cada uno de los países respecto a la disminución de la tasa de mortalidad neonatal, Bolivia es el de mayores logros en este periodo con la disminución en 1,7 casos, seguido por Perú (1,2 casos), Colombia (0,9 casos) y Ecuador (0,8 casos).

La tasa de mortalidad infantil refleja la realidad respecto a niveles de pobreza y de calidad de sanidad de una sociedad, estas variables están relacionadas directamente con la variable analizada. Se considera que el primer año de vida del ser humano representa el mayor riesgo, y es el más crítico en la supervivencia, una vez se sobre pasa este primer año las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente.

---

\* Según la OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

<sup>22</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Estados Unidos: OEA, 2000. p. 12.

**Cuadro 5. Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada 1.000 nacidos vivos**

País	1990	2000	2010	2013
Bolivia	84,6	57	34,7	31,2
Colombia	29	21,2	15,9	14,5
Ecuador	44,2	28,3	20,9	19,1
Perú	56,5	30,4	15,2	12,9

**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Para el año 2013, Perú el país con menores tasas de mortalidad infantil de la CAN con 12,9 casos por cada mil niños nacidos vivos, seguido por Colombia (14,5), Ecuador (19,1) y Bolivia (31,2), siendo este último país el de mejores esfuerzos en reducción de este indicador en los periodos, destacando el 2010-2013 donde mejora en 3,5 casos por cada 1000. Si se compara los resultados de la tabla con la realidad del mundo se puede afirmar que los países de la CAN tienen un buen manejo de este indicador, para todo el mundo son 34 los casos, para el grupo de países de ingresos medios altos es de 16 casos igual para los países latinoamericanos.

Es importante resaltar la diferencia en cuanto a las tasas de mortalidad infantil desagregadas por sexo, ya que durante todos los periodos en todos los países los hombres tienen una mayor tasa que las mujeres. Ampliando esta diferencia el país de Bolivia que tiene mayores rezagos en esta variable y la diferencia por sexo los hombres superan en 6,6 casos y durante el periodo 2010 - 2013 ni siquiera puede llegar a igualar los resultados del año 2010 para mujeres\*.

Para cerrar el caso de vulnerabilidad a la vida de los menores de edad y teniendo en cuenta que durante los primeros cinco años de vida se adquiere las probabilidades de continuar con vida, es la tasa de mortalidad en menores de cinco años de vida, donde se identifica la realidad de la niñez de los países, y se puede realizar o estructurar políticas sanitarias, de salud y condiciones de vida en

---

\* Las estimaciones sobre la mortalidad en la población infantil, menores de un año de edad, reflejan algunos aspectos como los avances en las principales causas de muerte, cambio de los patrones epidemiológicos, infraestructura y capital humano del sector salud que serán tenidos en cuenta más adelante.

pro del bienestar de la población que se reflejan en las variables anteriormente identificadas.

**Cuadro 6. Tasa de mortalidad menores de cinco años de vida, por cada 1.000 nacidos vivos**

País	1990	2000	2010	2013
Bolivia	122,7	77,4	44	39,1
Colombia	35,2	25,1	18,6	16,9
Ecuador	56,9	34,3	24,7	22,5
Perú	80	39,8	19,6	16,7

**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Los países que presentan mejores cifras en estos indicadores son Perú y Colombia con resultados similares, seguidos de Ecuador y un poco rezagado Bolivia, aunque muy por debajo de los resultados mundiales, pero con diferencias este último país frente a los resultados comparables de los países de ingresos medios altos y países latinoamericanos y del caribe, pese a la mejoría de la variable frente al año 2010. En general todos los países presentan mejorías entre los periodos 2010 – 2013 mostrando un compromiso social de parte de los gobiernos de los países de la CAN.

En cuanto a las diferencias que se presentan entre los grupos por sexo, se puede identificar en la revisión de la literatura y de las estadísticas que es una generalidad en todos los países que las tasas de mortalidad sean mayores para el grupo de los hombres frente al grupo de las mujeres<sup>23</sup>. Perú y Colombia son países que se encuentran por debajo del promedios mundial y del latinoamericano y del caribe y el grupo de países de ingresos medios altos. En posición diferente se encuentran Ecuador y Bolivia, que pese a que frente al promedio mundial se

---

<sup>23</sup> KRUGER, Daniel J., NESSE, Randolph. Economic Transition, Male Competition, and Sex Differences in Mortality Rates. School of Public Health and the Institute for Social Research. Michigan: University of Michigan, 2007. p. 411-427.

encuentran con una tasa menor, preocupa que Bolivia doble la tasa frente a Latinoamérica y el grupo de países de ingresos medios altos.

Para cerrar con el análisis de las tasas de mortalidad se dará una mirada a la tasa de mortalidad adulta, o la probabilidad que una persona de 15 años llegue a los 60 años con las condiciones de vida actual. Para este análisis se divide la población en dos grupos por sexo para identificar el comportamiento de cada uno de los grupos en los países de la CAN.

**Cuadro 7. Tasa de mortalidad adulta (entre 15 y 60 años) por sexo**

País	sexo	1990	2000	2010	2012
Bolivia	Hombre	296,83	268,72	238,81	232,34
	Mujer	241,68	205,72	178,4	172,13
Colombia	Hombre	262,09	230,09	200,75	196,88
	Mujer	128,83	111,19	94,17	91,78
Ecuador	Hombre	202,96	190,66	173,57	168,87
	Mujer	136,99	113,06	98,05	94,81
Perú	Hombre	214,40	186,3	162,16	157,51
	Mujer	148,03	120,86	100,18	96,39

**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Para el caso de los hombres adultos es Perú el país que presenta mejores cifras en este indicador, seguido por Ecuador, Colombia y Bolivia. Si se compara el resultado del año 2012 frente al de 2010 se puede ver claramente que no se presenta una mejora significativa en ninguno de los países, esta situación se refleja en los resultados cuando se comparan con la tasa mundial, donde mientras Perú y Ecuador están por debajo, Colombia y Bolivia superan la tasa mundial, al igual para la tasa de Latinoamérica en el caso de los hombres, si se compara con el grupo de países de ingresos medio alto ninguno de los países de la CAN se encuentra por debajo. Para el caso de las mujeres se identifican unos avances en este indicador si se compara el año 2010 – 2012, liderando Colombia, seguido por Ecuador, Perú y Bolivia. Es importante resaltar la gran diferencia que existe entre ser hombre y mujer en Colombia, toda vez que las tasas de estos dos grupos presentan una gran diferencia, para el año 2012 la probabilidad de morir entre los 15 y 60 años de un hombre es casi tres veces mayor que si se es mujer.



Ahora bien, entre 2000 y 2010, las principales causas de muerte de los menores de cinco años son otras enfermedades<sup>24</sup> y prematuridad; sin embargo, las muertes por anomalías congénitas han aumentado durante los últimos diez años.

**Cuadro 8. Causas de muerte de menores de 5 años. Participación %**

	Años	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
VIH	2000	0	0	1	1
	2010	0	0	1	1
Diarrea	2000	14	5	9	5
	2010	9	4	4	4
Malaria	2000	0	0	1	0
	2010	0	0	0	0
Neumonía	2000	17	11	14	11
	2010	15	10	10	10
Prematuridad	2000	17	25	19	18
	2010	21	21	16	20
Asfixia prenatal	2000	12	9	7	6
	2010	12	8	13	6
Sepsis neonatal	2000	7	6	6	7
	2010	7	7	5	6
Anomalías congénitas	2000	8	15	16	11
	2010	10	21	25	20
Otras enfermedades	2000	19	21	14	35
	2010	19	23	19	23
Traumatismos	2000	5	6	12	5
	2010	6	6	9	10

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 67.

La prevalencia de mortalidad materna es un indicador que se decide incorporar en este análisis para observar el avance de parte de los países en cuanto a las protecciones y cuidados a tener a las madres gestantes, en la atención del parto y pos parto.

<sup>24</sup> Otras enfermedades hace referencia a enfermedades diferentes a las clasificadas en la fuente como son: VIH, diarrea, sarampión, malaria, neumonía, prematuridad, asfixia prenatal, sepsis neonatal, anomalías congénitas y traumatismos.

### Cuadro 9. Prevalencia de mortalidad materna (por 100.000 partos)

País	1990	2000	2010
Bolivia	450	280	190
Colombia	170	130	92
Ecuador	180	130	110
Perú	200	120	67

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 78.

Para este indicador se observa el atraso que presenta Bolivia frente a los demás países de la CAN, se observa que el resultado para el año 2010 no alcanza a igualar los valores obtenidos por los demás países para el año 1990. 20 años de atraso son una brecha que parece ser la constante en cuanto a los diferentes indicadores sociales que se han mostrado. Al contrario de esta situación se observa claramente que Perú es el país que tiene los mejores resultados en cuanto a la preservación de la vida a las mujeres durante el parto. Como se había mencionado con anterioridad este indicador tiene que ver directamente con la incidencia de embarazos de menores de edad, pues estos casos presentan una mayor probabilidad de mortalidad por las condiciones físicas de las menores.

En términos de los adultos, las enfermedades que conllevan a la muerte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son aquellas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, donde se destaca especialmente Bolivia. Adicionalmente, se hace notoria la incidencia de cáncer en la población de Perú. En el cuadro 10 se muestra esta situación.

### Cuadro 10. Tasa de mortalidad de adultos entre 30 y 70 años normalizada según edad, por causa (por 100.000 habitantes) 2008

País	Cualquier causa	Cáncer	Enfermedades cardiovasculares y diabetes	Trastornos respiratorios crónicos
Bolivia	791	105	208	37
Colombia	493	112	152	21
Ecuador	515	125	142	10
Perú	478	130	86	15

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 74.

Es importante identificar otras afectaciones a la vida toda vez que existe un grupo de enfermedades que si bien no se consideran dentro del grupo de las principales causas de muerte, su nivel de morbilidad es sustancial, principalmente porque disminuyen la calidad de vida y demandan cuidados especializados, al punto que se conciben dentro de las prioridades de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis, siendo la primera la de mayor preocupación, especialmente en Colombia donde existe una alta incidencia. En el caso de la tuberculosis, es Bolivia el país con el mayor porcentaje.

En la actualidad existen múltiples enfermedades que son prioritarias en cuanto a los tratamientos de prevención y control, para prevenir a la población de cada país de adquirirlas y que se desencadene en casos de morbilidad y mortalidad, el VIH/Sida y la tuberculosis son dos de las enfermedades que se encuentran enmarcadas en las políticas mundiales de los organismos multilaterales para hacer seguimiento al bienestar de las poblaciones de los países del mundo, es por ellos que dentro de los ODM se hace referencia a estas dos enfermedades.

**Cuadro 11. Prevalencia de VIH/ sida y tuberculosis. Por cada 100.000 habitantes**

Prevalencia	VIH/sida		Tuberculosis	
	2001	2011	2000	2011
Bolivia	306	164	276	205
Colombia	326	326	64	43
Ecuador	252	237	179	98
Perú	300	250	247	117

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 80.

Rompiendo con la tendencia narrada durante todo el recuento del panorama de salud de los países de la CAN, en el caso de prevalencia del VIH/sida es Bolivia el país que presenta mejores resultados para la medición del año 2001 y un mayor avance para combatir la prevalencia de dicha enfermedad, ganando resultados que se podrían redondear como a la mitad de los demás países de la CAN. En los 10 años de observación este país disminuye a la mitad la prevalencia lo cual es un excelente resultado. El caso contrario es para Colombia que en los mismo 10 años no logra absolutamente nada en materia de prevalencia de VIH/sida y se mantiene en el mismo valor, mostrando una ganancia de 0% en materia de prevención y dejando mucho por desear en cuanto a la política pública de salud. También mantiene una prevalencia muy alta en comparación del resto de países de la CAN.

Para el caso de la tuberculosis Colombia es el país que presenta una menor incidencia, muy por debajo de los demás países, que pese a destacar el logro obtenido durante los 10 años que muestran las mediciones se hace interesante identificar las estrategias para alcanzar logros en cuanto a la disminución de la prevalencia de estas enfermedades para el bien de la población.

Enfermedades como VIH/sida, malaria y tuberculosis, en población seronegativa para el VIH, se mantienen monitoreadas por los organismos internacionales y nacionales, por la repercusión en las condiciones de salud de un país. En la siguiente tabla se analizara la situación a corte 2010 y en el caso de VIH y tuberculosis se realizara un comparativo año 2000 y 2010 en la tasa de mortalidad por estas tres causas.

**Cuadro 12. Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100.000 habitantes)**

País	VIH/sida		Malaria	Tuberculosis en la población seronegativa para el VIH	
	2001	2011	2010	2000	2011
Bolivia	26	16	0	27	21
Colombia	23	21	0,4	3,4	1,9
Ecuador	17	13	0	13	4,6
Perú	26	10	0,1	14	7,4

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 64.

En los diez años de resultados en el caso de VIH/sida Colombia es un caso que preocuparía, toda vez que es el país que presenta mayor tasa de mortalidad por esta causa en el año 2010, de la misma manera es el país que menores avances en el control de esta enfermedad presenta en la CAN. Si se tiene en cuenta que estos resultados están expresados como casos por cada 100.000 habitantes, preocupa que sea Colombia el país de mayor población y el número de casos amerita políticas radicales para contener de una manera más efectiva esta tasa de mortalidad. Por el contrario de la situación descrita Perú es el país de menor tasa de mortalidad por esta causa y Bolivia es el país de mayores avances en la consecución de resultados respecto a la disminución de dicha tasa de mortalidad por esta causa durante el periodo 2000 – 2010.

La Malaria es una enfermedad que presenta las mayores tasas de mortalidad en Colombia, en Perú se presenta con una tasa menor y para datos discriminados por cada 100.000 en Bolivia y Ecuador no es una enfermedad que presente tasas de mortalidad.

Para el caso de tuberculosis en la población seronegativa para el VIH, Colombia es un país de excelentes resultados en cuanto a la tasa de mortalidad por esta causa, tanto en el año 2000 como en 2010 presenta avances en esta materia manteniendo una diferencia clara respecto a los demás países de la CAN. Ecuador y Perú presentan importantes mejoras en esta tasa, comparando los resultados de los dos periodos, mientras que Bolivia presenta tasas muy altas y pocos avances en el mejoramiento de esta situación entre los periodos.

Adicional a estas enfermedades existen otros casos de morbilidades infecciosas que merecen todo el cuidado tanto de prevención como de tratamiento para la población donde se destacan los casos de malaria y parotiditis. En los dos casos de estas enfermedades Colombia representa un porcentaje alto dentro del total de casos, para la malaria este país tiene un 73% de los casos y en la parotiditis el 77% de los casos en la CAN. En Perú la incidencia de los casos de tuberculosis es del 55% del total de los casos en la CAN.

**Cuadro 13. Número de caso de enfermedades infecciosas. Año 2010**

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
Lepra	N.D.	434	112	21
Malaria	7143	64309	1233	22878
Sarampión	0	6	201	0
Parotiditis	1096	15926	733	0
Tosferina	0	1010	3	56
Peste	N.D.	N.D.	N.D.	5
Rubéola	0	1	0	0
Tétanos neonatal	1	2	2	1
Tétanos total	1	37	2	38
Tuberculosis	8521	11523	5106	31241
Fiebre amarilla	2	0	0	13

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 90.

Continuando con estos resultados para el año 2010 es importante mencionar que para esta época se presenten casos de enfermedades como la lepra, donde Colombia tiene 76,5 % de los casos de la CAN; en el caso de la malaria son frecuentes los casos y refleja problemas de saneamiento básico y potabilización en áreas en los países de la CAN; Bolivia y Perú son los países que presentan avances en erradicación de casos de algunas enfermedades infecciosas mostradas en el cuadro anterior, el esfuerzo por la erradicación de dichas enfermedades como política de salud pública se materializa con la erradicación de la presencia de estas enfermedades.

El tema de prevención de enfermedades ha sido un trabajo dispendioso toda vez que se intenta influir en la cultura de las personas y el cambio de hábito del comportamiento de los individuos, sin embargo para este grupo de países analizados el uso de métodos anticonceptivos presenta unos valores superiores a la media mundial y similares a la realidad latinoamericana para el periodo de tiempo 2005-2012. Los esfuerzos para tener un mayor uso de estos métodos debe encaminarse a la población más joven para evitar problemas de contagio de enfermedades de transmisión sexual y evitar la problemática social de embarazos a temprana edad que es común en estos países, en especial en grupos poblacionales de ingresos bajos, donde se convierte en una barrera, esta situación para superar condiciones de pobreza.

**Cuadro 14. Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%) 2005-2012**

Bolivia	61
Colombia	79
Ecuador	N.D.
Perú	74

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 90.

El cuadro anterior muestra a Colombia como el país donde tiene una mayor prevalencia el uso de métodos anticonceptivos seguido por Perú y un poco rezagado Bolivia, para el caso de Ecuador no se encontraron datos comparables.

Si bien existen casos de enfermedades infecciosas, para contrarrestar los problemas causados por dichas enfermedades se debe contar con una infraestructura física y un capital humano capacitado en temas de salud. Dentro de la CAN, el nivel de cobertura, sobretodo en la etapa de gestación y parto, la

atención prenatal y la asistencia del parto por personal capacitado es la manera de prevenir la mortalidad anteriormente mencionada; garantizando así el bienestar social de los habitantes.

La atención en etapa de gestación que se brinde resulta ser un indicador de bienestar en cuanto a la salud de los ciudadanos para garantizar una población dotada físicamente para afrontar una vida saludable, sin problemas de morbilidad y mortalidad, la cobertura en atención prenatal se mide por dos variables, al menos una consulta y al menos cuatro consultas. Para al menos una consulta Colombia es el país que presenta una mayor cobertura, 97% es un excelente indicador teniendo presente que es el país que tiene mayor población, para este país se necesita que dicha cobertura tenga un acompañamiento a las personas que se acercan a estas consultas para disminuir la diferencia respecto al menos 4 consultas; caso que lo tiene muy bien estructurado Perú que la diferencia entre estas dos variables es mínimo. Bolivia tiene una situación donde la cobertura se debe mejorar y al igual que Colombia, realizar esfuerzos en el seguimiento para que las mujeres gestantes no abandonen los controles y continúen con ellos.

#### **Cuadro 15. Cobertura atención prenatal (%)**

2005-2012	Al menos una consulta	Al menos 4 consultas
Bolivia	86	72
Colombia	97	89
Ecuador	84	N.D.
Perú	95	94

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 64.

Continuando con este análisis donde se identifica las situaciones de vida en la primera etapa, se identificara la realidad de los acontecimientos en cuanto al momento del parto, y los primeros días después del nacimiento. En la siguiente tabla se identificara esta situación.

## Cuadro 16. Asistencia parto posparto

País	Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) 2005-2012	Consulta de atención posnatal en los dos días posteriores al parto (%) 2005-2011	Neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal (%) 2011
Bolivia	71	28	74
Colombia	99	3	79
Ecuador	89	N.D.	85
Perú	85	92	85

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 64.

La atención de los partos por personal idóneo es un indicador que refleja la situación de la atención en etapas tempranas de la vida, Colombia es el país que con una cobertura casi total refleja una buena situación, en cuanto a la consulta de atención posnatal en los dos primeros días después del parto solo es del 3%, parece ser que la buena cobertura en el momento del parto garantizara la salud de los neonatos y no se hiciera necesario acudir durante los próximos dos días. Caso contrario en Perú que por política pública de salud se hace necesario que asistan a esta consulta en los dos días después del parto y por esto tan alta asistencia. Bolivia es el país de menor cobertura con personal de asistencia en los partos dentro de los países de la CAN, y con un 28% de asistencia a consulta durante los dos primeros días después del parto.

La protección frente al tétano neonatal presenta tasas similares, lideran esta cobertura Ecuador y Perú, seguidos por Colombia y Bolivia un poco más atrás. Los resultados de esta protección son favorables, teniendo en cuenta la gráfica de apartados anteriores donde se muestra que los caso para los países de esta enfermedad son Bolivia 1, Colombia 2, Ecuador 2 y Perú 1. Muy buenos resultados frente a las coberturas presentadas en la tabla anterior.

Dichas coberturas en cuanto a las inmunizaciones en la primera etapa de la vida han sido políticas de salud nacional de los países de la CAN para garantizar bienestar a la población, y así evitar, de una manera preventiva, situaciones de morbilidad que comprometerían la salud de la población de los países. En la tabla siguiente se identifican la inmunización en niños de 1 año como porcentaje de cobertura en: sarampión, DTP3, HepB3 y Hib3.



**Cuadro 17. Cobertura de la inmunización en niños de 1 año (%)**

	Sarampión			DTP3	HepB3	Hib3
	1990	2000	2011	2011	2011	2011
Bolivia	53	84	84	82	82	82
Colombia	82	80	88	85	85	85
Ecuador	60	99	98	99	98	99
Perú	64	97	96	91	91	91

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 96.

En general los países de la CAN presentan tasas de cobertura de estas enfermedades altas, y en el caso del sarampión donde se muestra los resultados históricos se identifica el gran avance que se ha tenido en este tema, cabe anotar que comparando los periodos 2000 – 2011 Ecuador y Perú presentaron una pequeña disminución del 1%, en la cobertura, por su parte Bolivia mantuvo su porcentaje y Colombia fue el único país que mejoro estos porcentajes, teniendo en cuenta que este país fue el único que presento una disminución en este indicador durante el periodo 1990- 2000.

Para las demás inmunizaciones, Ecuador lidera el grupo, donde la cobertura de este país llega a niveles muy altos casi de cobertura total. En este indicador es seguido por Perú, Colombia y Bolivia.

Para el tema de salud no solo basta con los esfuerzos que se realicen en esta materia, existen una serie de situaciones y/o hábitos que de no ser atacados con estrategias paralelas de bienestar y hábitos saludables, la población se expone a caer en situaciones de morbilidad y mortalidad, afectando el esfuerzo que se realiza desde los gobiernos por el tema de salud, es por esta razón que las situaciones de riesgo de la población se mide en indicadores que de forma paralela están correlacionados con el tema.

El acceso de la población a fuentes mejoradas de agua potable y a servicio de saneamiento básico, ha sido una estrategia de los gobiernos del mundo para prevenir vulnerabilidades de la población en temas de salud. En el cuadro 18 se muestra como ha evolucionado en los países de la CAN el tema de saneamiento basico y los alcances obtenidos en cada país.

### Cuadro 18. Saneamiento básico

País	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)			Población que utiliza servicios de saneamiento mejorados (%)		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Bolivia	69	79	88	28	37	46
Colombia	88	91	93	67	73	78
Ecuador	76	84	92	69	81	93
Perú	75	80	85	54	63	72

**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Pese a que durante el periodo 1990 – 2010 se evidencia unos importantes alcances en materia de acceso a la potabilización de agua y la utilización de servicios de saneamiento básico, donde es el agua potable el servicio con el que mayor acceso se cuenta y se nota la disparidad con la utilización de servicio de saneamiento, donde se evidencia una disparidad marcada. Ecuador es el país que mejores resultados obtiene a final del periodo seguido por Colombia y Perú, y Bolivia con un resultado preocupante si se compara con el resto de países de la CAN, y donde es la mitad que los resultados de Ecuador. Dentro de la lista de factores de riesgo que se debe tener en cuenta para el diseño de la política pública de salud y en la cual se identifican factores que inciden en el detrimento de la salud de los ciudadanos se encuentran identificados en el siguiente cuadro algunos de dichos factores de riesgo o hábitos poco sanos de la población.

### Cuadro 19. Factores de riesgo. Datos 2008

	Prevalencia de la hiperglicemia en ayunas en adultos de 25 o más años (%)		Prevalencia de la tensión arterial alta en adultos de 25 o más años (%)		Obesidad en adultos de 20 o más años (%)		Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona año) 2008
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Bolivia	8,9	10,2	30,7	23,5	10	27,1	5,8
Colombia	6,7	6,1	34,3	26,5	11,9	23,7	6,6
Ecuador	9,2	9,8	32,3	23,9	15,7	28,2	9,4
Perú	5,8	6,1	26	19,6	11,1	21,7	6,5

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 107.

La prevalencia de hiperglicemia en mayores de 25 años refleja una mayor tasa en Bolivia y Ecuador, siendo Colombia y Perú países de menores tasas. La prevalencia de tensión arterial alta es mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres y Colombia es el país de mayor tasa seguido de Ecuador, Bolivia y Perú. En el caso de la obesidad en adultos, las mujeres duplican la tasa respecto a los hombres. En cuanto al consumo de alcohol Ecuador es el país que presenta el mayor consumo.

Todas estas estadísticas se concentran y requieren una reacción de parte del sistema de salud de los países, es así como en el siguiente cuadro se muestra un panorama de la situación del sistema de salud de cada país donde se incluye la disponibilidad en infraestructura, equipos y capital humano disponible para atender las diferentes situaciones que se presentan en torno a la salud cubriendo las demandas en esta aspecto de parte de la población.

**Cuadro 20. Personal sanitario por cada 100.000 habitantes**

	Médicos	Personal de enfermería y de partería	Dentistas
Bolivia			
Colombia	14,7	6,2	9,2
Ecuador	16,9	19,8	2,4
Perú	9,2	12,7	1,2

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 64.

En cuanto al personal sanitario y de acuerdo a los datos disponibles Ecuador es el país que cuenta con el mayor número de médicos seguido por Colombia y Perú. En el caso de personal de enfermería y partería Ecuador es también el país que cuenta con el mayor número de profesionales en este aspecto, seguido por Perú y con un número muy inferior Colombia, dato que al compararlo con el cuadro de asistencia parto posparto, que se encuentra anteriormente, es Colombia el país de mejor cobertura dentro de los países de la CAN, igualmente el de menores índices de mortalidad en menores de 5 años, segundo en tasa de mortalidad infantil (menores de un año) y tasa de mortalidad neonatal.

Antes de analizar el gasto en salud es importante tener en cuenta la infraestructura y tecnología con la que se cuenta en cada país para atender o dar respuesta a las demandas del tema de salud requeridas por la población, para ello en el siguiente cuadro se muestra esta situación.

### **Cuadro 21. Infraestructura y tecnología**

País	Hospitales por 100.000 habitantes 2010	Camas hospitalarias por 10.000 2005-2012	Unidades de radioterapia por 1M habitantes 2010
Bolivia	1,1	11	0,6
Colombia	N.D.	14	1,4
Ecuador	0,4	16	0,1
Perú	N.D.	15	1,1

**Fuente:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. p. 120.

Con los datos disponibles Bolivia es el país que muestra mejores indicadores en cuanto al número de hospitales por cada 100.000 habitantes, dejando un panorama donde no se puede comparar por la ausencia de datos. En el caso de camas hospitalarias Ecuador lidera este indicador seguido por Perú, Colombia y Bolivia. Y en cuanto unidades de radioterapia Colombia cuenta con un número superior de dichas unidades respecto a los demás países.

### **3.2 SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN LOS PAÍSES DE LA CAN**

Para lograr bienestar de la población la educación es un proceso que de manera concreta imprime la preparación para que los individuos afronten la vida cotidiana con las herramientas mínimas para lograr beneficios individuales y así apoyar en un proceso de mejoramiento de la productividad de la sociedad, cuando se desarrolla en las personas habilidades útiles para la vida, se da la preparación para poder participar competitivamente en el mercado laboral, que cada vez es más complejo y globalizado y presenta oportunidades de bienestar a los individuos que cumplen con los estándares de conocimiento y bienestar que se presenta de manera individual y colectiva representado en beneficios para toda la sociedad, con ciudadanos que apoyan de una manera participativa integrada y participativa el desarrollo de los países, en este caso los miembros de la CAN.

Es de tener en cuenta que este proceso educativo debe ser eficiente, efectivo, equitativo y de calidad<sup>25</sup> para arrojar verdaderos resultados positivos en una sociedad. En este capítulo se busca, mediante el recorrido de variables de impacto en la educación de la población, reflejar la realidad de lo acontecido en el recorrido a lo largo del periodo observado. Para evaluar la educación de los países se tendrán en cuenta variables de relevancia que reflejan el estado real de la educación en cada uno de los países durante el tiempo, para esto se identificaron las variables de mayor relevancia que la UNESCO usa como indicadores de relevancia en los seguimientos a la realidad educativa alrededor del mundo<sup>26</sup>.

Los logros alcanzados en materia de tasa de alfabetización de mayores de 15 años son producto de cobertura y/o acceso a la educación primaria. La tasa de analfabetismo es la variable que refleja la evolución de cada uno de los países de la CAN en la consecución de resultados, si bien los países tienen unas tasas de analfabetismo bajas frente a países de ingresos medios presentan algunas particularidades que se perpetúan a lo largo de los periodos, después del año 2010 dichas tasas reflejan buenos resultados obtenidos en materia de política de educación en cada uno de los países, y dichos resultados se tornan de mayor relevancia cuando se comparan con el año 2000 donde casi se reduce a la mitad a final del periodo (2013 y 2012). En general Ecuador es el país que presenta mayores tasas de analfabetismo, 15,2 % en 2013, de esta misma manera Colombia es el país que menores tasas tiene (6,3%). Existe una tendencia en los países de la CAN de que las mujeres tienen un mayor porcentaje que los hombres, y Colombia es el único país donde esto no sucede, es importante destacar que la diferencia entre las tasas teniendo en cuenta el sexo.

Teniendo en cuenta la zona, urbana y rural, en general existe una disparidad en los resultados de los países, como se identificó en apartados anteriores la población de los países de la CAN cada vez tiende a aglomerarse en las cabeceras municipales, lo que ha originado que la población rural no se le brinde la atención de servicios, en este caso la educación. Mientras que en la zona urbana se tiene una tasa de analfabetismo de 4%, 11,7% y 4,3% en Colombia, Ecuador y Perú para la zona rural los resultados en el año 2013 son 14,6 %, 19,1% y 19,9% respectivamente. Teniendo en cuenta lo anterior y sumado a la situación presentada en cuanto a las diferencias por sexo, cuando se suma, dentro de los países de la CAN ser mujer y vivir en zona rural, las tasas de analfabetismo son muy altas; Perú es el país que para el año 2013 tiene la mayor tasa de analfabetismo de la mujer rural con 30,2% seguido por Bolivia 25,7% (año 2011),

---

<sup>25</sup> CORVALÁN, Ana Maria. UNESCO-ORELAC. Desarrollo de Indicadores de Educación en América Latina y el Caribe Estados Unidos: UNESCO, año. p. 150.

<sup>26</sup> UNESCO. Indicadores de la educación- Especificaciones técnicas. New York: UNESCO, 2009. p. 42.

Ecuador 19,9% y Colombia 13,7%; este último país el único del bloque que en todos los datos la tasa de analfabetismo de hombres es mayor que la de las mujeres, no presentado la problemática expuesta.

Si se identifica lo sucedido a partir del año 2010 se observa una disminución de parte de todos los países de la tasa de analfabetismo, reflejando resultados en las políticas de educación de cada uno de los países.

## Cuadro 22. Tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años por sexo y área geográfica

### Nacional

año	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	N.D.	N.D.	N.D.	6,6	6,7	6,5	17,0	14,0	19,9	10,0	4,8	14,9
2011	7,8	3,4	11,9	6,4	6,5	6,3	18,2	15,2	21,0	8,7	4,5	12,6
2012	N.D.	N.D.	N.D.	6,5	6,7	6,4	N.D.	N.D.	N.D.	7,7	3,6	11,5
2013	N.D.	N.D.	N.D.	6,3	6,5	6,0	15,2	12,7	17,5	7,8	3,7	11,7

### Urbana

año	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	N.D.	N.D.	N.D.	4,5	4,3	4,7	12,3	9,4	14,8	4,7	2,1	7,0
2011	3,7	1,0	6,1	4,2	4,0	4,4	11,4	8,8	13,7	4,9	2,5	7,1
2012	N.D.	N.D.	N.D.	4,2	4,0	4,4	N.D.	N.D.	N.D.	4,1	1,8	6,2
2013	N.D.	N.D.	N.D.	4,0	3,8	4,1	11,7	9,6	13,5	4,3	1,9	6,5

### Rural

año	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	N.D.	N.D.	N.D.	14,2	14,5	13,8	21,8	18,2	25,5	21,3	10,2	32,5
2011	17,2	8,6	25,7	14,2	14,3	13,9	24,7	20,8	28,5	21,2	11,0	31,5
2012	N.D.	N.D.	N.D.	14,7	15,1	14,2	N.D.	N.D.	N.D.	19,7	9,5	30,0
2013	N.D.	N.D.	N.D.	14,6	15,4	13,7	19,1	15,9	22,2	19,9	9,7	30,2

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Los resultados anteriores reflejan un panorama en la región, pero dichos resultados son la causa de procesos educativos que involucran al total de la población de cada país, es así como las políticas públicas educativas que cada plan nacional de desarrollo, planes decenales educativos y demás programas desarrollado por los *policy makers* buscan mejorar los niveles y/o indicadores de relevancia en este caso el tema educativo.

A continuación se presentará como ha sido la evolución durante de la tasa neta de matrícula por nivel educativo durante el periodo, donde se identificará la cobertura del sistema y como llega a la población. La relevancia de este indicador es identificar con exactitud el acceso a cada nivel educativo por parte de la población en edad de ingresar a cada nivel correspondiente, los valores se obtienen teniendo en cuenta el número de alumnos matriculados por primera vez en el primer grado de cada nivel educativo que tienen la edad oficial para ingresar, expresado en porcentaje de la población de la misma edad.

La educación pre – primaria es el primer contacto que tiene el ser humano con el sistema educativo y en los últimos años se ha incrementado el estímulo temprano a los infantes para que durante esta etapa empiecen a fomentar las habilidades necesarias para afrontar las etapas posteriores con mayor facilidad. En los países de la CAN, Perú y Ecuador son líderes en la consecución de resultados en este aspecto e identificándose el trabajo año tras año por una mayor cobertura; por otro lado Bolivia y Colombia mantienen niveles de cobertura menores en educación pre – primaria con un descenso notable en la tasa de Colombia para el año 2013, que nota un rezago frente a los países del bloque. A continuación se muestra el cuadro 23 Tasa neta de matrícula pre – primaria.

**Cuadro 23. Tasa Neta de Matrícula Pre – Primaria**

Año /País	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú
2010	41,2	44,2	72,9	77,4
2011	46,6	44,5	75,9	73,9
2012	52,8	59,3	81,5	74,4
2013	57,5	33,0	85,0	85,1

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Siguiendo con el análisis de estas tasas netas de matrículas, la educación primaria es la principal razón por la cual se adquieren las habilidades básicas de una persona para afrontar problemas cotidianos de la vida, entender pequeños textos y resolver problemas matemáticos, para esto la cobertura de matrículas es un objetivo dentro de los ejes temáticos de cualquier plan nacional de desarrollo. Ecuador es el país de mejores resultados en educación primaria como resultado total de la población seguido por Perú, Colombia y Bolivia. También es de resaltar el papel de Ecuador pues es el único país del Bloque que tiene un mayor porcentaje de mujeres en primaria que de los hombres. Bolivia por su parte al presentar los niveles más bajos en este indicador. En el cuadro 24 se puede identificar este indicador de una manera más amplia.

**Cuadro 24. Tasa Neta de matrícula educación primaria, por sexo**

	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
primaria	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	86,1	86,2	86,1	87,7	88,2	87,2	95,3	94,7	96,0	94,7	94,5	94,9
2011	83,4	83,5	83,4	N.D.	N.D.	N.D.	95,4	94,8	96,0	93,7	93,8	93,7
2012	81,9	82,0	81,7	N.D.	N.D.	N.D.	95,2	94,5	95,9	89,3	89,8	88,9
2013	81,6	82,1	81,1	N.D.	N.D.	N.D.	95,0	94,2	96,0	91,8	92,1	91,6

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Sin embargo y teniendo en cuenta el indicador principal del análisis de educación, tasa de analfabetismo, comparado frente a la tasa neta de matrícula de nivel primaria, se tiene un panorama en Ecuador que refleja disparidad en los resultados, pero es de tener en cuenta que la tasa de analfabetismo es medida para mayores de 15 años y por este motivo los esfuerzos gubernamentales en educación no son visibles de inmediato, son visibles en periodos posteriores.

Es importante la retención en el sistema educativo, donde se garantice que las personas que ingresan a él van a culminar al menos la etapa primaria, toda vez que si es importante el acceso, como primer acercamiento a la educación la permanencia en dicho sistema es lo que garantiza de una manera que las instrucciones brindadas se materializaran en el bienestar de las personas, para todos los países de la CAN los avances en este indicador son representativos y reflejan una mejora en la calidad educativa prestada, con altos porcentajes de retención en educación primaria siendo Bolivia el país de mayores tasas, seguido



por Ecuador, Colombia y Perú. Para todos los casos los alumnos que empiezan en el primer grado y alcanzan el último de educación primaria las mujeres tienen mayores porcentajes respecto a los hombres. A continuación se muestra el Cuadro 25 con los resultados.

**Cuadro 25. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y alcanzan el último grado de enseñanza primaria, según sexo**

	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	86,2	86,2	86,2	87,4	87,6	87,1	92,1	91,3	92,9	81,5	82,3	92,9
2011	89,9	89,9	89,9	84,7	82,6	87,0	91,4	89,8	93,0	73,9	75,1	93,0
2012	96,7	96,7	97,0	N.D.	N.D.	N.D.	88,9	87,6	90,2	N.D.	N.D.	90,2

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

En los años observados se identifica como el porcentaje de alumnos que han logrado permanecer en el sistema educativo primario hasta el último año ha tenido una dinámica diversa en los países, solo Bolivia mejora la cifra durante el periodo observado.

La educación secundaria es el primer paso para desarrollar en el individuo una serie de habilidades y/o educación para el trabajo que le permitan acceder a los procesos productivos propios de cada región y como se determine en planes decenales de educación de acuerdo a las posibilidades de empleo por zonas.

Dentro de los países de la CAN el liderato en la tasa neta de matrícula para el nivel secundario lo tiene, igual que para el nivel primario, Ecuador con un 82% para el total de la población, seguido por Perú (76,3%), Colombia (73,7%) y Bolivia (72,4%) para el año 2013. En este nivel de educación se puede identificar como el porcentaje de matrículas de las mujeres supera al de los hombres, cambiando el panorama de otros niveles y dejando claro el esfuerzo de parte de los gobiernos de los últimos años para brindar igualdad de oportunidades tal cual lo determinan los ODM. A partir de 2010 se identifica crecimiento de este indicador identificable por país y discriminado por sexo.

**Cuadro 26. Tasa Neta de matrícula educación secundaria, por sexo**

	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2010	68,3	67,8	68,7	74,1	71,4	76,9	71,3	70,5	72,1	77,2	N.D.	N.D.
2011	68,3	67,7	69,0	75,6	73,0	78,4	72,2	71,4	73,0	77,1	76,8	77,5
2012	69,8	69,0	70,7	73,6	70,8	76,6	74,0	73,1	75,0	72,6	73,0	72,2
2013	71,6	70,8	72,4	73,7	70,9	76,6	83,5	82,0	85,0	76,3	76,0	76,6

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Si se quiere mostrar un panorama de cómo la población ha accedido a la oferta educativa de cada país durante el tiempo reflejado en la actualidad, la esperanza de vida escolar es el indicador que indica una mayor probabilidad que los niños, niñas y adolescentes destinen más años de a sus educación y se asocia a mas años de retención al sistema educativo. Para el caso de la CAN este indicador ha mejorado obteniendo años de estudio en la población económicamente activa.

**Cuadro 27. Promedio de años de estudio población económicamente activa de 15 años y más, por área geográfica**

	Bolivia			Colombia			Ecuador			Perú		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
2010	N.D.	N.D.	N.D.	8,6	9,6	5,1	9,2	10,7	6,3	9,1	10,9	5,8
2011	9,0	10,8	5,8	8,7	9,7	5,3	9,3	10,8	6,2	9,6	10,9	5,8
2012	N.D.	N.D.	N.D.	8,8	9,8	5,4		N.D.	N.D.	9,8	11,1	6,0
2013	N.D.	N.D.	N.D.	9,1	10,0	5,5	9,6	10,8	6,9	9,8	11,1	5,9

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

A final de periodo todos los países superan los 9 años de educación, pese a que es un indicador que refleja una mejora en comparación con periodos anteriores, se requiere de compromiso estatal para que este promedio se incremente hasta alcanzar formación en educación al trabajo, tecnológica, técnica y profesional para el mercado laboral de cada país.

Se puede observar una diferencia significativa entre el promedio del área urbana contra el promedio del área rural, donde este promedio en lo corrido del tiempo no alcanza valores significativos y esperanzadores para los habitantes de esta área, y si reflejan una disparidad en la política de inclusión de la población rural al contexto nacional en cada uno de los países de la CAN. Los promedios de la zona urbana casi duplican el promedio rural.

Teniendo en cuenta la distribución por sexo Colombia y Ecuador tienen promedios mayores para las mujeres frente a los hombres, en Bolivia y Perú el promedio de años de estudio es mayor para los hombres sin presentar una diferencia muy grande. Si se combina tanto la zona como el género, Perú presenta una gran diferencia en el caso de mujeres rurales frente a hombres de zona urbana.

Respecto a la proporción de alumnos por profesor, donde se refiere al grado de especificación de las instrucciones recibidas en cada nivel de enseñanza, teniendo en cuenta que un número menor hace una educación de cierta manera más personalizado identificando las falencias de cada individuo trabajando en ellas para obtener mejores resultados en el proceso educativo impartido en cada nivel.

Según los datos mostrados en el Cuadro 28 Colombia es el país que en todos los niveles educativos tiene mayor cantidad de alumnos a pesar que desde 2010 ha disminuido este indicador, caso contrario el de Ecuador que a pesar de tener un número menor desde 2010 aumento el indicador, por su parte Perú presenta mejoras en la disminución del indicador desde 2010 y un bajo nivel de alumnos por profesor comparado con los demás países. En este cuadro no se tiene con información de Bolivia.

**Cuadro 28. Promedio de alumnos por maestro según nivel de enseñanza**

	Colombia			Ecuador			Perú		
	Pre-Primaria	Primaria	Secundaria	Pre-Primaria	Primaria	Secundaria	Pre-Primaria	Primaria	Secundaria
2010	27	28	27	12	19	11	20	20	16
2011	26	28	26	12	18	11	18	20	17
2012	N.D.	25	25	12	18	12	18	19	17
2013	N.D.	25	25	18	19	14	N.D.	18	15

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

A lo largo del análisis de la situación de la educación de los países de la CAN se observan falencias en cada una de las variables que representan vulnerabilidad de ciertos grupos ante la realidad educativa del bloque. Dichas falencias al parecer identificadas y donde cada uno de los países a aunado esfuerzos políticos y presupuestales para buscar el bienestar de toda la población. Es así como la importancia de la equidad de género toma relevancia, si bien los ODM plantearon esta problemática, en educación se observaron algunas falencias donde la mujer no salía beneficiada, al mismo nivel de los hombres, según las estadísticas anteriormente descritas. Para cerrar el análisis se observa el cuadro 29 donde se muestra la relación entre niños y niñas en los niveles de enseñanza primaria y secundaria, donde Perú presenta valores favorables para el género masculino, pero demostrando un trabajo a lo largo del periodo y dejando al final una relación cercana a 1:1. Los demás países al final del periodo presentan datos favorables para el género femenino en nivel secundario y cercanos a 1:1 en educación primaria, donde se nota el trabajo y cambio de proporción a partir del año 2010.

**Cuadro 29. Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria y secundaria**

	Bolivia		Colombia		Ecuador		Perú	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
2010	0,987	0,996	0,981	1,097	0,999	1,014	0,998	0,986
2011	0,985	1,004	N.D.	1,089	0,998	1,015	0,992	0,984
2012	0,978	1,003	N.D.	1,088	0,999	1,016	0,987	0,964
2013	0,970	1,002	N.D.	1,081	1,003	1,048	0,991	0,978

**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

En general la situación de la educación en los países de la CAN presenta rezagos ante países desarrollados pero está acorde con la realidad de países de ingresos medios – altos, es de tener en cuenta los alcances en los indicadores representativos y que muestran la situación de la educación, han presentado logros relevantes que se identifican a partir de 2010 y donde el proceso educativo se materializa en periodos posteriores. Es el capital humano el que está en juego y por ende el potencial de la mano de obra de un país al inyectar recursos en la educación. También es mejorar la calidad de vida toda vez que los individuos al desarrollar habilidades aprendidas en los niveles educativos y aplicadas en la vida cotidiana para la consecución de ingresos familiares, que sumados todos repercuten en los niveles de productividad de un país.

#### **4. ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD Y EDUCACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA CAN DESDE EL AÑO 2010**

Como se ha descrito en apartados anteriores la importancia de la salud y la educación como parte esencial de la política social, es brindar a la población unas mínimas herramientas de bienestar para la consecución de ingresos y generar condiciones dignas al ser humano.

En los países miembros de la CAN se ha identificado la problemática y como se ha mostrado en el análisis de la salud y de la educación, se han obtenido logros importantes reflejados en los niveles de bienestar de los habitantes. El gasto en salud y educación es la respuesta a la problemática presentada y soportada en planes de desarrollo para obtener los objetivos propuestos mediante la destinación de recursos a voluntad política de parte del presidente.

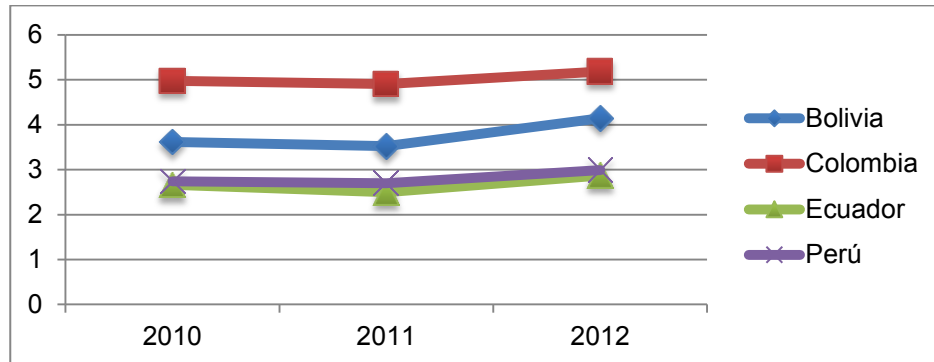
A continuación se muestra la situación del gasto público destinado a salud y educación para tener un panorama y analizar cómo se materializan estos recursos posteriormente.

##### **4.1 GASTO EN SALUD**

Para identificar de una manera precisa la realidad de la salud en los países de la CAN no es suficiente el análisis de resultados en cuanto a las variables expuestas anteriormente, es necesario identificar el gasto destinado a la salud y así poder observar la evolución de los recursos destinados a atender a la población en lo que respecta a la salud, en este caso.

Por esta razón el porcentaje del PIB destinado a la salud del sector público refleja de alguna manera un primer plano en materia de inversión social en los países, en la siguiente figura se identifica como ha sido el comportamiento de esta variable a partir del año 2010.

**Figura 4. Gráfico Gasto en salud, sector público (% del PIB)**

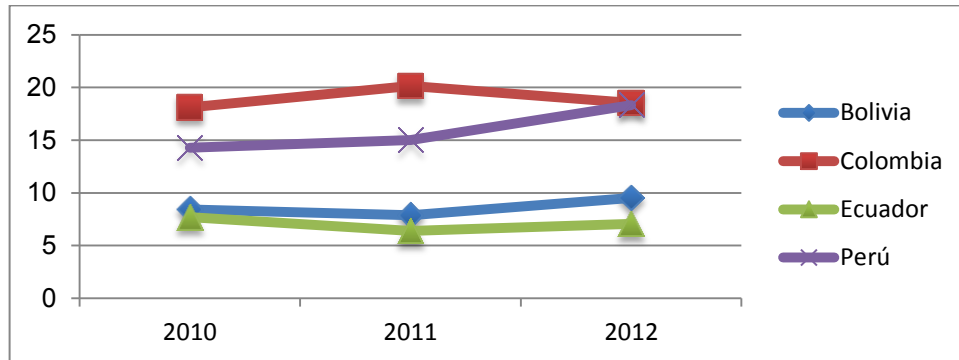


**Fuente:** elaboración del autor con datos del BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Colombia ha sido el país de mayor inversión de parte del gobierno en salud, como porcentaje del PIB, seguido por Bolivia, Perú y Ecuador, manteniendo esta tendencia a lo largo del periodo. Observando los resultados a partir del año 2010 se puede identificar como Ecuador (2,87%) y Perú (2,99%) mantienen los porcentajes de gasto en salud público como proporción del PIB más bajos y similares entre sí, Bolivia (4,14%) por su parte se mantiene por encima de estos dos países por aproximadamente un punto porcentual y Colombia (5,18%) casi duplica este gasto respecto a los dos países mencionados. Durante este periodo se identifica a Bolivia como el país de mayor incremento en este indicador con 14,3%. Perú y Ecuador con incrementos de 9 y 8 puntos porcentuales; Colombia cierra este indicador con 4 puntos porcentuales.

Para reflejar la relevancia que cada uno de los gobierno de turno le da a la salud, se puede observar el porcentaje de gasto destinado a esto como porción del gasto del gobierno, en la siguiente figura se muestra como Colombia y Perú presentan mayores valores, más del 18%, Perú desde 2010 presenta aumento claro en esta proporción; en el caso de Bolivia y Ecuador presenta valores mucho menores, casi a la mitad que los otros países, con disminución al año 2011 y un aumento significativo para los resultados 2012. Para este indicador Perú es el país de mayor incremento en el gasto en salud con relación al gasto público con 28,23% seguido de Bolivia 12,9%, Colombia 2,3% y Ecuador con descenso en el indicador -8%.

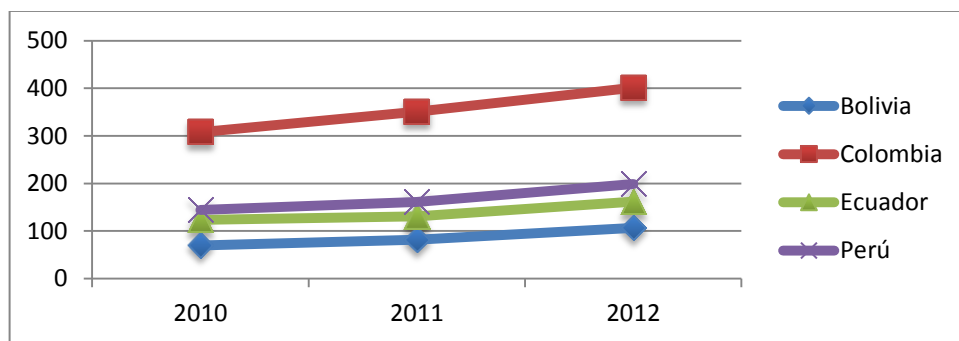
**Figura 5. Gráfico Gasto en salud, sector público (% del gasto del gobierno)**



**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

Si bien se presenta una dinámica respecto al gasto público en salud dentro de los países de la CAN, es importante mostrar como la proporción de recursos destinados por el gobierno para la atención de la salud pública, se refleja en la realidad de la población en cada uno de estos países. Para ello mediante la siguiente figura, gasto público en salud per cápita, se pretende dar esta mirada a la dinámica del gasto.

**Figura 6. Gráfico Gasto público en salud per cápita US\$ corrientes**



**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

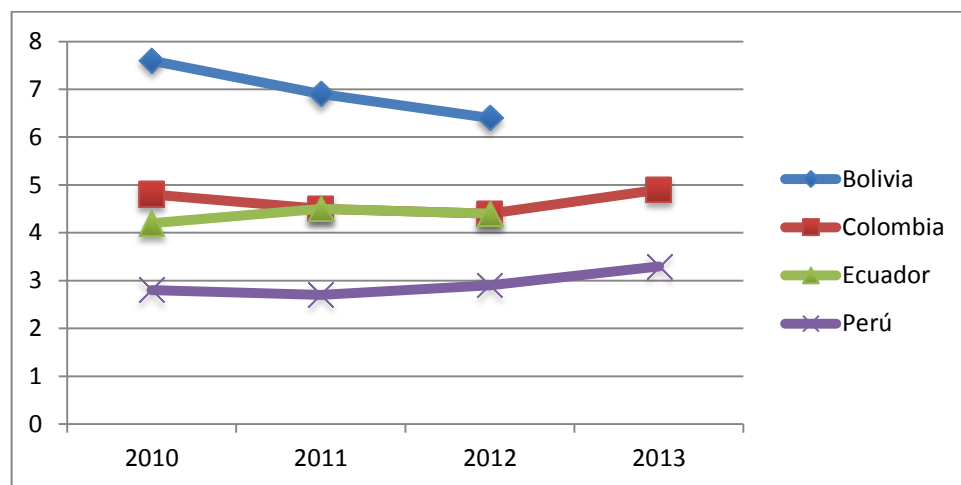
**Nota:** Cálculos del autor (Gasto en salud per cápita\*proporción del gasto en salud pública y privado).

Claramente se identifica a Colombia como el país de mayor inversión per cápita en salud pública con más de US\$400 a precios corrientes en el último año, duplicando en el valor a Perú durante el periodo que es el segundo país y que al final del periodo tiene un gasto público per cápita en salud de un poco menos de US\$200. Es claro la superioridad de Colombia, es el país que durante este periodo presenta el mayor incremento en este indicador con 76,6%, seguido por Ecuador 76,2%, Perú 72,6% y Bolivia 65,6%; este último país a parte de tener un bajo crecimiento de gasto público per cápita tan solo presenta un tercio de este indicador en el caso de Colombia.

## 4.2 GASTO EN EDUCACIÓN

El gasto en educación es considerado como una inversión para generar incrementos en el producto del país y conseguir mayores niveles de ingresos a los individuos, estas y muchas mas son las razones para que los gobiernos realicen esfuerzos para invertir en la educación. La dinámica del gasto público en educación se muestra a continuación apoyada en la Figura 7 donde se presenta la dinámica año a año como porcentaje del PIB.

**Figura 7. Gráfico Gasto público en educación, como porcentaje del PIB**

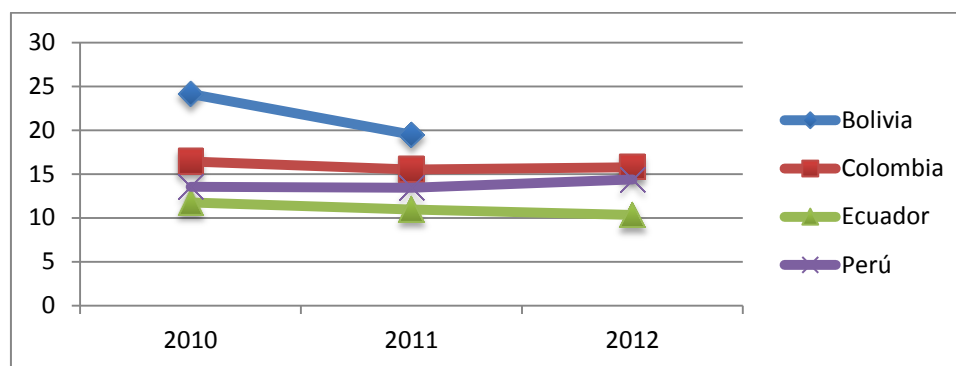


**Fuente:** COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.



En la figura anterior se muestra como Bolivia es el país con la mayor inversión en gasto público como proporción del PIB, superando por un amplio margen a los demás países; para este país este gasto disminuye a lo largo del periodo situación contraria a los demás países cuyo gasto en educación aumenta. Perú es el país que muestra el mayor incremento en el periodo con 17,8%, seguido por Ecuador (4,7%) y Colombia (2%), por su parte Bolivia presento una disminución en 15,8%. Para continuar con el análisis es importante mostrar la dinámica del gasto público en educación como porcentaje del gasto público, para así reflejar la disposición por parte del gobierno central de cada país para invertir en políticas de educación. En la siguiente figura se muestra el panorama.

**Figura 8. Gráfico Gasto público en educación como porcentaje del gasto del gobierno**



**Fuente:** BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Perú es el único país del bloque que durante este periodo incrementa el gasto en educación como porcentaje del gasto del gobierno (6,3%), los demás países presentaron disminuciones en este indicador: Colombia -3,8%, Ecuador 12,1% y Bolivia 19,3%. Con estos resultados se puede identificar como Bolivia presenta dificultades a la hora de invertir en educación en el periodo analizado interrumpiendo políticas decenales nacionales en esta materia.

Por el contrario Perú realiza una inversión ascendente dejando claro el compromiso por la educación de la población. Si se desagregan los dos primeros niveles de educación y se analiza el gasto por alumno como porcentaje del PIB per cápita se identifica como Bolivia tiene porcentajes altos en este indicador, pero es de tener en cuenta que dicho país presenta un bajo nivel de PIB per cápita

respecto a los demás países lo que en dólares corrientes no significa mucho esfuerzo de parte del estado en atender las necesidades de educación de la población. Colombia es el país que le sigue en este indicador y es de resaltar como el alto nivel de PIB per cápita, respecto al bloque, se materializa en dólares corrientes destinados a suplir la demanda educativa; pese a casi estar a la mitad del indicador Ecuador y Perú presentan un nivel que comparado con el PIB se podría catalogar como bueno respecto a los demás países.

**Cuadro 30. Gasto por alumno, nivel primario (% del PIB per cápita)**

País	2010	2011	2012
Bolivia	21,29	18,54	N.D.
Colombia	15,83	15,13	15,42
Ecuador	8,94	8,57	N.D.
Perú	8,34	7,93	8,71

**Fuente:** BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

**Cuadro 31. Gasto por alumno, nivel secundario (% del PIB per cápita)**

País	2010	2011	2012
Bolivia	19,18	19,53	N.D.
Colombia	15,36	14,80	15,23
Ecuador	14,82	17,65	N.D.
Perú	10,15	8,92	10,10

**Fuente:** BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

Pese a las diferencias encontradas en los niveles del gasto de los países se pueden identificar tendencias en el periodo, lo que nos permite de alguna manera cruzar resultados con los avances en educación de los países. Es rescatable como Bolivia con un limitado presupuesto ha logrado en los indicadores de educación mejoras que se ven reflejadas en la población y como países como Colombia y Perú que aparentemente se muestran fuertes en materia de gasto público en educación, en el periodo no presenta resultados similares; pero en

materia de educación los logros de la inversión no se reflejan en el periodo inmediato pues se necesita que las cohortes terminen su proceso educativo para calificar dentro de los logros que como país se tienen en esta materia; por tal motivo no se puede comparar los resultados en materia de educación con el gasto esperando resultados inmediatos. Situación que de una u otra manera se puede ver también en el tema de salud, cuando los programas preventivos y de seguimiento tienen un rezago para evidenciar los resultados, pero dicho rezago no es tan largo como en el caso de la educación. Teniendo en cuenta estudios anteriores donde se identifica un bajo impacto del esfuerzo de parte del gobierno cuando de una manera dispone porcentajes del gasto para atender la población y los indicadores a su vez no reflejan las cifras esperadas, se identifica el periodo posterior al 2010, un momento de estabilidad política en los países de la CAN, donde a pesar de que el mundo en este entonces enfrentara la superación de la crisis de 2008, para el bloque dicha crisis no impacto directamente a los indicadores mostrados en este análisis y sorteo la situación para mejorar el bienestar de los habitantes.

En el siguiente apartado se muestra la manera como en cada uno de los países se aborda el tema de la salud y la educación desde los planes nacionales de desarrollo, buscando desde las perspectivas democráticas logros en los indicadores estandarizados para la población.

## 5. REVISIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES IMPLEMENTADAS EN EL MARCO DE LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO EN MATERIA DE SALUD Y EDUCACIÓN EN CADA UNO DE LOS PAÍSES DE LA CAN DESDE EL AÑO 2010

### 5.1 BOLIVIA

Después de las elecciones presidenciales celebradas en diciembre de 2005, donde el vencedor democráticamente fue el señor Juan Evo Morales Ayma, se presentó y con la posterior aprobación mediante decreto supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007 el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” donde desde su presentación se menciona como Bolivia a pesar de presentar en los años anteriores elevado crecimiento económico los indicadores sociales y el bienestar de la población en general presentan indicadores de bienestar con mucho por mejorar, dicha problemática reflejada en temas salud y educación. En el eje temático Bolivia Digna se menciona como la erradicación de la pobreza extrema y la inequidad es la bandera del gobierno nacional, con la herramienta de “sectores generadores de activos y condiciones sociales; y por la política, estrategias y programas intersectoriales de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario”<sup>27</sup>. El acceso equitativo al conocimiento como bien público, busca incorporar a las políticas gubernamentales la pluriculturalidad de la población boliviana donde la “construcción del conocimiento debe ser una actividad colectiva, catalizada por el Estado y ejecutada en todos los ámbitos, desde los centros científicos y tecnológicos hasta las comunidades más alejadas”<sup>28</sup>. Esta especie de democratización de la educación fue política nacional para mejorar condiciones de vida brindando herramientas de desarrollo individual, vía ingresos, y colectivo, vía productividad.

Dentro de los propósitos que tiene este PND para el periodo 2006-2011 se encuentra: crecimiento del PIB de 6,3% como tasa promedio estimada, un ingreso per cápita que subirá de US\$1.000 en 2005 a US\$1.411 en 2011, lo que da un pie de partida a los intereses plasmados en dicho PND. En el caso preciso de la Política Social el capítulo III Bolivia Digna, hace énfasis en la erradicación de la pobreza extrema y toda clase de exclusión, marginación y explotación social, política, cultural y económica. Se menciona que la tendencia de políticas internacionales que pusieron de moda enfoques asistenciales, con falencias debido a la debilidad institucional, que pese a desarrollar proyectos con buenos

---

<sup>27</sup> GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011. La Paz, 2007. p. viii.

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 18

objetivos no fueron estables ni articulados. Si bien se menciona en este documento que las políticas sociales universales es el camino, apoyado mediante políticas focalizadas, es necesario una capacidad estatal suficiente para que esta política social tenga impacto en el total de la población.

Prever la generación de estrategias destinadas a facilitar el perfeccionamiento de potencialidades y habilidades que conduzcan a formar activos sociales y condiciones sociales<sup>29</sup> hace parte de la visión de la política social, donde dentro de esta formación de capital humano está el fortalecimiento de la educación y la salud a la población. Los habitantes de áreas rurales y las mujeres se identifican dentro de los grupos sociales que han presentado exclusión, situación que en el PND se quiso erradicar mediante estrategias de carácter comunitario orientadas al establecimiento de relaciones de igualdad con el resto de la sociedad y el Estado.

En este PND se pretendió alfabetizar a 1,23 millones de personas y reducir el analfabetismo a cero, meta ambiciosa que no fue alcanzada a final de 2011. Si bien es clara la voluntad política de mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Bolivia articulándose a los ODM con políticas sociales focalizadas en regiones del país, como respuesta a la pobreza y a la exclusión socio cultural y económica de gran parte de la población que no fue beneficiada de una manera significativa con proyectos y planes por los motivos expresados anteriormente.

Algunas políticas y estrategias que este PND implementó para mejorar las condiciones de salud y educación fueron:

- Enfoque comunitario: donde se fortaleció y se sustenta en la identidad y las formas de organización de las comunidades locales campesinas, indígenas, productivas y vecinales, en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas y proyectos.
- Impactos sobre las causas de la pobreza: donde se buscó la reducción de vulnerabilidad de la población en todas sus manifestaciones.
- Autogestión: a través de transferencias monetarias y en especie a comunidades campesinas, indígenas, productivas y vecinales; para fortalecer las capacidades de autogestión y de desarrollo sustentable.

---

<sup>29</sup> Ibid., p. 35

- Intersectorialidad: bajo esta política se buscó de manera intersectorial atacar las vulnerabilidades de la población con una serie de estrategias donde la sinergia de diferentes sectores interviene de manera eficaz y eficiente en pro del bienestar de la población, para ello la Red de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario (RPS-DIC) avanzó a los territorios y poblaciones priorizados y con el fin de alcanzar cambios estructurales en los objetivos de la política, para ello se utilizaron las siguientes estrategias y programas:

- ✓ Bono Juancito Pinto: dirigido a niños y niñas de escuelas públicas que cursan entre primero y quinto de primaria, subsidio de incentivo a la permanencia escolar.

- ✓ Desnutrición cero (0), dirigido a mejorar la alimentación y el cuidado integral de los niños y niñas menores de cinco años y mujeres embarazadas en periodo de lactancia, en el marco de la política de Seguridad y Soberanía Alimentaria del PND.

- ✓ Comunidades Solidarias. dirigida al reconocimiento, restitución y potenciamiento de capacidades, oportunidades, proyecciones y derechos de los sujetos con mayor vulnerabilidad, discriminación y marginalidad. Dirigido a comunidades con mayor riesgo (discapacitados, adultos mayores pobres, trabajadores infantiles, indígenas en ciudades...).

- ✓ Construcción de una vida digna: Este programa está dirigido a mejorar de forma integral las capacidades humanas de las poblaciones locales más pobres, otorgándoles las condiciones para que gocen de una buena salud, educación y nutrición, en el marco de sus propias visiones culturales, y con calidad y calidez.

Para el tema de salud la política y estrategias son las siguientes:

- ✓ Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural: La estrategia de esta política fue la **Universalización del Acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural**, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

- ✓ Rectoría: para implementar esta política se planteó la estrategia de «Recuperar y consolidar la soberanía sanitaria», orientada a fortalecer la rectoría estatal del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y de la autoridad

sanitaria en todos los niveles de gestión. Se recuperó para el Estado la responsabilidad de la salud y la protección social de la población en general.

✓ **Movilización social:** la estrategia de esta política fue la «Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas», orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable, esta estrategia se implementó mediante el programa Participación comunitaria, desarrollando las comunidades saludables en el marco de la propuesta nacional de “comunidades en acción”.

✓ **Determinantes de la salud:** la estrategia de esta política fue la «Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida», orientada a la disminución de la carga social sobre el proceso salud enfermedad, a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo económico social, en los factores que determinan la calidad de vida, para que se incremente el acceso de la población a servicios básicos. Se articuló al sector educativo para fomentar en la niñez estilos de vida saludable.

✓ **Solidaridad:** se pretendió mejorar la alimentación y nutrición de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; cambiar los hábitos alimentarios, para lograr esta estrategia, se implementó el programa “Solidaridad”, que focalizó las intervenciones en forma inmediata, de igual manera se planteó luchar contra la violencia, fundamentalmente, en niños menores de cinco años; el derecho a la integración de las personas con discapacidad.

En cuanto a la educación se implementó las siguientes políticas y estrategias:

- **Transformación del sistema educativo:** Bajo la estrategia se buscó refundar la educación, promover la participación de todos los actores sociales, en el marco de una democracia inclusiva, que identifique plenamente las necesidades de las regiones del país.

- **Educación de calidad que priorice la igualdad de oportunidades:** se buscó generar igualdad de oportunidades educativas para la población, democratizando el acceso y la permanencia de la educación, con programas, acciones y tareas que facilitaron la inserción de los sectores sociales desfavorecidos, y garantizando su movilidad a otras modalidades del sistema formativo, facilitando así la continuidad de su formación. Se amplió la cobertura de las áreas rurales y peri

urbanas de manera prioritaria, para que se facilite el acceso y la permanencia de mujeres, jóvenes, adultos e indígenas, para desarrollar competencias productivas en coordinación con otros sectores.

- Educación que genera, adapta y aplica ciencia y tecnología: desarrollo procesos intersectoriales de transformación de la gestión educativa vinculada a las vocaciones y características productivas y culturales de las regiones y a sus demandas de formación técnica y tecnológica; para generar investigaciones aplicadas e impulsar el desarrollo y mejorar la productividad.

## **5.2 COLOMBIA**

Después de los comicios electorales y tras una clara victoria del candidato de la Unidad Nacional Juan Manuel Santos Calderón se presentó al Congreso de la República de Colombia el Plan Nacional de Desarrollo (PND) de Colombia 2010-2014, “Prosperidad para Todos: Más empleo, menos pobreza y más seguridad”<sup>30</sup> donde se planteó una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuarse en esa condición a lo largo de la vida, sino en que el Estado acuda eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen. Esto mediante el crecimiento económico sostenible y el desarrollo social integral.

En dicho PND el país enfrentó el gran reto de articular el desarrollo económico con el social. Esta articulación es la base de una sociedad equitativa, incluyente, próspera y en paz. Para el efecto, se plasmaron cuatro desafíos fundamentales: aumentar la eficiencia del gasto social para que los recursos se traduzcan en mejores resultados en cobertura y calidad; mejorar la focalización del gasto social para que este beneficie prioritariamente a los más pobres y vulnerables; consolidar un sistema de protección social (SPS) que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y los ingresos de los hogares, y a reducir su vulnerabilidad; y alcanzar la inclusión social de los diferentes grupos étnicos, así como de la igualdad de género.

---

<sup>30</sup> DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 Prosperidad para Todos: Más empleo, menos pobreza y más seguridad. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP, 2011.



En materia de salud uno de los principales desafíos que se planteó el PND fue garantizar la cobertura universal del aseguramiento en salud a través de los dos regímenes de financiamiento (contributivo y subsidiado), y lograr en el plazo establecido la unificación de sus planes de beneficios. Lo anterior, en condiciones de sostenibilidad financiera y reduciendo los niveles de evasión y exclusión. El sistema deberá adicionalmente garantizar mejores niveles de acceso y calidad, y mejorar el desempeño de las instituciones a cargo del manejo del riesgo financiero y de la prestación de los servicios.

**5.2.1 Acceso y calidad en salud: universal y sostenible.** Las diferentes políticas, estrategias y acciones del sector salud, tienen como propósito contribuir al mejor estado de salud posible para toda la población, y de cada persona, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad, con los recursos que la sociedad disponga para el efecto. Así, merecen destacarse los avances logrados con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en cuanto a la ampliación de coberturas, la mayor equidad en el acceso, así como mejoras en los indicadores sobre condiciones de salud.

El PND marcó como objetivo consolidar, en el marco del sistema de protección social, el aseguramiento en el SGSSS, como instrumento para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de servicios y la protección al usuario como base de la prosperidad democrática. Para el efecto, se desarrollaron estrategias que promovieron una vida saludable; permitiendo brindar atención oportuna y de calidad a los usuarios; y consolidar el aseguramiento, avanzar en la unificación de planes de beneficios y regular los servicios no cubiertos por el plan de beneficios, garantizando la sostenibilidad financiera y operativa de los regímenes contributivo y subsidiado. Las estrategias para la consecución de estos objetivos fueron: Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, Consolidar el aseguramiento, Regulación de servicios excluidos del Plan de Beneficios, Fortalecer institucionalmente al SGSSS, Fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), rendición de cuentas. El Gobierno nacional buscó altos niveles de calidad y cubrimiento de los servicios de salud, brindando información relevante a sus usuarios en línea, y fortaleciendo el sector a nivel institucional, a partir de la instalación de infraestructura tecnológica y la apropiación y uso eficaz de las TIC en el mismo. De esta manera, se fortalecieron los Sistemas de Información del sector salud en el país, facilitando la atención a los ciudadanos, brindando transparencia en el manejo de recursos de este sector, y buscando mejorar el monitoreo y control de amenazas de salud a través de las TIC.

La educación, se identificó como la herramienta más efectiva para reducir la inequidad y alcanzar igualdad de condiciones para la generación de ingresos. A través de una educación equitativa, de calidad y con pertinencia, la población puede acceder con mayor facilidad a un empleo formal o emprender con más posibilidades de éxito una iniciativa empresarial. Lo anterior, sin olvidar los múltiples efectos positivos que genera la educación sobre el desarrollo personal de los individuos.

Para disminuir las brechas existentes en los resultados de calidad educativa se realizaron los siguientes programas y proyectos: fortalecimiento académico de las instituciones y los estudiantes que presentan menores índices de desempeño, generar estímulos e incentivos a las instituciones educativas que presenten avances en sus logros educativos y a los estudiantes con mejor desempeño, uso del tiempo escolar para el mejoramiento de la calidad, consolidación de un sistema de aseguramiento de la calidad de primera infancia, fortalecer la institucionalidad del sistema de aseguramiento de la calidad, fomentar los procesos de autoevaluación, mejoramiento continuo, acreditación y certificación de calidad en las instituciones educativas, consolidación del sistema integral de aseguramiento y acreditación de la calidad, estrategias de movilización y participación para las familias, las comunidades educativas y otros actores.

Otra de las políticas en materia de educación en este PND fue la generación de las oportunidades de acceso y permanencia para cerrar las brechas regionales en todos los ciclos de formación: Diseñar e implementar planes de cobertura con las secretarías de educación de las entidades territoriales certificadas, ampliación y fortalecimiento de la oferta de esquemas de prestación del servicio educativo para poblaciones diversas y vulnerables, fortalecimiento de la financiación de la educación, proveer más y mejores espacios para atender a la población estudiantil en todos los niveles, incentivar la permanencia en el sistema de formación de manera focalizada a las regiones con mayor deserción escolar. Dentro del PND se planteó llevar a cabo la estrategia TIC como plataforma tecnológica para mejorar la cobertura, la calidad y la pertinencia de los procesos educativos, fortalecer la fuerza laboral en el uso de las TIC y promover la generación y uso de contenidos educativos.

### **5.3 ECUADOR**

Para identificar los programas y estrategias del PND de este país fue necesario analizar el Plan Nacional de Desarrollo “Para el Buen Vivir” 2009 - 2013<sup>31</sup> del

---

<sup>31</sup> SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo 2009 – 2013 Para el Buen Vivir. Quito: SEMPLADES, 2009.

presidente Rafael Correa Delgado donde de una manera clara y mediante el objetivo 1, 2 y 3 enmarca los programas que se realizaron como estrategia para mejorar las condiciones de la población ecuatoriana en los aspectos analizados en este documento, como lo son la salud y la educación.

### **5.3.1 Objetivo 1: auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorio de diversidad.**

En este apartado del PND se identifican los procesos de exclusión en el Ecuador, toda vez que tienen raíces histórico culturales de carácter ancestral que, en las tres últimas décadas, se agudizaron, transformaron y emergieron en formas más complejas y profundas, debido a cambios generados por la globalización, al apareamiento de nuevos modelos productivos y de organización laboral, a modelos familiares no tradicionales, y a las relaciones entre géneros y situaciones sociales inusitadas como consecuencia de la acentuación de la movilidad humana. Las formas y condiciones de exclusión, expresadas en la estructura social, han impedido el ejercicio pleno de la ciudadanía a personas y grupos específicos. De acuerdo a la situación plasmada se realizaron las siguientes políticas y lineamientos:

Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades (en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda). Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional. Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades. Es claro que con esta serie de actividades y/o proyectos se pretendió de manera focalizada hacia grupos vulnerables lograr el acceso a la política en salud y educación universal para la población de este país.

**5.3.2 Objetivo 2: mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.** En este objetivo se abordó directamente el tema educativo donde las políticas y lineamientos fueron:

- Mejorar progresivamente la calidad de la educación, con un enfoque de derechos, de género, intercultural e inclusiva, para fortalecer la unidad en la diversidad e impulsar la permanencia en el sistema educativo y la culminación de los estudios. Esto mediante la articulación los contenidos curriculares de los distintos niveles educativos. Mejorando la calidad de la educación inicial, básica y

media en todo el territorio nacional. Mejorando la calidad de la educación inicial, básica y media en todo el territorio nacional. Fomentando la evaluación contextualizada de los logros educativos de los estudiantes. Promoviendo y generar esfuerzos públicos sostenidos para impulsar la permanencia y culminación de los niños y niñas en educación inicial, básica y media, priorizando a las niñas de zonas rurales y urbano marginales e impulsando la participación comunitaria en el sistema escolar. Creando de manera planificada partidas docentes para el nivel inicial, básico y medio, a fin de garantizar que no existan escuelas sin maestros, particularmente, en el ámbito rural. Erradicando progresivamente el analfabetismo en todas sus formas, apoyando procesos de postalfabetización con perspectiva de género y la superación del rezago educativo.

- Fortalecer la educación intercultural bilingüe y la interculturalización de la educación.
- Generar procesos de capacitación y formación continua para la vida, con enfoque de género, generacional e intercultural articulados a los objetivos del Buen Vivir.
- Fortalecer la educación superior con visión científica y humanista, articulada a los objetivos para el Buen Vivir.
- Promover la investigación y el conocimiento científico, la revalorización de conocimientos y saberes ancestrales, y la innovación tecnológica.
- Promover el acceso a la información y a las nuevas tecnologías de la información y comunicación para incorporar a la población a la sociedad de la información y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía.

**5.3.3 Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.** En este objetivo se aborda la problemática en salud y se propone desde el gobierno central las siguientes políticas y lineamientos:

- Promover prácticas de vida saludable en la población

- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.
- Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.
- Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia.
- Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.

## 6. CONCLUSIONES

A partir del año 2010 los países de la CAN presentan una serie de evoluciones en cuanto al bienestar de los habitantes, referentes al tema de salud y educación, los resultados que se reflejan en los años posteriores al 2010, son el producto de políticas y programas que beneficiaron a la comunidad en general en años pasados y cuyo resultado es mostrado a lo largo de este estudio.

Es de tener en cuenta que para que las políticas y programas gubernamentales tengan el impacto esperado se necesitan una serie de variables de estabilidad política, de orden público, protección a los DDHH y DIH, ambientales, entre otras para que surja efecto en la población en general. Si bien existe un objetivo de cobertura universal, que no es del 100% en ninguno de los países de la CAN durante el periodo estudiado, existen grupos de personas distribuidos a lo largo y ancho de cada uno de los territorios de cada país que presentan vulnerabilidades mayores por condiciones propias de cada zona (campesinos, indígenas, víctimas de violencia, etc) y es en estos casos donde se ha identificado las mayores vulnerabilidades y se han aplicado programas focalizados para que estas personas puedan acceder a la oferta de políticas en salud y educación que tiene cada gobierno.

Cada uno de los planes de desarrollo manifiesta el compromiso con la salud y la educación, mostrando políticas públicas de inclusión y cobertura que se pueden ver reflejadas en periodos posteriores el esfuerzo que se realice. Para la salud el indicador de esperanza de vida muestra a Ecuador como el país del mayor valor, esta esperanza de vida es el conjunto de políticas que se realizan durante la vida de las personas y se vera reflejado en el esfuerzo en servicios hospitalarios, cantidad de profesionales en la salud, cuidado prenatal, de neonatos, de infantes, control de enfermedades contagiosas, entre otras variables.

Perú es el país que a lo largo del recorrido en las variables de salud presenta los mejores índices frente a los demás miembros del bloque, menor tasa de mortalidad neonatal, infantil y menores de 5 años, en causa de muerte en menores de 5 años no refleja problemas en ningún caso, la menor mortalidad materna. Esta situación es de destacar cuando en la revisión del gasto público en salud Perú como porcentaje del PIB tiene similar proporción al de Ecuador e inferior que el de Colombia, como porcentaje del gasto público es inferior al de Colombia, como gasto público en salud per capita es la mitad que el de Colombia.

Existe una marcada diferencia en la esperanza de vida de la población si se tiene en cuenta el género, donde en promedio las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, en Colombia esta diferencia es de 7,6 años, seguido por Bolivia 6,4, Ecuador 5,7 y Perú 5,2. Si bien como es mostrado en el documento el género femenino presenta una mayor esperanza de vida que el género masculino, esta marcada diferencia parece ser que está dada por situaciones ajenas a las políticas de salud de los países.

Pese que Ecuador tiene el mayor número de camas hospitalarias como proporción a la población frente a los demás países no es un indicador que refleje un mejor servicio de salud para los habitantes, toda vez que el gasto en infraestructura en salud debe ir acompañado con programas de prevención de enfermedades y políticas que pese a estar inmersas en el plan de desarrollo, como programas de hábitos saludables, disminuyan la incidencia de enfermedades como diabetes, hipertensión, sobre peso, entre otras que de manera preventiva impactan de manera positiva los indicadores descritos en salud.

Colombia presenta una situación de gasto alto frente a los demás países debido a cargas prestaciones y pasivos pensionales que se asumen por el gobierno central.

Es preocupante que en la actualidad existan enfermedades como tuberculosis y niveles altos, sobre todo en Colombia, de VIH/Sida, siendo un ODM a esta época deberían tener niveles bajos de prevalencia en cuanto a estas enfermedades. Sin embargo no presenta una situación de alarma teniendo en cuenta los niveles de la población mundial.

En materia de educación Ecuador muestra que es el país con mayor número de analfabetas, contrastando con los mayores índices de cobertura en pre-primaria, primaria y secundaria; esta situación muestra como se le está haciendo frente a la situación teniendo en cuenta que la inversión en educación se verá reflejada en los indicadores de analfabetismo en un periodo posterior.

Es de resaltar la importancia de las políticas de permanencia en el sistema educativo, pues la meta es alcanzar el ciclo completo, si bien los PDN desde el gobierno centran imparten esta directriz, se debe articular de una manera proactiva con los entes territoriales para hacer el seguimiento a los alumnos y prevenir la deserción escolar principalmente en etapas primarias.

En el documento se presentan unas tasas alta de matricula, principalmente en nivel primario, pero es necesario la inversión en calidad de la mano con la cobertura, para así evitar decersión de los alumnos en niveles superiores de educación.

Se identifica una disparidad entre zona urbana y rural en el acceso y calidad de los sistemas educativos, las zonas rurales dispersas hacen que los pequeños centros educativos no cuenten con la suficiente especialización de parte de los maestros para transmitir y brindar el programa educativo, ya que en la mayoría de estos pequeños centros educativos es un solo maestro que debe asumir el rol de todas las materias, sin contar en muchas ocaciones con el material pedagogico necesario.

Las condiciones de la mujer rural preocupan en materia que es una situación de vulnerabilidad, donde los gobierno de turno deben intervenir para evitar que el hecho de contar con estas dos características no restrinja el disfrute de la oferta estatal de educación.

El gasto en educación es liderado por Bolivia, que tanto como proporción de PIB, como proporción del gasto del gobierno, superan los niveles de los demás países, pero si se tiene en cuenta los indicadores educativos este país no presenta esta misma superioridad respecto a los demás países del bloque.

La política social en salud y educación ha sido concebida desde los PND como un instrumento de cobertura universal, apoyado en la política focalizada como puente para que comunidades vulnerables puedan ser priorizadas mediante esta herramienta para poder acceder a la política universal. Sin embargo existen zonas en las cuales ni siquiera puede llegar la presencia del Estado, representado en los gobiernos nacionales de cada uno de los países de la CAN, dejando por fuera de estos programas de inclusión a muchas personas aumentando la brecha de desigualdad cada vez mas.

En general los países de la CAN en materia de salud y educación ha presentado avances significativos durante el periodo observado, destacando el esfuerzo de parte de los gobiernos de turno por incluir dentro de las prioridades proyectos que impactan la población de manera significativa en los indicadores de seguimiento tanto de salud como de educación. Existe todavía muchas falencias que si se sigue llevando a cabo las políticas planteadas en los planes de desarrollo de cada uno de los países se podrá obtener los logros tan esperados por la población de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.



## 7. RECOMENDACIONES

Es de tener en cuenta para futuras investigaciones la importancia de la base de datos para poder así llegar a conclusiones más específicas y así llegar a identificar problemáticas que de ser corregidas se reflejen en el bienestar de la población. Si bien este documento hizo el análisis basado de datos de la CEPAL y Banco Mundial, entre otros organismos internacionales totalmente confiables, en ocasiones no se encontraron datos comparables entre los países observados, a medida que el tiempo transcurre la calidad y la pertinencia de los datos aumenta, mejorando la disponibilidad y brindando la oportunidad de realizar análisis de otras variables.

La estabilidad política juega un papel importante en el cumplimiento de los PND, como en el impacto de los programas en la población. La vulneración de los DDHH y el DIH, hace que grupos de personas se vean beneficiados sin necesidad a costo de la población vulnerable aumentando brechas de desigualdad y comprometiendo el futuro de una región por el rezago de comunidades vulnerables.

Es importante tener en cuenta situaciones de corrupción de parte de autoridades locales, toda vez que sean mal distribuidos los beneficios de los programas de orden nacional.

En Colombia en el año 2011 y principios del 2012 se presentó calamidad pública en un vasto territorio del país a causa de las lluvias, el impacto fue tal que se replanteó la legislación de gestión del riesgo mediante Ley 1523 de 2012, situación que afectó a más de tres millones de personas dejándolas en vulnerabilidad y comprometiendo el sustento a causa de la inundación de pueblos enteros. Esta situación comprometió muchos planes y programas de las autoridades de orden nacional y territorial donde se redistribuyó el presupuesto para recuperar la infraestructura de las zonas afectadas.

Es de tener en cuenta que la situación de violencia interna en Colombia afectó a más de siete millones de personas, víctimas del conflicto armado, donde fueron despojados de sus tierras arrojando a campesinos y sus familias a las ciudades en situación de miseria. La Ley 1448 de 2011 mediante la cual se pretende resarcir este daño a manos de grupos armados al margen de la Ley y en ocasiones del mismo Estado, donde durante gran parte de la década de 2000 se distribuyó de manera irregular presupuestos y beneficios de programas nacionales y territoriales

a personas afines a dichos grupos, dejando en total desprotección a la población vulnerable.

Existe en la actualidad algunas pruebas educativas estandarizadas internacionalmente, como la prueba PISA, donde se mide la calidad educativa, para futuras investigaciones seria relevante tener en cuenta los datos arrojados de esta u otras pruebas para poder comparar la calidad de la educación en cada uno de los países.

Si bien en los PND de los países se menciona los hábitos saludables como prioridad para una mejor calidad de vida de la población, no se encontraron datos de impacto de programas que hagan referencia a esta calidad de vida, seria interesante poder identificar y medir el gasto en estos programas y vincularlos a los efectos en las variables de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

APONTE, Elizabeth. Notas de teoría y política fiscal: Lineamientos básicos del gobierno: relación entre gasto público, equidad y estabilidad macroeconómica. Cali: GIED, 2006. 21 p.

ARRIAGADA, Irma. Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Serie políticas sociales No. 119. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. 39 p.

BANCO MUNDIAL – BM. División databank. Datos de Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Organización mundial de la salud [en línea]. Estados Unidos, 2012. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://datos.bancomundial.org>.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Tomos II y III. Estados Unidos: CEPAL. Editorial Alfaomega, 2000. 245 p.

\_\_\_\_\_. Panorama social de América Latina 2012. Santiago: CEPAL, 2012. 168 p.

\_\_\_\_\_. División de Desarrollo Económico. Estadística [en línea]. Chile: CEPAL. [Consultado noviembre de 2014]. Disponible en Internet: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

\_\_\_\_\_. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago, 2006. 78 p.

\_\_\_\_\_. Panorama social de América Latina. Santiago: CEPAL, 2011. 159 p.

CORVALÁN, Ana Maria. UNESCO-ORELAC. Desarrollo de Indicadores de Educación en América Latina y el Caribe Estados Unidos: UNESCO, 2011. 150 p

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 Prosperidad para Todos: Más empleo, menos pobreza y más seguridad. Santafé de Bogotá, D.C.: DNP, 2011.

División de población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas [en línea]. Santiago de Chile: Panorama de la Población, CEPAL, 2014 [consultado 10 de noviembre de 2014]. Disponible en Internet:

<http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1&idioma=e>.

DONATI, Pier Paolo. Le frontiere della política sociale. Milan: Franco Angeli, 1985. 27 p.

GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011. La Paz, 2007. 235 p.

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL - UNRISD. Combatir la pobreza y desigualdad: cambio estructural, política social y condiciones políticas. Ginebra: UNRISD, 2011. 187 p.

KOFI, Annan. Nosotros los pueblos. New York: Naciones Unidas, 2000. 28 p.

KRUGER, Daniel J., NESSE, Randolph. Economic Transition, Male Competition, and Sex Differences in Mortality Rates. School of Public Health and the Institute for Social Research. Michigan: University of Michigan, 2007. 427 p.

LAYARD, Richard. Happiness: lessons from a new science. New York: Penguin, 2005. 315 p.

MIDGLEY, James. The handbook of social policy. Los Angeles, California: SAGE, 2009. 660 p.

MINISTERIO DEL TRABAJO: División de Empleo, ABC del salario mínimo [en línea]. Colombia: Mintrabajo, 2013. [consultado diciembre de 2013]. Disponible en Internet: <http://www.mintrabajo.gov.co/empleo/abece-del-salario-minimo.html>.

MOLINA, Carlos Gerardo. Universalismo básico: una nueva política social para América Latina. Washington D.C.: BID, 2006. 51 p.

MONTORO, Ricardo. Fundamentos teóricos de la política social. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1997. p. 33-50.

NACIONES UNIDAS. Declaración universal de los derechos humanos. Paris: UN, 1948. Art. 3.

OCAMPO, José Antonio. Las concepciones de la política social: Universalismo versus focalización. Buenos Aires: Nueva Sociedad N° 215, 2008. p. 45-62

\_\_\_\_\_. Políticas sociales para promover ciudadanía y cohesión social: serie reflexiones sobre políticas sociales y ambientales: Bogotá, 2010. 22 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Estados Unidos: OEA, 2000. 12 p.

\_\_\_\_\_. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS, 2013. 67 p

ORTIZ, Isabel. Guía de orientación de políticas públicas. Política social. New York: UN, 2007. 76. p.

QUISPE, Edgar. Revista de la facultad de ciencias económicas. Revista número 5 política social: retos y desafíos de la política social. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1997. 52 p.

REISMAN, D. A. Richard Titmuss: Welfare and society. London. Heinemann Education Books, 1977. 28 p.

SECRETARÍA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo 2009 – 2013 Para el Buen Vivir. Quito: SEMPLADES, 2009.

SEN, Amartya. The idea of justice. New York: PenguinPress, 2009. 285 p.

UNESCO. Indicadores de la educación- Especificaciones técnicas. New York: UNESCO, 2009. 88 p.

\_\_\_\_\_. Informe de seguimiento de la Educación Para Todos 2012. Los jóvenes y las competencias. Trabajar para todos. París: Faber, 2012. 142 p.