

## **ANTECEDENTES DE LA CARRERA.**

Reseña histórica de la carrera: año de inicio y cronología de desarrollo y cambios

La Facultad de Ciencias Médicas se inició en el año 1867, durante el gobierno del Dr. Jerónimo Carrión, quien decretó la creación de la Universidad que se denominó “del Azuay”, con las Facultades de Derecho y Ciencias Médicas. Su inauguración oficial se realizó el 1 de enero de 1868, siendo su primer decano el Dr. Agustín Cueva V.<sup>1</sup>

El 2 enero del 1910 el gobierno del General Eloy Alfaro ordenó, mediante decreto que *“los profesores de la facultad asuman la jefatura de las salas en el hospital San Vicente de Paul. Por tanto se puede considerar que en este año se consolidó la influencia de la facultad en la administración y marcha del Hospital y en consecuencia en el desarrollo de la medicina...”*<sup>2</sup>. En este mismo período logró incorporar a los internos rotativos a la actividad hospitalaria, seleccionados de entre los alumnos de los últimos años.

En abril de 1964, la Asistencia Social donó a la Universidad de Cuenca un amplio terreno en el sector de “El Paraíso”, destinado a la construcción de la nueva Facultad de Ciencias Médicas. En el mismo año, el H. Consejo Universitario dispuso la partida presupuestaria para la edificación que se inició tres años más tarde.

Durante el Decanato del Dr. Miguel Márquez V. (1967) se estableció un nuevo modelo de educación, se institucionalizó la departamentalización, se inauguró la Escuela de Enfermería y se oficializó el funcionamiento de la AFEME (Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina), siendo a la vez, su primer secretario ejecutivo.

En el criterio de que la salud es el resultado de un proceso en el que interactúan factores protectores y destructivos, la determinación social de la salud es incuestionable; en esta visión se inscribe la historia de los 30 últimos años de la Facultad de Ciencias Médicas, caracterizados por el compromiso con los grandes problemas sociales y de salud de la población, su estrecha vinculación con la colectividad y sus acciones en defensa de la salud y la vida.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA CARRERA:**

- Pertinencia

La formación de Médicos en la Facultad de Ciencias Médicas responde a un marco legal vigente, dentro del cual destacamos los siguientes aspectos:

### **De la Constitución de la República del Ecuador:**

#### **Sección cuarta De la salud**

**Art. 42.-** El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso

---

<sup>1</sup> Hermida P. C, Landivar H. J. Crónicas de la Historia de la Facultad de Ciencias Médicas. Ed. Facultad de Ciencias Médicas, Diciembre 1993.

<sup>2</sup> Idem.

permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

**Art. 43.-** Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

**Art. 44.-** El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

**Art. 45.-** El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada,

### **De la Ley Orgánica de Salud**

Art. 1 La ley se rige por los principios, equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Inciso 3: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 10: Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 189.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

### **De la Ley Del Sistema Nacional De Salud**

Art. 1. Principios y normas para organizar el SNS (Equidad, Calidad, Eficiencia, Participativa, Pluralidad, Solidaridad, Universalidad, Descentralización, Autonomía)

Art.2. Finalidad del SNS: mejorar nivel de salud y de vida de los ecuatorianos y ejercicio de su derecho; articulación de las entidades del sector.

Art. 3. Objetivos Sistema Nacional de Salud:

- Garantizar el acceso equitativo y universal; atención integral

- proteger integralmente a las personas y ambiente
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables
- Promover la coordinación y complementación de instituciones del sector
- Incorporar la participación ciudadana y veeduría en todo nivel del SNS

Art.5. Plan Integral con prestaciones personales y acciones de prevención y control y promoción de salud.

Art.6. Modelo de atención con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud, basada en procesos continuos y coordinados de atención a personas y su entorno; gestión desconcentrada descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

De otra parte, los Objetivos del Milenio plantean en su análisis la relación de “causalidad recíproca entre salud y desarrollo, que ha hecho hincapié en el papel fundamental que la salud desempeña dentro del crecimiento económico. La importancia de la salud dentro de un modelo multidimensional de desarrollo humano sostenible es también uno de los principales mensajes transmitidos por los ODM.” Esto denota la necesidad de un abordaje integral de la salud, que trascienda el enfoque biologicista hacia el concepto integral, de visión social, de privilegio de la salud, de determinantes

#### **Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores**

##### **Objetivo: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

**Meta:** 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

**Indicador:** 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal

5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

##### **Objetivo: 4. Reducir la mortalidad en la niñez**

**Meta:** 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

**Indicador:** 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

14. Tasa de mortalidad infantil

15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

##### **Objetivo: 5. Mejorar la salud materna**

**Meta:** 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

**Indicador:** 16. Tasa de mortalidad materna

17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

##### **Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades**

**Meta:** 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

**Indicador:** 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años

19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos

20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA

**Meta:** 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves

**Indicador:** 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria

22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria

23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis

24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

#### **Objetivo: 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**

**Meta:** 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

**Indicador:** 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos

**Meta:** 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable

**Indicador:** 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbano y rural

**Meta:** 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

**Indicador:** 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento

#### **Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**

**Meta:** 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

**Indicador:** 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

En segundo término es pertinente en la medida en la que su orientación está hacia la resolución de los principales problemas de salud del país, resaltando de su análisis:

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El Ecuador tiene 14'306.876 habitantes

Al revisar las principales causas de morbilidad y mortalidad, se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles que comparten espacio con las crónico-degenerativas. Los problemas de salud pública más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2010**  
**LISTA CORTA DE AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE (L.C. CIE-10)**

POBLACIÓN ESTIMADA 2010		14.204.900		
TOTAL DE DEFUNCIONES		61.681		
TASA DE MORTALIDAD GENERAL (x 10.000 hab.)		43,4		
CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa	
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	4.309	7,0	30,3	
DIABETES MELLITUS	4.017	6,5	28,3	
INFLUENZA Y NEUMONÍA	3.361	5,4	23,7	
ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	3.304	5,4	23,3	
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3.269	5,3	23,0	
AGRESIONES (HOMICIDIOS)	2.330	3,8	16,4	
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	1.998	3,2	14,1	
CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1.933	3,1	13,6	
INSUFICIENCIA CARDÍACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	1.850	3,0	13,0	
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL	1.618	2,6	11,4	
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1.592	2,6	11,2	
NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTÓMAGO	1.567	2,5	11,0	
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1.209	2,0	8,5	
NEOPLASIA MALIGNA DEL TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	969	1,6	8,8	
LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	913	1,5	8,4	
EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	870	1,4	8,1	
NEOPLASIA MALIGNA DE LA PRÓSTATA	868	1,4	8,1	
SEPTICEMIA	790	1,3	5,6	
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)	727	1,2	5,1	
NEOPLASIA MALIGNA DEL ÚTERO	722	1,2	5,1	
NEOPLASIA MALIGNA DE LA TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	707	1,1	5,0	
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	694	1,1	4,9	
NEOPLASIA MALIGNA DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	693	1,1	4,9	
NEOPLASIA MALIGNA DEL COLÓN, SIGMOIDE, RECTO Y ANO	617	1,0	4,3	
EDEMA PULMONAR Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN AL INTERSTICIO	588	1,0	4,1	
RESTO DE CAUSAS	14.381	23,3	-	
CAUSAS MAL DEFINIDAS	5.795	9,4	40,7	

tasas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de comparación internacional.  
 Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2010

## 10 Principales causas de Morbilidad 2010

Nº Orden	Código Lista	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1º	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	37.393	3,4	26,3
2º	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	33.710	3,1	23,7
3º	K80	COLELITIASIS	29.985	2,8	21,1
4º	K35	APENDICITIS AGUDA	25.534	2,4	18,0
5º	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	23.364	2,1	16,4
6º	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	14.408	1,3	10,1
7º	K40	HERNIA INGUINAL	14.143	1,3	10,0
8º	S06	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	11.472	1,1	8,1
9º	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	10.049	0,9	7,1
10º	O23	INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	9.589	0,9	6,8
	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	119.353	10,9	
	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	68.525	6,3	
	O81, O83, O84	OTROS PARTOS	522	0,0	
		SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NCOP (CAP. XVIII)	29.588	2,7	
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORBILIDAD	662.428	60,8	
		<b>TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS</b>	<b>1.090.263</b>	<b>100,0</b>	
		Población Estimada Año 2010 1/	14.204.900		

1/ Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL.

\*\* Tasas por 10.000 habitantes

El número de médicos al 2010 en el país es de 24.960, correspondiente a una tasa de 17,6 por 10.000 habitantes al 2007 es de 17,6

- Vinculación a la misión y visión de la institución

Es coherente con la misión y visión de la Universidad

- Vinculación a los objetivos del plan de desarrollo

Dentro del Plan Nacional Para el Buen Vivir 2009- 2013, en lo referente a la educación universitaria, se prioriza entre otros, los siguientes aspectos, a los cuales la carrera de medicina contribuye:

- La educación superior y la investigación asociada a ella deben concebirse como un bien público en tanto su desarrollo beneficia a la sociedad

- Es indispensable, para garantizar la calidad, sostener la máxima objetividad, imparcialidad y los más altos estándares para evaluar y acreditar a las instituciones de educación superior, sus programas y carrera
- El desarrollo de la investigación.

De otra parte, se observan las políticas de inclusión, no discriminación, acceso a la educación de los estudiantes a través de los sistemas de admisión y nivelación implantados. Así como la garantía de los derechos.

En el Objetivo No. 2 del plan, se contempla el mejoramiento de las capacidades y potencialidades de la ciudadanía, entre ellas

La acumulación de energía vital requiere una visión preventiva de la salud, en la que un elemento básico es la adecuada nutrición, en particular, desde la gestación hasta los cinco primeros años. La actividad física y el deporte son elementos dinamizadores de las capacidades y potencialidades de las personas y contribuyen a la salud integral: física y psicológica.

### **ARTICULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA CON EL PLAN REGIONAL DE LA ZONA 6**

Como lo contempla el plan de la zona 6, parte del principio del *sumak kawsay* nacional, pero aplicado en nuestro caso a las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago (Constitución de la República del Ecuador 2008 y Agenda Zonal para el Buen Vivir: propuestas para el desarrollo y ordenamiento territorial) de cuyos 12 objetivos parte.

La carrera de medicina, involucra muchos aspectos contemplados en el ámbito del desarrollo local, desde la transferencia de ciencia y tecnología aplicada a lo que se ha considerado como “biodisciplinas”, la generación de empleo, la satisfacción de las necesidades de salud, la protección de los derechos de los ciudadanos, hasta los recursos humanos que laboran en la prestación de servicios, su calidad, calidez, ética propuestos como características en la transformación de los servicios públicos, de manera indirecta además se vincula a prácticamente todos los restantes puntos, tal el caso de la soberanía alimentaria, la protección del medio ambiente, la producción, etc. que finalmente se transformarán en los determinantes sociales del proceso de salud enfermedad. En este marco se han propuesto una serie de alianzas para propiciar el desarrollo de la investigación en las universidades, todo lo cual consta en los 12 puntos de la agenda propuesta para la zona 6, de la cual extraemos los siguientes puntos:

#### **“Caracterización general de la Zona**

La Zona de Planificación 6 se ubica en el Austro del país y está conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago. Ocupa una superficie aproximada de 35.400 km<sup>2</sup>. Su paisaje está conformado por áreas montañosas en las cordilleras Oriental y Occidental de los Andes, de valles y páramos interandinos, y de hermosos paisajes amazónicos con suelos extremadamente frágiles.

La población zonal proyectada al año 2008 es de 1.053.072 habitantes. Su población es joven y tiene un ritmo de crecimiento menor que la del promedio del país. Presenta una tendencia al envejecimiento por causa de la migración y del descenso de las tasas de natalidad. Se ubica mayoritariamente en las áreas urbanas; sin embargo la población dispersa en el sector rural de las tres provincias es aún importante (44%).

## Proyección de población urbana y rural, según provincias Zona de Planificación 6

Fuente: INEC-SENPLADES, Proyecciones de población 2008. Elaboración: SENPLADES, Subsecretaría Zona 6.

Provincia	Población urbana	Población rural	Total
Azuay	425.410	265.644	691.054
Cañar	107.282	121.420	228.702
Morona Santiago	56.911	76.405	133.316
Total zona 6	589.603	463.469	1'053.072

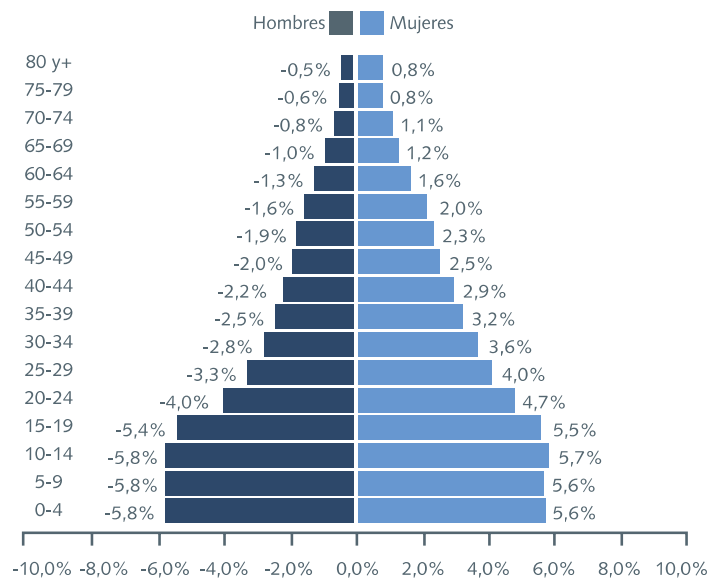
“La economía zonal aporta con el 6,5% al Valor Agregado Bruto Nacional; no obstante, su importancia radica en la gran diversidad de sus actividades y en el desarrollo de un sector secundario, particularmente, de la industria y la artesanía, asentado desde hace más de 50 años en Cuenca. Este cantón concentra población, servicios y actividades económicas, al punto que mantiene tasas más bajas de desempleo y subempleo que los promedios nacionales. A pesar de su desarrollo urbanístico y económico en el pasado, aún no ha desarrollado un enfoque de ciudad-región, el que empieza a ser aplicado en los últimos años como una estrategia para lograr el equilibrio y equidad territorial, acorde a las propuestas nacionales.”

La migración –particularmente la de carácter internacional, ocasionada por múltiples factores sociales y económicos, como la pobreza, la falta de empleo, los bajos ingresos, la mala calidad y baja dotación de servicios públicos, las expectativas de un mejor nivel de vida, entre otros, ha provocado cambios en la composición familiar. Se observa el incremento de las familias ampliadas, pues el 32% de los hogares de la Zona tiene jefatura femenina, indicador superior al nacional, que es del 25,40%.”

Debemos indicar además que la migración también ha afectado a los profesionales de la salud, particularmente médicos, cuyos destinos, entre los más frecuentes son Chile y España, aunque se desconoce la cifra exacta, en la actualidad se ha emprendido una campaña para el retorno de los profesionales.

“La Zona tiene un importante componente étnico de población indígena, que representa el 20,3% del total. Sin embargo, existen diferencias significativas a nivel provincial. La población indígena del Azuay representa el 3,5% respecto del total de la población; en Cañar, el 16,3%; en Morona Santiago 41,2% (Gráfico No. 2). La población indígena zonal está conformada fundamentalmente por las nacionalidades Achuar y Shuar en Morona Santiago, y el pueblo Kañari en Azuay y Cañar (SIDENPE-SIISE 4.5).





Pirámide de población 2008 Zona de Planificación 6

Fuente: INEC-SENPLADES, Proyecciones de población 2008. Elaboración: SENPLADES, Subsecretaría Zona 6.

“La encuesta del INEC ENEMDU 2007 muestra que el 54,4% de la población zonal de 6 años y más tiene instrucción primaria, el 24,4% ha culminado la instrucción secundaria, el 13,5% tiene educación superior y el 5,6% no tiene ningún nivel de instrucción. El Gráfico No. 5 ilustra el comportamiento de las tasas netas de matrícula de los niveles básico y medio de la Zona, que son ligeramente inferiores al promedio nacional. Sin embargo, los indicadores de los niveles medio y superior disminuyen significativamente, pues son del 47% y el 13,8%, respectivamente; porcentajes que reflejan el bajo nivel de acceso de la población a la instrucción media y universitaria.”

### Cuadro No 6:

#### Tasas de natalidad y mortalidad infantil por provincias 2004 Zona de Planificación 6

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2004.

Elaboración: SENPLADES, Subsecretaría Zona 6.

PROVINCIAS	POBLACION*	NATALIDAD		MORTALIDAD INFANTIL	
		NUMERO	TASA**	NUMERO	TASA***
Azuay	643.281	11.648	18,1	137	11,8
Cañar	218.760	3.586	16,4	36	10,0
Morona Santiago	125.668	2.578	20,5	30	11,6
País	13.026.891	254.362	19,5	3.942	15,5

\*Proyección de población al 2004, INEC.

\*\*Tasa por cada 1.000 habitantes.

\*\*\*Tasa por cada 1.000 nacidos vivos.

### Cobertura de servicios básicos

“Las coberturas zonales de servicios básicos en las áreas urbanas consolidadas son del siguiente orden: abastecimiento de agua por red pública, el 95%; recolección y disposición final de aguas servidas, el 84%; y, recolección y eliminación de basura, el 75%. Esta situación muestra una adecuada dotación de estos servicios a nivel urbano. Sin embargo, en el área rural, las coberturas disminuyen al 92% en abastecimiento de agua; 50%, en eliminación de aguas servidas; y el 35%, en recolección y eliminación de basuras. La situación obedece esencialmente a la dispersión de la población que dificulta la prestación de estos servicios (MIDUVI, 2008).”

“Con el aporte y criterios de los actores sociales de la Zona de Planificación 6 en los espacios de participación y con la información de diagnóstico del sistema territorial integrado de Azuay, Cañar y Morona Santiago, se identificaron los principales problemas de la Zona que se resumen a continuación.

- La pobreza afecta al 67% de la población zonal, particularmente en el área rural; Morona Santiago es la provincia con las condiciones más negativas, con el 75,80%; Cañar, con el 69,9%; y Azuay, con el 53,2% de población pobre.
- Altos índices de emigración, en especial del sector rural hacia áreas urbanas de la Zona y del país y, fundamentalmente, hacia el exterior;
- **Persistencia de enfermedades prevenibles como las infecciones respiratorias agudas y enfermedades gastrointestinales;**
- Limitado acceso a los niveles medios y superior de educación;
- Crecimiento urbano acelerado y desordenado;

- Concentración de inversiones, actividades y servicios en Cuenca, que se realiza sin tomar en cuenta el desarrollo de otras ciudades;
- Déficit de cobertura y calidad de servicios públicos de saneamiento, primordialmente en el área rural;
- Alta concentración de la PEA en el sector agropecuario (55%); sin embargo, su participación en el VAB de la Zona es del 9% debido a los bajos niveles de productividad y producción de este sector;
- Baja capacidad tecnológica y de gestión, sobre todo de las pequeñas y microempresas;
- Alta concentración de la PEA, baja calificación de la mano de obra y bajos niveles de inversión hacen que la Zona sea poco competitiva;
- Fuerte degradación y pérdida de ecosistemas naturales por la ampliación de la frontera agrícola y ganadera, la deforestación, incendios forestales, procesos de colonización, etc.;
- Malas prácticas agropecuarias (cultivos en pendientes, suelos de baja fertilidad, monocultivo, ganadería extensiva, niveles mínimos de manejo, uso indiscriminado de agroquímicos, etc.) ocasionan la degradación, pérdida de suelos, de biodiversidad y pérdida gradual de ingresos, así como el incremento significativo de riesgos ambientales (inundaciones y movimientos de masa);
- Intervención antrópica inadecuada en áreas del Sistema Nacional de Áreas Protegidas y de Bosques Protectores;
- Contaminación por efluentes y desechos sólidos de centros poblados, de áreas agropecuarias y de sectores industriales que afectan la calidad del agua, aire y suelo;
- Deterioro de la cobertura vegetal y contaminación de fuentes de agua que menoscaban el abastecimiento de agua para centros poblados urbanos y rurales;
- Graves problemas ambientales, sociales y de salud en la población por la presencia de actividades mineras con tecnologías contaminantes;
- Falta de estudios suficientes y actualizados sobre biodiversidad y agrobiodiversidad de la Zona y escasa difusión de los pocos estudios existentes;
- La mala calidad y baja cobertura de las vías –especialmente de la red secundaria, terciaria y caminos vecinales– de las telecomunicaciones y del servicio aéreo ocasionan dificultades de accesibilidad y conectividad interna y con otras zonas del país;
- El centralismo y la escasa coordinación interinstitucional son factores que limitan la eficiencia y agilidad de la gestión pública y conducen a la duplicación de funciones y a la subutilización de recursos humanos, técnicos y financieros del sector público;
- Inequidad y desequilibrio en la localización de las dependencias desconcentradas del Gobierno Central, así como baja capacidad de gestión de las entidades públicas, en

particular las de régimen autónomo, excepto unas pocas instituciones que tienen una capacidad de gestión aceptable;

- Baja participación social en las decisiones públicas, aunque existen algunas experiencias positivas en planificación participativa.