

PRIMERA ENCUESTA DE INVALIDEZ EN MEDELLIN, COLOMBIA¹

Por los Dres. Ricardo Restrepo A.,² William Mejía V.,³ Fernando Gómez H.⁴ y Alfonso Arbeláez C.⁵

La prevención de las enfermedades es el primer paso y el ideal de la salud pública; no obstante, siguen habiendo enfermos que es necesario curar, y esto constituye el segundo paso de la salud pública; muchos de los que ya se han curado quedan con secuelas, enfermedades que es necesario rehabilitar: he aquí el tercer aspecto de la salud pública.

Introducción

Es esta la primera investigación sobre invalidez que se lleva a cabo en Colombia, en la zona urbana del municipio de Medellín. Fue realizada por el Comité Regional de Rehabilitación, la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, con la asistencia técnica del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Regional de Medellín.

Hasta 1972 no se había realizado un estudio sobre invalidez con carácter verdaderamente científico. Se habían hecho algunas estimaciones a través de centros médicos y entidades, pero que, ante la ausencia de personal calificado que aplicara las técnicas estadísticas, no habían superado el nivel de empíricas. Es indudable la importancia de disponer de estadísticas sobre estos aspectos. Los datos de población inválida se han ignorado por completo en los programas de salud, educación y de planificación económica, y se ha descuidado la evaluación del potencial laboral de estos marginados, lo cual acrecienta la población de mendigos, delincuentes, además de exigir grandes costos en caso de los asegurados con pensiones de invalidez. Cuando se disponga de cifras reales sobre invalidez,

desempleo y fuerza laboral, se establecerá la importancia de las actuales necesidades y se podrán hacer planes de desarrollo mucho más racionales.

Material y métodos

La muestra de invalidez siguió en gran parte el patrón trazado por el DANE para la "Encuesta de Hogares",⁶ investigación que fue diseñada por un calificado equipo de estadísticos asesorados por la Organización de las Naciones Unidas. El método de muestreo empleado fue el de etapas múltiples, estratificado, autoponderado con selección por probabilidad controlada con fijación proporcional. Asimismo, la investigación consolidó su estructura inicial en la muestra diseñada por el Ministerio de Salud para la Investigación Nacional de Morbilidad,⁷ en la cual intervinieron estadísticos nacionales y extranjeros.

Para realizar la encuesta se contó con un personal altamente calificado al que se le indicó las siguientes normas generales que debía seguir al llenar el formulario especialmente preparado a tal efecto (figura 1): Presentarse en forma correcta y motivar al informante sobre la necesidad e importancia de la investigación; si el informante se negara a responder, no discutir, tratar de persuadir; seguir en forma secuen-

¹ Trabajo condensado de la publicación del mismo nombre del Comité Regional de Rehabilitación, Antioquia, Colombia, 1974.

² Director, Comité Regional de Rehabilitación, Antioquia, Colombia.

³ Profesor, Universidad de Antioquia, Colombia.

⁴ Director, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Medellín, Colombia.

⁵ Asesor Técnico, DANE, Medellín, Colombia.

⁶ Encuesta Nacional de Hogares de Col. La Muestra. Anexo No. 2, Editorial DANE.

⁷ Investigación Nacional de Morbilidad La Muestra, Edit. Ministerio de Salud Pública, Bogotá, D.E., abril de 1968.

FIGURA 1—Formulario utilizado para la primera encuesta de invalidez en Medellín, Colombia, 1974.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA - MEDELLIN
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
 ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA · UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

MUESTRA DE INVALIDEZ

(Los datos que se suministren son estrictamente confidenciales según el artículo 75 del Decreto 1633 de 11 de Junio de 1960)

Ciudad	Area	Barrio	
Sección	Manzana	Segmento	
Estrato	(Según Carpeta) Estrato		(Apreciación Encuestador)
Dirección de la vivienda		Hogar entrevistado	
Número de Hogares en la vivienda			
Nombre del Jefe del Hogar			

I - INVALIDEZ EN EL HOGAR

a) Cuántas personas componen el hogar por grupos de edad y sexo?

Años	Masculino	Femenino	Total	b) Existen inválidos en el hogar?	
0 a 10				1 SI	Cuántos
11 a 20				2 NO	
21 a 30				3 N.I	Termine la encuesta
31 a 40					
41 y más					
Total					

c) Nombre de la persona inválida

II - EDAD, SEXO Y ACTIVIDAD DE LA PERSONA INVALIDA

Años cumplidos	Sexo	Estudia?	Inactiva?
Trabaja?	1. Industria 2. Comercio 3. Servicios	Describa la ocupación u oficio	

III - TIPO DE INVALIDEZ Y ATENCION MEDICA

1. Músculo-esquelética	5. Cardíaca	Recibe atención médica?
2. Debilidad Auditiva	6. Ceguera	1. SI
3. Pulmonar	7. Debilidad mental	2. NO
4. Lepra	8. Epilepsia	
Otras	Otras	

Describa la respuesta
 Aclare la forma de atención y el lugar o entidad o las razones para no recibirla

Resultado de la encuesta	1. Completa	4. Nadie en el hogar	
	2. Incompleta	5. Vacante	
	3. Rechazo	6. Otras	Código

cial las preguntas; informar sobre el sentido confidencial de la encuesta; buscar siempre que el informante conozca en detalle las circunstancias ligadas al enfermo en el hogar; no inducir las respuestas; no omitir aclaraciones en el formulario; colocar toda clase de observaciones en el reverso del

formulario, y poner en conocimiento del superior toda anomalía o inconveniente que se presente en la entrevista.

Para la elección de la muestra se tomaron en cuenta las siguientes definiciones básicas: *Unidad de vivienda* (Unidad de selección): Es un lugar estructuralmente separado

e independiente. Puede haber sido construida con fines habitacionales o no, pero se requiere que se utilice como tal en el momento de la encuesta. Tiene dos rasgos esenciales de identificación:

a) Separación: cuando está rodeada por tapias, vallas, etc., y cubierta por un techo que permita que una persona o grupo de personas se aislen de otras que forman parte de la comunidad, con el fin de dormir, preparar y consumir las comidas o protegerse del clima y el ambiente.

b) Independencia: se fundamenta en el acceso directo desde la calle y en forma general cuando los ocupantes pueden salir de ella sin pasar por locales ocupados por otras personas.

Una unidad de vivienda puede ser también una casa, apartamento, cuarto o grupo de cuartos ocupados o desocupados. También lo son una choza, cabaña o un granero, fábrica u otro que se utilice para vivir.

Hogar particular (Unidad de observación): Está constituido por personas que ocupan en común la totalidad o parte de una vivienda y que comparten juntas las comidas principales o atienden en común a las necesidades vitales básicas. En la definición del hogar no se pueden incluir necesariamente los nexos de consanguinidad o familiaridad. El hogar puede clasificarse de dos maneras:

a) Unipersonal: Persona que vive sola en la totalidad o parte de una vivienda o que, como inquilino (ocupa un cuarto o parte de una vivienda y come aparte) no se una a ningún otro ocupante de ella para conformar un hogar multipersonal.

b) Multipersonal: Es un grupo de dos o más personas que se asocian para ocupar, en su totalidad o parte, una vivienda y para proveer sus necesidades alimentarias o de otra índole vital. Quedan incluidos los huéspedes o sea los que comparten la comida y la vivienda sin aportar.

Para la consideración del hogar deberá tenerse en cuenta que el número de huéspedes o inquilinos no pase de cinco, ya que

se asimilará a los hogares colectivos, los cuales no entran en la encuesta (escuelas, internados, cárceles, hospitales, pensiones, hoteles, etc.).

Jefe de hogar: Se define como la persona que es reconocida como tal por todos los demás miembros del hogar o familia; generalmente es el propietario o el responsable del pago del arriendo y la alimentación. Por lo general es el padre y en su defecto la esposa o compañera.

Estratos socioeconómicos: En forma general se definen con base en las condiciones de construcción de la vivienda, disponibilidad de servicios, ingresos y tenencia de artículos para el hogar. Para la encuesta se estratificó la ciudad en seis grupos económicos que a su vez, para el análisis, se acumularon en dos grandes clasificaciones de altos y bajos.

a) Estrato bajo (1): corresponde a viviendas construidas sin plan determinado y generalmente con materiales de desecho. No disponen de servicios básicos como alcantarillado, luz eléctrica, y agua potable. Cuando se dispone de servicios básicos su uso se comparte (mixto) o son exteriores. Los ingresos familiares son bajos y no se dispone de artículos domésticos eléctricos (nevera, licuadora, televisor, etc.). Generalmente son viviendas que forman parte de barrios de invasión.

b) Estrato bajo (2): Corresponde a viviendas con fachadas en obra negra. Disponen de servicios básicos aun cuando su uso sea mixto, colectivo o interior. Ingresos bajos y escasa disponibilidad de artículos para el hogar. Con frecuencia se encuentran casas de inquilinato y un alto nivel de personas que comparten cada cuarto.

c) Estrato medio (3): Usualmente corresponde a viviendas construidas por el Instituto de Crédito Territorial (ICT). Poseen todos los servicios y son de uso exclusivo. Ingreso familiar bajo pero se disfruta de algunos artículos para el hogar (radio, tocadiscos, televisor, etc.).

d) Estrato medio (4): Mayores facilida-

des de vivienda que el anterior. Nivel de ingresos medios y se dispone de más artículos para el hogar (televisor, radio, tocadiscos, nevera, encerradora, etc.). Los habitantes que predominan son los empleados de nivel medio con vehículo propio.

e) Estrato medio alto (5): Formado por viviendas construidas por el Banco Central Hipotecario (BCH). Se dispone de una gran variedad de artículos para el hogar y de vehículo propio. Los habitantes son generalmente altos ejecutivos y profesionales de mayor ingreso. Son barrios con zonas verdes y gran facilidad de acceso.

f) Estrato alto (6): Corresponde a viviendas habitadas por familias de altos ingresos, generalmente grandes mansiones con amplias zonas verdes y muy fácil acceso. Sus servicios y comodidades sobrepasan los límites del confort general.

Tipos de invalidez. Dado que no existen conceptos suficientemente claros al respecto se toman definiciones bastante generales para cada caso en particular.

a) Invalidez: El término inválido designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado se vean realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental.

b) Musculo esqueléticas: Las lesiones musculares u óseas que hayan ocasionado una limitación física que influya en su capacidad de trabajo, por ejemplo: poliomielitis, fracturas, deformidades en manos o pies, etc.

c) Debilidad auditiva: Aquella persona que padece disminución total de su capacidad auditiva (sordera) o parcial, ya sea congénita o adquirida.

d) Pulmonar: Lesiones respiratorias que ocasionan disminución en la capacidad física y, por lo tanto, en su desempeño en el trabajo, por ejemplo: tuberculosis, asma, silicosis, o deformidades en el tronco que ocasionen dificultad al respirar (asfixia).

e) Lepra: Esta enfermedad muy temida hace pocos años cuenta con buenos métodos

de diagnóstico y los casos manifiestos han recibido asistencia médica satisfactoria.

f) Cardíaca: Toda enfermedad congénita o adquirida que afecte directamente el funcionamiento cardíaco razón por la cual el médico da indicaciones especiales en relación con la actividad del paciente. Por ejemplo: enfermedades del corazón por reumatismo, infartos, asma cardíaca, etc.

g) Ceguera: Dificultades totales en la visión, congénitas o adquiridas, o limitaciones en la visión sin llegar a la ceguera, que afecten el desempeño normal de sus labores.

h) Debilidad mental: Todo proceso congénito o adquirido en la niñez, en la adolescencia o aun en la vida adulta ya sea por enfermedades infecciosas (meningitis), accidentes con lesiones en el cráneo, o hereditarias, que ocasionen dificultad en el comportamiento o en el aprendizaje.

i) Epilepsia: Aquellas personas que sufren convulsiones (ataques) u otras manifestaciones que hayan sido clasificadas dentro de este grupo. Es común que estas personas asistan a tratamiento médico, o bien los familiares o ellas mismas conozcan su diagnóstico.

j) Otras: En el término se incluyen las enfermedades descritas por la familia o por la propia persona encuestada y definida en sus propios términos.

Tamaño efectivo de la muestra

Se tomó un tamaño mínimo de unidades de selección de 3,000 viviendas y un margen de seguridad que garantizara este número de 600 viviendas adicionales, contando con los rechazos. En estas condiciones no era posible tener el control del número de unidades de observación porque constituía una variable que oscilaba entre 18,000 y 21,600, fijando un promedio de seis personas por vivienda. De esta forma al aplicar la muestra se obtuvo un tamaño definitivo de 20,015

unidades observadas que conformaron 3,250 viviendas.

Resultados

A través de la investigación se observa la situación en que se encuentra la ciudad en los diferentes aspectos. Se aprecia que dentro de las unidades de vivienda seleccionadas un 70.4% de los hogares corresponde al estrato bajo (1-2-3).

Cabe señalar que entre las clases altas existen prejuicios frente al problema de la invalidez; las familias tratan de cubrir su vergüenza a costa de sus mismos enfermos y estos resultan ser los únicos perjudicados, ya que se les niega la oportunidad de incorporarse a la sociedad y considerarse de alguna forma útiles, con lo cual conseguirían superarse y disfrutar en parte su existencia.

Aunque este factor distorsiona ligeramente los resultados, se sabe que la población de bajos ingresos es la que más requiere los servicios y que, por tanto, las actividades de salud pública deben orientarse hacia las clases de menores recursos.

Para confirmar lo anterior la encuesta indica que la distribución porcentual de hogares con inválidos dentro de cada estrato socioeconómico disminuye a medida que las familias tienen mayores ingresos; así se aprecia que el estrato socioeconómico bajo bajo presenta el más alto porcentaje observado: 38.17%, y el estrato socioeconómico alto 9.52% (cuadro 1).

Los autores consideran que esta disminución de la invalidez a medida que aumenta el estrato socioeconómico es una consecuencia lógica; en los grupos socioeconómicos bajos los niños están más expuestos a accidentes o enfermedades infectocontagiosas, ambientales, desnutrición, ya que tienen que iniciarse a edad más temprana en trabajos de mayor riesgo. Incluso el aspecto cultural incide en estos resultados. Con todo, puede ocurrir que en las clases socioeconómicas altas exista un porcentaje mayor que el observado, pero

CUADRO 1—Distribución porcentual de viviendas con inválidos según estrato socioeconómico, Medellín, Colombia, 1974.

Viviendas estrato	Total	Viviendas con inválidos No.	Viviendas con inválidos en el estrato %
1	338	129	38.17
2	1,079	342	31.70
3	872	201	23.05
4	498	108	21.67
5	358	51	14.25
6	105	10	9.52

este no se registra porque a los inválidos se los tiene recluidos en centros especializados; por otra parte, en ocasiones se trata de ocultarlos, especialmente en los casos de débiles mentales, enfermedades congénitas hereditarias o infectocontagiosas que aún se consideran un tabú.

Si se estudia la distribución de la población total de la encuesta según estrato socioeconómico, se observa que la mayor población de inválidos se encuentra en el estrato 2 (35.8%). Al considerar los tres primeros estratos encontramos que el 72.7% de los inválidos corresponde a la gente de bajos ingresos y el 27.3% a la de ingresos altos (cuadro 2).

La importancia de la investigación se ratifica por el alto porcentaje de inválidos encontrado (5.0%), y se comprobó que existe mayor grado de invalidez en los hombres (2.6%) que en las mujeres (2.4%).

CUADRO 2—Distribución de la población total de la encuesta de invalidez según estratos, Medellín, Colombia, 1974.

Persona estrato	Total de personas	%
1	2,141	10.70
2	7,160	35.78
3	5,241	26.18
4	2,878	14.38
5	2,133	10.66
6	462	2.31
Total	20,015	100.00

CUADRO 3—Distribución de la invalidez según daño y sexo en los dos grandes grupos socioeconómicos, Medellín, Colombia, 1974.

Tipo de invalidez	Grupo socioeconómico													
	1-2-3						4-5-6						Total general	
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Musculoesquelético	120	1.73	101	1.33	221	1.52	30	1.21	26	0.87	56	1.02	277	1.38
Debilidad auditiva	22	0.32	17	0.22	39	0.27	8	0.32	9	0.30	17	0.31	56	0.28
Pulmonar	52	0.75	70	0.92	122	0.84	19	0.76	11	0.37	30	0.55	152	0.76
Cardíaca	40	0.58	63	0.83	103	0.71	8	0.32	17	0.57	25	0.46	128	0.64
Ceguera	32	0.46	40	0.53	72	0.50	4	0.16	12	0.40	16	0.29	88	0.44
Debilidad mental	56	0.81	44	0.58	100	0.69	9	0.36	10	0.33	19	0.35	119	0.59
Epilepsia	21	0.30	22	0.29	43	0.30	4	0.16	14	0.47	18	0.33	61	0.30
Otras	49	0.71	54	0.71	103	0.71	7	0.28	11	0.37	18	0.33	121	0.60
Total	392	5.65	411	5.40	803	5.55	89	3.59	110	3.67	199	3.63	1,002	5.00
Población total	6,940		7,602		14,542		2,480		2,993		5,473		20,015	

CUADRO 4—Atención médica para inválidos por estrato y según tipo de invalidez, Medellín, Colombia, 1974.

Tipo de invalidez	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Estrato 4		Estrato 5		Estrato 6		Total	
	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica	Con atención médica	Sin atención médica
	Musculoesquelético	9	30	44	73	32	33	25	12	13	4	2	0	125
Debilidad auditiva	3	5	7	8	4	12	5	8	2	1	0	1	21	35
Pulmonar	10	20	40	28	12	12	9	3	12	3	1	2	84	68
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardíaca	13	11	29	24	18	8	14	3	7	0	0	1	81	47
Ceguera	4	6	11	25	14	12	7	3	4	0	1	1	41	47
Debilidad mental	5	14	25	26	12	18	4	5	4	0	1	1	50	69
Epilepsia	1	4	10	14	7	7	12	2	3	0	1	0	34	27
Otras	9	13	28	24	19	10	10	0	5	2	1	0	72	40
Total	54	103	194	222	118	112	86	36	50	15	6	6	508	494

Al considerar la distribución de los inválidos según el tipo de invalidez se observa que el musculoesquelético es el de mayor porcentaje (27.7), seguido de invalidez por enfermedades pulmonares y luego cardíacas. Cabe señalar que la variación porcentual es muy diferente en los grupos de edad; sin embargo, los más afectados son los grupos extremos: 0 a 10; 11 a 20; 51 a 60, y 61 años y más. De estos grupos el más afectado es el de 11 a 20 años, excepto para otros tipos de invalidez en los cuales las edades de 51 años y más son las más afectadas, posiblemente por aparecer cierto tipo de enfermedades como diabetes, renales y otras.

En cuanto a la incidencia de las lesiones musculoesqueléticas se observa que en la época laboral hay un predominio del sexo masculino y, naturalmente, en la vejez por razones degenerativas. Respecto a la debilidad auditiva no hay incidencia en el grupo de edad de 31 a 40 años. Las lesiones pulmonares tienen una alta incidencia en el grupo de 0 a 20 años, luego disminuye a medida que se avanza en edad y por último asciende nuevamente a partir de los 50 años. Las lesiones cardíacas tienen mayor incidencia después de los 50 años. La debilidad mental y la epilepsia tienen su mayor incidencia en el grupo de 0 a 20 años.

En la distribución de casos de invalidez según los dos grandes estratos socioeconómicos se comprueba que la mayor proporción de inválidos (5.55%) es para los tres primeros grupos de bajos ingresos, mientras que los otros tres grupos de mayores ingresos tienen una proporción de 3.63% (cuadro 3). Al hacer el análisis se observa que las diferencias en los totales de cada clase son estadísticamente significativas entre los dos grupos socioeconómicos y según el tipo de invalidez (musculoesquelética, debilidad mental y otras); en los demás tipos de invalidez no hay diferencia significativa.

Los cuadros 4, 5 y 6 son muy significativos en este estudio ya que indican, por grupos económicos, la forma en que está

CUADRO 5—Porcentaje de atención médica que reciben los inválidos según tipo de invalidez, Medellín, Colombia, 1974.

Tipo de invalidez	Total de casos	% con atención médica
Musculoesquelética	277	45.12
Debilidad auditiva	56	37.50
Pulmonar	152	55.26
Cardíaco	128	63.28
Ceguera	88	46.59
Debilidad mental	119	42.02
Epilepsia	61	55.74
Otras	121	59.50
Total	508	50.70

atendida la población según los tipos de invalidez; se observa que los grupos de bajos ingresos (1-2-3) en su mayoría no reciben este servicio (45.5%); en cambio los grupos de mayores ingresos (4-5-6) gozan de este servicio en un 71.3% lo cual es bastante lógico ya que a medida que aumentan los ingresos aumenta la atención médica mientras que los de ingresos bajos requieren atención médica pública. En términos generales son más los inválidos con atención médica por la gran representatividad que tienen los de ingresos altos. No obstante, existen unos pocos tipos de invalidez (pulmonar, cardíaca, epiléptica) que pasan del 50% de inválidos con atención médica, lo

CUADRO 6—Porcentaje de atención médica que reciben los inválidos según tipo de invalidez y grupos socioeconómicos, Medellín, Colombia, 1974.

Tipo de invalidez	Grupo 1-2-3	Grupo 4-5-6
	% con atención médica	% con atención médica
Musculoesquelética	38.46	71.42
Debilidad auditiva	35.89	41.17
Pulmonar	50.81	73.33
Cardíaca	58.25	84.00
Ceguera	40.27	75.00
Debilidad mental	42.00	42.10
Epilepsia	41.86	88.88
Otras	54.36	88.88
Total	45.57	71.35

que se explica por la baja disponibilidad de recursos.

En el cuadro 5 se aprecia que el 49.3% del total de los inválidos, sin discriminar el tipo de invalidez, carece de atención médica. Sin embargo, al considerar cada uno de los tipos de invalidez los cardíacos tienen un 63.28% de atención, siguiéndole otros tipos de invalidez o enfermedad con el 59.50%, luego los epilépticos con 55.74% y pulmonar con 55.26%. Llama la atención el caso de debilidad auditiva con 37.50%, lo cual puede deberse en parte a la carencia de servicios y personal suficiente para atenderlos. Al hacer el análisis estadístico para la atención de los daños se puede concluir que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas y que por lo tanto

la atención médica guarda relación con el tipo de daños.

Para completar el presente estudio se analizó el número de inválidos que se integran a las fuerzas laborales y se comprobó que un gran porcentaje permanece completamente inactivo (41.8%), mientras que un 42.8% desarrolla actividades productivas. La ocupación más representativa es la de servicios (meseros, coperos, choferes) con un 25.7%; el 9.4% se dedica al comercio y un 7.7% a la industria.

Se espera que este estudio sirva para crear una inquietud análoga en las diferentes entidades y personas interesadas en la materia, lo que redundará en beneficio de las comunidades en general.

INAUGURACION DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" EN CUENCA, ECUADOR¹

En 1977 se cumplen 420 años de la fundación de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Resulta significativo este aniversario dado que el 12 de abril de este año, las autoridades del Ministerio de Salud de Ecuador inauguraron el hospital "Vicente Corral Moscoso" en dicha ciudad.

La institución, si bien cuenta ahora con modernas instalaciones, tiene una historia que se remonta al siglo XVI cuando se fundó con el nombre de Hospital de San Andrés en 1557, a los pocos meses de la fundación de la ciudad de Cuenca.

Con motivo de la inauguración del hospital, se ha publicado una monografía escrita por el Dr. César Hermida Piedra, profesor de historia de la medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, titulada *Hospital de Cuenca "Vicente Corral Moscoso"*—Anotaciones históricas. En este

libro se hace una descripción detallada de los acontecimientos relacionados con su fundación, funcionamiento, cambios de nombre y logros alcanzados a lo largo de cuatro siglos de existencia.

No obstante que oficialmente se ordenó su fundación en 1557 el hospital no funcionó de manera continua sino hasta el siglo XVII. En el siglo XVIII, en 1747, se encomienda a los frailes Betlemitas que se hagan cargo del Hospital y es en ese año cuando se inicia una "atención más o menos científica"; en esta época se le denomina Hospital Real de Cuenca. El Hospital va extendiendo sus instalaciones y amplía su campo de actividades; se establece una botica y se crea una cátedra de medicina en el Hospital. Dada su ubicación, entre los habitantes de Cuenca se le conoce como Hospital de San Blas y más adelante, en 1872, las Hermanas de la Caridad se hacen cargo de la atención en la institución, la que se inaugura entonces con el nombre de Hospital de San Vicente de Paúl, nombre que conservó durante casi un siglo.

¹ Reseña basada en la monografía *Hospital de Cuenca "Vicente Corral Moscoso"*—Anotaciones históricas, por el Dr. César Hermida Piedra, publicada bajo los auspicios del Ministerio de Salud, Ecuador, 1977.