

HP-6

**ARQUITECTURA SANITARIA PARA ENFERMEDADES ESPECIALES:
VENEZUELA Y MODERNIZACIÓN, 1936-1952**

Fato, Ana

Universidad Nacional Experimental del Táchira, San Cristóbal, Venezuela

anae71@gmail.com

Introducción

En Venezuela a lo largo de la primera mitad del siglo XX, la atención de los problemas sanitarios en la población fue incorporada como parte de las políticas del Estado a través de programas y planes especiales de los gobiernos entre 1936 y 1952, de esta manera se organizó el sistema asistencial a partir de una red de edificaciones dispuestas a nivel nacional.

Los cambios se iniciaron desde 1936, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) separado de las actividades del Ministerio de Agricultura y Cría (1930) que sustituyó; con este nuevo Ministerio la sanidad fue asumida responsablemente por el Estado como doctrina pública. Los servicios de salubridad fueron organizados a partir de la especialización de la práctica médica, la cual no sólo se manifestó en el ámbito profesional, sino que también se trasladó al ámbito funcional y estético de los edificios a su servicio.

En la proyección y construcción de las edificaciones que pertenecieron a la red los arquitectos e ingenieros atendieron las sugerencias, recomendaciones, solicitudes, normas técnicas y de diseño planteadas por médicos y especialistas venezolanos y extranjeros. Se llegó a pactar con la función y las relaciones de la vida moderna en diseños especiales para la asistencia médica, formulando lo que se definió como arquitectura sanitaria. El surgimiento de esta forma de especialización se hace desde el momento en que le: "corresponde a la Ingeniería el proyectar y construir caminos y puentes para el servicio de edificios sanitarios, el drenaje y saneamiento de terrenos (...) [y] le corresponde a la Arquitectura el proyecto y construcción de todos los edificios de carácter y uso sanitario, desde un sencillo Dispensario Rural al Hospital Policlínico más complicado" (XII Conferencia Sanitaria Panamericana, 1946, pp. 5-6).

Sin embargo, entre el "Dispensario Rural" y el "Hospital Policlínico" hay una gama de edificios de heterogénea complejidad, no sólo por la práctica proyectual sino por su planificación con relación a la praxis médica moderna. Los tratamientos para las enfermedades latentes en el país desde 1936 establecieron los criterios de distribución de espacios y de emplazamiento con relación a la ciudad, en especial, en aquellos destinados a la atención de enfermos socialmente discriminados por ser contagiosos como los leprosos y los tuberculosos o peligrosos como los enfermos mentales. La arquitectura sanitaria respondió con criterios de aislamiento, vigilancia y segregación en correspondencia con lo caracterizado por Michel Foucault desde la Edad Media como "sistemas disciplinarios aislados"; estos sistemas funcionaron como "tácticas" a partir de las concentraciones demográficas y la formación de un sistema capitalista demandante de mano de obra trabajadora (Foucault, 2005, p. 94-95).

Las intervenciones del MSAS se producen en un escenario caracterizado por la decadencia de las antiguas costumbres, la incipiente idea de lo *racional* y la consolidación de un Estado institucionalizado, promotor de los cambios y al servicio de las masas de población que emigraron de los campos y otras naciones a las principales capitales. A partir de este momento comenzó una nueva forma de hacer arquitectura, articulada con las diligencias propias de un Estado moderno solícito de ser representado en el objeto construido e interesado en la institucionalización de la práctica médica y todos los temas vinculados con ella.

A finales de los años treinta el paisaje urbano en Venezuela comenzó a ser ocupado con edificaciones asistenciales de todos los niveles y para la atención de diferentes enfermedades; la red a nivel nacional consideró algunas para enfermedades especiales: lepra, tuberculosis y mentales. Para la atención de la tuberculosis se construyeron durante la modernización: el Sanatorio Antituberculoso "Simón Bolívar" (1939) de Caracas; el Sanatorio Antituberculoso "Venezuela" (1942) de Mérida; el Sanatorio Antituberculoso tipo "B" de Valencia (1948-1952) y los Sanatorios Antituberculosos de las ciudades de Valera, Maracay y San Cristóbal (1944), entre otros.

El objetivo de esta presentación es conocer desde una perspectiva histórica una de las obras públicas que formó parte de la red sanitaria, se estudia el caso específico del Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal (1939-1944) en tanto representó un conjunto urbano sanitario proyectado y construido para atender especialmente la tuberculosis en la región del Táchira.

En él se aplicaron criterios de aislamiento con relación a la ciudad, su organización respondió a las necesidades terapéuticas, del contexto cercano y de la movilidad de sus habitantes.

Las particularidades de este Sanatorio se trazan a partir de los criterios y recomendaciones de la compleja estructura institucional del MSAS cuyas funciones fueron ampliadas hasta convertirse en una de las dependencias con más proyectos de arquitectura sanitaria durante la modernización venezolana. Los indicios de que para la construcción del Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal se utilizó uno de los proyectos modelo realizado en la División de Ingeniería Sanitaria, dependencia del MSAS, indican que los alcances de las políticas del Estado fueron efectivos a nivel nacional, a partir de los planes y programas sanitarios particulares para cada tipo de enfermedad como en la construcción de una infraestructura especial para su atención.

Los programas, los planes y la red sanitaria

Las estadísticas de la natalidad, la mortalidad y el crecimiento de la población en Venezuela entre 1905 y 1953 muestran un salto en cifras que suponen un cambio en las condiciones de vida de los venezolanos: pasar de 68.978 nacimientos a 250.922; de 58.343 defunciones a 53.889 y, de un crecimiento vegetativo de 31.459 a 197.033 (Zúñiga, 1955, pp. 35-52) fue un indicador de que el país presenció múltiples transformaciones entre las que se encontraba el aumento de población producto de la disminución de la mortalidad por cualquier tipo de enfermedad. Sin embargo, detrás de estas cifras se estructuraron nuevas funciones en la ciudad a partir de las necesidades colectivas, las cuales fueron atendidas por el Estado en las incipientes condiciones que impuso la vida moderna.

El sistema asistencial formó parte de una compleja trama de relaciones entre las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales y religiosas. Trama que tenía sus antecedentes en la Venezuela que recibió el siglo XX: una economía constituida por las explotaciones agrícolas y pecuarias, sin mayor alcance nacional, de auto abastecimiento local por las precarias condiciones de las vías de comunicación; una incipiente industria petrolera que buscaba acomodo a través del beneficio de la explotación extranjera, nunca favorable para el país.

A los ocho años de recibir el nuevo siglo se plantó un gobierno por veintisiete años, dirigido por Juan Vicente Gómez (1908-1935) cuyas caracterizaciones de pocos avances, de estancamiento

cultural y educativo fueron complementadas con un acentuado énfasis en “una situación de obediencia generalizada y garantizable” (Pino, 1993, p. 64). Todo cuanto se hizo durante el gomecismo fue de manera inconexa, atendiendo prioritariamente las necesidades que para el caudillo eran fundamentales: el mejoramiento del ejército, la integración geográfica del país y las adecuaciones de los ingresos del Tesoro Nacional, dejando a un lado intervenciones planificadas y destinadas a la atención de la instrucción pública, la salud y la vivienda. No resulta en vano la comparación que de Gómez se hace con “El César poderoso da y quita, sin que medien en su determinación ministros y ministerios, formularios, estadísticas y oficinas de nuevo cuño” (Pino, 1988, p. 41).

En este escenario las intervenciones que sobre la ciudad y el territorio se realizaron fueron expresiones aisladas, finalmente adaptadas a las dispersas políticas de Gómez. Si bien es cierto que las débiles políticas del gobierno durante estos años no fueron las razones para el mejoramiento de las cifras mencionadas, las condiciones en las que se encontraba el país en 1935, a la muerte de Gómez, explican por qué el comienzo de la formación de un sistema asistencial articulado y planificado desde 1936 con la puesta en funcionamiento del MSAS como parte de las políticas del Estado durante la modernización.

Los programas sanitarios emprendidos en el gobierno de Eleazar López Contreras (1936-1941) con la propuesta del *Programa de Febrero* y *El Plan Trienal*, tuvieron como objetivo el mejoramiento en las instalaciones de los edificios asistenciales. Es por ello que en el año 1938 la ejecución del *Plan Trienal* promovió “la higienización del hombre y del medio en que vive (...) y la construcción de hospitales y centros de asistencias” (López, 1938, pp. 588-589). Este *Plan* fue continuado durante el gobierno de Isaías Medina Angarita (1941-1945), quien lo anunció en sus discursos, adicionando instrumentos legales e institucionales que lo apoyaron. En este contexto político se estructuró la red sanitaria y la construcción de las primeras instalaciones especiales para la atención de los enfermos de tuberculosis.

En esta red se incluyeron los sanatorios antituberculosos como parte de la infraestructura planificada por la División de Tuberculosis (1936)¹ junto con el Dispensario y el Instituto Nacional de Tuberculosis. Estos edificios fueron ideados bajo el criterio de la prevención y de la curación de la enfermedad incluyendo en ellos espacios para la hospitalización. Las funciones fueron estudiadas por los especialistas, sin desvincularse de las políticas del Estado deseoso por responder a los problemas de salud de los habitantes del país.

El Estado abrió el compás de acciones para atender los problemas de salud e incluyó en sus estructuras organizativas algunas instituciones privadas, las cuales estaban representadas por sociedades religiosas, filantrópicas a quienes se les otorgó en la medida de sus posibilidades el financiamiento, la organización y la administración de los servicios médicos curativos a través del apoyo de los estados y los municipios.

Los planes de salud se fueron concretando con la construcción de la red hospitalaria en todo el territorio nacional. Los anteproyectos de algunas obras públicas sanitarias, durante dos años, estuvieron a cargo de la División de Ingeniería Sanitaria dependencia del MSAS creada en julio de 1937 para atender diferentes géneros de la sanidad a través de sus secciones². Hasta 1939 las funciones de esta División estaban referidas al “estudio, elaboración y revisión de proyectos completos y de reformas de edificios sanitarios que se estudian previamente (...) Estos proyectos comprenden hospitales, sanatorios, asilos, dispensarios de distintos tipos y clases, mataderos, mercados (...) edificios para colonias psiquiátricas y refugios de leprosos y otros centros sanitarios y benéficos” (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1945, pp. 87-88).

¹ La División de Tuberculosis tenía sus antecedentes en la fundación del primer dispensario antituberculoso de Caracas en 1928, la producción de la vacuna B.C.G. desde 1932 y la creación del Servicio Nacional de Tuberculosis en julio de 1936, éste último dirigido por el doctor José Ignacio Baldó. Baldó (1898-1976), médico neumonólogo, graduado de doctor en Ciencias Médicas de la Escuela de Medicina de Caracas (1920). Luego de hacer estudios en Estados Unidos, Suiza, Hamburgo y Múnich, regresó a Venezuela en 1926 y junto con el doctor Martín Vegas organizó la lucha contra la tuberculosis desde el ejercicio de la medicina privada y pública. Fue ministro de Agricultura y Cría (1933), elaboró los programas médicos para el sanatorio antituberculoso El Algodonal (1939), de medicina Simplificada para las prácticas curativas del personal no médico en zonas apartadas y fronterizas.

² “A partir del 1 de julio [de 1944] y con el propósito de centralizar e imprimir unidad de acción a todas y cada una de las funciones tanto técnicas como administrativas que la integran; así como también responsabilizar debidamente su personal en todos aquellos asuntos que le toque conocer y actuar, las actividades de esta División fueron distribuidas en varias secciones: 1) Sección de Cloacas y Acueductos 2) Sección de Industria, Matadero, Mercados, Vaqueras, Planta de Pasteurización de Leche y Aseo Urbano 3) Sección de Urbanización, Permisos y Control de Construcciones, Control de insectos y roedores 4) Sección de Arquitectura Sanitaria 5) Sección de Anquilostomiasis, Empotramiento y Letrinas 6) Taller central de letrinas”. En: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1945). *Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. pp. 84, 95.

Además esta División elaboró las normas para la construcción de edificios asistenciales y debió “informar acerca de edificios que han de construirse, otras, aprobar peticiones de construcción; otras, aconsejar, proporcionar esquemas funcionales, hacer correcciones sobre propuestas de proyectos. Pero la labor más interesante ha sido la de crear una verdadera conciencia arquitectónico-sanitaria e intentar estudiar un tipo apropiado al medio venezolano” (XII Conferencia Sanitaria Panamericana, 1946, p. 3).

Un grupo de arquitectos venezolanos apoyados en los conocimientos médicos, realizaron un especial estudio de las necesidades de cada tipo de edificio y de esta manera se definieron las directrices básicas para el funcionamiento de la red sanitaria y su infraestructura.

La División estuvo dirigida por uno de los arquitectos más destacados en la proyección de hospitales en el país, el arquitecto Fernando Salvador³. La experiencia de Salvador fue determinante para su elección como el primer arquitecto contratado por la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS. Muchos de los estudios y los criterios de diseño de Salvador fueron aplicados en edificaciones asistenciales de diferentes dimensiones ubicadas en ciudades venezolanas.

Las edificaciones especiales para la atención de la tuberculosis contaron con características particulares para su funcionamiento, entre los proyectos más significativos se encuentran el Sanatorio Antituberculoso “Simón Bolívar” en El Algodonal” proyecto del arquitecto Carlos Guinand Sandoz (1889-1963) ejecutado en el año 1939; este conjunto arquitectónico sanitario se organizó a partir de los criterios de aislamiento y segregación, en pabellones de dos pisos con terrazas y balcones dispuestos entre generosos patios, emplazado a cinco kilómetros de la capital, Caracas, en un valle rodeado de abundantes áreas verdes, protegido de los vientos provenientes de la ciudad. (Foto 1)

³ Fernando Salvador (1896-1972). Graduado de arquitecto en la Escuela Superior de Arquitectura de Madrid (1922), se especializó como arquitecto sanitaria, trabajó en el Ministerio de la Gobernación, fue funcionario público en el área sanitaria por lo que fue un experimentado en la construcción de hospitales. En 1938 fue nombrado Encargado de Negocios de la República Española en Caracas. Entre los proyectos de Fernando Salvador se encuentran las medicaturas rurales tipo, la Unidad Sanitaria de Maracaibo, Casa de Beneficencia para Barinitas, Asilo de Mendigos para Puerto Cabello, hospital de 60 camas para Guanare, dispensarios, hospital para 100 camas, sanatorios antituberculosos de Maracaibo, Valencia, Cumaná, hospitales generales e infantil de Valencia, del Seguro Social de La Guaira, de Porlamar, de Pregoneros, de Caucagua, además fue revisor de los planos de otros proyectos de edificaciones sanitarias a ser construidos por el MOP.



Foto 1. Sanatorio Antituberculoso "Simón Bolívar" en El Algodonal". Caracas, Vista de las alas laterales del conjunto destinadas a las habitaciones.

Fuente: GALERÍA DE ARTE NACIONAL. *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época.* Gráficas Armitano, Caracas, 1998.

Carlos Raúl Villanueva (1900-1975) proyectó en el año 1942 el Sanatorio Antituberculoso "Venezuela" de Mérida, atendiendo una organización arquitectónica propia para la asistencia médica de la tuberculosis; en tres pisos se distribuyen los espacios de este centro asistencial volcados internamente hacia dos patios y externamente hacia los paisajes montañosos que caracterizan a la capital merideña, logrando una perfecta relación del paciente con las bondades climáticas de su entorno. (Foto 2)



Foto 2. Fachada posterior Sanatorio antituberculoso "Venezuela". Mérida
Fuente: Ministerio de Obras Públicas (1948). *Memoria y Cuenta. Gráfica.* Imprenta Nacional



Foto 3. Sanatorio Antituberculoso tipo "B". Colonia Psiquiátrica Bárbula. Valencia.
Fuente: Ministerio de Obras Públicas. (1948). *Memoria y Cuenta. Gráfica.* Imprenta Nacional

El Sanatorio Antituberculoso tipo "B" de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula en Valencia fue un proyecto del arquitecto Willy Ossot (1911-1975) realizado entre 1948 y 1952 a partir del anteproyecto de la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS. Finalmente, el "proyecto tipo con capacidad para 150 camas [para el cual] el despacho de Obras Públicas celebró un contrato con el ingeniero Willy Ossot" (Ministerio de Obras Públicas, 1948, p. 109); fue construido al norte de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula en una gran extensión de terreno, atravesando el río Cabriales en un edificio dispuesto en forma de peine, de tres pisos con anchos corredores y terrazas rodeado de un extraordinario paisaje natural montañoso, permitiendo constantemente el contacto del paciente con la naturaleza. (Foto 3)

El proyecto para el Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal construido entre 1939 y 1944 contó con características similares a los edificios brevemente comentados, sin embargo las condiciones de la capital tachirensis y los requerimientos de un edificio sanitario para la atención de los enfermos de tuberculosis particularizaron su ejecución.

Un proyecto del MSAS para el Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal

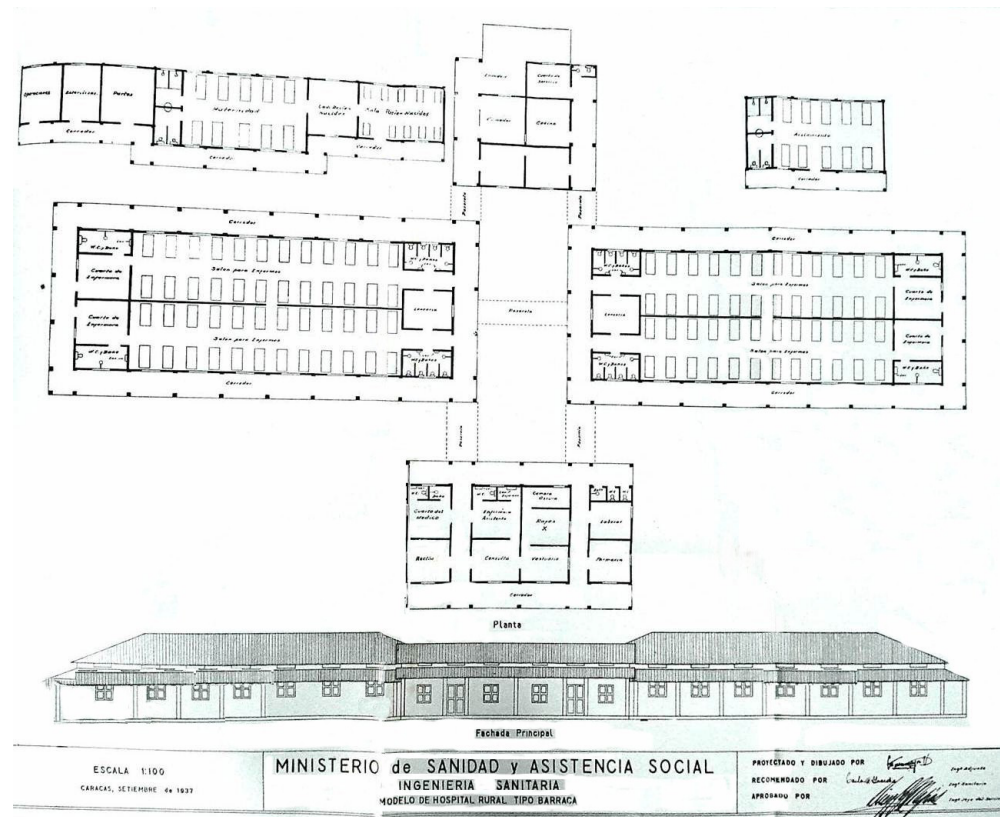
Las funciones del MSAS dieron cuenta de abarcar todos los ámbitos vinculados con la asistencia médica en el país, incluso como parte de la División de Ingeniería Sanitaria un grupo de arquitectos e ingenieros se dedicaban a la proyección de edificios especiales; en 1944 la Sección de Arquitectura de la División de Ingeniería estaba integrada por 2 arquitectos, asistentes y dibujantes, concretando el trabajo coordinado entre una Comisión Interministerial del Ministerio de Obras Públicas y el MSAS.

Como parte de los proyectos ejecutados se encuentra el "Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca" (Plano 1) del año 1937, realizado durante la gestión del ministro Honorio Sígala. Esta propuesta arquitectónica respondió a las normas propias del proceso de institucionalización de la medicina planteadas por el MSAS; este modelo fue utilizado como Sanatorio Antituberculoso en algunas ciudades del país.

En el Sanatorio Antituberculoso en San Cristóbal, capital del estado Táchira, se adoptó el proyecto del Modelo mencionando del MSAS, en él se cumplió con las normas elementales de saneamiento, construcción y ubicación de este tipo de edificios en el paisaje urbano de la

ciudad, en respuesta al pacto entre los profesionales de la medicina, la arquitectura y la ingeniería, al tiempo que formó parte del proceso de modernización sancristobalence.

Basta recordar que la atención médica en esta ciudad, al igual que en el resto del país, entre los siglos XVII y XIX se realizó en el contexto familiar y de la Iglesia en viejas casonas acondicionadas para ello. Las antiguas instalaciones y funciones del Hospital San Juan de Dios (1874), promovido por el padre Manuel María Lizardo, fueron sustituidas por el Hospital Vargas inaugurado en diciembre 1927. (Foto 4)



Plano 1. Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1938). *Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, Caracas, Litografía Casa de Especialidades.



Foto 4. Fachada del Hospital Vargas. San Cristóbal. 1927

Fuente: DÍAZ BRANTE, Humberto (1997). El estado Táchira: Álbum gráfico, 1930. 2ª. Ed. San Cristóbal, Gobernación del estado Táchira.

El Hospital Vargas se hizo insuficiente para atender la demanda de pacientes provenientes de la región, especialmente, para la cantidad de población enferma en el estado Táchira, la cual en la primera mitad del siglo XX se ubicó en los primeros lugares de las estadísticas, sobre todo con enfermedades como la lepra y la tuberculosis.

El Estado a través de la intervención del Ministro Sígala en 1937 ordenó la creación de un nuevo dispensario para la atención de la tuberculosis en San Cristóbal, dirigido por el doctor Raúl Soulés Baldó⁴ (1907-1976) con el apoyo de la Municipalidad mediante la gestión de un plan de asistencia social. Se ubicó en la Unidad Sanitaria en tanto este tipo de establecimientos formó parte de la primera estructura organizativa de los centros hospitalarios realizada desde 1936 y bajo la dirección técnica del MSAS. En este centro asistencial se atendió de forma primaria la tuberculosis junto con enfermedades venéreas, higiene y materno-infantil y se realizaron controles de enfermedades transmisibles agudas como la lepra. Al momento de crearse los

⁴ Raúl Soulés Baldo quien fuera médico de la Universidad Central de Venezuela (1934) luego de revalidar el título obtenido en la Universidad de París, escritor y periodista. Se especializó en Nueva York en Tisiología en la Trudeau School of Tuberculosis (1943). Miembro fundador del Colegio de Médicos del estado Táchira (1941); Médico Jefe del Servicio de Medicina del Hospital Vargas de San Cristóbal (1934-1941); Director fundador del Antituberculoso de San Cristóbal hasta 1941, director del Programa de La Gota de Leche patrocinado por el MSAS, dedicado a la medicina y a los avances en el tratamiento de la tuberculosis, introdujo los rayos X para el diagnóstico de la enfermedad; secretario general de Gobierno del estado Táchira (1941-1942); Ministro del MSAS (1951-1952), Sub Director del Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar del Algodonal.

sanatorios antituberculosos, su "administración [era mediante] la División de Tuberculosis, está generalmente encomendada al jefe del dispensario antituberculoso de la Unidad Sanitaria, con lo cual se obtiene que ambas instituciones forman una sola unidad asistencial" (Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 1952, 105).

Mientras se atendieron en el dispensario a los pacientes atacados por el bacilo de Koch, causante de la tuberculosis, la Asociación Tachirensis de la Lucha Antituberculosa (1943, ATLA) emprendió una campaña en contra de la enfermedad, que concluyó, entre otras cosas, en la construcción del primer centro de hospitalización para su atención: el Sanatorio Antituberculoso.

La ATLA fue parte de las sociedades privadas que recibieron apoyo financiero y de organización por parte del Estado, entre sus funciones estaba "encauzar y fomentar la colaboración privada y hacer propaganda educativa (...) encargada de motorizar (...) la campaña antituberculosa, y a recordarnos a todos los ciudadanos, sin distinción de colores ni de nadería política, que los grandes males de la Patria deben interesarnos por igual para que no nos situemos en un plano egoísta de negación de nuestra modesta o grande colaboración" (1946, diciembre 22).

El gobierno regional representado en el doctor José Abel Montilla como Presidente del Estado en colaboración con el MSAS, decretó la construcción del Antituberculoso en enero de 1939 y fue concluido en junio de 1944. Se organizó en un conjunto urbano sanitario siguiendo el "Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca", al borde de la antigua Carretera Central del Táchira construida entre 1911 y 1914, convertida desde 1942 en la avenida Guayana desde la intersección con la actual avenida Carabobo y el sector Los Kioskos (sector Sabana Larga).

El uso de la barraca tiene antecedentes desde el siglo XVII, cuando en Londres el doctor Richard Mead se preguntó las razones del contagio de las enfermedades, especialmente, la plaga que azotó la ciudad en 1666. Entre las respuestas encontró la contaminación a partir de la calidad del aire, problema que podrían ser resueltos mediante el control humano. Los primeros análisis científicos arrojaron que los pacientes ubicados en improvisadas instalaciones militares

mejoraban más rápidamente que otros con fiebre escarlata y otras enfermedades en edificaciones ubicadas en las ciudades: los alojamientos improvisados favorecían la circulación del aire y la exposición al calor del paciente cuando lo requerían.⁵

En tal sentido, se recomendó como instalación para el hospital la tienda cubierta de construcción liviana. Para los climas fríos y tiempos de invierno se utilizaron cabinas de madera consideradas como los mejores hospitales construidos hasta el momento. Este tipo de edificio resultó económico, eficiente, de fácil supervisión y ubicado en un ambiente sanitario favorable. Además, el emplazamiento de las unidades de hospitalización en forma de barraca podía ser repetido en tanto el terreno lo permitiera en cualquier de sus direcciones.

El Antituberculoso de San Cristóbal, inicialmente contó con cuatro salas de 25 camas cada una, separadas dos para hombres y dos para mujeres. El número de camas era insuficiente tomando en consideración la deficiencia de espacios para la hospitalización y el número de enfermos de tuberculosis de la región⁶, por lo que el proyecto fue ampliado y mejorado en varias oportunidades. La deficiencia del número de camas fue cubierta mediante el aumento de la capacidad de la barraca por gestiones de la ATLA, la cual organizó diversas actividades en la ciudad y recibió donativos de camas, al tiempo que solicitó públicamente que “el Ejecutivo Regional o el Ministerio de Sanidad, aumente la asignación respectiva y cuando al edificio se le terminen los acondicionamientos necesarios para poder ampliar el contenido de sus pacientes” (1946, diciembre 22).

⁵ En el idioma original: “When the plague broke out in Marseilles it caused great anxiety in England, for that plague year of 1666 was only too well remembered. A leading medical practitioner of London, Richard Mead, was asked by the government for his opinion as to whether plague was caused by quarantine, or whether it arose spontaneously from some quality of the air and was thus beyond human control. Mead replied with *A Discourse on the plague* (1721), in which he combined the thinking of classical authors on the cause of infection with his own clinical observations. Winslow reminds us that the mystification of the best physicians of the time before the phenomenon of contagion was natural because there was not enough scientific information to permit them to make a more accurate diagnosis until beginnings of our own century”. THOMPSON, John; GOLDIN, Grace. (1975) *The hospital: a social and architectural history*, p. 149

⁶ “En cuanto a servicios de hospitalización para tuberculosos cuenta actualmente el Táchira con cincuenta y cinco camas sanatoriales y cien camas para aislamiento, lo que apenas da un total menos de cincuenta por ciento de las camas que se necesitan, de acuerdo con los datos de morbilidad y mortalidad que se tienen, los que traducen la necesidad de trescientas sesenta camas, o sea una cantidad de tres camas por cada defunción por tuberculosis”. “La Asociación Tachirensis de Lucha Antituberculosa”. *Vanguardia*. Editorial. San Cristóbal, domingo 22 de diciembre de 1946.

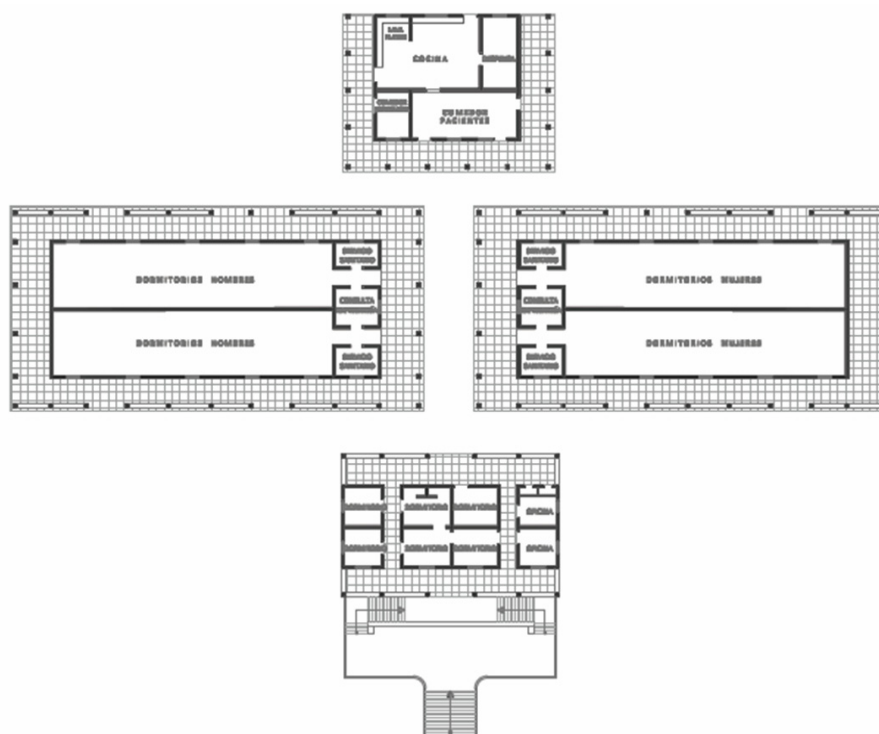
No puede desestimarse la similitud entre el Sanatorio Antituberculoso y el proyecto presentado como “Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca” realizado por Ingeniería Sanitaria del MSAS, así como la aplicación de criterios modernos para su ubicación con relación a la ciudad, organización y funcionamiento en el terreno. El grupo de edificios respondió a la recomendación médica del aislamiento que este tipo de centro asistencial debió tener: el “único criterio que podía entrar en consideración para el establecimiento de diferentes tipos de sanatorios, sería el que impusiera el correcto tratamiento de la enfermedad” (Baldó, 1951, p. 104), prevaleció la idea de alejar a los tuberculosos por ser considerados como peligrosos para la sociedad.

Estos edificios se ubicaría en zonas suburbanas “para reducir los costos de construcción y especialmente de funcionamiento (...) el mejor sitio será aquel donde se puedan resolver fácilmente los servicios de vías de acceso, suministro de agua abundante y desagüe, y donde estén aseguradas todas las fuentes de aprovisionamiento.” (Baldó, 1951, p. 107). El Sanatorio Antituberculoso se emplazó al norte de la ciudad, en la zona de expansión natural, no en la de ensanche, porque el sector no mantuvo el trazado tradicional sino que se configuró de acuerdo con el primer trazado de la Carretera Central del Táchira (Plano 2).



Plano 2. Ubicación del Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal
Fuente: Plano Regulador de San Cristóbal, 1950

La zona podría considerarse suburbana, tal como la describe el Dr. Baldó. Entonces, tanto en su configuración arquitectónica como en el emplazamiento urbano se respetaron las recomendaciones médicas establecidas, se pueden considerar como parte de una tipología edilicia destinada a la atención de una dolencia específica, respondiendo a los cambios producto de la modernización en la capital tachirenses, en este caso como uno de los pocos de promoción privada.



Plano 3. Planta de los pabellones, Sanatorio antituberculoso. Junio 1944

La organización del Antituberculoso era en dos edificios de hospitalización dispuestos simétricamente y rematados en uno de sus extremos por los baños y cuartos de lencería, a diferencia del proyecto del MSAS que consideró en cada uno de los extremos estos espacios. La disposición atiende un eje axial por el acceso desde la vieja Carretera. Cada uno de forma rectangular rodeados por corredores abiertos con doble función: de circulación y de solarío, circundados de grandes zonas de jardines y patios entre ellos, de esta forma se crearon

ambientes tranquilos e íntimos (Plano 3). Todas estas características comunes a los edificios proyectados por Guinand, Villanueva y Ossot para los antituberculosos de las ciudades de Caracas, Mérida y Valencia respectivamente.

Fuente: Dibujo realizado a partir de los planos que forman parte del trabajo titulado "Historia del sanatorio antituberculoso de San Cristóbal". Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirenses. UNET

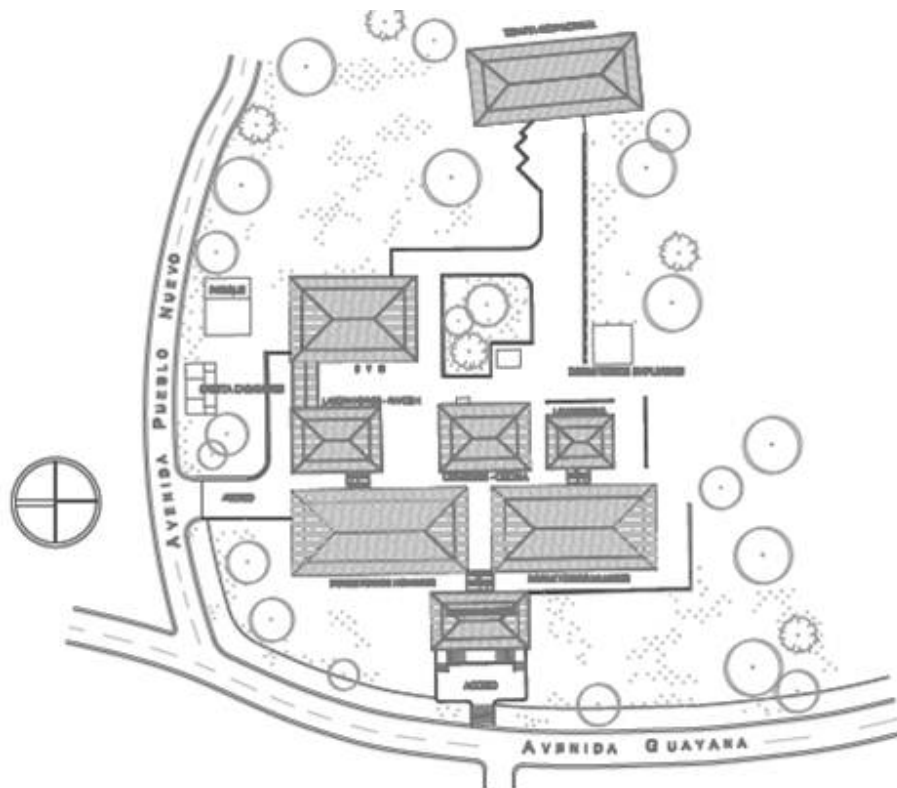
Las cubiertas de los espacios son de teja a cuatro aguas, en dos niveles sostenidas por sencillas columnas de sección cuadrada; entre los niveles de techo, una línea de ventanas delgadas y alargadas se deja ver (Foto 5). Adicionalmente, el conjunto contó con un edificio para el personal médico y de enfermeras que en el proyecto del MSAS es compartido con los espacios para el revelado de los Rayos X, ubicado como entrada principal hacia la Carretera Central del Táchira.



Foto 5. Sanatorio Antituberculoso. San Cristóbal. 1947.

Fuente: Táchira 1547-1947. Homenaje de la Junta Pro-Commemoración de Cuarto Centenario de Descubrimiento del Táchira. San Cristóbal, 14 de agosto de 1947. Publicaciones CASBER

En la parte posterior a los edificios de hospitalización se ubica el de servicios con la cocina y el comedor para los pacientes. Si bien es cierto que el proyecto del MSAS consideraba un edificio especialmente para maternidad y uno especial de aislamiento, en el Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal estos edificios fueron construidos como parte de las ampliaciones del mismo, sin tener las funciones planteadas inicialmente. (Plano 4)



Plano 4. Plano de Conjunto, Sanatorio antituberculoso. Junio 1944

Fuente: Dibujo realizado a partir de los planos que forman parte del trabajo titulado "Historia del sanatorio antituberculoso de San Cristóbal". Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirense. UNET

Los elementos arquitectónicos en los edificios recuerdan a las viejas casonas coloniales, en donde los patios funcionan como elementos principales y organizadores del conjunto arquitectónico. Es una expresión propia de los años cuarenta, cuando se promovió la reconciliación entre las viejas y nuevas formas de organización del espacio en una suerte de alianza con el proceso de modernización; se utilizó el neocolonial en tanto identidad de lo venezolano, a principios del siglo XX algunos arquitectos, con base en investigaciones sobre la

arquitectura caraqueña del siglo XVIII, comenzaron a dar respuestas arquitectónicas en edificaciones destinadas a los sectores "aristocráticos" mediante una magnificada y deliberada estética colonial. La composición con elementos dieciochescos fue un mecanismo utilizado para darle pertenencia al objeto arquitectónico en el contexto nacional. En el repertorio de la arquitectura colonial se rescatan las cubiertas de madera y teja criolla a dos y cuatro aguas en paralela armonía, uso de corredores abiertos con columnas como distribuidores de los espacios y ventanas de madera.

A la estructura original del Sanatorio Antituberculoso se adicionaron espacios de acuerdo con la evolución de los tratamientos para la tuberculosis. Desde 1958 la terapia ocupacional se ensayó en los pacientes del Sanatorio "Simón Bolívar" en El Algodonal de Caracas, los resultados positivos de la misma fueron aplicados por un "jefe de servicio, quien realizó pasantía en el Departamento de Terapia Ocupacional (...) organizó la biblioteca para uso exclusivo de los pacientes" (Romero, 2004, p. 55) del Sanatorio de San Cristóbal, además de la lectura se recurrió a la escritura, a los trabajos manuales y de costura. El objetivo de las terapias "era readaptar a los enfermos que han sido sometidos a un tratamiento intensivo de curación y que por sus condiciones especiales deben cambiar de profesión u oficio" (1958, agosto 8); estas actividades se realizaron en un nuevo edificio construido con las mismas características arquitectónicas propuestas en el edificio de aislamiento del proyecto modelo del MSAS.

La ATLA se encargó de su construcción con aportes privados de la sociedad sancristobalense, para el acceso a éste se planteó una calle entre los edificios existentes. La terapia ocupacional fue reforzada mediante tratamientos ambulatorios con nuevos medicamentos para tuberculosos de eficiencia; de esta manera se aplicaron modernas técnicas terapéuticas con lo cual disminuyó el porcentaje de mortalidad por esta enfermedad en la región tachireense, pasando a ser el más bajo a nivel nacional.⁷ (Foto 6)

⁷ Las cifras de población afectada por la tuberculosis descendió en un coeficiente estimado por 100.000 habitantes de 199.42 habitantes en 1935 a 119.69 habitantes en 1951. Ver: ZUÑIGA CISNEROS. M (1955). "Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela" *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*. No. 7, enero-abril 1955, Vol. III, p. 43.



Foto 6. Fachada del nuevo pabellón de terapia ocupacional.
Fuente: "Dentro de proco será inaugurado el pabellón de terapia ocupacional". La Hora. Miércoles 8 de agosto de 1958, p. 5.

Finalmente, el Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal es uno de los casos representativos de la arquitectura sanitaria durante la modernización venezolana, proyectado como respuesta a los tratamientos médicos para la curación de una de las enfermedades especiales: la tuberculosis. El conjunto da respuesta a la necesidad de distracción y a la separación del enfermo del núcleo familiar para evitar el contagio, en una respuesta arquitectónica planificada por el Estado representado en la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS, y gestionada por una organización privada como la ATLA, en donde el edificio adquirió valor terapéutico en tanto: "lo que cura en el hospital es el hospital mismo (...) la disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en ese espacio el modo de circulación por él, el modo de observar y ser observado" (Foucault, 2005, p. 124) y esto se devalúa en la notable disminución de la mortalidad en la región tachirense.

La arquitectura sanitaria proyectada para enfermedades especiales en Venezuela desde 1936 se realizó a partir de la integración de los criterios de diseño establecidos por arquitectos, ingenieros y médicos. Las edificaciones dieron respuesta a la institucionalización de la medicina en el país, la cual formó parte de la política nacional impuesta por el Estado venezolano de construir una red de edificaciones sanitarias a nivel nacional.

Referencias bibliográficas

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (1938), año 17, No. 7.

XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1946). Cuadernos Amarillos. Publicaciones de la Comisión Organizadora. No. 6, editorial Grafolit.

Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Informe presentado en 1952, publicado con motivo del XXXV aniversario del Ministerio, Caracas, 1971.

FOUCAULT, Michel (2005). *El poder psiquiátrico.* FCE, Buenos Aires.

"Historia del sanatorio antituberculoso de San Cristóbal". Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachireño. UNET.

La Hora (1958, agosto 8) San Cristóbal, s/e.

PINO ITURRIETA, Elías (1993). *Juan Vicente Gómez y su época.* Monte Ávila, Caracas.

PINO ITURRIETA, Elías (1988). *Venezuela metida en cintura: 1900-1945.* Cuadernos Lagoven, Serie Repúblicas, Editorial Arte, Caracas.

Revista de Sanidad y Asistencia Social (1940, 1949, 1951), Caracas: MSAS.

Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (1955), Caracas: s/e

ROMERO LOBO, Francisco (2004). *Historia de la medicina en el estado Táchira.* Biblioteca de Temas y Autores Tachireños, San Cristóbal. (BATT, No. 110).

Vanguardia (1946, diciembre 22; 1947, enero 24; 1958, agosto 26) San Cristóbal: Editorial

Vanguardia.

VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1945). *Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social,* Caracas, Litografía del Comercio.

VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS (1948). *Memoria y Cuenta.* 1948, Caracas, Imprenta Nacional.