



Universidad Central de Venezuela
Facultad Arquitectura y Urbanismo
Coordinación de Estudios de Postgrado
Doctorado en Arquitectura

**ARQUITECTURA PARA EL AISLAMIENTO.
HOSPITALES ESPECIALES Y MODERNIZACIÓN
A MEDIADOS DEL SIGLO XX EN VENEZUELA**

Tesis Doctoral presentada ante la Universidad Central de Venezuela
para optar al Grado Académico de Doctor en Arquitectura

Tutor: González Casas Lorenzo, PhD

Autor: Fato Osorio Ana Elisa, MSc

Caracas, octubre 2012



Universidad Central de Venezuela
Facultad Arquitectura y Urbanismo
Coordinación de Estudios de Postgrado
Doctorado en Arquitectura

**ARQUITECTURA PARA EL AISLAMIENTO.
HOSPITALES ESPECIALES Y MODERNIZACIÓN
A MEDIADOS DEL SIGLO XX EN VENEZUELA**

Tutor: González Casas Lorenzo, PhD

Autor: Fato Osorio Ana Elisa, MSc

Caracas, octubre 2012

Copia del Veredicto:

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA DE ENTREGA: _____

AUTORIZACION PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA,
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

*Yo, (Nosotros) Ana Elisa Fato Osorio , autor(es) del trabajo o tesis: Arquitectura para el aislamiento. Hospitales especiales y modernización a mediados del siglo XX en Venezuela.
Presentado para optar: Doctorado en Arquitectura*

A través de este medio autorizó a la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Arquitectura de la UCV, para que difunda y publique la versión electrónica de este trabajo o tesis, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de docencia e investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

	<i>Si autorizo</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
X	<i>No autorizo</i>

Firma(s) autor (es)

C.I. N° _____
e-mail: anae71@gmail.com

C.I. N° _____
e-mail: _____

Por el equipo

C.I. N° _____
e-mail: _____

C.I. N° _____
e-mail: _____

En Caracas, a los _____ días del mes de _____ de 2012

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras claves y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Título del Producto o Propuesta: _____

Agradecimiento

Durante la investigación fue fundamental la colaboración del profesor Luis Müller, Director del Instituto de Teoría e Historia del Urbanismo y la Arquitectura (INTHUAR), de la Universidad Nacional de Litoral de Santa Fe, Argentina (UNL), quien compartió su experiencia como investigador desinteresadamente y ofreció todos los recursos institucionales y bibliográficos. Del doctor Pedro Tellez, psiquiatra de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula en la ciudad de Valencia, quien desde su perspectiva como médico e historiador aportó sus conocimientos y puso a disposición importante material bibliográfico disponible en su biblioteca personal, y, del arquitecto Orlando Marín, quien siempre estuvo dispuesto a colaborar desde la ciudad de Caracas, facilitando el camino de la localización de material bibliográfico y documental.

Universidad Central de Venezuela
Facultad Arquitectura y Urbanismo
Coordinación de Estudios de Postgrado
Doctorado en Arquitectura

**Arquitectura para el aislamiento.
Hospitales especiales y modernización a mediados del siglo XX en Venezuela**

Autora: Ana Elisa Fato Osorio
Tutor: Lorenzo González Casas
Fecha: octubre 2012

RESUMEN

El tema de la salud en la población formó parte fundamental de las políticas del Estado venezolano a través de programas y planes especiales entre 1936 y 1958. Como uno de los productos más destacados de tales políticas estuvo la organización de una red de edificaciones asistenciales a nivel nacional. El objetivo de esta investigación es construir una historia de la arquitectura hospitalaria venezolana, desde la perspectiva de la institucionalización de la práctica médica y del proceso de modernización con especial énfasis en la construcción de edificaciones para atender la lepra, la tuberculosis y las enfermedades mentales. Se localiza y analiza información bibliográfica, hemerográfica y documental referida al tema; se describen las edificaciones para atender estas enfermedades que formaron parte de la red, su emplazamiento con relación a la estructura urbana y su vinculación con la fuerza que el Estado alcanzó a partir de las prácticas modernas de organización. Del producto de la investigación se advierte que los criterios para la proyección de estos edificios atendieron la institucionalización de la práctica médica a partir de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, la complejidad de la organización institucional, los tratamientos médicos para cada una de las enfermedades y el trabajo articulado de médicos, ingenieros y arquitectos. En este proceso se reconoce una particular forma de proyectar las leproserías, los sanatorios antituberculosos, manicomios y colonias psiquiátricas y el alcance urbano de los planes a través de este tipo de edificaciones. Se discute, finalmente, que con la construcción de estos edificios se ensayaron los primeros proyectos de centros asistenciales especializados que dan cuenta de la organizada actuación del MSAS en conjunto con el Ministerio de Obras Públicas (MOP) como dependencias estratégicas del Estado en uno de los momentos históricos más importantes para la arquitectura moderna venezolana.

PALABRAS CLAVES: Hospitales especiales, modernización, salud, MOP, MSAS, arquitectura moderna venezolana.

INDICE

Introducción	9
I. Institucionalización de la medicina: Heterotopía y restauración de la salud mediante el aislamiento	27
I.1. La modernización y la modernidad de la salud	33
I.1.1. El origen de la lepra, el estado mental en manos de los dioses y la exclusión	33
I.1.2. La Ilustración: la salud a la luz de la razón	37
I.1.3. La modernidad: la salud y las formas de aislamiento	41
a. Europa	44
b. América Latina	46
I.2. La modernización y la modernidad de la salud en Venezuela	48
I.2.1. La atención empírica	48
I.2.2. La salud y las instituciones	49
I.2.3. La salud, responsabilidad del Estado	50
I.3 La salud como parte del proyecto de modernización venezolana	55
I.3.1. Red institucional y planificación	80
a. Dos Ministerios: Obras Públicas y de Sanidad y Asistencia Social	80
b. Entre la formación, el intercambio profesional y la colaboración internacional	96
I.3.2. Planes y programas venezolanos para el aislamiento	102
a. División de Lepra, 1946	103
b. División de Tuberculosis, 1936	112
c. División de Higiene Mental, 1946	119

II. Equipamientos colectivos para el aislamiento	128
II.1. Del lugar común al “lugar sin lugar”	129
II.1.1. La casa, el recinto religioso y la creación de tipologías	129
II.2.2. El hospital	137
II.2.3. Los edificios para el aislamiento. Arquitectos y arquitectura	140
a. Edificios y arquitectos europeos	148
b. Edificios y arquitectos latinoamericanos	156
II.2. Del lugar común al “lugar sin lugar” en Venezuela	181
II.2.1. El lugar para morir	181
II.2.2. Los primeros hospitales	182
II.2.3. Los edificios asistenciales para el aislamiento	193
II.3. Equipamientos colectivos en la modernización venezolana	200
II.3.1. Red hospitalaria y lugares para la salud	209
a. De la Unidad Sanitaria a los Hospitales Especiales	216
b. Arquitectura y arquitectos venezolanos	227
II.3.2. Los edificios como “máquinas para curar” en Venezuela	238
a. De la colonia agrícola como leprosería, 1944	238
b. Del sanatorio antituberculosos único al sanatorio modelo, 1934-1954	261
c. Del manicomio a la colonia psiquiátrica, 1931-1947	353
Conclusiones	396
Bibliografía	402

Introducción

“no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo; no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos, y que al ras del suelo lancen su primer resplandor”

Michel Foucault¹

El tema a desarrollar como proyecto de investigación, para optar al Doctorado en Arquitectura de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo, en la Universidad Central de Venezuela, está referido a la arquitectura para la salud mediante el aislamiento en Venezuela, obras públicas y modernización entre 1931-1954. Una doble motivación condujo a la selección y definición del tema en la cual se articulaba el proyecto moderno en las dimensiones política y social junto con la arquitectónica. Las posibilidades de estudio comprendieron diversas tipologías de edificios como parte de la arquitectura hospitalaria, que se revelaron como “nuevos objetos” que no han sido nada “resplandecientes” para la historiografía de la arquitectura venezolana.

Por lo tanto el **objetivo general** de esta investigación ha sido construir una historia de la arquitectura hospitalaria, como parte de la institucionalización de la práctica médica y del proceso de modernización del país con especial énfasis en la construcción de edificaciones para enfermedades que suponían aislamiento como la lepra, la tuberculosis y las mentales.

La investigación se planteó como **problema**: descubrir la importancia para la arquitectura venezolana de un grupo de edificios que por su complicación abstracta no fue diseñado para el disfrute. Sin embargo, descubren relaciones inexorables entre la medicina y los procesos políticos, económicos, sociales, culturales y arquitectónicos de la Venezuela de mediados del

¹ FOUCAULT, Michel. (1997). *La arqueología del saber*, p. 73

siglo XX. Son objetos en buena parte ignorados, innombrados, negados y ocultos en el paisaje urbano venezolano.

Son representativos de la arquitectura que no ha sido examinada de manera formal en la historiografía de la arquitectura venezolana, es decir, han sido simplemente mencionados en trabajos de mayor alcance (tesis doctorales, de maestría, artículos, entre otros), por lo tanto se precisó el esclarecimiento de dudas sobre su conocimiento.

De tal manera que se estudian los leprocomios, antituberculosos y manicomios proyectados y construidos durante la modernización por el Estado, en un trabajo conjunto de los Ministerios de Obras Públicas (MOP) y de Sanidad Asistencial Social (MSAS) en tanto responden a la planificación y construcción de una red hospitalaria a nivel nacional y que implicó un trabajo interdisciplinario entre médicos, arquitectos e ingenieros.

Se trata de edificios con los que el Estado respondió a las políticas de masificación de la población, que representan una arquitectura ajustada a las necesidades terapéuticas de las enfermedades y la simplificación constructiva y arquitectónica que la modernización ameritó. Son producto del trabajo intelectual de los arquitectos, quienes abordaron la tarea de cumplir con los programas y los planes del MSAS, se prepararon técnicamente, y, recurrieron a los conocimientos de la casuística de la medicina y sus tratamientos médicos.

Son ensayos arquitectónicos que, en el contexto nacional, pueden ser considerados de vanguardia, por la tensión que se produjo entre tradición e innovación en los esquemas de organización y construcción utilizados. Quedan excluidos de la investigación otros edificios utilizados también, en algunas ocasiones para, la atención de estas enfermedades entre ellos las Unidades Sanitarias, las Medicaturas Rurales, los Centros de Salud y las viejas instalaciones adaptadas para el uso hospitalario por no estar proyectados

especialmente para atenderlas. Es decir, no se consideran ampliaciones, mejoras y remodelaciones de edificaciones construidos en el período de estudio.

Los edificios seleccionados fueron aquellos en los cuales para su ubicación prevaleció el criterio de aislamiento con relación a la metrópoli. Tal aislamiento desencadenó la construcción de una comunidad especial para atender enfermos, que se vislumbró como una comunidad privilegiada por recuperarse en ella las condiciones de vida que la población sana anheló ante la multiplicidad del mundo metropolitano. Incluso son edificios organizados internamente a partir del aislamiento, de manera que el enfermo fue doblemente segregado de acuerdo a los niveles de la enfermedad y sexo.

Por ser edificios relacionados con la arquitectura del pasado, los espacios del aislamiento proyectados en este período han sido marginados desde la perspectiva crítica subestimando el hecho arquitectónico y a los mismos arquitectos que participaron en los programas. Mientras tanto, se ha otorgado importancia historiográfica al origen de las enfermedades, los tratamientos para su atención, la evolución de la medicina, la farmacología, las instituciones y las personalidades de la medicina, en especial resaltando la voluntad y las “ideas” de los médicos como artífices de todos los cambios relacionados con la curación de las enfermedades y sus tratamientos. La significación de estos edificios, su relación con los planes de salud creados por el Estado, los programas edificatorios, sus resultados, sus impulsores desde la perspectiva de la historia de la arquitectura no se han establecido suficientemente, quizás el menor interés por este “faceta” del tema radica entre otras cosas en lo poco convencional de la localización de la información, la complejidad de estos edificios con relación a otros temas funcionales del mismo período (conjuntos residenciales o educativos, por ejemplo) y la ubicación en lugares apartados.

El impulso de esta indagación intelectual lo constituyó la **importancia** institucional del sistema de salud en Venezuela desde 1936, el cual mostró cambios significativos, cuando por impulso de modernas políticas de gestión

aplicadas a través del *Programa de Febrero* de Eleazar López Contreras se inició, de forma planificada por el Estado, una reforma institucional asistencial que incluyó: la creación del MSAS en sustitución del antiguo Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, la contratación de técnicos extranjeros expertos en salud pública y el lanzamiento de campañas sanitarias contra enfermedades como la lepra y la tuberculosis. Se **justificó** la investigación por la poca profusión de estudios históricos vinculados con la arquitectura hospitalaria de mediados del siglo XX, destinada a los establecimientos especializados que involucran aspectos técnicos, de proyecto y construcción por parte de ingenieros y arquitectos.

Durante la investigación se recurrió a diversos enfoques historiográficos y fundamentos teóricos sociológicos, filosóficos y de la historia de la medicina como instrumentos explicativos para la arquitectura hospitalaria, de la modernización articulados con aspectos sociales, culturales, institucionales y de la obra particular de las personalidades partícipes en la construcción de esta arquitectura.

Como parte de los **enfoques historiográficos** fue necesario recurrir a la explicación de la obra a partir de la obra misma. Éste constituye uno de los enfoques fundamentales para esta investigación. El estudio de las obras de arquitectura, dio pie para que paralelamente se desarrollara una aproximación a los procesos que justifican las edificaciones. El edificio como expresión de las condiciones físicas para los tratamientos expresadas por los especialistas. Los edificios representaron el programa asistencial, la tendencia y la ideología de sus ejecutores, develaron la aplicación de la técnica, los métodos de diseño, la tipología constructiva, fueron una fuente de estudio y de análisis primordial para la comprensión de los procesos involucrados con la modernización de la organización asistencial venezolana.

Mediante la mirada analítica al contexto de las políticas de Estado en relación con las edificaciones como obras públicas, fue posible acercarse al

enfoque civilizatorio, el cual considera la cultura, el espíritu de la época y la sociedad como medios para construir la historia de la arquitectura.

Se recurrió al enfoque “clásico” de la biografía como una herramienta para conocer el papel de médicos y arquitectos en la formulación y concreción de un programa de edificaciones asistenciales. Se trata de un enfoque que hace de la vida del ejecutor de la obra construida el hilo conductor de la historia validándose en el contexto del humanismo italiano, del florecimiento de las ciudades como Florencia y de los grandes mecenas individuales o institucionales. Tal enfoque permanece hasta la actualidad con notable arraigo, aunque con importantes renovaciones. Ha sido así, ya que la conciencia y el trabajo del arquitecto, en sus formas predominantes, siguen considerando a la arquitectura como una de las disciplinas artísticas, y por tanto, al arquitecto como el artífice del edificio, en el que plasma su visión del mundo.

Si bien es el enfoque que menos se refleja en la investigación, los arquitectos, ingenieros y médicos se convirtieron en intérpretes del proceso de modernización y en atención a las solicitudes de Estado venezolano, respondieron con base en sus conocimientos y experiencias. Sin embargo, construir una historia a partir de la personalidad del individuo excluye su actuación en determinado período histórico, ignorando la forma cómo éste asumió los procesos involucrados en la ejecución de la obra. Como crítica de esta concepción de la historia del arte como historia de los artistas, Hadjinicolaou advirtió “que la proyección sobre la historia de una problemática procedente de la historia de los individuos es una falsificación de la índole de la historia y, por consiguiente, de la historia del arte”². El enfoque se adoptó en tanto se conoció al individuo que dio origen a la obra, sin el conocimiento de la obra misma, sin llegar a mitificarlo como el único ejecutor o partícipe de la misma.

² HADJINICOLAOU, Nicos. (1974). *Historia del arte y luchas de clases*. Siglo XXI editores, México, p. 23.

Entre las **referencias teóricas sociológicas y filosóficas** que fueron consideradas están los estudios sobre el origen de la clasificación de las enfermedades y las prácticas asociadas a la medicina clínica a comienzos del siglo XIX; se ha hecho énfasis en la racionalidad con la que se pueden vincular los procesos sociales, la estructura política, el sujeto y el poder. Michel Foucault analizó el tema del poder como un mecanismo de control, no estrictamente en forma de violencia o represión, sino como una forma de hacer interactuar las diversas disciplinas en función de la productividad del Estado y, en este caso, la medicina, la arquitectura y la ingeniería. Foucault bosquejó una historia de la permanencia de los aparatos de poder a partir de la construcción de instituciones hospitalarias.

El establecimiento de normas y formas de control sobre el medio a partir del conocimiento del hombre como objeto y como sujeto, de la sociedad y de las formas de representación en el campo de la medicina, ha sido otro de los objetos de estudios dirigidos en el entendimiento de las previsiones médicas y del análisis de la ciudad. En este caso, Paul Rabinow, siguiendo la estela dejada por Foucault, su maestro y amigo, consideró la relación entre la estadística, la higiene, el estudio de las enfermedades, del *habitat*, del *milieu*, para la postulación y la elaboración de normas durante el siglo XIX. La valoración del ámbito social en el estudio de Rabinow define la política de salud que se impuso en Francia a finales del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX.

La concepción moderna de la asistencia social está vinculada con el bienestar de la población a partir de estudios científicos que permitieron una coherencia entre los diversos actores involucrados con la salud pública como, por ejemplo, la policía, la construcción de medios de viviendas, el transporte y la vida social en general. La gran ciudad fue analizada como un espacio abstracto, como el medio ambiente en el cual los especialistas podrían regular las transformaciones como un sistema de servicio para la población.

Así se consideró el nacimiento de la institucionalización de las prácticas médicas y constructivas, en tanto propuestas de intervención moderna.

Entre las coordenadas de una cartografía teórica utilizada a lo largo de la investigación se encuentra el texto clásico Nikolaus Pevsner *Historia de las tipologías arquitectónicas* y el capítulo dedicado a los hospitales. Otras publicaciones con que cuenta la historiografía argentina. Ésta se utilizó especialmente por la oportunidad de fortalecer la investigación con la realización de pasantía en el Instituto de Teoría e Historia del Urbanismo y la Arquitectura (INTHUAR), de la Universidad Nacional de Litoral de Santa Fe (UNL). De la experiencia se conoció que la historiografía argentina cuenta con los trabajos de Diego Armus quien trata el tema asistencial en Argentina, ha producido literatura relacionada directamente con el tema de la salud y la ciudad en textos como *Avatares de la medicalización en América Latina 1870–1970*. (2005) y *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870 – 1950*. (2007). Entre los textos de Ramón Carrillo, médico y funcionario público quien escribió reflexiones testimoniales relacionadas con su experiencia como ministro de Salud del gobierno peronista: *Contribuciones al conocimiento sanitario*. (1951); *Teoría del hospital, obras completas I, II*. (1974); *Planes de salud pública 1952-1958*. (1975); *Política sanitaria argentina, textos elegidos*. (2006).

Existen trabajos relacionados directamente con la historia de la arquitectura, entre ellos los trabajos de Jorge Francisco Liernur, quien ha estudiado la modernidad argentina y publicado importantes textos que se vinculan con la arquitectura hospitalaria y algunos de sus principales arquitectos. Entre ellos se encuentra *Arquitectura en la Argentina del siglo XX. La construcción de la modernidad*. (2001); *Diccionario de Arquitectura en la Argentina. Estilos, Obras Biográficas, Instituciones, Ciudades*. (2004). *Wladimiro Acosta 1900–1967* (1987). Un grupo de investigadores asociado al trabajo de Liernur ha dedicado parte de sus investigaciones a la construcción de historias de las edificaciones asistenciales argentinas, especialmente, en el período de la

modernidad entre ellos se encuentran, Luis Müller, *Arquitectura moderna en Santa Fe (1935-1955). Ciudad, modernización y sociedad en la práctica arquitectónica santafesina* (2008). Y junto con Nohemí Adagio el texto *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942.* (2008).

La historiografía venezolana tiene en su haber trabajos de tipo culturalista y en muchos casos biográficos, centrados en la valoración o rechazo de las figuras políticas; otros, dedicados a la historia de la medicina, de los datos relevantes de ciertas enfermedades, de los cambios en el tiempo de los centros hospitalarios desde la colonia hasta la primera mitad del siglo XX; algunos problematizan las desdicha de los pobres y de los sectores populares. Entre los textos más importantes están los escritos por: Ricardo Archila, *Historia de la Sanidad en Venezuela* (1956) e *Historia de la Medicina en Venezuela* (1966). Ceferino Alegría, *Historia de la medicina en Venezuela.* (1964); Ricardo Álvarez, *La Psiquiatría en Venezuela desde la época precolumbina hasta nuestros días.* (1942), entre otros. Sin embargo, en estos trabajos usualmente no se examina la experiencia arquitectónica del plan de salud, y su articulación con el proceso de modernización y la arquitectura a partir del tratamiento de los enfermos; más bien en estos textos se celebra la actividad de los médicos y se excede en la información de lo estrictamente médico y de las exaltaciones del tema político, económico y social.

En el texto canónico de Juan Pedro Posani y Graziano Gasparini *Caracas a través de su arquitectura.* (1969) el tema de la arquitectura moderna se trata articulado con el de las viviendas de Caracas y de las principales transformaciones urbanas, ambos acompañados de un buen número de fotografías. Las referencias de la arquitectura asistencial son mencionadas tangencialmente en el apartado dedicado a Carlos Raúl Villanueva y el proyecto de la Ciudad Universitaria. De forma breve se nombra la zona médica del campus universitario con fotografías del Hospital Clínico de Caracas, del Instituto

de Medicina Experimental, del Instituto Anatómico, y del Instituto Anatómopatológico.

En la historiografía de la arquitectura venezolana poco se ha escrito sobre la participación del Estado en la materialización de los servicios colectivos. Sin embargo, en el ámbito de la historia de la arquitectura existen trabajos referidos a la arquitectura moderna, sin estar directamente relacionados con el tema asistencial; sus aportes en cuanto a los procesos para la formación de esta arquitectura son ineludibles referencias en este trabajo. Beatriz Meza ha estudiado el tema de la modernidad venezolana y su trabajo está compilado en dos importantes referencias, un artículo titulado, “La primera modernidad en la arquitectura venezolana” (1996) y el trabajo de ascenso denominado “Los inicios de la arquitectura moderna en Venezuela”. (1996); Alfonso Arellano se ha dedicado a investigar sobre la arquitectura venezolana y en uno de sus trabajos recoge las experiencias más significativas entre 1930 y 2000, en un texto denominado *Arquitectura y urbanismo modernos en Venezuela y en el Táchira 1930-2000* (2001), además investigó sobre La Unidad de Diseño en Avance, cuyo producto como tesis doctoral se titula “La Unidad de Diseño en Avance Del Banco Obrero: vivienda, técnica y metrópoli, 1961-1969” (2005); Manuel López cuenta con artículos como “Pioneros del moderno en la arquitectura venezolana” (1986), otros sobre la obra de Jesús Tenreiro, José Miguel Galia, Fruto Vivas y Henrique Hernández, y junto a Noris García uno titulado “La arquitectura de la vivienda obrera” (1988-1989).

Existen trabajos referidos a la identidad y su relación con la arquitectura moderna: Azier Calvo ha publicado artículos dedicados al tema y el texto *Venezuela y el problema de la identidad arquitectónica* (2007), en este último con un capítulo dedicado a la identidad y arquitectura moderna en Venezuela; Juan José Pérez Rancel realizó una investigación (hasta el momento inédita) sobre la *Ciudad Vacacional Los Caracas* (2008), conjunto de valor arquitectónico y urbano en la arquitectura moderna venezolana involucrado

inicialmente a uno de los planes sanitarios que analizaremos en este trabajo; Lorenzo González Casas ha dedicado sus investigaciones al tema de la modernidad y la metrópoli venezolana, en especial sobre la ciudad de Caracas, algunos de sus productos se encuentran en los textos titulados *Modernidad y la ciudad: Caracas 1935-1958*. (1997), su tesis doctoral, *Arqueología de la Modernidad Caraqueña*. (2005).

Uno de los trabajos que se aproxima a la historia de la arquitectura asistencial, es el realizado por Juan José Martín Frechilla, quien estudió a uno de sus principales promotores, el arquitecto Fernando Salvador, en el artículo titulado “Los olvidados. Fernando Salvador y la arquitectura sanitaria en Venezuela” (1998). También sobre esta personalidad ha trabajado Henry Vicente en *Exilios arquitectónicos. Arquitecturas del exilio español* (2006).

Frente a este escenario historiográfico en Venezuela y las referencias del estado del arte en general, sin duda es evidente un vacío en el tema de la arquitectura asistencial que con este trabajo se intenta cubrir y abrir la brecha para futuras disertaciones.

A lo largo de la investigación se fue consecuente con algunos conceptos utilizados en las fuentes teóricas consultadas, igualmente se construyeron otros, producto de los resultados de la investigación. La primera definición le corresponde a los **equipamientos colectivos** definidos como “el esqueleto del espacio urbano” destinado a prestar servicios para “circular, educar, cuidar, cultivarse, practicar deporte, jugar (...) [además de ser] el soporte de otras tantas significaciones fantásticas, imaginarias o simbólicas”³. La definición de los equipamientos colectivos se realizó por primera vez en la Declaración de Atenas (1942) cuando se propuso la organización de la ciudad en lugares para el trabajo, el habitar, la circulación y el recreo, cuyos antecedentes se encuentran en el Congreso Internacional de Arquitectura Moderna

³ LION MURARD, Francois Fourquet. (1978). *Los Equipamientos del poder. Ciudades, territorios y equipamientos colectivos*, pp. 24, 25.

(CIAM) de 1933 en donde se reafirmaron los tópicos de la ciudad tan generales que pretendían ser aceptados por casi todo el mundo, pero su tono era estrictamente racionalista y analítico y se basaba en un sistema clasificatorio que dividía la ciudad en cuatro funciones: la residencia, el trabajo, el esparcimiento y la circulación.

Estas funciones debieron ser ofrecidas a partir de la construcción de equipamientos individualizados de acuerdo a su función, por lo tanto: circular sería posible a partir de la infraestructura vial; sanar mediante equipamientos hospitalarios y sanitarios; educar con equipamientos educativos, entre otros.

Como parte de los equipamientos colectivos se encuentran los edificios asistenciales que en este trabajo se estudian, denominados **hospitales especiales** los cuales fueron “exclusivamente destinados a enfermos mentales, tuberculosos o leprosos”⁴ y, fueron el producto del interés por encontrar los tratamientos indicados para cada dolencia, es decir, concentrar un número importante de pacientes en un establecimiento de particulares características, a quienes aplicar métodos terapéuticos especiales y que ofreciera una condición pedagógica de la medicina: entrenamiento de médicos, de enfermeras y otros. La arquitectura de estos hospitales es producto de la maduración intelectual de los arquitectos durante la modernización, capaces de diferenciar su rol con relación al de los ingenieros y definir que:

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.⁵

⁴ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela Informe presentado en 1953*, pp. 126, 156.

⁵ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, pp. 5 y 6.

La arquitectura es la disciplina que tiene como figura principal al arquitecto, como intelectual distinto al maestro constructor, por lo tanto la obra de arquitectura a la que se refiere esta investigación es el producto intelectual del arquitecto, como funcionario público, dispuesto para la atención de las solicitudes de una infraestructura hospitalaria especial por parte del Estado. La separación de funciones entre disciplinas como la ingeniería y arquitectura y la proyección de hospitales especiales, fue una de las razones por las que se formuló el termino **arquitectura hospitalaria especial**, como aquella que se planteó a partir del criterio de organización fundamentando en el aislamiento, la exclusión y la segregación tanto de los enfermos en el propio hospital especial, como la relación de éste con la ciudad. Es una arquitectura producida para el funcionamiento de hospitales destinados para la atención de **enfermedades especiales**, siendo éstas las contagiosas, las “desagradables” y las “peligrosas” para la sociedad, entre ellas quizás las mas significativas la lepra, la tuberculosis y las mentales, las cuales limitaban la capacidad productiva durante su padecimiento e, incluso, luego de curado el paciente.

Los individuos que padecieron estas enfermedades se consideran como **excluidos** en tanto fueron separados del entorno que aparentemente produjo la enfermedad y de los individuos clínicamente sanos o **incluidos**. Fueron excluidos mediante la hospitalización en lugares especiales, en donde no sólo encontraban la sanación sino que se preparaban para incorporarse en la sociedad con algún oficio.

Asumiendo la gran ciudad o metrópoli como el escenario para la construcción de los hospitales especiales, la disposición de estos en el paisaje urbano y su condición como equipamientos colectivos, han sido definidos por el filósofo francés Michel Foucault como **heterotopías**, por lo tanto en esta investigación, siendo consecuente con el filósofo, las heterotopías son “un lugar sin lugar”, [son lugares] absolutamente distintos a todos los demás em-

plazamientos que ellos reflejan y de los que hablan [en] oposición a las utopías”⁶. La formación de la heterotopía de restauración de la salud podría descomponerse en sus partes a partir del análisis de las funciones de estos edificios como parte de la institucionalización de la medicina y como dispositivos estratégicos del Estado moderno en la gran ciudad. En tal descomposición, entran en juego los conceptos y los edificios, en tanto la relación entre esos conceptos y la imagen que se obtiene de ellos.

En la explicación del **método** utilizado en este trabajo se precisa exponer que la investigación partió del interés propio de un historiador y de la consideración de que la historia no es una simple mirada al pasado, el producto que a continuación se presenta responde a la construcción intelectual del historiador a partir del análisis, interpretación, organización, valoración, distribución, ordenación, afirmación o negación de la crítica de los testimonios o evidencias que permiten reconstruir los hechos del pasado. Por lo tanto, como en el mundo de la historia no es apropiado establecer verdades absolutas, no podría considerarse ninguna afirmación histórica como cierta o falsa, no se descalifica o califica de ninguna manera, en el proceso de la interpretación de este trabajo se precisó distinguir entre lo significativo y lo accidental de acuerdo con los objetivos propuestos.

En el trabajo prevalece el uso de diversas teorías que lo hace ecléctico o sincrético inclusivo, de esa manera se localizó y analizó la información bibliográfica, hemerográfica, documental referida directamente con los programas asistenciales relacionados con las enfermedades referidas, entrevistas y de las propias edificaciones. La información se administró y se interpretó, en este caso para hacer de la materialización de los programas y planes asis-

⁶ FOUCAULT, Michel. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*, p. 434-435. La conceptualización que Foucault hace de la utopía es precisa al definirla como “los emplazamientos sin lugar real. Son los emplazamientos que mantienen con el espacio real de la sociedad una relación general de analogía directa o inversa. Se trata de la misma sociedad perfeccionada o del reverso de la sociedad, pero de cualquier manera estas utopías son espacios fundamental y esencialmente irreal”

tenciales una historia de la arquitectura y del urbanismo en uno de sus periodos más dinámicos.

Para la construcción de esta historia de la arquitectura se formularon los siguientes **objetivos específicos**: a) Conocer el proceso de formación del plan de salud en la modernidad venezolana y la influencia de la especialización médica en las obras públicas nacionales por parte del MSAS y del MOP; b) Identificar en el paisaje urbano venezolano las edificaciones para enfermedades especiales que responden al plan de salud e institucionalización de la práctica médica; c) Relacionar los particulares procesos de racionalización propios de la modernidad, con la práctica del diseño y la experimentación constructiva de ingenieros y arquitectos y los avances científicos de médicos que dan cuenta de la formación de una arquitectura hospitalaria especial; d) Valorar la participación del Estado en la construcción del plan de salud.

Se planteó la organización de la información según ítems de contenidos determinados, utilizando fichas ajustadas a las temáticas de la investigación, para lo cual fue necesario: a) Determinar en qué consistieron históricamente los planteamientos de los programas en el contexto político, social, cultural y económico de Venezuela a mediados del siglo XX. Se establecieron los límites de participación de ingenieros, arquitectos y médicos en tales planteamientos. Se estableció el nivel de innovación de la propuesta arquitectónica con relación a los antecedentes institucionales en el campo de la medicina. b) Describir y analizar las edificaciones y su emplazamiento con relación a la estructura urbana. Se estudió comparativamente las edificaciones asistenciales de la modernidad en otros escenarios latinoamericanos (Argentina, México) con ello se indagó sobre el estado del arte y el conocimiento de los procesos definitorios para la arquitectura de la modernidad en otros países. c) Formular un índice tentativo de contenidos, a partir del cual se organizó la información. Se apuntaron comparaciones, observaciones y comentarios,

con los cuales se hicieron análisis mínimos. d) Finalmente, redactar, revisar y editar el documento final.

Considerando que los edificios para atender la tuberculosis, la lepra y la locura existen en variados tipos formales, para este trabajo fueron seleccionados los edificios proyectados y construidos por el Estado venezolano a mediados del siglo XX; la riqueza cultural del período moderno ha tenido en la arquitectura una de las mejores representaciones, y, parte de ellas se encuentran en la arquitectura hospitalaria. El espacio estuvo definido en el territorio venezolano, sin dejar de valorar los casos latinoamericanos y europeos más significativos. Sin embargo, el espacio definitivo se construyó al ritmo de la investigación; los edificios que aquí se estudian están ubicados en algunas de las principales capitales del país: Valencia, Maracaibo, San Cristóbal, Mérida, Cumaná y Caracas; ciudades que fueron seleccionadas a partir de la aplicación de los programas y planes asistenciales propuestos por el MSAS.

El arqueo **de las fuentes** consultadas arrojó heterogeneidad y complejidad en las mismas en tanto se asumió, como señala Topolski, “no sólo las cosas (en el sentido de objetos materiales), sino también las propiedades de las cosas (...) las relaciones entre las cosas; la memoria humana (la tradición) todas las fuentes del conocimiento histórico (directas o indirectas) (...) toda la información sobre el pasado humano”⁷. Por lo tanto, como fuentes fundamentales fueron consultadas las Memorias del MOP y del MSAS, en ellas el registro técnico, descriptivo y gráfico de los edificios fue fundamental para reconocer las relaciones entre la arquitectura y el tratamiento médico. Esta información pudo ser comparada por la presencia física de la mayor parte de los edificios, los cuales en si representaron una fuente primaria para esta investigación.

De igual manera la amplia gama de fuentes bibliográficas relacionada con la historia de la medicina ameritó un trabajo adicional de evaluación. La

⁷ TOPOLSKI, Jerzy. (1992). *Metodología de la historia*, p. 298.

abundante información en los textos que tienen como tema principal el registro de la aparición de las enfermedades, de los médicos, de los avances científicos en la curación y tratamientos debió ser analizada a partir de los objetivos propuestos en la investigación; así, los datos y las comparaciones de información tuvieron como eje principal todo lo referente con la lepra, la tuberculosis y la locura.

El trabajo ha sido **organizado** para poder tener dos lecturas, relativamente autónomas: la Primera, en forma “vertical”, corresponde a cada una de las dos partes en la que se ha dividido el trabajo; así, el contenido de la primera parte, denominada “**Institucionalización de la medicina: Heterotopía y restauración de la salud mediante el aislamiento**”, examina los conceptos relacionados con el tema de la salud y el aislamiento en el tiempo, teniendo como eje conductor la modernización y la institucionalización de la medicina, en un proceso progresivo de organización de la práctica médica. El primer capítulo está dedicado a la forma cómo la medicina se institucionalizó a partir de la construcción de una casuística de enfermedades especiales y tratamientos para su atención, en tres momentos del pasado que concluyeron en las formas de aislamiento para la salud en la modernidad de manera global. El segundo, trata este mismo proceso de institucionalización y formas de aislamiento en la modernidad venezolana. El tercero, correspondiente al tema de la salud entendido dentro del proceso de modernización iniciado en Venezuela durante los años treinta; un proceso consideró la salud junto con los medios de comunicación, la vivienda y la educación. Durante la modernización se utilizó la planificación y la construcción de una red institucional, se incluyeron arquitectos, ingenieros y médicos venezolanos y extranjeros. La primera parte cierra con la formulación de los planes y programas creados en Venezuela especialmente para atender las enfermedades especiales, la actividad de las Divisiones de Lepra, Tuberculosis e Higiene Mental fue determinante para la arquitectura hospitalaria del país.

Por otro lado, la segunda parte, denominada, **“Equipamientos colectivos para el aislamiento”**, hace del análisis de los objetos arquitectónicos su principal contenido. Aquí, el primer capítulo registra los edificios en los cuales se desarrolló la asistencia de los enfermos que requirieron como tratamiento el aislamiento de manera global, y las referencias arquitectónicas más importantes en Europa y América Latina. En el segundo capítulo se hace la misma operación a los edificios utilizados en Venezuela y las primeras formas de planificación para el aislamiento. En el tercero, los equipamientos colectivos construidos durante la modernización de manera general, desde las carreteras hasta los hospitales planificados; seguidamente la red hospitalaria y los edificios que la componen, hasta finalizar con los edificios construidos especialmente para el aislamiento de leprosos (Colonias Agrícolas, 1944), tuberculosos (del sanatorio antituberculoso único al sanatorio modelo, 1934-1954) y enajenados mentales (del manicomio a la colonia psiquiátrica, 1931-1947).

Los capítulos que conforman cada una de las partes también son relativamente autónomos entre sí, por lo tanto el lector podrá seleccionar el subcapítulo de su interés sin necesariamente leer los otros.

El segundo modo de lectura, en forma “horizontal”, relaciona pares de capítulos de ambas partes del trabajo. En efecto, la arquitectura de los edificios de aislamiento fueron configurados en el tiempo, al igual que la medicina, de forma progresiva, hasta asumir el carácter de “máquinas para curar”, un término asumido aquí que hace referencia al empleado por Le Corbusier para designar sus viviendas para la modernidad, las “máquinas de habitar”. De ahí que a cada uno de los capítulos que conforman la primera parte del trabajo, centrados en el tema del saneamiento y el aislamiento, proveniente del discurso médico, corresponda un capítulo de la segunda parte, en el que se halla un “correlato” proveniente del discurso de la arquitectura. En ese sentido, los problemas de tipo sanitario estudiados en el capítulo I.1, “La modernización y la modernidad de la salud”, encuentran una resonancia físico-

espacial dentro del campo de la arquitectura en el capítulo II.1, “Del lugar común al ‘lugar sin lugar’”, y así sucesivamente.

Finalmente, cabe señalar que con la investigación se buscó arrojar otras miradas al pasado moderno, reafirmar “uno de los rasgos esenciales de la historia nueva (...) ese desplazamiento de lo discontinuo: su paso del obstáculo a la práctica”⁸, es decir, construir una historia de la arquitectura a partir de objetos ignorados por mostrarse poco “deslumbrantes” para la historiografía y llevarla al discurso sin reducciones ni limitaciones, sino a partir del interés por el objeto y la validez de su análisis.

⁸ FOUCAULT, M., *La arqueología de saber*, pp. 13-16.

I. Institucionalización de la medicina: Heterotopía y restauración de la salud mediante el aislamiento

La institucionalización de la medicina se asoció con los avances de la ciencia articulados con los procesos políticos, sociales, culturales y económicos de cada época. El compromiso asumido por el hombre frente a sus semejantes implicó la sustitución de métodos empíricos por otros formulados a partir del ejercicio de la razón humana.

En este proceso de transformación entraron en juego cambios en los métodos para atender a los enfermos, progresivamente se llegó a la organización institucional amparada por la especialización de la atención médica. En este capítulo en la primera parte, se muestran en tres momentos los tratamientos y las formas de atención de los pacientes con tuberculosis, lepra y enfermedades mentales, en las referencias más significativas de manera global; en la segunda parte, los casos específicos de Venezuela, para en la tercera parte, conocer la forma como la atención de enfermedades especiales se insertó en el proceso de modernización con la creación una red institucional y la planificación de planes y programas por parte de las Divisiones de Lepra, Tuberculosis e Higiene Mental.

La mayoría de las prácticas médicas para atender estas enfermedades dan cuenta, en rigor, de dos condiciones vinculantes: la primera de ellas, los tratamientos para la curación de lo contagioso y peligroso se producen en condición de aislamiento y exclusión; la segunda, la infraestructura en cualquiera de sus niveles debió atender esta condición. Las primeras instalaciones hospitalarias tuvieron una imagen poco agradable, fueron incluso “instituciones sociales repulsivas”⁹, que promovían la exclusión. Podría afirmarse, sin duda alguna, que fue durante la modernización que se produjo una ruptura con los lugares y los métodos tradicionales de curaciones aberrantes, in-

⁹ CEDRÉS DE BELLO, Sonia. “Desarrollo tecnológico y construcción de los hospitales venezolanos en el siglo XX”, en: Tecnología y construcción. 23 –I (2007), p. 18.

humanas y desagradables por otros privilegiados y amparados por la institucionalización de la medicina.

Tanto el aislamiento como la exclusión son principios para la restauración de la salud en enfermos contagiosos y peligrosos. ¿Por qué tales principios se establecieron como determinantes para la configuración del espacio arquitectónico? Detrás de la exclusión se cuecen una serie de factores que no sólo se corresponden con la atención al enfermo; con ella no se pretendió inicialmente curarlos sino también proteger al “incluido”, al hombre “sano” de la peligrosidad que representan, el objetivo era “librar a las ciudades de estos incómodos personajes”¹⁰.

Por ejemplo, las manifestaciones de la locura fueron analizadas por Michel Foucault como dos experiencias diferentes: una jurídica definida por la irresponsabilidad e incapacidad; la otra, social que define la normativa en cuanto la condición del enfermo, si es inofensivo o peligroso, por lo tanto, si debía o no ser aislado del resto de la sociedad. Por lo tanto la exclusión se justificó teóricamente en el caso de los tuberculosos, los leprosos y los enajenados mentales como una forma de protección de la sociedad sana de lo contagioso, desagradable y peligroso.

Excluir y aislar a los individuos, en relación con el proceso de modernización puede comprenderse desde diversos campos de constitución y validez. Uno de ellos, la posibilidad de ubicar a un integrante de la sociedad en algún lugar identificable, pero a la vez “lugares que están fuera de todos los lugares”¹¹. Tal condición es lo que en este trabajo siguiendo la terminología sugerida por Foucault se denomina heterotopías: “un lugar sin lugar”.

El otro es la construcción de un espacio ideal o lo que se ha denominado como “un espacio de ilusión que denuncia como más ilusorio aún todo el

¹⁰ AMUCHÁSTEGUI, Rodrigo Hugo. (2008). *Michel Foucault y la visoespacialidad. Análisis y derivaciones*, p. 44.

¹¹ FOUCAULT, Michel. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*, p. 435.

espacio real¹² en el que no sólo el enfermo debe permanecer, sino incluso es el que anhela también el hombre sano; es la búsqueda de un espacio utópico, perfecto, bien organizado en donde las actividades a realizar facilitan el compartir entre los humanos, es aquel espacio que se contrapone al desorden, la agitación y lo complicado de la vida metropolitana.

Es decir, se construye una suerte de respuesta opuesta en un momento en que la intensificación de las relaciones sociales, de la vida nerviosa y “la homogeneización de los valores”¹³ se incrementa con la formación de la metrópoli.

La respuesta opuesta se caracterizó por aislar al paciente en “lugares ideales”, en un intento por neutralizar los efectos del entorno que pudo producir la enfermedad, construyendo así conjuntos urbanos sanitarios distantes de las zonas urbanas, pero de fácil acceso, procurando a su vez crear una nueva centralidad; se trata de un impulso centrifugo y centrípeto a la vez.

¿Cómo se construye la heterotopía de desviación desde la perspectiva del aislamiento de lo considerado contagioso o peligroso? Atendiendo el carácter universal de la misma, y la disposición del naciente Estado moderno de organizar las instituciones (y en consecuencia la población), la creación de lugares para alojar a los individuos con comportamiento o condición física que “se desvía en relación con la media o la norma exigida”¹⁴ forma parte del mismo proceso de modernización.

La sociedad moderna debía contar con individuos productivos incorporados en las actividades económicas que garantizaban el ciclo de capitales propio de las grandes ciudades. Por lo tanto, aquellos que no participarán de ese ciclo representaban la desviación en la sociedad. El funcionamiento de la heterotopía de la desviación con la construcción de leproserías, antitubercu-

¹² FOUCAULT, M., *Estética, ética y hermenéutica*, p. 440.

¹³ LIERNUR, Jorge Francisco. (2002). *Acerca de la actualidad del concepto simmeliano de metrópoli*, p.93

¹⁴ FOUCAULT, M., *Estética, ética y hermenéutica*, p. 436.

losos y manicomios como “lugar sin lugar” tiene una connotación particular determinada por el contexto de la modernización.

El lugar se abre tanto al enfermo como al familiar en su condición de espacio aislado, lo que lo hizo penetrable a partir de un sistema de control y restricción, impuesto por las instituciones sanitarias, y, controlado por la mirada autorizada de los médicos. Se supone una heterotopía para la restauración de la salud sobre la sociedad, la cual el Estado desea controlar y organizar en su compleja organización y funciones.

Incluso, la heterotopía permite la inclusión de otra heterotopía. En el emplazamiento del recinto hospitalario especial se establecen lugares que se muestran ajenos al enfermo. En el caso de espacios como teatros en los manicomios y talleres de laborterapia en los antituberculosos.

En los teatros la aplicación de las terapias decimonónicas de Jean Etienne Dominique Esquirol¹⁵, con las cuales la actuación desconectaba al enfermo del mundo que lo excluía y con lo cual encontraba la aceptación de quienes compartían el “lugar sin lugar”, se planteó como una forma de vigilar, observar y calificar la locura a través de la personificación del enfermo de un sujeto extraño a él frente a la mirada del espectador. La identificación de la locura como trastorno en la manera de actuar más que una conducta irregular con relación a lo considerado como regular o normal, abrió las posibilidades de atender la enfermedad “fuera del espacio artificial del hospital. Entre los lugares terapéuticos que gozaban de reconocimiento estaba en primer lugar la naturaleza (...) las prescripciones de los médicos eran entonces de

¹⁵ Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), uno de los principales estudiosos de los trastornos de la conducta en los individuos estudio en Toulouse, discípulo de Philippe Pinel; desde 1789 trabajó en el Hospital de la Salpêtrière, estudio profundamente la locura e identificó la melancolía, unos de los síntomas más antiguos en los hombres, enfermedad que ubicó en el vocabulario médico como monomanía y lipemanías. Con sus estudios médicos nació la nosografía en la psiquiatría francesa. Llegó a fundar uno de los primeros manicomios denominado Maison de Santé, institución clasificada como una de las mejores en Paris.

buena gana el viaje, el reposo, el retiro, la ruptura con el mundo artificial y vano de la ciudad (...) el otro lugar terapéutico era el teatro, naturaleza invertida: se representaba para el enfermo la comedia de su propia enfermedad”¹⁶. Estas nuevas prácticas terapéuticas fueron analizadas por Esquirol, sugiriendo la proyección de patios con vista al jardín en los hospitales psiquiátricos y provocar momentos de melancolía en los enfermos a partir de la actuación con el objeto de “estimular su energía y su afición a la pelea”¹⁷.

Desde finales del siglo XVIII la laborterapia se aplicó con los procedimientos utilizados por Samuel Tuke y Philippe Pinel¹⁸, ambos médicos, el primero inglés, el segundo francés; Tuke recupera los valores de lo primitivo en una suerte de retorno a la naturaleza como algo “básicamente mágico”¹⁹, aplicando los tratamientos en lugares denominados cuáqueros como un mecanismo de oposición a las prácticas arbitrarias de curación. Los cuáqueros funcionaban en el campo, con espacios delimitados por ventanas con vista a jardines, cultivos y cría de animales, sin rejas, donde con fines terapéuticos se dedicaron los enfermos a tareas agrícolas con la ausencia de restricciones para la libre circulación. Sin embargo, el “principio básico es el alejamiento de la sociedad, considerada como fuente de alteraciones mentales”²⁰. Estos lugares de laborterapia para enfermos mentales fue aplicado, posteriormente, en hospitales para tuberculosos, allí el individuo lograba sentirse útil con algún ejercicio productivo con lo cual se disipaban los efectos de la enfermedad.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. (2005). *El poder psiquiátrico*, p. 386.

¹⁷ *Idem*.

¹⁸ Samuel Tuke (1784-1857) nació en York, Inglaterra, le dio importancia a trabajo humano a partir de los que denominó “tratamiento moral”, publicó las formas como debían ser construidos y administrados los asilos de locos y de mendigos. Philippe Pinel (1745-1826), nació en Saint-Paul-Cap-de-Youx, Francia y propugnaba el tratamiento moral de los locos, se le atribuye establecer los fundamentos del diagnóstico psiquiátrico moderno al vincular el método analítico con la tradición hipocrática. Escribió la nosografía filosófica de la medicina e hizo una clasificación de las enfermedades mentales.

¹⁹ AMUCHÁSTEGUI, R. H., *Op. cit.*, p. 62.

²⁰ *Idem*.

Pinel admitió el uso limitado del espacio cerrado como estrategia de recuperación para los enfermos, pero con la condición de eliminar cualquier instrumento coercitivo a la libertad de movimiento, como las cadenas y celadas de encierro.

Todas estas condiciones forman parte de los hospitales especiales, los cuales se construyen como heterotopías para desconocer a un grupo de la población “contaminante”, “peligroso” y “desagradable”, así fueron vistos los tuberculosos, los “locos” y los leprosos respectivamente. La enfermedad ya no fue un asunto de responsabilidad individual, sino del Estado; estos enfermos no contribuyen con la dinámica moderna, la detienen, la imposibilitan en tanto no logran insertarse en el ciclo capitalista de producción, distribución y consumo característicos de las formas de vida urbana.

Sin embargo, el recinto hospitalario era el lugar desconocido para el enfermo, un ambiente “naturalmente *desambientado*, provisional”²¹; este espacio debió ser reconocido posteriormente tanto por los usuarios directos como por aquellos que lo utilizaban en condición de visitantes, y, fue en este reconocimiento que la institucionalización de la medicina participó como instrumento para la modernización de la salud. A continuación veremos cómo se produjo la modernización y la modernidad de la salud de manera global y, posteriormente, el caso venezolano: la evolución en la terapéutica, la inserción del tema de la salud como parte de las políticas de modernización y planes y programas para el aislamiento.

²¹ GONZALEZ, Cesar. (1960). “Arquitectura y hospitales”. En: ARQUITECTURA. No. 19, p. 17.

I.1. La modernización y la modernidad de la salud

Si bien es cierto que esta investigación se ubica temporalmente a mediados del siglo XX, durante el intenso proceso de modernización de la práctica médica y la materialización de obras públicas para enfermedades especiales, es conveniente reflexionar sobre las condiciones de la salud y los métodos de curación desde el momento de su aparición. Alcanzar la modernidad en la salud fue un proceso que involucró los cambios en la medicina y los avances de la terapéutica en los excluidos, estos avances pueden registrarse en tres momentos del pasado.

I.1.1. El origen de la lepra, el estado mental en manos de los dioses y la exclusión

Las referencias acerca de la asistencia médica son tan antiguas como la humanidad. El hombre desde el momento en que percibió algún mal en su cuerpo recurrió a los disponibles mecanismos de sanación. Se conoce que la más antiguas descripciones de la lepra, por ejemplo, datan de 1.400 y 1.500 años antes de Cristo en Egipto y la India respectivamente, y, 200 años antes de Cristo en la China. Así, los métodos de curación fueron evolucionando hasta alcanzar la institucionalización de la práctica médica, junto con ello la continua relación que se mantuvo entre las situaciones generales de progreso y bienestar en los países con la disminución de las enfermedades.

En la visión general de la sustitución de lo empírico por lo científico encontraremos que las primeras prácticas racionales de la medicina se produjeron en el mundo antiguo. Tanto Grecia como Roma dieron cuenta de aplicar incipientes criterios de organización y de métodos curativos sobre los enfer-

mos. El arte de curar en sus primeras expresiones estuvo a cargo de un “sacerdote”²².

Resultó significativo que las primeras manifestaciones terapéuticas de estos tratantes estuvieron dirigidas a controlar las dolencias que implicaban contagio y peligro para muchos. Por ejemplo, en los asclepiones griegos, primeros edificios para la atención de enfermos, no recibían atención los moribundos y las embarazadas, como en una suerte de excluir a quienes no podía aplicarse ningún tratamiento curativo.

En la atención de la lepra y de las enfermedades del alma, como se denominaron las mentales, se recurrió previamente a los tratamientos más avanzados los cuales eran complementados con la internación de los enfermos en lugares como los asclepiones.

Las primeras prácticas terapéuticas de los sacerdotes egipcios ofrecían al paciente un ambiente natural en la búsqueda del sosiego. Junto con las hipocráticas y alejandrinas utilizadas con estos enfermos, establecieron el concepto médico de la locura.

Durante la Edad Media la concepción de la locura estuvo estrechamente vinculada con el tema de lo sagrado; a partir de los preceptos religiosos del pecado, el loco (también identificado como necio o tonto) fue identificado como un ser negativo para el resto de la sociedad y quien tenía la facultad, como pecador, de comunicarse con Dios o con el demonio, por tal condición se buscaron los mecanismos de exclusión del resto de la sociedad.

La atención de la insania mental en la Edad Media fueron descritas como inhumanas: del criterio de curación de los enfermos en lugares rodeados de jardines y fuentes de agua utilizadas por los egipcios, se pasó a la aplicación de tratamientos que simulaban la hoguera y el tormento a los pacientes calificados como demonios. La religión aumentó su papel preponderante en

²² ALEGRIA, Ceferino. (1964). *Historia de la Medicina en Venezuela*, pp. 1-10.

la atención de estos pacientes, las manifestaciones terrenales debieron ser neutralizadas por el dominio religioso y para ello se recurrió a los sistemas disciplinarios aislados, definidos y bosquejados así por Michel Foucault, llamados “tácticas” las cuales constituyeron las bases para la formación de las prácticas psiquiátricas de principios del siglo XIX.²³

Los cambios en esquemas y tratamientos de curación para los enfermos mentales fueron acondicionados a las organizaciones sociales, culturales, religiosas y políticas; parecen tener relación con las condiciones en las que los habitantes se desenvolvían; así, la barbarie, la conquista del territorio y las respuestas a lo desconocido científicamente en la época medieval, influenciaron el descubrimiento de propiedades medicinales de plantas y otros elementos, al tiempo que se desconocían a los individuos que no mantuvieran un comportamiento aceptable.

Posterior al siglo XI la organización de la asistencia médica fue asumida en custodia por las órdenes religiosas hospitalarias; entre las más conocidas podemos mencionar los Bergardos (siglo XII); los Canónigos (siglo XIII); los Jesuatos (siglo XIV) y la de San Juan de Dios (siglo XVI). Con el control de la Iglesia, los hospitales se convirtieron en lugares para atender enfermedades no contagiosas de cualquier tipo.

En estos recintos hospitalarios a partir de los siglos XIII y XVI tomó auge una forma de aislamiento denominada “cuarentena”, llamada así por la referencia bíblica que narró los cuarenta días que Cristo pasó en el desierto. Esta forma de aislamiento fue practicada separando al enfermo por varios días, sin necesariamente ser cuarenta, del resto de pacientes. La “cuarentena” además de ser una acción de aislar era una forma de vigilar y controlar los movimientos del individuo en un espacio cerrado.

²³ Ver: FOUCAULT, M., *El poder psiquiátrico*, pp. 93-96.

Desde el siglo XVI las órdenes religiosas en los monasterios y los conventos intensificaron su participación en la atención de la lepra y las enfermedades mentales. Iniciaron la fundación de las leproserías cuyo objetivo fue “albergar a los leprosos procedentes de los países orientales”²⁴. La enfermedad se convirtió en una plaga que invadió el mundo, alcanzando en Francia hasta dos mil hospitales para leprosos y en Inglaterra doscientos. La condición de enfermedad contagiosa fue determinante para ubicar estos primeros establecimientos lejos de la ciudad y siguiendo algunas normas higiénicas de aislamiento, en celdas y con la esencial ubicación de una capilla. Basta reconocer que la lepra es una enfermedad que se encuentra asociada con las formas de vida de clases oprimidas, con el hambre, la miseria y el abandono en los pueblos, de tal manera que como primeras formas de tratamiento de la enfermedad se recurrió a la aplicación de los preceptos de higiene.

Luego de corroborar que la enfermedad dejaba rastros en la piel de quien la padecía, se le otorgó cierto origen divino, en tanto las marcas eran dejadas por Dios en la piel. Durante la Edad Media fue controlada, se fueron ocupando nuevos lugares sanos para el poblamiento. Sin embargo, más allá del control de la enfermedad, “las marcas en la piel” dio origen a la figura de la exclusión. Quien padeció la enfermedad debió ser separado del resto de la sociedad por su marca de distinción y, por lo tanto, lo llevó a la exclusión del resto de los mortales como a los locos.

La participación de la Iglesia en el cuidado de los enfermos excluidos, especialmente los mentales, adicionó un doble componente “religioso” a la forma de atención: en primer lugar, se identificaron a los locos como pecadores, por lo que se justificó la separación y el encierro de quienes podían tener contacto con Dios o con el demonio, así “de una experiencia religiosa que santifica pasa a una concepción moral que lo condena”²⁵; en segundo lugar,

²⁴ ALEGRIA, C., *Historia de la Medicina en Venezuela*, p. 11.

²⁵ AMUCHÁSTEGUI, R. H., *Op. cit.*, p. 46.

se les clasificó en pobres buenos (quienes aceptan el encierro sin resistencia) y pobres malos (quienes rechazan ser encerrados).

I.1.2. La Ilustración: la salud a la luz de la razón

En el siglo XVIII se producen importantes avances en materia de asistencia médica. Tales avances coinciden con la emancipación del pensamiento del hombre, aquello que Kant denominó: “!Sapere aude! ¡Ten el valor de servirte de tu *propia* razón!: he aquí el lema de la ilustración”²⁶; la libertad de demostrar públicamente aquello que pudo ser descubierto científicamente y que tuviera repercusiones sobre otros. Varias de las instituciones que se formaron a lo largo del siglo XVIII de interés público, requerían aplicar esquemas de ordenamiento sobre la comunidad no tanto para su razonamiento, sino para su obediencia.

El programar hospitales como parte del interés público fue un método para garantizar la disciplina de una parte de la población, en especial, aquella que resultaba perturbadora, frágil y desordenada para el resto. Poner en práctica progresivamente métodos de sanación a partir de la organización y el control del Estado fue una política de salud resonante durante los siglos XVIII y XIX. La medicina había sido hasta ese momento:

entendida y ejercida como “servicio”, no era más que uno de los componentes de los “socorros”. Estaba destinada a esa categoría tan importante, a pesar de la indecisión de sus límites, de los enfermos pobres”. Económicamente esta medicina-servicio era fundamentalmente subvencionada por las fundaciones de caridad²⁷.

²⁶ KANT, Emmanuel. (1998). *Filosofía de la historia*, p. 25.

²⁷ En el idioma original “la médecine entendue et exercée comme “service” n’était jamais qu’une des composantes des “secours”. Elle s’adressait à la catégorie si importante, malgré l’indécision de ses frontières, des “paivres malades”. Économiquement, cette, médecine-service était pour l’essentiel assurée par des fondations de charité”. FOUCAULT, Michel. “La politique de la santea u XVIII^e siecle”. En: *Les Machine à guerir (aux origines de l’ hôspital moderne)*. (1976), p. 8.

Así se comenzaron a gestar cambios en las formas de atender la salud de la población a partir de la intervención del Estado y los intereses de coordinar el “aparato de producción”; basta recordar que durante estos siglos la movilidad y las organizaciones urbanas estuvieron influenciadas por los efectos de la Revolución Industrial: el desarrollo de nuevas formas de producción, la distribución territorial de la población, la altas densidades de edificación, las epidemias y la necesidad de servicios colectivos fueron motivos para adecuar el sistema de atención sanitaria.

Las acciones del Estado estaban dirigidas a cambiar las condiciones de los pobres especialmente, con el objeto de:

hacer útil la pobreza fijándola en un aparato de producción, y, en el peor aligerar al máximo el peso que representa para el resto de la sociedad (...) se perfila así toda una analítica utilitaria de la pobreza en la que comienza a aparecer el problema específico de la enfermedad de los pobres en relación a los imperativos del trabajo y a las necesidades de producción²⁸.

Por ejemplo, la tuberculosis era una de las enfermedades que además de cobrar vidas, discriminaba y aislaba al paciente que sobreviviera luego de padecerla. Su condición de enfermedad contagiosa y “espectáculo de las lacras sociales”²⁹ en las regiones industriales de finales del siglo XIX particularizó los tratamientos y los instrumentos de lucha en su contra. Además atacó por muchos años a la sociedad:

en la perdurable imagen que encontraba en la tuberculosis una causa o un efecto de su entorno ambiental degradado (...) Así, la tuberculosis termina siendo asociada y percibida como una enfermedad que resultaba de las deterioradas relaciones de la sociedad con el medio ambiente.

²⁸ En idioma original “se propose au mieux de rendre la pauvreté utile en fixant sur l’appareil de production, au pire d’alléger le plus possible le poids qu’elle fait peser sur le reste de la société (...) dans cette décomposition utilitaire de la pauvreté, commence à apparaître le problème spécifique de la maladie dans son rapport avec les impératifs de travail et la nécessité de la production”. FOUCAULT, M., “La politique de la santea u XVIII^e siecle”. En: *Les Machine à guerir (aux origines de l’ hôspital moderne)*, p. 9.

²⁹ *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis*. (1966), p. 6.

En torno de esta asociación se fue definiendo una etiología social y un saber epistemológico que impregnó a médicos, académicos, técnicos, profesionales y políticos³⁰

La dedicación de las órdenes religiosas y de la práctica caritativa fue sustituida por cuerpos “disciplinarios”, con los que no solo se ayudó al desvalido sino con los que se garantizó el cumplimiento de obligaciones que procuraron mejorar la salud de la población en general, se construyó una tecnología de la población en tanto cuantificaciones por edades, sexo, esperanza de vida; tasas de morbilidad; uno de los objetivos principales fue la reorganización de la sociedad mediante el mejoramiento de la salud al tiempo que se preservó y conservó la fuerza de trabajo. Uno de estos cuerpos disciplinarios fue la Academia de Ciencias en Paris que, desde su fundación en 1666, actuó como institución encargada de controlar, normalizar y programar las actividades asistenciales de los hospitales en esa ciudad, y así se dio inició el disciplinamiento de la sociedad, cuando se establecen mecanismos para normar el comportamiento de la población con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias en la ciudad.

Durante los siglos XVIII y XIX la atención de los enfermos contagiosos y peligrosos continuó teniendo como parte del tratamiento el criterio de la exclusión y el aislamiento; las necesidades de curación articuladas con las nuevas actividades del Estado justificaron el confinamiento en tanto se controlaron los vagabundos y desocupados en los centros asistenciales, y, se mejoraba la condición de los enfermos para transformarlos en trabajadores útiles, “mano de obra barata cuando hay trabajo y salarios altos; y, en período de desempleo, reabsorción de los ociosos y protección social contra la agitación y motines”³¹.

³⁰ ARMUS, Diego. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870 – 1950*, p. 206.

³¹ AMUCHÁSTEGUI, R. H., *Op. cit*, p. 46.

Entre estos siglos los tratamientos para la curación de la locura fueron mejorando con los cambios de las prácticas de internación de impacto arquitectónico. Si bien fue cierto que los tratamientos contemplaron conectar a los enfermos con ambientes naturales, también lo fue que estos ambientes formaron parte de los lugares de internación, definitivamente la operación edificatoria tenía incidencia directa en la curación del enfermo. La intencionalidad de Esquirol, de Tuke y de Pinel, mencionados previamente, no era aplicar los tratamientos en algún lugar que no fuera el hospital.

Este criterio fue utilizado consecuentemente en el siglo XVIII en diversas ciudades europeas, incluso, alcanzó algunas latinoamericanas; en Buenos Aires se registró la evolución de los tratamientos para los alienados desde comienzos del siglo, los cuales se realizaron en espacios donde el individuo recobrarla la razón, en donde la disciplina, la vigilancia y el orden les permitiera integrarse a la “ciudad o sociedad normal”³². El manicomio se consideraba como el medio terapéutico, implantado de forma marginal dentro de la ciudad, en tanto “su contenido tuviera peligro de contagio para la ciudad”³³; se estableció como una ruptura total con el mundo exterior.

Es así como las transformaciones sociales y políticas integraron todo un sistema de transformación que propició que el dominio médico actuara sobre las enfermedades especiales; todas las operaciones se amalgamaron para hacer del espacio construido un instrumento de sanación, de control, de organización, de normalización y del ejercicio del poder.

La lepra y la enajenación mental fueron controladas progresivamente, sin embargo, la tuberculosis comenzó a ser otra amenaza para la población; considerada una enfermedad “urbana” por tener como “una causa o un efecto en el entorno ambiental degradado (...) termina siendo asociada y percibi-

³² CUENCA, Marcelo; POBERAJ, Cristina; SAUA, Teresa. (1983). *Los espacios de la locura en Buenos Aires*. En: Materiales. Programa de Estudios Históricos de la Construcción del Habitar, p 55.

³³ *Idem*.

da como una enfermedad que resultaba de las deterioradas relaciones de la sociedad con el medio ambiente”³⁴. Así uno de los asuntos que prevaleció en la incipiente organización fue la formulación de instrumentos y mecanismos de control sobre las deterioradas condiciones de los campos y las ciudades. El padecimiento de la tuberculosis estuvo estrechamente relacionado con la Revolución Industrial, todos los efectos contaminantes de las industrias, del hacinamiento y de la alta concentración de población en los centros urbanos fueron detonantes para el desarrollo de la enfermedad.

Fue en el último tercio del siglo XIX cuando surgió un modelo médico basado en la etiología (estudio sobre las causas de las cosas y de las enfermedades), diagnóstico y tratamiento de las enfermedades con bases científicas. Además se descubrió el bacilo de la lepra, por Hansen en 1874, considerado el causante de la enfermedad. Fueron todos estos avances que sentaron las bases para mejorar la salud y las formas de aislamiento en la modernidad.

I.1.3. La modernidad: la salud y las formas de aislamiento

Los avances de la asistencia médica desde los primeros años del siglo XX fueron influenciados por la herencia decimonónica. Muchos estudios médicos sobre la lepra y las enfermedades mentales que hasta este momento fueron valoradas como incurables arrojaron resultados que podían ser curadas y evitadas; la terminología de “loco” o “locura” y las clasificaciones utilizadas en los enajenados fueron sustituidas por “*enfermedad mental* o de *enfermo mental*, lo cual tiene la gran ventaja de suprimir (...) una voz de vago significado que apareja consigo cierto carácter cómico e hiriente para la persona aludida o para su familia”³⁵. Además, los pacientes clasificados como

³⁴ ARMUS, D., *La ciudad impura.*, p. 206.

³⁵ ALVAREZ, Ricardo. (1942). *La Psiquiatría en Venezuela desde la época precolumbina hasta nuestros días*, p. 150.

alienados eran aquellos cuyo diagnóstico severo ameritaban internación o vigilancia en algún centro especial.

La curación de la lepra fue superada en el siglo XX con los avances científicos e investigaciones realizadas en los principales leprocomios; las posibilidades de curación de pacientes jóvenes, portadores de los primeros síntomas de la enfermedad y las nuevas condiciones, sumada la buena alimentación permitieron la recuperación de un buen número de ellos, así como la posibilidad de “vivir en sociedad sometidos a los exámenes médicos y demás disposiciones que rigen la materia”³⁶, por lo que la internación de enfermos fue exclusiva de los casos con la enfermedad avanzada y sin posibilidades de curación. Así, las políticas estuvieron dirigidas al control de la enfermedad en la mayoría de los casos en dispensarios dispuestos para ello.

La tuberculosis se estableció como una de las enfermedades con mayor índice de mortalidad; el incremento de pacientes atacados por el bacilo de Koch impulsó el estudio de tratamientos para curarla en países europeos; uno de los primeros avances se produjo a partir de la creación de la vacuna B.C.G. en 1921 de Francia.

Se reconoce, por ejemplo, los índices de mortalidad por una de las enfermedades excluidas en Argentina como:

realmente serio y grave el problema de la tuberculosis en el país. Las cifras que arrojan las estadísticas son realmente alarmantes y justifica plenamente la acción de nuestras autoridades (...) para la asistencia de los 150.000 enfermos de esta clase se calcula existen en el país, solo se cuenta con 4.500 camas entre hospitales y sanatorios nacionales, provinciales, municipales y privados, debiendo tenerse presente que anualmente fallecen quince mil tuberculosos³⁷

La organización de los servicios psiquiátricos fue un tema discutido internacionalmente. Con la anuencia de la Organización Mundial de la Salud

³⁶ BENCHETRIT, A. (1935). *El problema de la lepra en Colombia*, p. 50.

³⁷ MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS DE LA NACIÓN. (1936). *Boletín de obras públicas argentina*. No. 26, p. 746

(OMS) se determinó que el enfermo podría responder positivamente a los tratamientos en tanto se incorporara a las actividades cotidianas. La participación de la OMS a través de seminarios regionales y redacción de informes, influyó la aplicación de tratamientos de psiquiatras en diversos países, es por ello que se estableció las condiciones de diversos planes para mejorar la organización de los servicios de higiene mental, al tiempo que “los programas dirigidos a fomentar la salud mental, prevenir las enfermedades mentales, tratar y rehabilitar a los enfermos mentales y formar y adiestrar al personal destinado a los diferentes servicios han de adaptarse a las necesidades particulares y los recursos actuales y potenciales de cada país o región”³⁸.

Una de las características de la modernidad en la salud fue el proceso paulatino de internacionalización de la institucionalización de la medicina desde principios del siglo XX. Los médicos especialistas dedicaron sus actividades a los progresos clínicos de las enfermedades y junto con eso a formar una cultura asistencial de alcance internacional; no fueron progresos aislados lo que repercutió en la institucionalización, más bien fue una actividad articulada entre los países de Latinoamérica “toda nación al fomentar su propia salud mejora la salud de las demás naciones, del mismo modo que ayudando los esfuerzos sanitarios de otras naciones nos protegemos a nosotros mismos”³⁹. Con la creación de la Oficina Panamericana de Salud (1902), el intercambio de conocimientos y de los resultados de las investigaciones logró difundirse en diferentes regiones del mundo, y en los casos de las enfermedades especiales la aplicación de los nuevos tratamientos y formas de atención para los pacientes fueron reconocidos especialmente por su condición ya referida de contagiosas y peligrosas.

³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SERIE INFORMES TÉCNICOS No. 223. (1961). *Preparación de Programas de Higiene Mental*, p. 16.

³⁹ FOSDICK, Raymond B. (1944). “La Salud Pública como problema internacional”. *Boletín de la Oficina Panamericana*, año 24, No. 12, diciembre 1944, pp. 1068.

El planteo de objetivos y criterios comunes construyeron un método de organización para los hospitales especiales. Este método se corresponde de manera directa con los avances de la medicina y los tratamientos médicos impuestos para cada enfermedad, adicionalmente el incremento de pacientes y la poca disposición de servir en los hospitales generales a este tipo de patología contagiosa y peligrosa fueron razones fundamentales para su proyección.

Se ensayaron tratamientos, organizaciones institucionales, planes y programas en Europa y Latinoamérica luego de investigaciones científicas, avances en la medicina y perfeccionamientos de instrumentos legales que trazaron las directrices necesarias para el funcionamiento del sistema sanitario internacionalmente. Las voces científicas fueron escuchadas en congresos y reuniones internacionales⁴⁰, en una suerte de intercambio de conocimientos que puede explicar las coincidencias de los objetivos de los Estados en los asuntos asistenciales.

a. Europa

Las propuestas europeas resultan una referencia importante en esta investigación. En Italia la atención para los tuberculosos se legisló por primera vez desde 1927. La enfermedad catalogada como grave requirió de la obligatoriedad de la legislación a través del *ConSORZI Provinciali Antitubercolare*, institución que tenía como objetivos prevenir, diagnosticar y divulgar todo lo relacionado con la enfermedad en los Dispensarios Tuberculosos Provinciales en las capitales de provincia y en las secciones dispensariales dispuestas

⁴⁰ Muchos fueron los congresos y reuniones celebrados en la primera mitad del siglo XX. El tema sobre cada uno de ellos es extenso y amerita una investigación adicional, sin embargo, se pueden mencionar algunos de ellos, de los cuales los trabajos fueron publicados por la importancia de sus resultados para salud de los pueblos latinoamericanos, advirtiendo la omisión de otros: X Conferencia Sanitaria Panamericana (1938); Día Panamericano de la Salud (1940, 1941); XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1946).

en los barrios de las grandes ciudades.⁴¹ Las funciones de estas instituciones estaban referidas a coordinar y distribuir los casos en hospitales sanatoriales o en colonias permanentes.

En España durante los primeros años del treinta se formuló un proyecto de reorganización de la sanidad, que no tuvo resultados estadísticos positivos “a finales de la década aún asignaban 40.000 muertes anuales a la tuberculosis”⁴² valorada como “enfermedad social (...) significaba un grave peligro para la estabilidad del sistema social establecido”⁴³. Tanto la atención de esta enfermedad y la lepra fueron asuntos de atención privada en estos años⁴⁴. Durante la Segunda República el Estado se involucró con las fórmulas utilizadas para atacar el bacilo de Koch por instituciones privadas median-

⁴¹ Sobre los dispensarios antituberculosos italianos Andrea Soffitta realizó un trabajo titulado “I Dispensari Antitubercolare. L’Architettura della prevenzione”, en: *Il bello che cura. L’Achtitture dei dispensari antitubercolare e dei sanatori tra le due guerri*, s/p. En el idioma original la autora hace referencia a: “Nel 1927 furono emanate la Legge n. 1.276 (*provvedimentti per la lotta contro la tubercolosi*) e il Reggìo Decreto n. 2.055 (*Assicurazione obbligatoria contra la tubercoloso*), che permisero di affrontare in maniera sistematica un problema social sanitario all’ època molto grave: la tubercolosi. La prima legge istituì obbligatoriamente, in tutti i capoluogui di provincia i **Consorzi Provinciali Antitubercolare**, la cui azione preventiva, dagnostica e preventiva doveva attuarsi attraverso strutture quali i **Dispensari Antitubercolari Proviciali** costruiti nei capoluogui di provincia e le **Sezioni Dispensariali** realizzate in alcuni quartieri delle grandi città e nei centri minori di una stessa provincia, chiamati anch’essi, comunemente, dispensari tubercolari. Traducción Ana E. Fato O. En 1927 fue emanada la Ley número 1.276 (disposición para la lucha contra la tuberculosis) y el Decreto número 2.055 (Seguro obligatorio contra la tuberculosis), que permitió afrontar de manera sistemática un problema social sanitario grave de la época: la tuberculosis. La primera Ley se hace obligatoria para todas las capitales de la provincia, el Consorcio Antituberculosos Provincial el cual tenía como fin prevenir, diagnosticar a través de la estructura del Dispensario Antituberculoso Provincial construidos en las capitales de las provincias y la Sección de Dispensarios realizados en algunos de los barrios de las grandes ciudades y en el centro de las estados más pequeños de la provincia, llamados comúnmente dispensarios tuberculosos.

⁴² PIELTÁIN, Alberto. (2007). *Arquitectura para la sanidad pública en España 1924-1977. Construcción de la red de hospitales*, p. 9.

⁴³ *Ibid.*, p. 15.

⁴⁴ Instituciones de gestión privada como: Liga Popular con la Tuberculosis puso en funcionamiento el Sanatorio de Húmera; El Real Patronato Antituberculoso se ubicó como la principal institución en atacar la enfermedad después de la Guerra. *Ibid.*, p. 16.

te la creación de una Sección de Tuberculosis en la Dirección General de Sanidad (1931), como parte de los planes de esta Sección se planteó la construcción de una red de dispensarios ubicada en viejos edificios y la formulación de una intensa campaña de educación para los afectados de cómo reproducir las condiciones de higiene y los programas alimenticios en los hogares.

Mientras en Latinoamérica y Europa se fue transformando e institucionalizando la práctica médica, en Venezuela el proceso tuvo sus matices propios acordes con las condiciones políticas, económicas y sociales, a continuación la forma como se produce la modernización y la modernidad en el país.

b. América Latina

En Argentina el Plan Sanitario Integral (1946) recayó en la secretaria de Estado con categoría de ministerio, propuesto por el doctor Ramón Carrillo⁴⁵ a nivel nacional para asegurar un mínimo en los servicios médicos para la población, el objetivo fundamental fue “erradicar las endemias y las epidemias, y hemos propiciado una legislación sanitaria moderna, en consonancia con la evolución política, social y económica del gobierno argentino”⁴⁶. En

⁴⁵ Ramón Carrillo (1906-1956) médico, higienista, funcionario del Estado argentino que atendió directamente el Plan de Salud y la técnica médica aplicada a los edificios propuestos en el Plan. Se le atribuye el trazado de modernos lineamientos en el mejoramiento de la salud pública, fue secretario de Salud Pública durante la presidencia de Perón, por lo que sus actividades se adecuaron a las políticas del gobierno peronista sin mayores críticas y en muchos casos procurando enaltecer la figura del presidente. Autor de textos vinculados con la salud pública, entre ellos *Planes de Salud Pública 1952-1958*, *Contribuciones al conocimiento sanitario*, *Teoría del Hospital*, *Política Sanitaria argentina*, entre otros.

⁴⁶ CARRILLO, Ramón. (2006). *Política Sanitaria Argentina*. Textos elegidos, pp. 76-87. En este texto el doctor Carrillo definió los elementos del Plan Sanitario argentino fueron: “a) la organización previa de la estadística sanitaria y una exacta discriminación de las causas de muerte (...) b) creación de una red de laboratorios destinados al diagnóstico precoz de todas las enfermedades infecto contagiosas(...) c) Educa-

esta Secretaria “se habla de planificación, de integración de prácticas preventivas, del abordaje integral del problema orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica”⁴⁷. El Plan consideró la materialización de la infraestructura indispensable para garantizar su éxito.

En Brasil se creó el Departamento Nacional de Salud Pública en 1923, con la “responsabilidad y la atribución del saneamiento rural y urbano, la propaganda sanitaria, la higiene infantil, industrial y profesional, las actividades de supervisión y fiscalización, la salud de los puertos y Distrito Federal y la lucha contra las endemias rurales”⁴⁸. Posteriormente la política durante la década del treinta de gobierno de Getúlio Vargas (1930-1945; 1951-1954) se ocupó del sistema de salud a través del Ministerio de Educación y Salud Pública (1930); el gobierno se inclinó por una política social que valoró la salud como uno de los pilares fundamentales para construir una identidad nacional. La figura de Gustavo Capanema⁴⁹ fue clave para la modernización del sistema de salud brasileiro, entre sus contribuciones se encuentra la creación del Fondo Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y las Conferencias Nacionales de Salud.

En México las funciones estuvieron a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943), cuyo papel fue aportar soluciones en las condiciones

ción sanitaria de la población, la propaganda sanitaria debe ser barata, directa y eficaz (...) d) La instalación de unidades sanitarias rurales, el personal será ni más ni menos que agentes del poder público extendido cordialmente para proteger a la familia rural (...) e) la extensión y ampliación de las obras sanitarias, las obras de saneamiento e ingeniería sanitaria para la población de menos de 3000 habitantes, es una cuestión fundamental para terminar con las infecciones de origen hídrico (...) f) la socialización del cuidado médico...”

⁴⁷ BELMARTINO, Susana. “Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y1970” en: ARMUS, Diego (compilador). (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970*, pp. 101 y 127.

⁴⁸ *Idem*.

⁴⁹ Gustavo Capanema (1900-1985), político brasileño, Ministro de Educación y Salud Pública (1934-1945), sus objetivos fundamentales durante su estadía en este cargo fueron centralizar y nacionalizar la política de salud en Brasil; organizar una reforma administrativa en los servicios. Ver: *Hospital dos Servidores do Estado. Um patrimônio de Saúde, Arquitetura e História*. (2007), pp. 44-47.

de la salud y el bienestar de la sociedad y en donde se fundó la Comisión de Planeación de Hospitales de 1944 a 1945 a cargo del arquitecto alemán Hannes Meyer y con el arquitecto mexicano José Villagrán García, como coordinador del Plan de Hospitales para la República Mexicana de 1943 a 1946.

I.2. La modernización y la modernidad de la salud en Venezuela

Los cambios que en las prácticas médicas se produjeron desde el siglo XVI en Venezuela constituyen los antecedentes para la construcción de una estructura institucional dirigida a la atención de las enfermedades especiales en el país. El proceso de modernización se puede registrar en tres momentos del pasado.

1.2.1. La atención empírica

En Venezuela desde el siglo XVI, la situación de la sanidad era precaria, en especial, por el poco desarrollo científico, la carencia de personal suficiente y de un órgano coordinador en el área, aunado a que el mismo proceso de inmigración, el comercio marítimo y la trata de esclavos introdujeron, por ejemplo, la lepra como enfermedad endémica nunca antes padecida en los habitantes del país. En respuesta a esta situación, la Iglesia asumió la responsabilidad sobre la salud, de manera que la mayoría de los hospitales estuvieron a cargo de cofradías religiosas, mantenidos por la caridad de gobernantes, religiosos, particulares, los diezmos, el tesoro real y rentas especiales.

La atención de los enfermos peligrosos se trató con “medicamentos llamados *desobstruyentes, fundentes, discussivos, incisivos e inviscuantes*”⁵⁰. Los enajenados mentales fueron interpretados como poseídos por los demo-

⁵⁰ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 77.

nios, la atención de ellos era en las cofradías, tal interpretación posiblemente aplicada al igual que en la península española, si tomamos en cuenta que, durante la colonia, en España el arte de curar estos enfermos mantenía la influencia de las órdenes religiosas.

Fue así como en la provincia de Caracas las actitudes delirantes, las manifestaciones histéricas en los individuos fueron tratadas con “castigos celestiales y lógicamente se aconsejaba a los pacientes, como única vía para alcanzar algún alivio, la contrición cristiana y la práctica de las más penosas mortificaciones expiatorias”⁵¹; durante la colonia no hubo establecimientos especiales para los “delirantes”, las rudimentarias prácticas de sanación se aplicaban en las casas.

Institucionalmente los ayuntamientos organizaron la atención de los enfermos, sin mayores atribuciones oficiales. En el siglo XVII los conflictos por la libertad de los indios fue motivo para que la participación de profesionales de la medicina fuera limitada, razón por la que se aplicaron algunos criterios de curación de los nativos: “el ejercicio del arte de curar: no tenía escuela ni verdadero control científico; tal como al comienzo de la conquista persistía; solo era el fruto de la audacia suprema ayudada a veces con algo de personal experiencia e inclinación”⁵², situación de la práctica médica que persistió hasta los primeros años del siglo XVIII.

I.2.2. La salud y las instituciones

En la Venezuela dieciochesca hubo también algunas expresiones de “ilustrada libertad”, con la fundación, por ejemplo, de la Real Universidad Pontificia de Caracas, el inicio de los estudios médicos con la fundación de la cátedra de Prima de Medicina en 1763 y la creación del Protomedicato en

⁵¹ *Ibid.*, p. 85.

⁵² RODRIGUEZ RIVERO. (1931). *Historia de la medicina de Venezuela hasta 1900*, p. 25.

1777 por Lorenzo Campins Ballester para luchar contra el ejercicio no facultado de la disciplina. Así el papel gestor en la solución de los problemas sanitarios ejercido por el Cabildo de Caracas, fue sustituido por el Protomedicato, con lo cual se controló de manera incipiente todo lo relativo a la sanidad, al ejercicio de la profesión y al expendio de medicinas.

A través de la aplicación de las *Ordenanzas para el gobierno y policía de la muy ilustre ciudad de Santiago León de Caracas, cabeza de la Provincia de Venezuela* (1800-1802) del licenciado Miguel José Sanz se segregó y discriminó una parte de los habitantes de Caracas sometidos a los reglamentos de la policía, con la intención de mejorar las condiciones de barbarie en la ciudad y otorgar una ubicación privilegiada para los eclesiásticos, los nobles y los militares. En las Ordenanzas se contempló la creación de un Puesto Médico y las disposiciones con relación a la sanidad, hospitales, beneficencia, distribución de aguas, entre otros temas vinculados con la ciudad.

Cuando en el año 1827 José María Vargas asumió el rectorado de la Universidad Central de Venezuela y Simón Bolívar decretó la creación de la Facultad Médica se dio comienzo a la aplicación de nuevas técnicas de curación con el apoyo de estos primeros reglamentos; fueron medidas que funcionaron como modernizadoras de la capital venezolana y como medios para superar las condiciones de precariedad, ruina y pobreza heredadas del siglo XVIII y de la Independencia. Por todo esto, una nueva etapa comenzó para la medicina con la formación de especialidades y la intervención del Estado de manera directa en los temas de la salud.

I.2.3. La salud, responsabilidad del Estado

En Venezuela ante la Academia de la Medicina en 1912 se estudiaron las enfermedades especiales y la relación entre ellas y otras dolencias, en especial su incidencia en la salud mental, el resultado se expuso: “Con ex-

cepción de la lepra y las formas incurables de la enajenación mental (...) las otras enfermedades contagiosas y hereditarias [entre las que se encuentra la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo crónico, y la epilepsia esencial] (...) pueden curar y ser evitables”⁵³. Esto pareciera dar cuenta de que la medicina daba pasos positivos en pro de los tratamientos y la curación para enfermedades especiales.

Las patologías no contagiosas pero susceptibles de afectar la sociedad no fueron tema científico de promoción. Una de las contribuciones que merece la pena mencionarse es la publicación del doctor Luis Razetti⁵⁴, el *Manual del antialcoholismo* (1913) con lo cual apoyó la lucha en contra del etilismo agudo y crónico y su influencia directa e indirecta sobre múltiples alteraciones de la salud. **(Figura 1)**

⁵³ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p.155.

⁵⁴ Luis Razetti (1862-1932) médico, cirujano con una importante actividad científica en el país. Se dedicó a la enseñanza y el ejercicio de la medicina. En 1893, luego de iniciar sus actividades como docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, creó la Sociedad de Médico Cirujanos de Caracas y su órgano oficial de difusión la *Gaceta Médica de Caracas*. La Sociedad promovió la discusión entre sus miembros de las experiencias en los tratamientos para las endemias y las epidemias, además de promover conferencias sobre la viruela, la fiebre amarilla, disentería, diarreas, entre otras enfermedades. Fue el promotor de los ejercicios prácticos para los estudiantes de medicina. Razetti trabajó a lo largo de vida por la institucionalización de la práctica médica, redactó la ley para crear el Colegio de Médicos del Venezuela (1902) sustituido por la Academia Nacional de Medicina (1904). Rector de la Universidad Central de Venezuela (1908). Fundó una de las primeras clínicas privadas en Caracas (1911) llamada “Luis Razetti”, con los recursos modernos, para las operaciones de alta cirugía, maternidad, hospitalización y laboratorio anexo. Autor de varios libros como: *Qué es la vida?* (1907), *Lecciones y notas de Cirugía Clínica* (1917), *Autobiografía* (1917). Para ampliar sobre la biografía y obra de Razetti, ver: ARCHILA, Ricardo. (1973). *Luis Razetti. Introitos a sus obras completas*; GUEVARA, Manuel. (2010). *Luis Razetti*.



Figura 1. Doctor Luis Razetti. **Fuente:** RICARDO, Álvarez (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 176.

Las condiciones de hospitalización de los enfermos mentales a principios del siglo XX fueron mejorando (**Figuras 2-4**). Sin embargo, los edificios que alojaban esta clase de enfermos se ubicaban en su mayoría en Caracas y según los registros “la afluencia incesantemente en aumento de los pacientes ya ha colmado sus capacidades de alojamiento”⁵⁵; la limitación de espacio y el incremento de pacientes con problemas mentales fueron atendidos sin el planteamiento de un programa articulado entre los diversos actores involucrados que tuviera alcance nacional y “sin la necesaria cohesión para acometer obras de trascendente valía y eficacia”⁵⁶.

⁵⁵ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 137.

⁵⁶ *Idem.*



Figura 2. Antiguo Asilo de Enajenados de Caracas. Aspecto del Departamento de Mujeres. Foto 1928. **Fuente:** ALVAREZ, Ricardo. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 389.

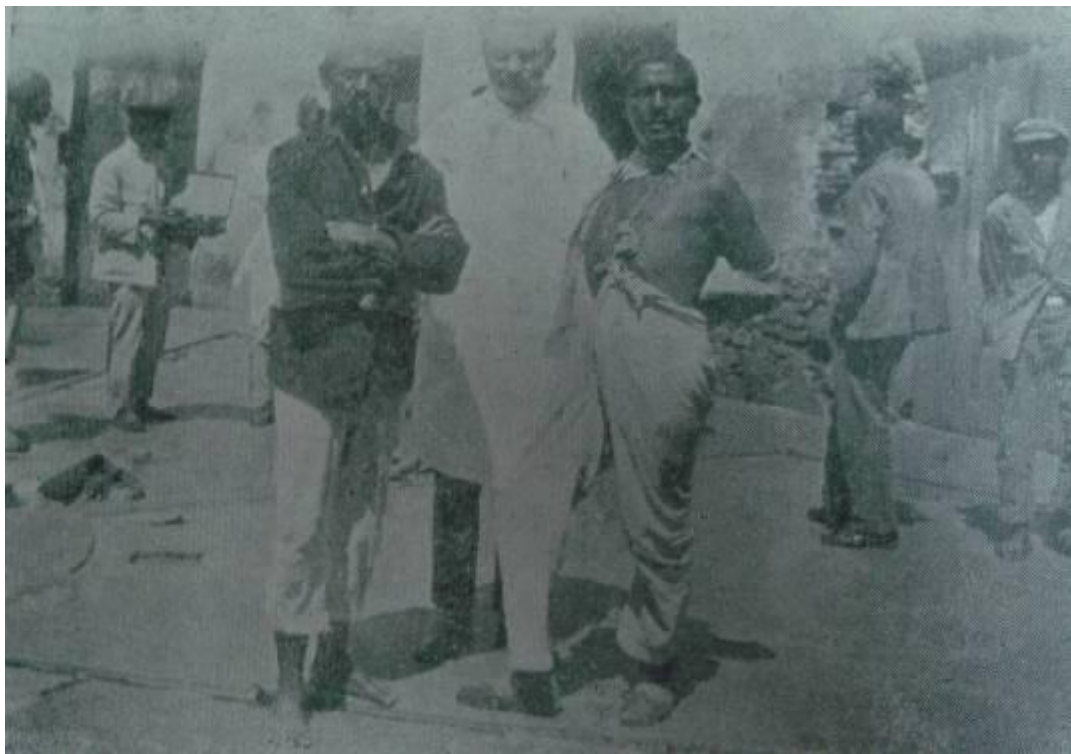


Figura 3. Antiguo Asilo de Enajenados de Caracas. Aspecto del Departamento de Hombres. Foto 1928 **Fuente:** ALVAREZ, Ricardo. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 390.

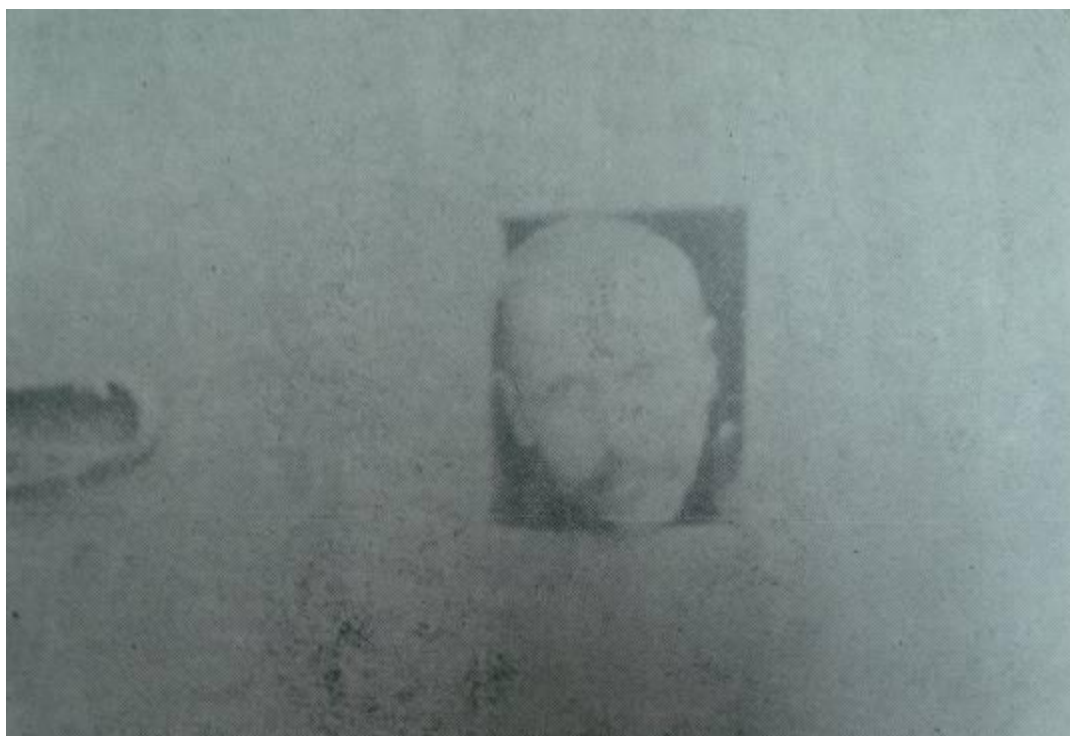


Figura 4. Antiguo Asilo de Enajenados de Caracas. Maníaco agudo en un calabozo hermético. Foto 1928. **Fuente:** ALVAREZ, Ricardo. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 394.

Junto con la asistencia a los leprosos y los tuberculosos el Estado se propuso el mejoramiento de la salud mental de los venezolanos. Las prácticas rudimentarias, antihigiénicas y carcelarias de finales del siglo XIX y principios del XX fueron sustituidas por modernos tratamientos terapéuticos y el uso de novedosos fármacos. La aplicación de estos métodos se realizó gracias a la modernización de la infraestructura y las gestiones del Estado en organizar un sistema de asistencia médica a los enfermos especiales.

I.3. La salud como parte del proyecto de modernización venezolana

Un observador del proceso de modernización venezolana en el siglo XX no podría dejar de considerar, junto con la educación, la urbanización y la construcción de obras públicas los considerables logros en materia de salud.

En 1905 los nacimientos fueron 68.978 y las defunciones 58.889 mientras que a mediados del siglo, en 1953 los nacimientos se contabilizaron en 250.922 y las defunciones en 53.889. Algo importante debió suceder cuando los indicadores numéricos arrojaron un crecimiento vegetativo de 31.459 a 197.033⁵⁷ habitantes en el transcurso de apenas medio siglo. Detrás de esas cifras se encuentra un nuevo sistema de funciones del Estado y el poder en un escenario caracterizado por las incipientes condiciones de la vida moderna.

En este trabajo, consecuente con la definición de Marshall Berman, la modernización está definida como un conjunto de procesos sociales que dieron origen a la vida moderna⁵⁸. Así, en Venezuela, el proceso se inició paulatinamente desde el siglo XVIII y fue reforzándose con importantes intervenciones guzmancistas a finales del XIX y otros avances gomecistas de principios de siglo XX, cuando se comenzó a construir un escenario para la vida moderna, caracterizado, entre otras cosas, por una incipiente transformación a partir de algunos avances científicos e industriales, en el crecimiento de la población, una economía constituida por las explotaciones agrícolas y pecuarias⁵⁹, la centralización gubernamental, así como cambios en las formas de

⁵⁷ ZUÑIGA CISNEROS, M. (1955). "Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela". *Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina*. No. 7, enero-abril, Vol. III, pp. 35-52.

⁵⁸ BERMAN, Marshall. "Brindis por la modernidad". En: AUTORES VARIOS. *El debate modernidad post modernidad*. (1989), p. 68.

⁵⁹ La explotaciones agrícolas y pecuarias se producen durante este tiempo sin mayor alcance nacional, en un sistema de auto abastecimiento local por las precarias condiciones de las vías de comunicación; una incipiente industria petrolera que buscaba acomodo a través de la inversión extranjera: "En 1917 se exporta petróleo por

planificación, en los sistemas de comunicación, en las organizaciones urbanas, en el acercamiento al mercado mundial capitalista, en la organización de un sistema comunicacional, habitacional, educativo y asistencial capaz de atender a la muchedumbre que fue incorporándose desde los primeros años del siglo XX a la metrópoli.

La modernización mostró transformaciones que dieron cuenta de un cariz “luminoso”, positivo y favorable para el hombre en tanto aquellos “procesos sociales” proponían un sistema de vida contrario del “antiguo”, pero también mostró un lado “oscuro” que tendió a dominar, controlar e imponerse sobre el funcionamiento de esos procesos mediante mecanismos disciplinarios para la población por parte del Estado moderno. A través de planes integrados para la educación, la vivienda, la comunicación y la higiene, se trató de mejorar tanto la calidad de vida como dirigir el comportamiento del ciudadano común, de integrarlo a la sociedad, al tiempo que, desarrollaba la capacidad de exigir nuevos derechos.

Se formó un sistema como el de una moneda de dos caras: una, representada por importantes avances en los ámbitos de la vida nacional; otra, delineada por estos mecanismos disciplinarios para moldear estos avances. Se podría explicar tal oposición a partir de lo que Nietzsche analizó sobre:

el surgimiento de una cosa y la utilidad que al cabo tenga, su efectiva utilización e integración en un sistema de fines (...) Pero todos los fines, todas las utilidades son señales de que una voluntad de poder se ha enseñoreado de algo menos poderoso y le ha imprimido desde ella misma el sentido de una función⁶⁰

primera vez y al terminar la Primera Guerra Mundial su presencia aparece ya en las estadísticas de exportación del país. Desde entonces, las compañías, las concesiones, los asesores extranjeros, los gestores nacionales, los dividendos, las regalías, los royalties, los norteamericanos, se entrecruzarán”. MARTÍN FRECHILLA, Juan José (1994). *Planes, planos y proyectos para Venezuela: 1908-1958*, p. 82.

⁶⁰ NIETZSCHE, Friedrich. (2004). *La genealogía de la moral*, pp. 124, 125.

Si bien es cierto que todo mejoramiento, en especial aquel que se vincula con la atención de la población a partir de la organización institucional del Estado, da cuenta de ser una acción positiva, para tal mejoramiento algunos hechos previos no necesariamente se pueden considerar “luminosos”. Alcanzar la normalización, el control, el disciplinamiento y el dominio sobre los habitantes de un país no es una actividad simple. Detrás de ella un abanico de imposiciones, de instrumentos y de ordenamientos sobre las viejas formas de comportamiento en la sociedad debió hacer que ésta entrara en “razón” en tanto aceptación de esa organización institucional. Si la sociedad no daba muestras de asimilación de este proceso, los esfuerzos del Estado en la modernización resultaban en vano; era necesario construir una memoria colectiva a partir de “la razón, la seriedad, el dominio sobre las emociones, todas esas cosas que se llaman reflexión, todos esos privilegios y galas del hombre: ¡que caros han salido!, ¡cuánta sangre y horror hay en el fondo de todas las “cosas buenas”!...⁶¹

Un ejemplo del lado “luminoso” de la moneda fue el reconocimiento de la población con la intención de imponer sobre el colectivo un régimen para la eliminación de las epidemias, disminuir la tasa de morbilidad, aumentar la prolongación de vida y reducir la mortalidad; pero el lado “oscuro” lo representó el control sobre la sociedad y su adecuación a una serie de reglas controladas, corregidas y aplicadas por los médicos para la detención de enfermedades.

Una de la tesis sobre las dos caras de la moneda que intervienen en la sociedad moderna es la planteada por el sociólogo polaco Zygmunt Bauman: el poder que sobre la sociedad ejerció el Estado tuvo como objetivo “gestionar personas”⁶², ordenar, formular normas de conducta y, especialmente, imponer mecanismos de obediencia. Para la sociedad moderna fue un im-

⁶¹ NIETZSCHE, F., *Op. cit.*, pp. 102.

⁶² BAUMAN, Zygmunt. (2006). *En busca de seguridad en un mundo hostil*, pp. 34-35.

pulso positivo mantener el orden y tener seguridad ante las disposiciones para ello, esto podría traducirse en un beneficio (lo luminoso), como parte de la sustitución de los sistemas tradicionales por otros contruidos y diseñados a partir de la aplicación de medidas impositivas (lo oscuro), estas últimas clasifican, excluyen, aíslan a sectores de la sociedad e incluso privan de libertad a quienes les aplican estas medidas.⁶³

Ante la dinámica de la vida moderna en Venezuela, la del siglo XIX y más aún la que se mueve desde 1936, el Estado formuló un ideario de planes para responder a las profundas transformaciones metropolitanas y así, imponer su “voluntad de poder” en la muchedumbre incorporada a las apenas nacieses metrópolis. Los programas emprendidos durante los gobiernos de Eleazar López Contreras (1935-1941); Isaías Medina Angarita (1941-1945); la Junta Revolucionaria (1945-1947); el breve de Rómulo Gallegos (1948), la Junta Militar (1948-1952) y Marcos Pérez Jiménez (1952-1958), tienen como criterio común demostrar la fuerza que el Estado alcanzó a partir de las prácticas modernas de organización. Hay en todos ellos una clara urgencia de contribuir con la capacidad productiva del país a partir de los programas apoyados en acciones específicas para cada sector.

La responsabilidad que se impuso el mismo Estado tenía como objetivo “*hacer primero al hombre hasta cierto punto necesario, uniforme, igual en iguales circunstancias, regular y por tanto calculable*”⁶⁴. Así, las modernas políticas se pueden justificar a partir de la consideración del origen de la “responsabilidad” analizado por Nietzsche; la intención de tal análisis con-

⁶³ Incluso, podría encontrarse similitudes en lo que Foucault denominó “heterotopías” y lo que Bauman denominó “modernidad líquida” en tanto plantea que el hombre moderno busca refugiarse en lugares que garanticen su seguridad y lo separe de todo lo extraño en la comunidad, por lo tanto, los hospitales especiales atienden esa necesidad de alejar a un sector de la sociedad clasificado, excluido, privándolo de la libertad en lugares creados para ello. Ver: BAUMAN, Zigmunt. (2000). *Modernidad líquida*.

⁶⁴ NIETZSCHE, F., *Op. cit.*, p. 97.

llevó a demostrar que en los individuos de una sociedad, en este caso moderna, se debe comenzar a distinguir entre hacer su “voluntad” y lo que realmente es necesario para esta sociedad, en donde la atención se encuentra en el individuo “*calculable, regular, necesario*”⁶⁵, por lo tanto la responsabilidad del Estado se expresó en políticas de planificación a nivel nacional.

Si bien es cierto los análisis del filósofo alemán no pudieran estar vinculados con el proceso de modernización venezolana, valdría la pena considerarse que en la “responsabilidad” asumida por el Estado durante el gobierno de Juan Vicente Gómez (1908-1935) están los primeros cambios de las funciones del mismo. Algunos historiadores venezolanos han caracterizado los años del gomecismo como de pocos avances, de estancamiento cultural y educativo con un acentuado énfasis en “una situación de obediencia generalizada y garantizable”⁶⁶. Sin embargo, podría encontrarse valores no atribuidos en la participación activa de intelectuales plegados al proyecto político gomecista en la construcción del proyecto de modernización del país, además:

ya se habían echado las bases de la configuración de Venezuela como nación al pacificar el país eliminando la pluralidad de caudillos, con la creación de un ejército de carácter nacional, con la reforma hacendística y centralización burocrática, y con la construcción de una infraestructura vial y de comunicaciones⁶⁷

⁶⁵ *Idem.*

⁶⁶ PINO ITURRIETA, Elías. (1993). *Juan Vicente Gómez y su época*. P. 64.

⁶⁷ SEGNINI, Yolanda. (1990). *Los caballeros del postgomecismo*, p. 59. Como parte de los intelectuales que continuaron con un compromiso político y de servicio luego de 1935 se encuentra Alberto Adriani quien fuera primer jefe de la División de Cooperación Agrícola de la Unión Panamericana en Washington entre 1931 y 1935 para luego ser Ministro de Agricultura y Cría en 1936; Manuel Egaña fue consultor jurídico del Banco Agrícola y Pecuario entre 1930 – 1935, desde 1936 será un hombre de confianza para López Contreras en los asuntos vinculados con las finanzas, leyes, Ministro de Fomento, entre otras contribuciones; Enrique Tejera, dedicado al tema sanitario, entre 1924 y 1931 fue director del Laboratorio de Microbiología de la Oficina de Sanidad Nacional y asumió las riendas del nuevo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estas personalidades son solo una referencia de la contribución de los intelectuales involucrados con las políticas del gobierno de Gómez en la modernización del país.

Buena parte de las actividades del gobierno se dedicó a la atención de las necesidades consideradas fundamentales por el presidente y los intelectuales cercanos a él: la creación y el mejoramiento del ejército, la integración geográfica del país a través de la construcción de una infraestructura vial y las adecuaciones de los ingresos del Tesoro Nacional junto con algunas intervenciones destinadas a la atención de la instrucción pública, la salud y la vivienda⁶⁸.

Atendiendo a las características diferenciales de la modernización en Latinoamérica, encontraremos diversos matices de cómo se manifestó en el ámbito social, incluso la homogeneidad de las expresiones van de la mano con la capacidad del país de adecuarse a los esfuerzos modernizadores de los diferentes gobiernos. Hasta los primeros años del siglo XX la condición fragmentada del territorio latinoamericano propició esta misma adecuación, no sólo en los efectos sociales sino en la producción arquitectónica y de infraestructura. La heterogeneidad cultural, las corrientes europeas francesas e italiana influyeron significativamente en países como Argentina, mientras que Portugal influyó en Brasil y España en Venezuela. Fue así como los códigos que determinaron los principios de la modernidad se reelaboraron de diferentes maneras.

En los países europeos y algunos de Latinoamérica la racionalización, asociada a los procesos de modernización influyó sobre los vínculos sociales, los sentimientos, las costumbres y creencias. En Venezuela la racionalización, salvo en la explotación del petróleo y alguna incipiente industria, estuvo distante de la cadena de montaje y de la reproductibilidad técnica. La racionalidad se adecuó a la escala del desarrollo económico de un país que apenas se acondicionaba a las riquezas producto de las explotaciones petro-

⁶⁸ Recordemos que la mayor parte de las inversiones durante el gobierno de Juan Vicente Gómez se destinó a las vías de comunicación, inmigración, colonización, saneamiento y obras públicas. Estos eran los aspectos fundamentales para que Venezuela alcanzará un desarrollo económico con lo cual se propició un “ambiente de paz, orden y progreso” anunciado repetidamente por Gómez.

leras, con un precario desarrollo industrial y en un escenario donde la capital, Caracas, con dificultades se incorporaba en la transición hacia la conformación de la gran ciudad.

Autores como Germán Carrera Damas han reflexionado sobre este momento de la modernización venezolana definiéndolo como “reanudación y desarrollo dependiente de la implantación: redefinición del proyecto nacional (1940- 1958)”, con referentes desde 1936, cuando asumió la presidencia Eleazar López Contreras, y formuló el *Programa de Febrero* (1936) y el *Plan Trienal* (1938) como instrumentos de modernización del Estado. Carrera define este período como “implantación de la sociedad venezolana”⁶⁹ en articulación con el sistema capitalista mundial y la reformulación de un proyecto nacional heredado del siglo XIX. La vida moderna y las transformaciones producto de la modernización son conciliaciones entre estados pasivos a activos de la sociedad; consolidación y expansión de la ocupación del territorio por medio de infraestructuras y dinamización de ciudades.

A finales de los años cuarenta esta “redefinición del proyecto nacional” tuvo un componente fundamental: la planificación, la cual se expresó como un rasgo de poder sobre el comportamiento de la colectividad⁷⁰. Se intentó que los diferentes ámbitos de la vida nacional fueran ordenados, controlados y normados. Los esquemas de planificación del Estado conformaron un escenario complejo, no era función fácil ordenar, controlar y normar lo que por años se había desarrollado a la voluntad individual, familiar o de la Iglesia.

⁶⁹ CARRERA DAMAS, Germán. (2006). *Una nación llamada Venezuela*, pp. 147-169.

⁷⁰ En esta investigación se asume el concepto de planificación como las intervenciones que, sobre los diversos ámbitos, se producen a través de la participación de profesionales y técnicos especializados, quienes aplicaron un saber a solicitud del Estado interventor y controlador en pro de un interés general; tiene como objetivo consciente hacer ajustes sobre el orden social, cultural, económico a partir del conocimiento completo del sistema de la sociedad y de sus formas de funcionamiento sin convertirse en una fuerza arbitraria.

Los primeros rasgos de planificación por parte del Estado se sucedieron durante el gomecismo, con la intervención de Román Cárdenas en 1910 como ministro de Obras Públicas, quien la consideró como:

la base para permitir la definición de un programa de obras del régimen orientado al desarrollo, sometido por vez primera, además, a licitación pública bajo el control de la recién fundada Sala Técnica, capaz de preparar una estructura de partidas y costos por tipo de obra. Al asumirse la necesidad de planificar, de estudiar, de presupuestar y de licitar antes de ejecutar, estaban sentándose las bases de un Ministerio ejecutor de la política de construcción nacional del Estado orientada al desarrollo económico y a las obras reproductivas⁷¹

Sin embargo, no fue hasta la tercera década del siglo XX que la planificación se estableció como un instrumento civilizatorio para transformar el Estado desde la protección de la economía, la eliminación de los monopolios, el fomento de la inmigración, el cuidado de la salud pública, la formación de personal técnico (por ejemplo para la educación y la salud) y el control del desarrollo urbano y territorial; toda una operación política para superar lo precario del país y definir un Estado nacional.

Junto con la planificación el Estado utilizó la renovación de las formas arquitectónicas, en este caso moderna, como un instrumento de representación de la “inmortalidad” y la “eternidad” asociada a la noción de modernización como equivalente a progreso. Esta fórmula sería enunciada en lugares nunca antes utilizados como el que se define para la salud y así se intentaría expresar el adelanto en las condiciones de vida en las ciudades.

De esta manera entre 1936 y 1958 el Estado se consolidó como principal gestor en la ejecución de obras públicas y organizador de las ciudades venezolanas a partir de la organización de los planes y los programas planteados para la atención de los sectores considerados más importantes: el educativo, la vivienda, la comunicación y la salud. Todo esto formó parte de

⁷¹ MARTÍN FRECHILLA, J. J. (1994). *Planes, planos y proyectos para Venezuela: 1908-1958*, p. 127.

un presupuesto lógico producto de las políticas de los gobiernos dirigidas a consolidar el ideario de un proyecto nacional. Para ello era fundamental la organización de las estructuras políticas, económicas, sociales, culturales, entre las que se incluía la asistencia médica con el objetivo de resolver problemas de escala nacional.

Por lo tanto, existió una relación indisoluble entre la modernización y la planificación en tanto ambos procesos advirtieron el incremento y la movilización de la población junto con la transformación de los diferentes espacios de la vida nacional. La concentración de población en algunas ciudades venezolanas requirió de mecanismos de control, que sólo pudieron ofrecerlos los métodos de planificación en general; con éstos se tejió una trama de complejidades en la institucionalización de las competencias del Estado.

Sin embargo, la poca experiencia en la aplicación de estos métodos por parte de los funcionarios de la administración pública además de “la carencia de equipos humanos, la pobreza de los recursos fiscales, las fuerzas negativas de la tradición, presentes y poderosas, y la ausencia de conciencia cívica en vastos sectores de la población”⁷² fueron algunas de las debilidades que los gobiernos después de 1935 buscaron superar. Recurrieron a la apertura de relaciones con otros países, a la contratación de profesionales extranjeros y a la formación de venezolanos en el exterior. Al mismo tiempo, la planificación se aplicó en la organización de las dependencias del Estado y su activa participación de éstas en los planes y la construcción de obras públicas controladas y dirigidas mediante los primeros estudios, proyectos y presupuestos.

Esta suerte de renovación nacional se produce de manera casi simultánea en otros países de Latinoamérica. La modernización del Estado como institución garante de la ejecución de obras públicas buscó diagramar un

⁷² Velázquez, Ramón J. “Aspectos de la evolución política de Venezuela en el último medio siglo”, en: VARIOS AUTORES. (1979). *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976*, p. 44.

plan de obras en la mayor parte de sus territorios. La planificación no fue solo en la construcción de edificaciones o ciudades, sino que cubrió otros ámbitos en una operación de vanguardia sociocultural. Las políticas de Argentina, Brasil y México, con diferentes escalas de desarrollo y de soportes técnicos, mantuvieron como ejes conductores la planificación, en el sentido moderno, de los sistemas educativos, sanitarios y residenciales.

La transformación de la ciudad a metrópoli en los cuarenta primeros años del siglo XX es el escenario para que el Estado intervenga con la creación de un aparato “normalizador”, representado por la creación de instituciones, dispuestas para controlar la creciente población y los comportamientos de éstas frente a:

la inevitabilidad (...) de la división del trabajo, la abstracción, la homogeneización de los valores en el flujo infinito del capital, el choque continuo de nuevas sensaciones, la disolución de todo tipo de raíces, la liquidación de las particularidades locales⁷³.

Uno de los objetivos de la modernización impulsada por el Estado fue afrontar los problemas masivos propios de la gran ciudad: el hacinamiento, la promiscuidad, la insalubridad, entre otros. Las obras públicas en las ciudades de Latinoamérica fueron utilizadas como imagen moderna, se impulsaron a través de la formulación de planes y programas como dispositivo político controlador y normalizador de las masas y como solución social, así como intentar aprovechar la transformación de la economía agroexportadora para alcanzar un incipiente desarrollo industrial y la sustitución de las importaciones.

En Venezuela la nueva condición del Estado interventor promovió una política según la cual “el mejoramiento material del país tiene estrecho nexo con la producción abundante de bienes de uso y de consumo, así como la eficaz prestación de servicios”⁷⁴. Tal mejoramiento no sólo se expresó en algunos cambios físicos muy localizados, sino también en la articulación del

⁷³ LIERNUR, J. F., *Op. cit.*, p. 93.

⁷⁴ BETANCOURT, Rómulo. (1978). *Venezuela política y petróleo*, p.375.

país, hasta cierta medida, con el mundo y con la idea de que la gran ciudad debió ser el lugar para producir, distribuir, intercambiar y consumir mercancías que solo era posible en un contexto con población educada, moral y físicamente sana y viviendo en buenos lugares de habitación.

Todo este ideario de planificación y modernización se aceleró desde diciembre de 1935, a la muerte de Gómez. Un grupo de personalidades del mundo político involucradas con la nueva democracia y con los gobiernos desde López Contreras hasta Pérez Jiménez se plantearon la construcción de una estructura institucional dedicada a la atención de las deficiencias en el área sanitaria, que junto con las vías de comunicación, la vivienda y la educación formarían las intervenciones indispensables para la modernización del país. Veamos en sus rasgos más generales como se planificó ese ideario.

- **La comunicación**

Los caminos locales trazados durante el siglo XIX fueron progresivamente acondicionados y mejorados durante los años del gomecismo. Sin embargo, con poca planificación en su ejecución lograron conectar diversas regiones del país. Entre 1936 y 1945 un proceso agresivo de modernización se produce cuando la Oficina Técnica del MOP planificó la transformación de la Trasadina para comunicar la región de los Andes (Táchira, Mérida y Trujillo) con la región Central (Carabobo, Aragua, Distrito Capital), a través de modernas técnicas de construcción: puentes metálicos y de concreto, mejoramiento de las pendientes, de los radios de curvas, construcción de alcantarillas, cunetas, muros, etc.

Los planes propiamente dichos se inician desde 1937, cuando los requerimientos técnicos fueron asumidos por el Estado con una inversión de “208 millones de bolívares en estudio, conservación y construcción de vías

carreteras.”⁷⁵ Fue como parte de esa inversión como se construyó la carretera de Occidente que conectó la región andina con la capital, Caracas.

La modernización en las comunicaciones se fortaleció en 1938 cuando en el *Plan Trienal* se propuso un Plan Vial que debió estar a cargo de la Comisión Permanente de Vías de Comunicación, posteriormente reforzado con el Plan Preliminar de Vialidad del año 1947 ejecutado por la Comisión Nacional de Vialidad, creada en 1945.

Como parte de las políticas de Isaías Medina Angarita se impulsó la dotación de infraestructura de comunicación terrestre, aún de las limitaciones de materiales, maquinarias y mano de obra. En 1942 se concretaron importantes conexiones territoriales: en la ciudad de Barquisimeto fue el encuentro de varias vías de comunicación que provenían desde los estados Trujillo, Guárico, Falcón y Acarigua, de esa forma se consolidó como una ciudad estratégica para el tráfico agrícola de la diversas regiones; Valencia fue comunicada con Nirgua, Salón, Miranda y Bejuma; Maracaibo fue conectada con Machiques y Villa del Rosario y con el estado Trujillo con la conexión entre Motatán-Mene Grande.

Entre 1936 y 1945 fueron construidos 7.000 kilómetros de carreteras en el país, por lo tanto cuando se pone en práctica el Plan Preliminar de Vialidad del año 1947, se realizó con un claro conocimiento del territorio venezolano y del interés por la expansión de la economía nacional. Fue así como se tejió una red de carreteras, complementada con la apertura de un sistema de comunicación aérea y marítima; aeropuertos y puertos tuvieron un lugar especial como parte de las obras públicas emprendidas por el Estado.

El Plan abarcó todo el territorio modernizando la estructura vial existente. El objetivo fue superar el obstáculo de la incomunicación “para el incremento de la agricultura y para el pleno aprovechamiento de las unidades de

⁷⁵ BETANCORUT, R., *Op. cit.*, p. 437.

producción existentes”⁷⁶. Por ello se construyeron 16.000 kilómetros de vías carreteras, 50 aeropuertos y algunos puertos marítimos y fluviales.

Además, de la conexión territorial fueron acondicionadas las vías que conforman el tejido urbano de las ciudades para atender la construcción de obras públicas. El ensanche en la ciudad de Caracas fue acompañado de modificaciones viales para mejorar el acceso y la fluidez, entre los ejemplos en la ciudad de Caracas tenemos la ampliación de la avenida Urdaneta luego de construida la Ciudad Universitaria; para la conexión de las nuevas urbanizaciones: Los Caobos, San Bernardino, Guaicapuro y Altamira se plantearon las avenidas Andrés Bello, la Urdaneta (futura avenida Libertador) y la Río de Janeiro; desde la Plaza Venezuela se construyeron la avenidas La Salle, Lima y Bogotá. Para conectar el magnífico conjunto urbano militar de la Escuela y el Circulo Militar se construyó la avenida Los Próceres, al tiempo que un grupo de autopistas que conectaban las zonas Este y Oeste de la capital.

La capacidad del Estado para promover, institucionalizar y planificar quedó demostrada cuando se reconoce el salto de cifra en los kilómetros de vías de comunicación construidas entre 1945 y 1955, pasar de 5.016 kilómetros de carreteras a 19.927⁷⁷ fue una de las consecuencias de la modernización y transformación del país al servicio de las actividades productivas, así la consolidación de instrumentos que facilitaron el control y la normalización de las fuerzas sociales; el incremento en las formas y medios de comunicación incidió en las posibilidades de acceso a las obras públicas, programas y planes propuestos por el Estado. Junto con la modernización de las vías de comunicación está la vivienda, la educación y la salud.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 438.

⁷⁷ Datos tomados de: MARTÍN FRECHILLA, J. J., *Op. cit.*, pp. 115-116.

- **La vivienda**

El segundo de los temas atendidos por el Estado a través de los diferentes gobiernos desde 1936 aplicando criterios de planificación fue el de los planes de vivienda. Estos se iniciaron con la reestructuración del Banco Obrero (BO, 1928) en 1936, luego de que éste paralizara sus actividades en 1930. El objetivo de ofrecer créditos a los obreros para la adquisición de viviendas económicas e higiénicas fue parte de la consigna de orden y progreso del régimen de López Contreras.

La heterogeneidad arquitectónica de las propuestas habitacionales producidas en los años treinta estuvo apoyada en la nueva condición de los modos de vida transformados a partir de la acelerada urbanización. Los programas, atendieron las necesidades habitacionales postgomecistas, incluyendo conjuntos residenciales de casas y apartamentos, en los cuales se ensayó una ideología antiurbana o suburbana, mediante el uso de elementos de la ciudad jardín y ciudades obreras de viviendas idénticas.

Fueron soluciones que atendieron a una sociedad venezolana que ya afrontaba las conflictivas experiencias de la metrópoli. En estas experiencias el rescate de la vida campestre mediante la integración con la naturaleza, alejando los edificios de los densos centros urbanos y el encuentro entre las diversas clases sociales, constituyeron criterios subjetivos por parte de los proyectistas para alcanzar rasgos modernos en los esquemas de vida de la población.

Las políticas de los gobiernos a finales de los años treinta y principios de los cuarenta no resolvieron el problema de la vivienda económica. En tal sentido, entre 1945 y 1948, el gobierno de la socialdemocracia reestructuró la política a partir del asesoramiento de la Comisión de Vivienda al BO, de lo que resultó la consolidación de una moderna maquinaria estatal para producir viviendas, el cierre del rol de financista de éste y la evaluación del poco

desarrollo en la industria de la construcción venezolana, por lo que se les dio un impulso a los programas de vivienda.

El gobierno de la Junta Revolucionaria bajo la presidencia de Rómulo Betancourt se abocó a resolver la escasez de residencias y las condiciones de insalubridad en la que se encontraban las familias venezolanas de bajos recursos económicos; la consigna fue “domiciliar al venezolano en casa higiénica, decente y suya, es deber que el Estado no puede soslayar por más tiempo”⁷⁸, de esta manera se “planificó” la construcción de cuatro mil casas a bajo costo, vendidas a los obreros mediante formas de pago especiales; se adquirieron terrenos urbanizables y se estimuló a la empresa privada para la construcción de obras sociales a nivel nacional.

Entre 1948 y 1959 se consolidó el Estado como gestor en el proceso para el desarrollo económico del país; las propuestas atendieron de manera funcional y racional el tema de la vivienda por lo que a través del Plan Nacional de Vivienda (1951-1955) se construyeron conjuntos habitacionales adoptando los conceptos de Unidades Vecinales, Unidades Cooperativas y Comunidades. Se produjo un abanico de opciones que contempló desde edificios multifamiliares de organización tradicional, con superbloques, como de la Unité d’Habitation de Marsella, para atender los objetivos y exigencias gubernamentales, hasta un catálogo de viviendas unifamiliares tipo “quinta”. De esta manera se fue cubriendo la carencia en 17 ciudades del país.

El Plan estuvo a cargo de reconocidas personalidades de la arquitectura y la ingeniería, bajo la dirección del ingeniero Julio Bacalao Lara. Carlos Raúl Villanueva, Guido Bermúdez, Carlos Brando, el colombiano Carlos Celis Cepero, el ingeniero José Antonio Pizzolante y el artista Mateo Manaure formaron el equipo inicial del Taller de Arquitectura del Banco Obrero (TABO).

⁷⁸ BETANCOURT, Rómulo. (1944). “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 25, No. 4, abril, p. 297.

En estas propuestas:

bajo cambios aparentemente superficiales se desliza una utopía que pretende rescatar, en controlados conjuntos residenciales de la periferia urbana, la mítica “unión con la naturaleza” y el “alma de la Comunidad perdida”. Ante el caos de la metrópoli y sus relaciones masificadas y conflictivas, la Unidad Vecinal ofrece la “síntesis” entre clases, los valores comunitarios y las cualidades subjetivas.⁷⁹

Consecuente con lo que el profesor López define como “cambios aparentes” en el tema de la vivienda se hace latente la función de los edificios, en este caso, residenciales como aspecto estratégico a intervenir por el Estado. La vivienda se produce como un instrumento más complejo que la simple residencia higiénica para los habitantes de un país; asume una función deliberadamente organizadora, normalizadora e incluso pedagógica de los individuos “normales”, “sanos”, “productivos”, de los incluidos. Así, tanto las Unidades Vecinales, Unidades Cooperativas y Comunidades fueron una suerte de espacios ideales, una “heterotopía” dentro de la gran ciudad, legitimándose la cualidad fragmentada de la misma y con lo cual se diluyó cualquier posibilidad de integración de sus partes. La gran ciudad se convirtió en el escenario para la planificación del Estado, y, como una paradoja mientras ésta procuró solventar las necesidades de la población amalgamando todas sus partes, las respuestas arquitectónicas fueron formuladas aisladamente entre sí, reafirmando la mencionada fragmentación, la irrealidad de una utopía y la idea del “lugar sin lugar”.

Ahora bien, las obras públicas comunicacionales y de vivienda fueron complementadas a través de una propuesta para la educación y para la salud que implicó una mayor cobertura del territorio para su control y normalización.

⁷⁹ LOPEZ, Manuel. “La arquitectura del 2 de diciembre”. En: GOSEN, Alfredo. (1990). *El 23 de enero*, p. 37

- **La educación**

El proceso de modernización comprendió intervenciones económicas y físicas en tanto forma de integrar racionalmente los ámbitos de la vida nacional desorganizados. Es así como desde 1936 comenzó un nuevo ciclo para la educación venezolana avalado por el *Programa de Febrero* durante el gobierno de López Contreras.

Entre los objetivos del Estado se encontraba superar el analfabetismo heredado del gomecismo y las condiciones de “un país sin escuelas, sin alumnos, sin liceos, sin bibliotecas”⁸⁰. Las primeras acciones se encaminaron hacia la capacitación de maestros y profesores que atenderían las deficiencias en la educación; una nueva forma de orientar la escuela normal; la organización de la escuela pre-escolar, primaria, primarias experimentales. A partir de las directrices esbozadas en el *Programa* para la organización y masificación de la educación nacional, el Estado se apoyó en la experiencia extranjera, en este caso le correspondió a un país latinoamericano: Chile, de donde provino una misión de profesores para la creación del nuevo sistema educativo.

Se aplicaron modernos métodos de planificación amparados por un “programa democrático”, los mismos consistían en popularizar la educación, crear bibliotecas, incorporar actividades deportivas y recreativas, cambiar las estructuras curriculares en la educación secundaria, crear el Instituto Pedagógico de Caracas, el Instituto Politécnico y del Consejo Nacional de Investigación para la formación de los docentes e investigadores, formar nuevas facultades en las universidades.⁸¹

⁸⁰ Velázquez, Ramón J. “Aspectos de la evolución política de Venezuela en el último medio siglo”, en: *Op. cit.*, p. 45.

⁸¹ El Consejo Nacional de Investigaciones se fundó con la idea de estudiar los grandes problemas técnicos del país y para articular la producción agrícola y ganadera. Las investigaciones del este Consejo arrojaron resultados científicos mediante “el

Todas estas acciones fueron avaladas legalmente por la Ley de Educación desde 1940, bajo la dirección del ministro Arturo Uslar Pietri y con la construcción de los Grupos Escolares en las principales capitales del país. Respaldo la educación venezolana en sus diferentes niveles: desde la educación pre-escolar hasta la universitaria otorgó al sistema cultural venezolano un cariz nunca antes evidenciado, la posibilidad de que la población venezolana ingresara al sistema educativo nacional, comprendiendo éste el nivel de instrucción y su infraestructura, fue capaz de asumir su “condición de otro”, la alteridad que logró la sociedad venezolana al ser parte del proceso de construcción social implícito en la modernización, permitió que ésta se sintiera representada en estos programas, elevara los niveles de confianza y aceptación de la pluralidad cultural.⁸²

La formación de la red escolar fue una de las acciones indispensables para la ejecución de la planificación, en tanto el Estado tuvo como objetivo uniformar todo el sistema educativo, desde la formación de los docentes hasta el establecimiento de horarios, contenidos educativos y organización de los métodos de enseñanza.

En síntesis, tejer una red escolar en el territorio nacional, con diferentes grados de complejidad y de alcances para educar a la población fue uno de los principales objetivos del ahora “Estado intervencionista, planificador y

inventario de los recursos naturales, el catastro de los suelos, el registro de las condiciones climáticas, una política de aguas y de bosques”. MARTÍN FRECHILLA, J.J., *Op. cit.*, p. 90.

⁸² Especialmente importante resultó superar los niveles precarios en los que se encontraba la educación en el año 1936. “El censo de 1936 presenta una condición más bien crítica: aproximadamente 61% de la población mayor de 15 años era analfabeta; más del 80% de los niños no iban a la escuela; había sólo 1.489 estudiantes de bachillerato y 900 estudiantes universitarios y menos de 2.000 maestros en todo el país”. PINEDO, Lucía. “El Estado, la conquista de la salud y la educación”. *Apreciaciones del proceso histórico venezolano*. (1985), pp. 58-59.

empresario”⁸³ venezolano. A través de ello se logró paulatinamente mejorar el capital humano a través de la educación lo que fue complementado con el mejoramiento de la sanidad.

La educación universitaria en Venezuela no escapó de las transformaciones propias de la modernización. Un impulso cuantitativo y cualitativo se mostró a partir de 1936. La inversión del Estado para este nivel de la educación experimentó un aumento significativo: de 575.288 bolívares en 1935 se pasó a 1.160.086 en 1941, y, en 1955 se alcanzó la cifra de 21.700.000⁸⁴. Hasta 1936 existían en el país dos universidades, la Universidad Central de Venezuela en Caracas y la Universidad de Los Andes en Mérida, con una matrícula de 1.500 estudiantes. Desde 1936 se aplicó una política de ampliación y mejoramiento del sistema educativo universitario, se reiniciaron las actividades en la Universidad del Zulia, clausurada desde 1905 por Cipriano Castro; se crearon nuevas Escuelas en la Universidad Central de Venezuela como las de Periodismo y Veterinaria.

Ahora bien, el ideario de la planificación y la modernización comunicacional, habitacional y educativa se completó con la organización institucional del sistema de la salud, veamos cómo se desarrolló ésta de manera general, profundizando más adelante en el tema que compete a la investigación como los planes y programas especiales para el aislamiento.

• La salud

La transformación en la asistencia médica en Venezuela mostró sus primeras de cambio durante el gobierno de Gómez. Algunas acciones de

⁸³ Brewer-Carías, Allan. “50 años en la evolución institucional de Venezuela, 1926-1976”, en: VARIOS AUTORES. (1979). *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976*, p. 559.

⁸⁴ Datos tomados de: Voz: Universidades. En: *Diccionario de Historia de Venezuela* (1988). Tomo P-Z, p. 782.

modernización en la estructura organizativa sanitaria se realizaron, si bien no con el rigor de la planificación, sí con la convicción de poner en práctica los primeros instrumentos legales y de control sanitario en las principales ciudades del país.

Se creó la Comisión de Higiene Pública⁸⁵ (1909-1910) de breves actividades, producto de las inquietudes médicas por la epidemia de peste bubónica en los médicos venezolanos; la Dirección de Sanidad (1911) dirigida por el doctor Samuel Darío Maldonado⁸⁶; la Oficina de Sanidad Nacional⁸⁷ (1911), transformada desde 1919 en la Dirección de Sanidad Nacional, la cual ofreció servicios en materia sanitaria tanto a nivel nacional como algunos especiales para la capital, Caracas.

Otras de las contribuciones gomecistas fue la creación de la Dirección de Higiene y Estadística Demográfica (1911) convertida en Junta Central de Sanidad y las Oficinas Sanitarias adscritas al Ministerio de Relaciones Inte-

⁸⁵ Entre las atribuciones de la Comisión de Higiene estaban “la de estudiar y dictaminar los mecanismos de control de enfermedades contagiosas, la instrumentación de cuarentenas, cordones sanitarios y propagación de vacunas; construcción y fiscalización de lazaretos, de acueductos (...) importación y elaboración de alimentos y productos medicamentosos; construcción higiénicas de habitaciones particulares, talleres y edificios (...) asistencia pública, estadística médica, y sobre grandes problemas de higiene social, tales como la profilaxia de la tuberculosis, alcoholismo, sífilis (...) además debía proceder a elaborar los proyectos de leyes sobre higiene pública que el gobierno propondría a la consideración del Gobierno Nacional”. YÉPEZ COLMENARES, Germán. (1991). “Caudillismo, gomecismo y salud pública”. *Tierra firme*, No. 33, enero-marzo 1991, año 9, p. 27.

⁸⁶ Samuel Darío Maldonado (1870-1925) tachirenses, doctor en Ciencias Médicas (1893), entre 1894 y 1898 realizó estudios en Estados Unidos de otorrinolaringología y oftalmología; dedicó parte de su vida a escribir en la páginas del *Cojo Ilustrado*, ministro de Instrucción Pública (1908-1910), se dedicó a la formulación de campañas sanitarias como parte de las políticas de Salud Pública en la lucha por la disminución de la fiebre amarilla, la peste bubónica, la malaria, la disentería en todo el país. Voz: Maldonado, Samuel Darío. En: *Diccionario de Historia de Venezuela*. (1988). Tomo EO, p. 794.

⁸⁷ La Oficina Nacional de Sanidad surgió a partir de las recomendaciones propuestas en el Primer Congreso de Municipalidades de Venezuela (mayo, 1911) y el Primer Congreso venezolano de medicina (junio, 1911), como producto de las actividades de esta Oficina se puede mencionar la promulgación de la primera Ley de Sanidad en 1912.

riores⁸⁸; se promulgó la Ley de Sanidad Nacional (1912) y el Reglamento de Sanidad Nacional (1916), el Decreto Orgánico de Sanidad Nacional (1920).

Junto con la Ley de Sanidad se nombró una Comisión Revisora de Códigos Nacionales en 1912, integrada por los doctores F. A. Risquez, F. Acosta Ortiz, F. de P. Ruiz Mirabal, Juan Díaz, Luis Razetti y G. Delgado Palacios quienes elaboraron un proyecto para la Academia de la Medicina⁸⁹ (1904).

Entre las acciones en el campo de la salud estuvo la evaluación de las funciones realizada al Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría en 1932. Recordemos que desde el momento de su creación en agosto de 1930 sus objetivos fueron promover “la agricultura sobre bases científicas que permitan su más amplio y ventajoso desarrollo, por ser dicha industria una de las principales fuentes de prosperidad nacional”⁹⁰. Se organizó en dos Direcciones: la de Salubridad Pública y la de Agricultura y Cría, así en un único Ministerio fueron atendidas dos áreas de interés nacional.

Entre las competencias de la Dirección de Salubridad Pública estuvieron sanidad nacional, inspección de los servicios sanitarios de las Municipalidades; leprocomios, estaciones cuarentenarias, sanatorios y aplicación de disposiciones legales médico-farmacéuticas. El Ministerio ameritó de un nue-

⁸⁸ Las Oficinas Sanitarias trataban los problemas de malaria, anquilostomiasis e inspección sanitaria de alimentos y viviendas.

⁸⁹ La Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina promulgada en 1904 definió las funciones de esta institución de la siguiente manera: “se ocupará de todo lo relativo al estudio de las Ciencia Biológicas y en especial de la Patología e Higiene Nacionales; y como cuerpo consultor tendrá a su cargo la solución de todo asunto que refiera a la Medicina en sus relaciones con las autoridades política, judicial y municipal”. Tomado de: GONZÁLEZ GUERRA, Miguel. (2009). *Pertinencia y prestancia de la Academia Nacional de Medicina*, p. 392. Para ampliar sobre la historia, las actividades de la Academia de la Medicina y los trabajos de sus miembros es indispensable la consulta del texto del doctor González Guerra, quien en un trabajo exhaustivo y minucioso recopiló toda la información de esta institución desde su fundación hasta el año 2004.

⁹⁰ PINO ITURRIETA, E., *Op. cit.*, p. 135.

vo Decreto Orgánico de Sanidad Nacional, el cual quedó promulgado en septiembre de 1930 y de una nueva Ley de Sanidad Nacional de julio de 1931.

Con estos instrumentos legales la atención de la salubridad del Ministerio se organizó en: la Dirección de Salubridad Pública y la Dirección de Sanidad del Distrito Federal; tales direcciones permanecieron hasta 1936 cuando el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría fue dividido en Agricultura y Sanidad y Asistencia Social.

Las razones para que se produjera esta división pueden encontrarse en la contradicción de mantener en un mismo Ministerio, dos áreas relativamente opuestas en funcionamiento: la de Salubridad le correspondió la atención de la salud de la población en general, mientras que la de Agricultura le correspondió atender las políticas económicas de producción y alimentación.

Luego de la evaluación al funcionamiento del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría en 1932, el doctor Enrique Tejera declaró que ese Ministerio:

*debía limitarse antes que todo a la labor de salubridad pública, de prevención sanitaria social y por lo tanto no puede dedicarse a estar distribuyendo medicinas, porque eso sería utilizar las actividades oficiales en obra de beneficencia pública, ramo que no está bajo la dependencia de este Departamento*⁹¹.

La declaración del doctor Enrique Tejera vislumbró una Ministerio moderno con mayor alcance de acción y participación sobre los temas de salud pública que encontró acogida con los objetivos de los gobiernos después de 1935, por lo tanto se inició la formación de un sistema que sustituyó las tradicionales formas de organización. Entre esas acciones se encuentra la crea-

⁹¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SALUBRIDAD Y DE AGRICULTURA Y CRÍA. (1933). *Memoria*, tomo I, p. 82. Citado en: ARCHILA, Ricardo. (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomo I, p. 227.

ción del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social⁹² y mejorar las condiciones sanitarias en las que se encontraba el país en diciembre de 1935 a la muerte de Gómez; el Estado se propuso superar el número reducido de 3.644 camas distribuidas en 51 hospitales y aumentar la esperanza de vida de 37.5 años; para ello la planificación sanitaria debió copar todas las regiones del país; controlar la salud pública en respuesta a las exigencias de un Estado afanado en responder a los problemas que detenían la capacidad productiva de la población.

Paulatinamente se fue transformando el sistema tradicional de atención médica por un sistema articulado y jerarquizado de manera tal que formara una red asistencial a nivel nacional. La transformación tuvo resultados efectivos cuando en 1941 la expectativa de vida aumentó a 46 años, y, para 1946 se alcanzó una cifra de 12.700 camas, cifra que siguió creciendo para alcanzar 21.500, apenas 10 años más tarde.⁹³

Desde la puesta en práctica del *Programa de Febrero* del gobierno de López Contreras fueron delineadas las funciones del MSAS, se definieron los tratamientos curativos y preventivos en la praxis médica, se reconocieron y coordinaron la distribución de camas generales en los centros hospitalarios a nivel nacional; se superó la carencia de una organización con competencias específicas de supervisión y control. Los ideales del gobierno estaban plasmados en un programa que:

⁹² Las ideas planteadas en las primeras de cambio con el MSAS se mantuvieron sostenidamente durante dos décadas desde 1936, fue de esa manera como: “La introducción de técnicas y desarrollos científicos en el área de la salud constituyen un factor de gran importancia en la modificación de la estructura demográfica del país, en el rendimiento de las actividades económicas y particularmente las vinculadas al sector agrícola y pecuario, así como la elevación de la calidad de vida de los venezolanos”. YÉPEZ COLMENARES, Germán. (1991). “La lucha contra el paludismo: un objetivo del gobierno de acción democrática 1945-1948”. *Primeras Jornadas de Investigación Histórica*, p. 306.

⁹³ Información tomada de “Índices Sanitarios para las principales ciudades de Venezuela”. En: *Oficina Sanitaria Panamericana*, abril 1945, pp. 311-329 y Voz: “Salud”, en: *Diccionario de Historia de Venezuela*. (1988). Tomo P-Z, p. 515.

trabajará en la solución eficaz de los problemas básicos de la higiene pública, tales como educación sanitaria, profilaxia de endemias y epidemias, alimentos protegidos, provisión de aguas, saneamiento del suelo, eliminación de desperdicios y asistencia médica.⁹⁴

El doctor Enrique Tejera se encargó de dirigir el Ministerio en su primer año de funcionamiento⁹⁵ (**Figura 5**). Entre las primeras acciones del doctor Tejera durante su gestión destacó la de escoger “el equipo de hombres capacitados que acometerá la labor de acabar con las enfermedades endémicas, entre ellas la malaria, que asolaba a Venezuela, y rebajar la tasa de mortalidad infantil”⁹⁶ junto con el planteamiento de tecnificar progresivamente los temas asistenciales.



Figura 5. Enrique Tejera. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*, p. 439.

⁹⁴ Editorial “Los adelantos sanitarios en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 18, No. 12 diciembre 1939, p. 1178.

⁹⁵ Enrique Tejera (1899-1980), médico, investigador, biólogo y político. Publicó la *Gaceta Médica* en 1913, como médico cirujano trabajó en la Caribbean Petroleum Company, se le atribuyó el descubrimiento de la enfermedad de chagas, publicó numerosos trabajos en revistas médicas venezolanas. Ministro de Salubridad y Agricultura y Cría desde 1926, posteriormente del de Sanidad y Asistencia Social (1936); ministro de Educación (1939); preparador del laboratorio de Bacteriología de Sanidad Nacional (1924-1931). ARCHILA, Ricardo (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*, p. 438. Voz: Tejera Guevara, Enrique Guillermo. En: *Diccionario de Historia de Venezuela*. Tomo PZ, pp. 685-686.

⁹⁶ LISCANO, Juan. “Líneas de desarrollo de la cultura venezolana en los últimos cincuenta años”, en: *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976*. (1979), p. 900.

Desde 1938 en consonancia con el *Plan Trienal* cuyos objetivos fueron sanear, educar y poblar, se intensificaron los planes para la “higienización del hombre y del medio en que vive (...) la construcción de hospitales y centros de asistencia social, [además del reforzamiento constante con] campañas de educación sanitaria por medio de revistas folletos, carteles, radiodifusiones, cines y conferencias”⁹⁷. Con ellos se fomentó la conciencia higiénica en la población; la intención del MSAS fue “que cada ciudadano de una localidad conozca la existencia de la Autoridad Sanitaria respectiva”⁹⁸.

Otros cambios para el mejoramiento de la salud fue la incorporación del componente docente universitario; el cambio de métodos curativos por preventivos que incentivó las actividades científicas en institutos especializados como el de Cirugía Experimental (1937), de Medicina Experimental (1939) y de Medicina Tropical (1947). Fue por medio de la educación y las incipientes políticas de planificación que el proyecto de modernización logró importantes avances en materia de salud en Venezuela.

Además, el proyecto para salud recibió solo en el año 1936 iniciativas como la organización de la Cruzada Venezolana Sanitario-Social, la creación del Consejo Venezolano del Niño, la propuesta de un Puesto de Socorro en Santa Teresa en Caracas; se planteó la construcción de edificaciones asistenciales por el Gobierno Nacional y administradas directamente por el MSAS.

La forma como fue planificado el mejoramiento en la salud de los venezolanos tiene relación con una compleja organización del MSAS en un red institucional. Veamos cómo se organizó.

⁹⁷ LOPEZ CONTRERAS, Eleazar. (1938). “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 17, No. 7, julio, p. 588.

⁹⁸ LAIRET, Félix. (1944). “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 25, No. 4, abril, p. 292. Las campañas sanitarias contaban de: asistencia de los padres a charlas sobre temas sanitarios en las escuelas impartidas por médicos rurales, secciones permanentes en la prensa que trataban los temas de la salud y de la prevención de enfermedades, entre otros.

I.3.1. Red institucional y planificación

Las diligencias para la atención de la salud pública del venezolano, la organización y la aplicación de tratamientos tuvieron su principal catalizador con el MSAS. Fue a través de este Ministerio que se que planificó una nueva estructura sanitaria y se fue institucionalizando la actividad médica. Este proceso respondió a los problemas sanitarios que no cumplían con las normas y los programas propuestos por médicos especialistas; un nuevo escenario para la salud de los venezolanos se comenzó a construir a partir del fortalecimiento del ejercicio de la medicina y de la definición de objetivos institucionales.

Como parte de la planificación es preciso considerar dos temas fundamentales: la propia organización del MSAS, la cual fue complementada y reforzada mediante la inclusión del MOP en actividades relativas a su competencia (proyección y construcción de obras públicas), la capacitación del personal para emprender las diligencias en pro del cumplimiento de los objetivos de los ministerios, en conjunto con la participación de organizaciones internacionales y los progresos médicos en tratamientos y terapias.

a. Dos Ministerios: Obras Públicas y de Sanidad y Asistencia Social

Durante la modernización venezolana, la atención de la salud, coordinada por el Estado, se fue transformando de un sistema fragmentado y desarticulado, heredado de los siglos precedentes, por uno organizado y planificado a partir de la implantación de una malla institucional del Estado, avalada por los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de Obras Públicas, con la cual se formularon de manera racional y moderna los programas, los planes y los proyectos de arquitectura y de ingeniería relevantes para la historia de la arquitectura venezolana. La intencionalidad del Estado fue demos-

trar el poder mediante el control, la norma, la regulación, la vigilancia y la disciplina. Con tales acciones se construyó una suerte “de tejido disciplinario”⁹⁹. Con él, procuró cubrir las fallas en las dispersas funciones de la familia, la iglesia y las viejas estructuras institucionales sin organización y planificación precedentes.

La planificación que se emprendió bajo las instancias de estos Ministerios fue una tarea producto de la valoración y del conocimiento de procedimientos médicos y formas de organización utilizadas desde las primeras prácticas para la asistencia médica. Entre las nuevas responsabilidades del moderno Estado estaban “atacar y resolver los problemas que entorpecían su progreso, y avanzar a ritmo acelerado”¹⁰⁰, fue por ello que el MSAS fue conducido hacia la modernización de la asistencia médica para garantizar “un óptimo estado de bienestar físico, mental y social y no la simple carencia de enfermedad o sufrimiento”¹⁰¹.

El MSAS se abocó a la resolución de los problemas administrativos de los hospitales y las leproserías, otorgándole esas funciones a la Dirección de Asistencia Social; las actividades vinculadas con las enfermedades del sector social más afectado: la tuberculosis, la anquilostomiasis y la protección materno infantil fueron atendidas por la Dirección de Salubridad Pública. La especialización fue uno de los cambios de la modernización que ahondó en investigaciones científicas que permitieron orientar las acciones para prácticas preventivas; en cada dependencia se formaron unidades de investigación y laboratorios que, finalmente, se reunieron en la División de Malariolog-

⁹⁹ FOUCAULT, M., *El poder psiquiátrico*, p.109.

¹⁰⁰ ZUÑIGA CISNEROS, M. “Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela”. *Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina*. No. 7, enero-abril, Vol. III, p. 40.

¹⁰¹ DIAZ GUZMAN, J. A. (1954) “Incorporación de la Medicaturas Rurales al Trabajo Integral de Salud Pública”. *Salud Pública*. Vol. I, No. 2, p. 233.

fa (1936) dirigida por Arnoldo Gabaldón¹⁰² (**Figura 6**), la División de Tuberculosis (1936) y el Instituto de Higiene (1938)¹⁰³. Igualmente en 1938 se consolidó el Servicio de Higiene Escolar, la División de Epidemiología y Estadística, Laboratorios, Saneamiento e Inspección Sanitaria.

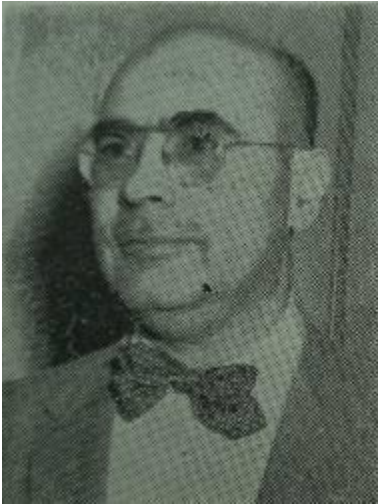


Figura 6. Arnoldo Gabaldón. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*, p. 426.

La lucha que emprendió el MSAS fue “ventajosa desde el punto de vista económico, especialmente cuando se emplea en gran escala y por largo

¹⁰² Arnoldo Gabaldón (1909-1990) Médico parasitólogo, bacteriólogo, entomólogo y médico rural, desarrolló una intensa lucha en contra de la erradicación de la malaria en Venezuela mediante técnicas curativas y preventivas. En 1930 obtiene el Doctorado en Ciencias Médicas en la UCV, recibe el certificado de especialista de enfermedades tropicales en Alemania y viajó a los Estados Unidos en calidad de becario de la Fundación Rockefeller, y estudió en la Facultad de Higiene y Salud Pública John Hopkins de Baltimore (1933-1936). Se encargó de la Dirección Especial de Malariología del MSAS entre 1936 y 1950, de la Escuela de Malariología de Maracay, presidente de la Comisión Panamericana de Malaria entre 1941 y 1947, y, fue Ministro de Sanidad y Asistencia Social (1959-1964) .

¹⁰³ El Instituto de Higiene fue dirigido por los doctores Alberto J. Fernández y Antonio L. Briceño Rossi. El objetivo fundamental de este Instituto era realizar investigación sobre los temas sanitarios, formación de personal técnico y realización de exámenes para el diagnóstico y elaboración de productos y medicamentos para uso humano y veterinario. Tales funciones explican por qué este Instituto acogió un grupo de dependencia que ya formaba parte del MSAS; entre las funciones que se pueden mencionar están: Laboratorio de Bacteriología, Parasitología, Química, Epidemiología, así como laboratorios en las Unidades Sanitarias existentes en el país.

tiempo”¹⁰⁴. Cubrió extensas regiones del país y rehabilitó rápidamente a los enfermos para incorporarlos en la actividad productiva: en el caso de los hombres “como factor de trabajo, de la economía general y la mujer tiene que cumplir el sagrado deber de la maternidad”¹⁰⁵. Los planes de salud y la materialización de sus edificaciones formaron parte de los “procesos sociales” propios de la modernización venezolana.

Entre las funciones del MSAS estaba la solución y atención del sistema asistencial venezolano, se tejió una red institucional que creció al ritmo de las políticas de los gobiernos, de la maduración intelectual de los profesionales incorporados a esa red y de los resultados científicos para la atención de cada enfermedad (tratamientos, farmacología); es por ello que la organización de las dependencias del MSAS no se realizó de manera simultánea en 1936, sino que por lo contrario, fue un proceso progresivo, que a lo largo de más de dos décadas construyó todo el moderno aparato institucional destinado a organizar y supervisar todo lo referente a la salud.

El Ministerio demostró una compleja organización que procuró abarcar de forma independiente todos los ámbitos de su competencia, coordinados por el Ministro y la Dirección de Salubridad Pública. Se crearon Divisiones y Direcciones especializadas y dependientes de esta Dirección, sobre la cual recayó de manera centralizada “todo lo referente a prevención, control y dominio de las enfermedades transmisibles”¹⁰⁶. El Gabinete, la Consultoría Jurídica¹⁰⁷, Salubridad Pública¹⁰⁸, la Asistencia Social y la Administración esta-

¹⁰⁴ CURIEL, Darío. (1949). “Panorama resumido de los principales problemas sanitarios de Venezuela (1)”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. V, mayo-agosto 1949, Nos. 3 y 4, p. 778.

¹⁰⁵ “Tuberculosis”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. XIV, octubre 1940, No. 5, p. 1091.

¹⁰⁶ GARCÍA ALVAREZ, Julio. (1940). “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 19, No. 10, octubre, p. 966.

¹⁰⁷ La Dirección de Gabinete tenía como función enlazar el MSAS con las diversas direcciones; asimismo asumió la responsabilidad de preparar al personal técnico, contratar profesionales extranjeros expertos y enviar otros al extranjero para la formación en especialidades específicas.

rían a cargo de la máxima autoridad, el Ministro, en Direcciones independientes. La identificación por parte de los médicos de las enfermedades y los problemas sanitarios más importantes permitió la organización de las Divisiones dando cuenta de aspectos de especialización. Entre ellas se encuentran: Fiebre Amarilla, Sanidad Rural, Unidades Sanitarias, Tisiología, Venereología y Lepra, Materno Infantil, Instituto Nacional de Higiene, Inspección de mal de Chagas y profesiones médicas, Higiene Escolar, Servicios Especializados y Saneamiento. **(Figura 7)**

¹⁰⁸ La Dirección de Salubridad Pública tenía como función fiscalizar y coordinar el trabajo específico de las divisiones especializadas, dirigiendo los servicios que aún no se encontraban en alguna división. Se consideraba en esta Dirección todo lo referente a la prevención, el control y el dominio de las enfermedades transmisibles.

El MSAS organizó y planificó la asignación del presupuesto necesario para la construcción de edificios en correspondencia con la jerarquización puesta en práctica a partir de la institucionalización de la práctica médica¹⁰⁹. Los anteproyectos de algunas obras públicas sanitarias, durante dos años, estuvieron a cargo de la División de Ingeniería Sanitaria dependencia del Ministerio creada en julio de 1937 para atender diferentes géneros de la sanidad en cada una de sus secciones¹¹⁰.

Los profesionales que integraron esta División fueron en su mayoría formados en ingeniería sanitaria; los primeros ingenieros en incorporarse en el MSAS fueron el panameño Carlos Guardia y el norteamericano Frank

¹⁰⁹ Las inversiones en los planes de Obras Públicas aumentaron significativamente desde 1936: “El total de obras estipuladas en el Plan de Obras Públicas 1941-1946, monta a la cantidad de 362.350.220 Bs, de los cuales, 156.606.000 Bs o sea el 43.2% se destinará a la construcción de obras de saneamiento representadas por acueductos, cloacas y drenajes antimaláricos, correspondiéndoles respectivamente a dichas obras 20.4%, 19.2% y 3.6%. Podemos decir que en el quinquenio 1941-1946 se gastará, aproximadamente, tres o cuatro veces más que en el quinquenio 1936-1941 para tales obras, lo que evidencia la decisión con que el Ejecutivo Federal acomete la solución de problemas fundamentales” CASTILLO PLAZA, A. (1943). “Proyecciones del Plan de Obras Públicas en Venezuela, 1941-1946”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, octubre, p. 884.

¹¹⁰ “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*, pp. 84, 95. En el año 1940 se creó el Consejo Venezolano de Ingeniería Sanitaria, con representantes del MOP y de la Gobernación del Distrito Federal con el objetivo de unificar las actividades dispersas en el campo sanitario hasta ese momento. GARCIA ALVAREZ, Julio. (1940). “La Sanidad y Asistencia social en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 20, octubre 1941, No. 10 p. 999.

En el año 1947 fue incorporada la Sección de Saneamiento Municipal, la cual tenía “a su cargo el control sanitario de los problemas planteados por el urbanismo. En: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1948). *Memoria y Cuenta*, p 171.

Tetzlaff, posteriormente, los médicos que fueron becados gradualmente por la Fundación Rockefeller a especializarse en Ingeniería Sanitaria. Entre estos, el ingeniero Diego B. Mejías, Aquiles Soriano, Luis Osorio, Nicolás Quinto, Manuel Hernández Tosta, Alfonso Rísquez, Armando Hidalgo, entre otros quienes estudiaron Ingeniería Sanitaria en los Estados Unidos.

Los ingenieros Luis Wannoni, J. A. Jove, Daniel Camejo, Francisco Valery Pinaud y Miguel Dorantes junto con el arquitecto Fernando Salvador formaron el equipo que realizó los proyectos modelo para hospitales, sanatorios, unidades sanitarias y otros edificios que formaron parte de la red que copó todo el territorio venezolano.

En 1938 las viejas Oficinas Sanitarias pertenecientes a la Dirección de Salubridad Pública fueron sustituidas por Unidades Sanitarias que tuvieron como objetivo fomentar la educación sanitaria (**Figura 8**). Los antecedentes de imponer un sistema educativo alrededor de la salud pública se encuentran después de la Primera Guerra Mundial, cuando se demostró que el atraso cultural no contribuyó a la superación de las consecuencias de esa guerra. En tal sentido, el Estado se valió de la educación como un mecanismo para instruir a la población sobre los géneros que la medicina podía abarcar, con la educación se llegó a las masas de población incorporadas a la vida urbana y a la aceptación general de las nuevas intervenciones para el mejoramiento de la salud.

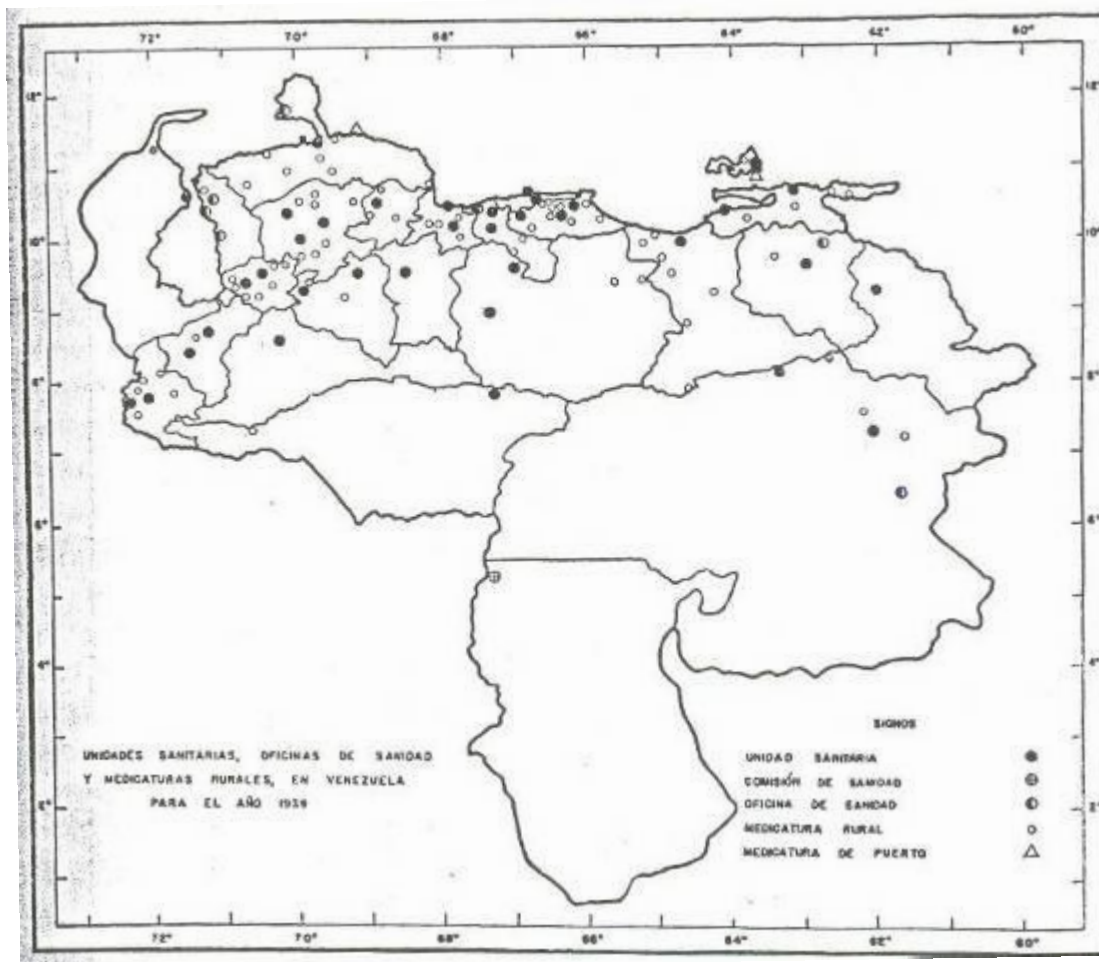


Figura 8. Unidades Sanitarias, Oficinas de Sanidad y Medicaturas Rurales en Venezuela para el año 1939. **Fuente:** GARCIA ALVAREZ, Julio. (1940). "La Sanidad en Venezuela". *Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 19, No. 10, octubre, p. 963.

En noviembre de 1945 se creó la Región Sanitaria de Aragua, a través de un Decreto del gobierno y por resolución del MSAS. Fue un organismo sanitario regional que, por muy poco tiempo, se encargó de los asuntos sanitarios en una extensa área geográfica comprendida por los estados Miranda, Aragua, Carabobo y los distritos Roscio del estado Guárico y Nirgua del estado Yaracuy.

Fueron poco efectivas las funciones de esta primera Región Sanitaria por la gran extensión del área de cobertura, por lo que funcionó exclusiva-

mente en el estado Aragua, con sede en su capital, Maracay. Esta dependencia centralizada administrativamente ofreció servicios médicos y sanitarios a un único estado del país. Agrupó los siguientes servicios: 3 unidades sanitarias, 3 hospitales generales, 1 hospital antivenéreo, un hospital antituberculoso tipo B, 6 asilos de huérfanos, 1 centro de salud, 14 medicaturas rurales, 26 dispensarios rurales, 23 comedores escolares. (Figura 9)

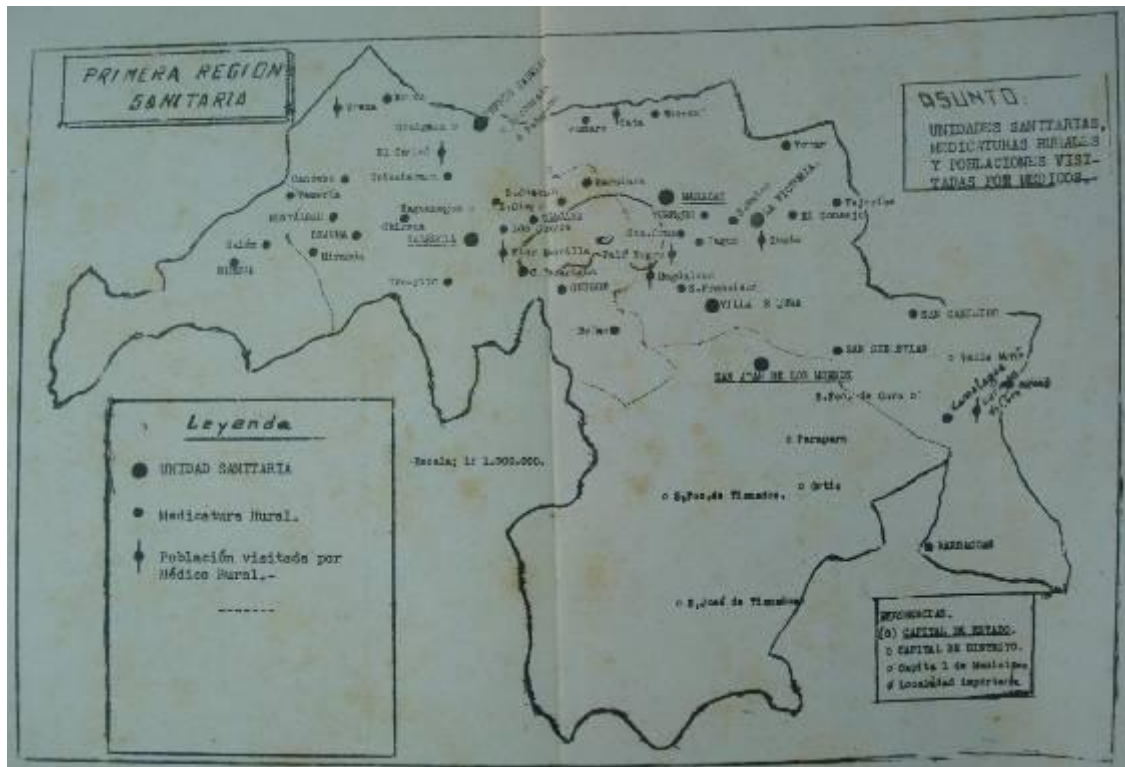


Figura 9. Primera Región Sanitaria. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1947). *Memoria y Cuenta*, s/p.

Las siguientes regiones sanitarias tenían como objetivo extender los “servicios sanitarios y asistenciales a un mayor número de habitantes, la coordinación de las labores nacionales con las estatales, municipales y privadas, y la descentralización administrativa de los organismos locales”¹¹¹.

¹¹¹ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Estudio de la organización del Ministerio*, p. 127.

El funcionamiento del MSAS hasta 1945 fue considerado como una clara “expresión de una racional división del trabajo y de la creciente complejidad en importancia de los problemas a su cargo”¹¹². Tiene el valor institucional de ser el primer paso hacia la modernización e institucionalización de la asistencia médica en Venezuela.

Durante diez años el MSAS procuró alcanzar la coordinación y la integración en el sistema de salud. Desde ese mismo año “asumió de una manera formal la responsabilidad en escala nacional de la planificación y organización de instituciones hospitalarias”¹¹³, especialmente aquellas endémicas: “como consecuencia el Ministerio de Sanidad (...) no considera como responsabilidad suya la organización hospitalaria que no se enfoque hacia enfermedades contagiosas”¹¹⁴. Por lo tanto, su papel en el control de la lepra y la tuberculosis fue fundamental en la construcción de una red institucional y de edificios en todo en el país.

La política propuesta por la Junta Revolucionaria de Gobierno mantuvo la continuidad de los planes de organización y funcionamiento de la asistencia social planteados por el MSAS; se defendió una política en área asistencial a partir de las condiciones en las que fue recibido el país, las primeras acciones fueron económicas, al aumentar los recursos destinados a esta área, especialmente para la prevención, saneamiento ambiental y tratamientos médicos-asistenciales, el incremento fue de 28.850.136 bolívares presu-

¹¹² SIVA, Carlos Rafael. “Bosquejo histórico del desenvolvimiento de la economía venezolana en el siglo XX”, en: *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976* (1979), p. 793.

¹¹³ ANGULO, L; URDANETA, F; GARCIA MALDONADO, L. (1957). “Revisión de los procedimientos de coordinación dentro de la red hospitalaria”. I Congreso Venezolano de Salud Pública y III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias. 19 – 25 de noviembre 1956, pp. 823, 824.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 825.

puestados para los años 1945-1946 a 55.295.773 bolívares para los años 1946-1947¹¹⁵.

Además del incremento en el presupuesto, el gobierno creó un sistema administrativo sanitario-asistencial para facilitar la coordinación e integración de los servicios nacionales, estatales y municipales, claramente se expuso en los objetivos propuestos que durante 1945 se impulsó el:

mejoramiento de la asistencia médica en general y especialmente en el medio rural (...) devolver la salud a los habitantes del territorio nacional que la hubieren perdido, y cuya importancia se destaca al considerar que buena parte de los enfermos lo constituyen adultos en el mejor momento de su capacidad económica, la cual, al lesionarse o perderse definitivamente, provoca no solamente la pérdida de una unidad de producción, sino con frecuencia el desquiciamiento de toda una familia¹¹⁶.

Fue durante este gobierno que se reorganizó la mencionada División de Ingeniería Sanitaria y las Divisiones de Instituciones Médico-Asistenciales¹¹⁷. La Comisión se organizó en tres dependencias con funciones específicas en el MSAS: la División de Hospitales, la Comisión Programadora de Instituciones Sanitarias del MSAS y la Comisión Interministerial del MOP y el MSAS; al tiempo, se sustituyó la labor de exámenes rutinarios y supervisión de laboratorios del Instituto de Higiene por la División de Laboratorios. El ideario de esta Comisión anunció la adecuación del sistema sanitario del país a las transformaciones propias de la modernización; los conceptos de “defensa,

¹¹⁵ Datos tomados de: FERNANDEZ, Edmundo. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, octubre 1948, p. 885. El MSAS durante los años del gobierno de la Junta Revolucionaria estuvo dirigido por los doctores Edmundo Fernández y Félix Lairé.

¹¹⁶ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1946). *Memoria y cuenta*, p. II.

¹¹⁷ La División de Ingeniería Sanitaria tuvo intermitencias en sus actividades, a partir del 30 de junio de 1939 pasó a ser un Servicio de Ingeniería Sanitaria, sin embargo, reinició sus funciones como División en julio de 1940.

fomento y restitución”¹¹⁸ debían reunirse en el único organismo capacitado para legislar, dirigir, coordinar, proponer técnicas a los problemas sanitarios por parte del Estado, este organismo era el MSAS.

Otra de las dependencias que perteneció al MSAS fue el Servicio de Ingeniería Sanitaria creado en febrero de 1950 como parte de la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio. Un año más tarde el Instituto de Higiene (1951) se instaló en la Ciudad Universitaria y articuló sus actividades al Instituto de Tuberculosis, el Instituto Nacional de Venereología y el Instituto Nacional de Anatomopatología.

Si bien es cierto que el MSAS asumió sus funciones en el ámbito sanitario, especialmente importante para los logros del Estado en las competencias del área asistencial, fue el rol asumido por el MOP. Desde su creación en 1874, este Ministerio se encargó de la ejecución de obras públicas nacionales; la experiencia en la planificación y la organización de éstas le fueron otorgando un carácter especializado en la ejecución de proyectos que abarcó mucho más que la construcción. A partir de 1936 el MOP debió acoger todos los planteamientos constructivos esbozados en el *Programa de Febrero*, lo que implicó para el ingeniero Tomás Pacanins¹¹⁹, Ministro de Obras Públicas entre 1936 y 1938 la reorganización técnico-administrativa de las nuevas funciones del MOP.

El MOP amalgamó el nuevo sistema de funciones de la ciudad en la modernización, las necesidades colectivas y el poder que devengó el Estado con la construcción de los equipamientos colectivos. A través de las funcio-

¹¹⁸ FERNANDEZ, Edmundo. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 25, No. 4, abril 1944, p. 300.

¹¹⁹ Tomás Pacanins (1891-1958), ingeniero eléctrico (1912), Ministro de Obras Públicas durante el gobierno de Eleazar López Contreras. Por medio de su empresa Tomás Pacanins & C fue representante de empresas norteamericanas, por medio de la cual realizó importaciones y exportaciones. Sus ideas de modernizar el MOP y aplicar criterios de planificación en la ejecución de obras públicas provenían de sus experiencias y estudios sobre economía y política en una escuela militar norteamericana.

nes de modernización, fomento económico, promoción tecnológica, rapidez en la ejecución de proyectos y obras públicas, el MOP se adecuó a las solicitudes del Estado alcanzando el prestigio y la experiencia necesaria para abordar constructivamente los planes integrados para la educación, la vivienda y la higiene.

López Contreras en ocho decretos autorizó la ejecución de variadas obras públicas: la construcción de liceos, escuelas, acueductos, carreteras, puertos, hospitales, puentes en diferentes ciudades del país, con las cuales se certificó la capacidad del MOP para, de manera exclusiva, ejecutar los proyectos de arquitectura, de urbanismo y de intervención sobre el territorio nacional y ocupar una buena cantidad de la población como mano de obra en la construcción. Las obras se ejecutaron en el marco de la transformación del Ministerio que, al igual que otras dependencias el Estado, adolecía de organización y planificación, así lo expresó Pacanins al momento de responsabilizarse por los cambios:

Las distintas oficinas que invadían mutuamente sus atribuciones y funciones respectivas. Salvo casos excepcionales las obras públicas se ejecutaban sin haber sido estudiadas previamente desde el doble punto de vista técnico y económico y se distribuían en el territorio de la República sin tomar en consideración las verdaderas y legítimas necesidades de la Nación. A mi llegada al Ministerio no existía, pues, ni proyecto alguno para cada obra en particular que se pudiera tomar en cuenta, ni mucho menos una plan general que sirviera de norma¹²⁰.

Como parte de las funciones del MOP estaba la ejecución de obras de ingeniería, salubridad y ornato, sobre la base de la planificación a través de proyectos de arquitectura e ingeniería en conjunto con un plan económico determinado, y, con el uso de métodos científicos acordes con las posibilida-

¹²⁰ Citado en: MARTÍN, Juan José. "Emergencia y transición. La actuación de Tomás Pacanins como ministro de obras públicas, 1936-1938". *Revista Politeia*, No. 24, 2000, Instituto de Estudios Políticos, Universidad Central de Venezuela, p. 91. Tomado de: ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE AGRICULTURA Y CRIA. (1936). Varios: carpeta 82 legajo 248 expediente 894, pp. 41-42

des presupuestarías y técnicas de cada dependencia¹²¹. Se incorporaron en el MOP los servicios de educación en conjunto con los de salud, éstos últimos con la idea de que la clase trabajadora no se afectara con enfermedades propias de los centros urbanos, de esta forma se asimiló el anuncio del mejoramiento moral y físico que López Contreras esbozó en el *Programa de Febrero*.

El Servicio Médico del MOP (1936) estuvo organizado por dispensarios en Caracas y otros sectores de mayor desarrollo de obras públicas en el país. Entre el personal de funcionamiento habían médicos, enfermeras, bachilleres practicantes y auxiliares, quienes se encargaban de atender urgencias y hospitalizaciones de los obreros dedicados a la construcción de obras públicas.

Entre el MSAS y el MOP las alianzas se manifestaron en la colaboración entre sus dependencias a favor del fortalecimiento y la concreción de los planes de los programas del gobierno lopecista. De esta manera el MOP preparó el Primer Plan Nacional para el desarrollo hospitalario, el cual tuvo como objetivo organizar edificaciones asistenciales de diferentes jerarquías, dependientes del MSAS, a partir de las concentraciones demográficas en el territorio nacional y aplicando novedosos conceptos en asistencia pública y salubridad nacional.

En 1949, bajo el respaldo de la Junta Militar, el MOP creó la Dirección de Edificaciones Médico Asistenciales a la cual le correspondió “el estudio, proyección, construcción y conservación de edificios nacionales destinados a

¹²¹ La estructura del MOP fue reorganizada en varias oportunidades, en una de ellas la Sala Técnica fugazmente se estructuró en Divisiones en 1936. Cinco años después, siguiendo el desarrollo nacional y el Plan de Obras Públicas del gobierno de Medina Angarita (con el cual se le dio continuidad a la ejecución de las obras del gobierno anterior), se reorganizó en tres Divisiones: Vías de Comunicación Terrestre, Puentes y Obras relativas a la Navegación Marítima¹²¹. En 1945 se formaron dos Comisiones dedicadas exclusivamente a la planificación de obras públicas, ellas fueron: la Comisión Nacional de Vialidad, La Comisión Nacional de Urbanismo, además se creó la Oficina de Costos y Estadísticas.

servicios hospitalarios, asistenciales, de aislamiento y en general, todos los relacionados con la asistencia al público”¹²². En esta dependencia se ensayaron tipologías arquitectónicas apoyadas en una estructura técnico funcional y respondió a la especialización de las Direcciones para la elaboración de los programas básicos, cuyo objetivo fue “prestar un servicio más eficaz y de obtener un mejor rendimiento de recursos económicos, técnicos y humanos”¹²³.

La participación del MOP y la inclusión de proyectos especiales para la asistencia médica, de forma autónoma, a partir de programas particulares guardaron relación con las propuestas de planificación, con las cuales “Toda obra había de ser previamente estudiada, calculándose su costo, planificada y realizada con los procedimientos que la ciencia y la técnica enseñaban”¹²⁴. De esta manera, la organización de la asistencia médica en el país estuvo gestionada por el Estado a través de instituciones capacitadas para ensayar criterios de planificación pertinentes y por medio de los cuales se construyeron los planes, programas y la red hospitalaria a nivel nacional.

La organización institucional del MSAS y del MOP conforma un aparato “normalizador” para los asuntos asistenciales del país, podrían considerarse como la parte “oscura” de las dos caras de la moneda de la modernización mencionadas anteriormente, así: “Las divisiones del Ministerio, actuando como organismos normativos han dado ya los pasos encaminados a organizar en ellos sus actividades especializadas”¹²⁵ actividades todas relacionadas con la programación, la organización, la proyección y la construcción de edificaciones asistenciales.

¹²² VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*. V. 1, No. I, pp. VIII, 40.

¹²³ ARCILA FARIAS, Eduardo. (1974). *Centenario del Ministerio de Obras Públicas. Influencia de este ministerio en el desarrollo, 1874-1974*, p. 315.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 253.

¹²⁵ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Estudio de la organización del Ministerio*, pp. 126, 127.

No quedan dudas de la transformación institucional que, para atender la salud, supuso la creación del MSAS. Sus repercusiones arrojaron todos los ámbitos de su competencia de manera especializada y programada. El alcance de tal transformación se mostró en los índices de mortalidad a nivel nacional, lo cuales fueron disminuyendo gradualmente:

valiéndose del cálculo abreviado para tabla de mortalidad, que facilita grandemente el proceso, se ha introducido la esperanza de vida al nacer como la medida más apropiada de nuestras condiciones de salud, ya que, en efecto, el objetivo fundamental de nuestras labores sanitarias al disminuir las muertes es prolongar los años de vida. Para 1941-1942 la esperanza de vida al nacer del venezolano era de 47 años; ésta aumentó a 57 años para 1951-1952, o sea que hubo un aumento de algo más de un año por cada año civil¹²⁶

El MSAS atendió las sugerencias de la OMS y de los diferentes ministerios; su participación se extendió hasta la consideración de las instalaciones necesarias para la aplicación y la efectividad de cada uno de los planes. El amplio proceso de modernización cobaba todos los ámbitos posibles de intervención, incluso el de la infraestructura, es así como la misma fue evolucionando en tanto la experiencia de los profesionales de la medicina y las inversiones que el Estado realizó en el campo de la salud.

b. Entre la formación, el intercambio profesional y la colaboración internacional

El MSAS impulsó la participación de los médicos venezolanos en las actividades y los intercambios científicos. La inclusión en la Oficina Sanitaria Panamericana (1902)¹²⁷ favoreció el intercambio de conocimientos y trata-

¹²⁶ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1960). *Memoria y Cuenta*, p. X.

¹²⁷ Oficina Sanitaria Panamericana creada en 1902 reunió a los países Latinoamericanos en pro de la solución y mejoramiento de los sistemas asistenciales.

mientos en las diferentes especialidades de la medicina y los aportes fueron valorados para:

crear hombres sanos para tener mentes sanas, de acuerdo con el antiguo pero siempre actual aforismo latino, en la seguridad de que en esas mentes sanas no podrán jamás arraigar teorías ideadas por mentes enfermas, teorías incompatibles en un todo con el ideal panamericano de libertad y progreso, mediante el gobierno del pueblo por sí mismo y la acción común, previamente pautaada y libremente consentida¹²⁸

La preparación del personal estuvo compartida por el MSAS y el MOP; ambos Ministerios promovieron el envío de profesionales venezolanos de la ingeniería a realizar estudios especializados en el exterior. Por su parte, la Fundación Rockefeller¹²⁹ (1913) envió delegados para divulgar sus conocimientos en el país:

La capacitación del personal sanitario (...) ha sido preocupación permanente del Despacho [MSAS] (...) en este sentido merece destacarse, durante el año [1944], el primer curso de la Escuela de Malariología y el segundo curso de Médicos Higienistas. Para el curso de Malariología fueron becados por nuestro Gobierno, médicos e ingenieros de los países bolivarianos, y el interés despertado por dicho curso se manifiesta por la asistencia de profesionales de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y

¹²⁸ *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 19, No. 11, noviembre 1940, p. 1207.

¹²⁹ La Fundación Rockefeller es una organización filantrópica norteamericana creada con el fin de justificar las ganancias de las grandes empresas de John Davison Rockefeller, la petrolera Standard Oil Company y la financiera Chase Manhattan Bank. En un contexto económico de expansión capitalista de Estados Unidos, se justificó la inversión de grandes capitales en esta Fundación dedicada a solventar los problemas de salud en la población. Con el objeto de disminuir el pago de impuestos, y recibir en calidad de préstamos las donaciones de dinero, apoyó la promoción de estudios en diversas especialidades de la medicina y construyó edificaciones para la atención médica en varios países. En esta organización se reunieron los norteamericanos con vocación y experiencia en el campo médico adquiridas a partir de los efectos de la Segunda Guerra Mundial: proliferación de enfermedades que aumentaron los porcentajes de mortalidad. En tal sentido, “el ejército de los Estados Unidos de América, a través de su experiencia de los diferentes frentes donde ha estado, adquirió unos conocimientos de las enfermedades más comunes y peligrosas como la malaria, el tifus, cólera, lepra, etc”. PINZÓN MEDINA, Víctor Román. (1993). “Avances medico-sanitarios en la Segunda Guerra Mundial. El caso de la malaria”. *Segundas Jornadas de Investigación Históricas*, p. 562.

Venezuela, y la concesión de becas por parte de la Fundación Rockefeller, del Instituto de Asuntos Interamericanos y de los Gobiernos de los países hermanos.¹³⁰

De esta manera se dio continuidad al programa cooperativo del gobierno venezolano con la Fundación Rockefeller iniciado desde 1926¹³¹. Las limitaciones por la poca capacidad de los profesionales para responder a la complejidad de la estructura médico sanitaria, tanto desde la perspectiva médica como de la respuesta infraestructural, fueron solventadas con intercambios promovidos por el gobierno de Isaías Medina Angarita, y que fueron ampliamente continuados durante el gobierno de Rómulo Betancourt.¹³²

¹³⁰ LAIRET, Félix. (1946). "La Sanidad en Venezuela". *Boletín de la Oficina Panamericana*, año 24, No. 4, abril 1946, p. 289. La Fundación Rockefeller realizó su primera visita al país en 1916 para asesorar a los médicos venezolanos sobre la transmisión de la fiebre amarilla, posteriormente realizaron investigaciones sobre la vacuna antiamarilíca y la organización del servicio para la profilaxia de esta enfermedad. Desde 1926 "el Gobierno de Venezuela y la Fundación firmaron un convenio para un plan orgánico de cooperación técnica, dentro del cual se efectuó el estudio de dos de nuestras más importantes endemias, el paludismo y el anquilostomiasis, y se inició la organización de un servicio de ingeniería sanitaria" En: MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Estudio de la organización del Ministerio*, p. 9.

¹³¹ Este primer programa cooperativo con la Fundación Rockefeller se mantuvo desde 1926 hasta 1933 "presidido por el doctor John E. Elmendorf Jr., a quien le cupo, por lo tanto, la estructuración y el desarrollo de la campaña antianquilostomiasis (...) el programa se basó en tres puntos: construcción de letrinas, tratamientos y propaganda educativa", en: ARCHILA, R., *Historia de la Sanidad en Venezuela*, tomo I, p. 217.

¹³² La colaboración y el intercambio académico de la Fundación Rockefeller alcanzó diversas áreas de la salud, así quedó sentado en algunas de las Memorias del MSAS. En el año 1941: "Siendo la preparación adecuada del personal uno de los propósitos cuya realización ha perseguido con más empeño este Despacho, este año, lo mismo que los anteriores y con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Fundación Rockefeller se enviaron varios funcionarios a efectuar estudios especializados de higiene en Estados Unidos y Panamá". VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1941). *Memoria y Cuenta*, p. I. Entre 1948 y 1952 fueron "tramitadas y concedidas 10 becas para médicos fisiólogos de las cuales 3 para perfeccionamiento quirúrgico (dos en el sanatorio "Simón Bolívar" y una en Nueva York), 2 para bacteriología, 2 para anestesiología (en Alemania), y una para el curso nacional de Médico Higienista". VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1948-1952). *Memoria*, p. 152.

Los efectos de la malaria fueron contrarrestados a partir de particulares métodos y tratamientos: protección contra el mosquito *Anopheles* trasmisor, suministro de tratamiento de drogas profilácticas y terapéuticas y saneamiento ambiental. La praxis médica venezolana aplicó estos tratamientos con “la comercialización de las drogas y los insecticidas masivos, lo que nos permitió erradicar las endemias y controlar rápidamente las epidemias hoy raramente mortales”¹³³.

El gobierno de Estados Unidos, luego de la Segunda Guerra Mundial, formuló planes de asistencia sanitaria con los resultados de los tratamientos aplicados a los pacientes afectados por los efectos del episodio bélico¹³⁴. La trayectoria de la Fundación Rockefeller en América Latina se inició desde el mismo momento de su creación, su rol fue “decisivo en la organización y servicios independientes por enfermedad y en la promoción general, de la medicina curativa y del control técnico de las dolencias en desmedro de una medicina más integral y educativa”¹³⁵. La contribución más significativa de esta Fundación fue animar el complejo proceso de modernización asistencial a través de la “distribución de sus beneficios que destaca procesos de captación, de canalización de demandas de la sociedad civil y negociación entre sectores técnicos nacionales y foráneos”¹³⁶.

La intervención de los Estados Unidos en la política asistencial venezolana consideró la participación de diversas instituciones, entre ellas el Instituto de Asuntos Interamericanos, la Escuela de Higiene y Salubridad de Johns

¹³³ CABALLERO, Manuel. *Ensayistas venezolanos del siglo XX*, pp. 132-134 citado en: YÉPEZ COLMENARES, Germán. (1991). “La lucha contra el paludismo: un objetivo del gobierno de Acción Democrática 1945-1948”. *Primeras Jornadas de Investigación Histórica*, p. 305.

¹³⁴ Un trabajo sobre la participación de los Estados Unidos y los avances en el tratamiento de la malaria se encuentra en: PENA, Luis. (1986). “La malaria y la diplomacia estadounidense en Venezuela”. *Tierra firme*, No. 13, enero-marzo 1986, año 4, pp. 57-73.

¹³⁵ ARMUS, Diego (compilador). (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*, p. 22.

¹³⁶ *Idem*.

Hopkins y la División Internacional de Salubridad Pública de la referida Fundación Rockefeller.

No obstante, la debilidad se encontró en la ausencia de técnicos especializados para proyectar edificios hospitalarios. Se hicieron algunos llamamientos de los interesados en este campo y las voces se dejaron sentir cuando se refiere que: “Para nosotros, el mayor defecto de la situación actual ha consistido en no disponer de esos técnicos especializados. Cualquier buen profesional puede proyectar edificios sanitarios y asistenciales siempre que se someta, durante un plazo mayor o menor, a la disciplina de estudiar los complejos problemas que se presentan en esa especialidad.”¹³⁷

La formación de los médicos, arquitectos e ingenieros estuvo especialmente considerada por el Estado venezolano desde la formulación de las políticas sanitarias. Los planes debieron estar amparados por personal capacitado en el área lo que garantizó la eficiencia del mismo.

En este proceso de formación profesional la colaboración internacional fue fundamental, la Fundación Rockefeller en acuerdos con los gobiernos venezolanos mantuvo una labor académica y formativa en las diversas disciplinas, el MSAS se encargó de “la capacitación del personal sanitario, y la estabilidad de los cargos técnicos, han sido preocupación permanente del Despacho, por considerar esto como el primer paso hacia el escalafón Sanitario”¹³⁸.

Los primeros estudiantes del curso de Médicos-higienistas se incorporaron durante el gobierno de Medina Angarita como directores de las Unidades Sanitarias en el interior del país:

la obra de sanidad no se realiza con aficionados o entendidos, sino con funcionarios que tengan conocimientos y conciencia de responsabilidad;

¹³⁷ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria” (1946), en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. Cuadernos Amarillos No. 6, No. 6, p. 7.

¹³⁸ LAIRET, Félix. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 25, No. 4, abril 1944, p. 289

y en este sentido el Ministerio ha hecho todos los esfuerzos posibles y ha de conservar como norma que la preparación técnica de sus servidores que la necesiten, ha de proceder a la ocupación de los cargos.¹³⁹

Además de la formación profesional la disposición de los países latinoamericanos de unir esfuerzos para las soluciones a los problemas comunes de salud en la población y el intercambio de conocimientos de la medicina, de la arquitectura y la ingeniería fue uno de los motivos, para que la arquitectura para hospitales se insertara sin complejidad en la trama institucional del MSAS y del MOP como producto de los programas y planes trazados por los gobiernos. La integración facilitó que una misión social norteamericana atendiera una invitación del gobierno venezolano en 1938 y concertó con delegados del MSAS los problemas sociales, dando al intercambio de ideas para los tratamientos y terapias.

La planificación de la red institucional se complementó con la formulación de planes y programas en diversos campos de la salud. Sin lugar a dudas la evolución de las prácticas médicas para el aislamiento junto con la incipiente participación del MSAS formó parte de la cara “luminosa” de la moneda en la modernización; sin embargo se formularon planes y programas como los mecanismos de control, normalización y disciplinamiento para el tratamiento de enfermedades especiales los cuales en rigor trataremos a continuación.

¹³⁹ GARCIA ALVAREZ, Julio. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 19, No. 10, octubre 1940, p. 962

I.3.2. Planes y programas venezolanos para el aislamiento

Atribuirle la autoría de la red, planes y programas sanitarios en Venezuela a una personalidad o institución, en un intento de darle identidad a la arquitectura sanitaria en el país o en una expresión, nada espontánea, de nacionalismo sería una tarea dificultosa. Es necesario advertir que hay dos niveles de planes y programas: uno que trata el asunto médico, científico y/o institucional para atender cada una de las enfermedades y de los cuales nos referiremos a continuación, y, otros que fueron construidos sobre la base de la evolución de estos últimos: el de la construcción de una red hospitalaria necesaria para el funcionamiento de la medicina, la ciencia y la institución, los cuales se tratan en el capítulo posterior. Ambos niveles de planes y programas son atendidos en este trabajo de forma separada, tanto por la extensión de los temas, y, por procurar una mejor comprensión de los mismos. Fueron planes y programas que no se ejecutaron de manera simultánea, sino que en la medida que tuvieron resultados positivos los estudios médicos y tratamientos, se construyó la infraestructura necesaria.

El MSAS organizó una moderna estructura institucional y los avances científicos e institucionales venezolanos dan muestra de vanguardia en el campo de la medicina. La organización de las instituciones y la legislación sanitarias planteada por el Estado venezolano, en muchos casos, se ajustó a parámetros modernos ensayados por los países desarrollados europeos y los más avanzados de América Latina.

En Venezuela entre 1936 y 1949 el carácter progresivo en la planificación del MSAS abrió la brecha para la incorporación de planes asistenciales dedicados a cada tipo de enfermedad, la mayoría amparados por cada una de las Divisiones que formaban parte de la organización del MSAS, reafirmando y legitimando la especialización como uno de los pilares para la institucionalización de la medicina en el país. Cada División dedicó sus funciones a

solventar los problemas vinculados con las enfermedades de su competencia. Así fue como se dio inicio por ejemplo, a la lucha antivenérea (1937); la lucha antituberculosa (1932); la lucha antileprosa (1946), la lucha antivariólica (1949).

Las Divisiones del MSAS que asumieron la responsabilidad de canalizar las gestiones para atender las enfermedades especiales se organizaron a partir del conocimiento médico previo sobre cada enfermedad. La trayectoria del personal médico que enfiló el Ministerio desde su creación tenía la experiencia necesaria en el diagnóstico y las formas de cómo tratar cada enfermedad. A continuación la estructura de las Divisiones y los antecedentes que delinearon su creación.

a. División de Lepra, 1946

En las investigaciones realizadas por el doctor Jacinto Convit (n. 1913) se concluyó que “la lepra es una enfermedad que para transmitirse necesita de un contacto directo, masivo y prolongado”¹⁴⁰. Graduado como médico en la Universidad Central de Venezuela (1938); junto con el doctor Martín Vegas¹⁴¹ luchó en contra de las prácticas aberrantes a las que eran sometidos los enfermos y realizó una encomiable labor en el Leprocomio de Cabo Blan-

¹⁴⁰ Cita tomada de: ORDOISGOITI, Anibal. “El leproso venezolano ante la sociedad”. *Semana de la lepra*. 1941. (1943), p. 49.

¹⁴¹ Martín Vegas (1897-1991) médico de la Universidad Central de Venezuela (UCV, 1920), estudios de dermatología y sifilología en el Hospital San Luis de París (1922-1924), curso estudios de microbiología en el Instituto Pasteur (1922-1924). Se interesó por estudiar, tratar y combatir diversas enfermedades, entre ellas la lepra, la buba, la sífilis y el carare, director del Leprocomio de Cabo Blanco (1926-1937), inspector técnico *ad-honore* del servicio venerológico, Sección Antisifilítica (1936), jefe del Servicio de Lucha Contra la Lepra (1937), jefe de la División de Venerología (1938-1939). En 1937 fue enviado a Asia por el MSAS para conocer y estudiar el tratamiento que se les daba a los enfermos de lepra en varios países entre los que se encontraban: Japón, India, China, Filipinas y Malasia. Decano de la Facultad de Medicina de la UCV (1949-1950) y a desempeñar las cátedras de Clínica Dermatológica y Filigráfica, Histología, Fisiología y Patología Tropical. Presidió la Federación Médica Venezolana en 2 ocasiones (1943-1945 y 1950-1956) y el Colegio de Médicos (1958).

co entre 1926-1937 (**Figuras 10 y 11**). Desde 1946 fue designado como director de las leproserías nacionales y como médico Jefe en la División de Lepra del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, tras regresar de un recorrido por las leproserías en Brasil, en donde realizó importantes observaciones de su funcionamiento.

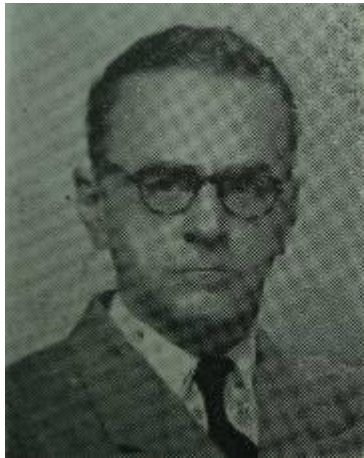


Figura 10. Martín Vegas.
Fuente: ARCHILA, Ricardo (1956). Historia de la Sanidad en Venezuela., p. 439.



Figura 11. Jacinto Convit.
Fuente: <http://www.venezuelatuya.com/biografias/convit.htm>. 4 de junio de 2010, hora: 11:00 am

Cuando el doctor Honorio Sigala asumió la dirección del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1937 coordinó las leproserías mediante la aplicación de un Reglamento que entró en vigencia en agosto de 1936, en donde se contempló la sustitución del personal religioso por “uno laico más competente y numeroso”¹⁴², entre los que se encontraban profesionales extranjeros. Adicionalmente, las actividades del personal del MSAS fueron canalizadas para ampliar y mejorar los controles en los habitantes; uno de los primeros niveles de atención aplicados fue en los dispensarios especiales

¹⁴² SIGALA, Honorio. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 16, No. 10, octubre 1937, p. 934.

donde eran “examinados por algún tiempo para tratarles en caso de que aparezcan los primeros síntomas”¹⁴³.

Durante la gestión del doctor Honorio Sígala¹⁴⁴ como Ministro, en la memoria correspondiente del año 1937 informaba haber “ajustado [sus] actos a los preceptos legales procurando ampliar la acción del organismo sanitario por medio de la creación de nuevos servicios y modificación de los ya existentes con el fin de extender a todas las regiones del país los beneficios de la Higiene y la Asistencia Social”¹⁴⁵. Sin lugar a dudas, que una de las ampliaciones del organismo asistencial fue incorporar nuevos servicios y reunir a un grupo de especialistas para construir la infraestructura hospitalaria en el territorio venezolano. **(Figura 12)**



Figura 12. Honorio Sigala. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo (1956). Historia de la Sanidad en Venezuela., p. 438.

Con las investigaciones sobre la lepra muchos de “los pocos leprólogos especializados del país, están en capacidad de crear nuevos métodos de

¹⁴³ VEGAS, Martín. “Como se adquiere la lepra”. En: *Semana de la lepra 1941*. (1943), p. 9.

¹⁴⁴ Honorio Sígala (1894-1976), nació en Curarigua, Estado Lara, médico cirujano de las Universidades de la Sorbona en París y la Catalana de Barcelona (1919); gobernador del estado Lara (1936-1937). Ministro de Sanidad en el gobierno de Eleazar López Contreras, durante su gestión se lograron importantes avances en la construcción de infraestructura, en especial para la salud y la educación.

¹⁴⁵ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1938). *Memoria*, p. V.

lucha contra la propagación del mal sin tener que recurrir para ello al encastillamiento del paciente”¹⁴⁶. Esto explica una de las razones por la que la construcción de leproserías en el país fue disminuyendo luego de los años treinta del siglo XX, en tanto la necesidad de infraestructura hospitalaria para el tratamiento de esta enfermedad disminuyó por los resultados favorables en los tratamientos para su control y curación.

Se dejaron atrás los encarcelamientos de los leprosos como una forma de curación y se fueron incorporando actividades en las leproserías para el trabajo y la recreación, como medidas para la integración del paciente en la vida social de la que estuvo excluido por largo tiempo.

Todas estas medidas sentaron la bases para incorporar en el sistema de salud estructurado en el MSAS la División de Lepra en julio de 1946, cuyo objetivo fue superar la deficiencia de la atención de esta enfermedad, la cual hasta este momento era únicamente atendida en la cuantificación de los enfermos de las leproserías nacionales existentes.

La organización de esta División estaba formada por un organismo central, los Servicios Leprosos Regionales, las Leproserías de Cabo Blanco, Providencia y la Casa Hogar San Juan Bosco¹⁴⁷. Entre las funciones más relevantes asumidas fue la organización y supervisión de propaganda sanitaria; además los avances científicos y los mismos avances del MSAS permitieron la programación de la División a partir del “estudio epidemiológico en centros urbanos de importantes focos de lepra”¹⁴⁸ con lo cual se justificaron los planes y programas propuestos. **(Figura 13)**

¹⁴⁶ ORDOISGOITI, A., “El leproso venezolano ante la sociedad”. *Op. cit.*, p. 49.

¹⁴⁷ La estructura organizativa de la División de Lepra se puede consultar de manera detallada en: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 236.

¹⁴⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 236.

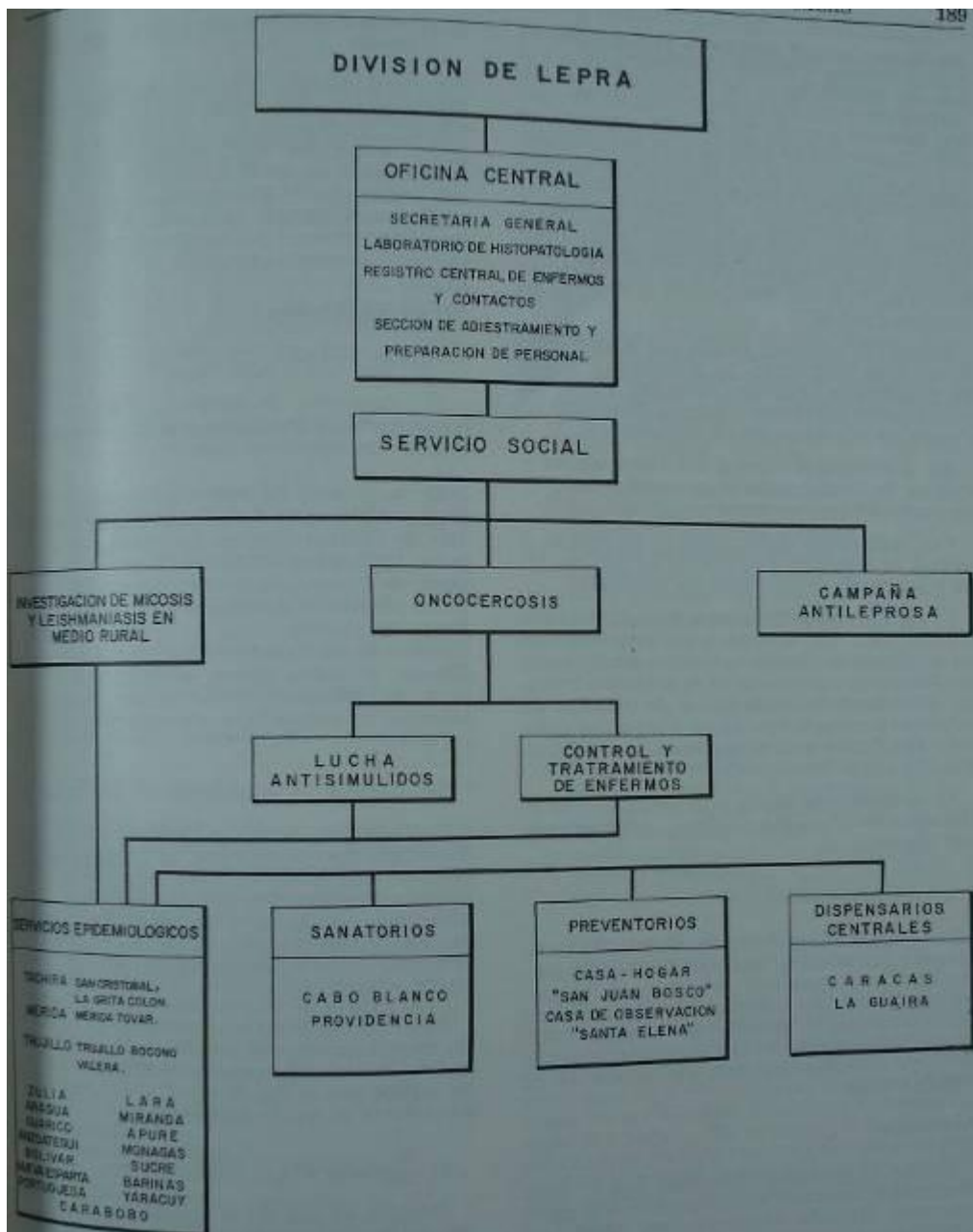


Figura 13. Organigrama de la División de Lepra. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1959). *Memoria y cuenta* p. 189.

El grupo de médicos y profesionales que forma parte de esta División investigaron sobre los alcances de la enfermedad y la aplicación de las medidas necesarias para su control y erradicación. Una de las primeras acciones fue la creación del Dispensario Central de Caracas (1946), que fungió como la sede de preparación para el personal capacitado en las investigaciones epidemiológicas de los focos leprógenos. De esta manera el Estado logró superar, mediante la organización e institucionalización de la práctica médica, el nivel precario de asistencia en la lucha contra esta enfermedad y su coordinación desde la atención en los sanatorios antileprosos de manera complementaria.

Basta evaluar las estadísticas de pacientes hospitalizados por lepra en el país para valorar los resultados de la gestión de la División de Lepra. En 1935, la Leprosería de Cabo Blanco tenía 524 pacientes, luego del ingreso de 132 pacientes y de 27 alojados en el pabellón de aislamiento y de 122 dados de alta por ser considerados “socialmente curados”, con un índice de mortalidad del 5 por ciento; en la Isla de Providencia había 606 hospitalizados, 468 hombres y 198 mujeres, luego de dados de alta 48 enfermos y de 165 ingresos.¹⁴⁹

A finales de los años cuarenta había 1.338 enfermos hospitalizados en las dos leproserías existentes en el país: 619 en la de Cabo Blanco y 729 en la de Providencia, distribuidos en 925 hombres y 423 mujeres¹⁵⁰. Siete años después el número de camas se estimó en 3.000, de las cuales solo se contaba con 1.700 ubicadas en estas dos leproserías nacionales. Con la culminación de la Colonia de Los Caracas aumentarían 1.500 camas con las cua-

¹⁴⁹ Datos tomados de: TEJERA, Enrique. “La Sanidad en Venezuela”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 15, No. 10, octubre 1936, p. 932. Es preciso recordar que aún de los avances de la medicina en la curación de enfermos de lepra, los mismos seguían siendo tratado como reclusos o “delincuentes”, como personas que debían permanecer aisladas del resto de la sociedad, de allí los términos de “liberados” y “socialmente curados” utilizados por el doctor Tejera.

¹⁵⁰ Datos tomados de: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1941). *Memoria y Cuenta*, p. 169.

les sería clausurada la Leprosería de Cabo Blanco cuya capacidad era de 900 camas. La efectividad del programa propuesto por la División de de Lepra disminuyó el número de pacientes en Cabo Blanco en 27 y en Providencia en 75. Además, el programa consideró la inclusión de instituciones en los lugares con mayor índice de población enferma, de carácter regional que complementaron el programa del Estado.

Contrarrestar los efectos de la lepra se realizó de manera mancomunada entre las Divisiones de Lepra y Tuberculosos con el Plan en contra de la tuberculosis, propuesto por la División de Tuberculosis. Se identificaron las regiones leprógenas del país (Táchira, Mérida, Trujillo, Apure, Lara, Zulia y Nueva Esparta), de esta manera en tres años el Plan abarcó una población de 20.504 individuos en 171 dispensarios dependientes de los servicios anti-leproso. Los estudios científicos demostraron que la aplicación de la vacuna B.C.G. en individuos con positiva reacción lepromínica de Mitsuda, por lo tanto fue posible prevenir la lepra¹⁵¹. Se aplicó la vacuna progresivamente en adultos, y, en 1955 se incorporó en el programa a la población entre 0 y 15 años.

El Plan en contra de la lepra fue reforzado con una campaña especial que indicaba que el tratamiento para la enfermedad debía ser institucional y mientras se realizara, el paciente debía estar aislado y recibiendo atención periódica en los dispensarios ubicados en las regiones leprógenas. Adicionalmente, la División de Lepra recurrió a la propaganda sanitaria a través de conferencias y el uso de parlantes en lugares públicos. **(Figura 14)**

¹⁵¹ Este avance de la ciencia fue reconocido en el Congreso Latinoamericano de Leprología celebrado en Madrid en 1953.



Figura 14. Propaganda sanitaria. **Fuente:** *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis.* (1966), p. 16.

Tanto la campaña publicitaria, la aplicación de la vacunación de la B.C.G. a menores de 15 años durante cuatro años consecutivos tuvo como resultados la inmunización de un sector significativo de la población, evitando la aparición de nuevos casos. De esta manera desde 1955 comenzó a disminuir los porcentajes de población con el padecimiento de estas enfermedades a nivel nacional.¹⁵² Los resultados de los tratamientos arrojaron bajos índices de mortalidad, los cuales se muestran a continuación. **(Cuadro 1)**

¹⁵² “El programa especial de vacunación B. C. G., iniciado en 1955 como medio de protección contra la lepra en la población menor de 15 años que habita en la zonas leprógenas del país, arroja un total de 179.683 vacunaciones practicadas en 1956 y se continúa con posibilidades de elevar esta cifra hasta llegar, en un futuro próximo, a cubrir todo el núcleo de población previsto”. VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1957). *Memoria*, p. IV.

CUADRO No. 75
ACTIVIDADES DE LAS LEPROSERIAS NACIONALES
 Año 1956

	Cabo Blanco	Providencia
Casos admitidos	111	60
Casos egresados:		
Dados de alta	27	27
Salidos sin permiso	51	4
Muertos	13	14
Total de hospitalizados para fin de año	486	366
Actividades Médicas:		
Consultas Generales	649	15-910
Exámenes clínicos leproológicos	709	370
Pruebas tuberculínicas	600	410
Aplicaciones de BCG	7.885	40
Reacciones a la Lepromina	653	648
Servicio de Oftalmología:		
Consultas	259	288
Intervenciones	20	2
Servicio de Odontología:		
Consultas	214	388
Extracciones	253	297
Prótesis	9	26
Otros	5	8
Servicio de Cirugía General		
Cirugía Mayor	62	22
Cirugía Menor	65	10
Servicio de Otorrinolaringología		
Consultas	—	165
Intervenciones	—	2
Servicio de Farmacia		
Ampolletas despachadas	17.355	23.193
Formulas despachadas	1.308	38.808
Servicio de Laboratorio		
Investigación de Bacilo de Hansen	2.479	2.278
Otros exámenes	13.482	11.042
Elaboración de Lepromina (c.c.)	3.000	1.730
Biopsias practicadas	185	52
Servicio de Fotografía y Rayos X		
Fotografías	631	551
Radiografías	453	109
Radioscopias	235	349
Medicación Antileprosa utilizada		
Aceite de Chaulmoogra	—	—
DDS	147.301	87.879
T-B-1 (comprimidos)	14.978	27.074
Hidrazida del Acido Isonicotínico	110.505	43.163
Promanida (c.c.)	226.910	10.429

Cuadro 1. Actividades de las Leprosorias Nacionales.
Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1957). *Memoria*, p. 294.

b. División de Tuberculosis, 1936

La fundación del primer dispensario antituberculoso de Caracas en 1928, la producción de la vacuna B.C.G. en Venezuela desde 1932 y la creación del Servicio Nacional de Tuberculosis en julio de 1936 fueron los antecedentes para la creación de la División de Tuberculosis en ese mismo año.

La producción de la vacuna fue una de las primeras iniciativas del Estado para atacar enfermedades como la tuberculosis, la misma se realizó en el Laboratorio Bacilo Calmette Guérin (1932) adscrito a la Sanidad Nacional del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría¹⁵³; en este campo de la medicina Venezuela fue pionera en Latinoamérica y sentó las bases para la producción de la vacuna con el mismo nombre en otros países del continente como Colombia.¹⁵⁴

El Laboratorio fue organizado por Alberto Fernández Marquis¹⁵⁵ y como médico adjunto José Ignacio Baldó con los mejores esquemas para su funcionamiento, no sólo en la producción de la vacuna, sino en los controles para “su administración, el control de los niños vacunados y la forma de llevarse la estadística”¹⁵⁶. La calidad con la que estos doctores instalaron el Laboratorio fue elogiada por el mismo Calmette:

¹⁵³ El Laboratorio contó con un médico adjunto, un técnico, una enfermera secretaria y dos enfermeras visitadoras. Estuvo ubicado en Caracas entre las esquinas de Albañales y Cruz de la Vega. *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis*. (1966), p. 11.

¹⁵⁴ La vacuna, utilizada por primera vez en Francia y aplicada a más de cien millones de seres humanos fue un descubrimiento realizado en el Instituto Pasteur por los doctores Camille Guérin y Albert Calmette, a quienes debe su nombre.

¹⁵⁵ Alberto Fernández Marquis (1892-1949) Médico de la Universidad Central de Venezuela, estudios de postgrado en Italia. Profesor de Patología Tropical, de Bacteriología y de Parasitología. Fue médico adjunto de Malariología y encargado de la Escuela de Expertos Malariólogos. Ver: *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis* (1966), pp. 12-13.

¹⁵⁶ *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis*. (1966), p. 12.

Recibí los tan preciosos documentos que Ud. tuvo la amabilidad de enviarme y que muestran con cuantos cuidados Ud. ha presidido la organización del nuevo Laboratorio B.C.G. en Venezuela. He constatado con placer cuán perfecta es esta organización. Podría de servir de modelo a muchos países¹⁵⁷

El interés del Estado por el buen funcionamiento del Laboratorio fue tal, que el doctor Fernández fue enviado especialmente a Francia para prepararse con el profesor Calmette en la técnica para producir la vacuna. Y la inclusión del doctor Baldó en la directiva del Laboratorio respondió a su expreso compromiso en la lucha con la tuberculosis:

En su carácter social, la lucha antituberculosa es un problema nacional, que no puede estar únicamente a cargo del Gobierno Federal, pues por sus múltiples aspectos requiere la cooperación de todas las fuerzas del Estado y no hay ningún país del mundo en que su desarrollo sea efectivo, que no nos muestre de manera evidente cómo es solamente cuando hay una conciencia nacional que asuma en un plan coordinado todos los esfuerzos, que se logra una obra útil.¹⁵⁸

Los índices de mortalidad por tuberculosis fueron superados en una primera fase con el Servicio Nacional de Tuberculosis. La atención de esta enfermedad en 1935 estaba concentrada casi de manera exclusiva en los habitantes de la capital, quedando sin atención regiones del interior con importantes índices de mortalidad. Desde la puesta en funcionamiento del MSAS la extensión de los servicios alcanzó otras ciudades con la instalación de ocho dispensarios y el fortalecimiento de tres dispensarios de Caracas.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Fragmento de la carta del doctor Albert Calmette dirigida al doctor Alberto Fernández en respuesta a comunicación enviada por éste referida al funcionamiento del Laboratorio B. C. G. *Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis*. (1966), p. 12.

¹⁵⁸ "Tuberculosis". *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. XIV, octubre 1940, No. 5, p. 1106.

¹⁵⁹ El personal de estos dispensarios lo formaban 32 médicos, 8 practicantes, 62 enfermeras, 4 laboratoristas, 1 ayudantes, 1 inspector de tuberculosis. Para detalles del personal ver: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1938). *Memoria*, p 59.

El Servicio Nacional de Tuberculosis estuvo dirigido por el doctor José Ignacio 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 Munich. Baldó regresó a Venezuela en 1926 y junto con el doctor Martín Vegas planificó la lucha contra la tuberculosis y la lepra 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 en 1940, de medicina simplificada para las prácticas curativas del personal no médico en zonas apartadas y fronterizas. **(Figura 15)**

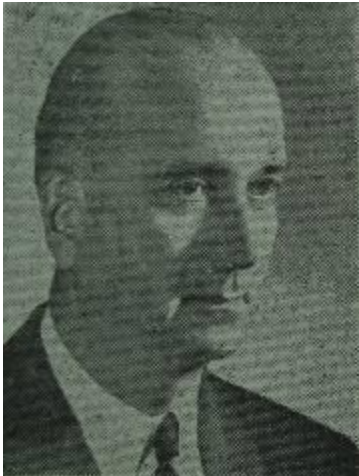


Figura 15. José Ignacio Baldó. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo (1956). Historia de la Sanidad en Venezuela., p. 416.

Desde el momento de la creación de la División de Tuberculosis los objetivos fueron claramente definidos: “estudiar el problema sanitario asistencial de la tuberculosis en el país, planificar las actividades de lucha antituberculosa, presentar los planes estudiados, preparar el personal necesario para su ejecución, dictar las pautas del trabajo de rutina y supervisar la marcha de los servicios”¹⁶⁰. Como parte de esta División otras dependencias administrativas a su cargo velaron por el cumplimiento de los objetivos a nivel nacional

¹⁶⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p 220.

y local, adicionalmente se cambió el nombre oficial de la División agregándole de “enfermedades pulmonares”¹⁶¹ desde 1957. (Figura 16)

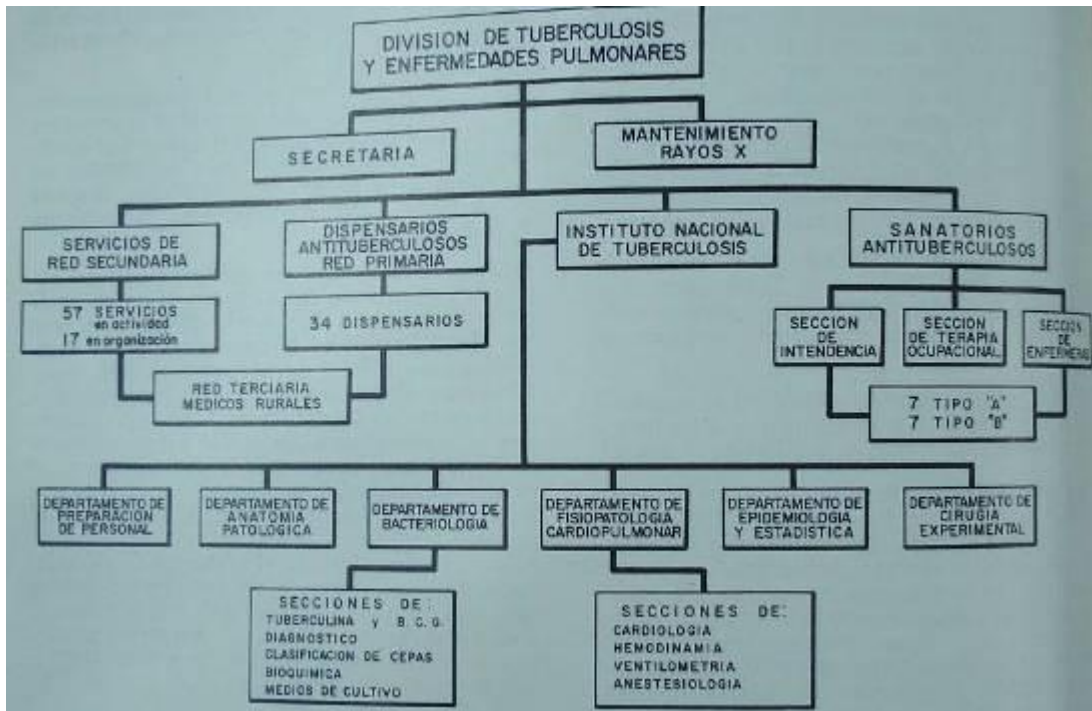


Figura 16. Organigrama de la División de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1959). *Memoria y cuenta* p. 176.

El equipo de profesionales de la medicina encargados de dirigirla lo formaba un Médico Jefe, y varios médicos Adjuntos, quienes asumieron la supervisión y organización de la red primaria representada por los servicios de dispensarios; de los servicios de fisiología en las Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Medicaturas Rurales que representaron la red secundaria y terciaria y, los servicios sanatoriales. Las funciones de la División estuvieron articuladas desde el momento de su fundación con el Instituto Nacional

¹⁶¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1959). *Memoria y cuenta*, pp. 174-175. En este trabajo la División se continuará nombrando como División de Tuberculosis en razón de que el cambio de nombre se realiza a partir de 1957 y la mayor parte de los edificios proyectados y construidos para atender esta enfermedad se realizaron a finales de los años treinta y los años cuarenta.

de Tuberculosis (1936), el cual fungió de organismo científico y tenía “por finalidad el fomento, la organización y el desarrollo de todas las actividades científicas en el campo de estudio de la tuberculosis, para servir a los fines de la campaña antituberculosa nacional.”¹⁶²

El Plan para la lucha antituberculosa se articuló con las recomendaciones de la OMS en 1936. Por lo tanto la aplicación de la vacuna era un procedimiento sencillo, que facilitó su colocación en todo el territorio nacional. La División formó las denominadas Brigadas de B.C.G., conformadas por un grupo de médicos y enfermeras que realizaban las pruebas de la vacuna y adiestraban al personal para su colocación y garantizaban la estabilidad del Plan y la rutina del mismo.

El Plan en contra de la tuberculosis fue exitoso en la medida que los límites para colocar la vacuna entre 1933 y 1945 fueron traspasados: en Caracas más de la mitad de los niños nacidos en la Maternidad Concepción Palacios y la Cruz Rojas fueron vacunados. Desde 1947 se vacunaron los niños nacidos en doce maternidades del interior del país, se utilizó la vacuna en las escuelas de Caracas y se inició el Plan en la Escuela Miguel Antonio Caro. De esta manera fue progresivamente aplicado a nivel nacional, se pasó de 4.373 vacunas aplicadas en 1948 a 105.110 vacunas en 1953. **(Figura 17)**

¹⁶² VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p 220.



Figura 17. Uno de los afiches de la lucha contra la tuberculosis. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1942). *Memoria y Cuenta*, p. 73

Los avances de la ciencia permitieron el tratamiento de pacientes tuberculosos ambulatoriamente. En 1956 el uso de nuevas drogas y la realización de exámenes médicos para la valoración de la resistencia de la bacteria fueron razones para programar, en la División de Tuberculosis, la formación del personal especializado en el Instituto Nacional de Tuberculosis.

Fue así como se logró controlar la mortalidad en el país por esta enfermedad. Entre junio de 1955 y junio de 1956 el número de ingreso a los sanatorios del país eran menor que los egresos (**Cuadro 2**). Las estadísticas así lo demuestran: “el examen de estas cifras es sumamente halagador y revela que la labor sanitaria ha tenido resultados positivos. Es de señalar el descenso abrupto de la mortalidad por tuberculosis: 26 por 100.000 habitantes en la República y 20 por 100.000 habitantes en Caracas”¹⁶³, la tuberculosis ocupó el octavo puesto como causa de muerte en los venezolanos en 1959

¹⁶³ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1959). *Memoria y Cuenta*, p. IV. Las cifras de muertes por causa de otras enfermedades como las cardiovasculares y cáncer son detalladas en esta Memoria.

“habiendo avanzado un puesto con relación al año anterior”¹⁶⁴ lo que indicó el éxito del cumplimiento de los objetivos planteados por el Estado de disminuir los índices de mortalidad por tuberculosis desde 1936. La mortalidad por tuberculosis pasó del segundo puesto en 1935 al octavo a finales de los años 50.

CUADRO No. 65
MOVIMIENTO DE ENFERMOS EN LOS SANATORIOS
ANTITUBERCULOSOS JUNIO 1955-JUNIO 1956

Especificación	Número	Porcentaje
INGRESOS		
Total de Ingresos	2.633	
Primer Ingreso	2.399	91.1
Reingresos	234	8.9
Varones	1.450	55
Hembras	1.183	45
Venezolana	2.443	93
Extranjera	190	7
Menos de un año	899	42
Más de un año	1.261	58
0 a 14 años	215	9.2
15 a 19 años	234	8.9
20 a 29 años	766	29.2
30 a 39 años	582	22
40 a 49 años	410	15.5
50 a 59 años	264	10
Mayores de 60 años	121	4.5
EGRESOS		
Total de Egresos	2.644	
Hembras	1.130	44.2
Varones	1.422	55.8
Lesiones inactivas	532	20.1
Lesiones detenidas	893	33.7
Lesiones activas mejoradas	529	20
Lesiones activas no mejoradas	352	13.3
Número T. B. C. tratadas	239	9
Número T. B. C. no tratadas	99	3.7
Observación	—	—
Por mejoría	1.565	59.2
Por voluntad	387	14.6
Por muerte	200	7.5
Por indisciplina	115	4.3
Por no T. B. C	149	5.6
Transferido a otro Sanatorio	74	2.7
Otras causas	154	5.8

Cuadro 2. Movimiento de enfermos en los Sanatorios Antituberculosos junio 1955-junio 1956. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1957). *Memoria*, p. 278.

¹⁶⁴ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1960). *Memoria y Cuenta*, p. XII.

Entre los Programas utilizados por la División se encontraba la apertura de servicios de laborterapia, las actividades propuestas comprendían: cursillos de alfabetización, apertura de estudios primarios para adultos y niños, escuela de enseñanza de zapatería, corte y costura, carpintería y mecanografía los cuales tenían como objetivo fundamental “que los pacientes aprendan un oficio durante su hospitalización a fin de facilitarles la reincorporación social a la salida del establecimiento”.¹⁶⁵

Finalmente el alcance que a nivel nacional tuvieron los programas y planes de las Divisiones de Tuberculosis y de Lepra comprendió la construcción de edificaciones especiales para pacientes con estas enfermedades.

c. División de Higiene Mental, 1946

Los antecedentes de la División de Higiene Mental se encuentran desde los años veinte cuando los manicomios y hospitales psiquiátricos fueron reorganizados con el objetivo de aplicar modernos tratamientos. Entre las personalidades más importantes en estos logros de la psiquiatría en Venezuela está el doctor José Francisco Torrealba (1896-1973) (**Figura 18**), médico de la Escuela de Medicina de Caracas (1923), quien dedicó su carrera, al estudio de las enfermedades producidas en los campos venezolanos. Por ejemplo, identificó el chipo como trasmisor del mal de Chagas y realizó numerosos trabajos científicos.

¹⁶⁵ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1956). *Memoria*, p. 255.



Figura 18. José Francisco Torrealba.

Fuente:

http://sanjuandelosmorros.blogspot.com/2009_10_21_archive.html 4 de junio de 2012, hora: 10:00 am

Cuando el doctor Torrealba fue designado como director del Asilo de Enajenados de Caracas en 1924 se propuso “con todas sus energías y buena voluntad, mejorar las condiciones de alojamiento de los reclusos. Suprime en lo posible todos los métodos violentos de coerción, trata de inculcar normas humanitarias al reducido personal del Asilo, procura establecer diagnósticos psiquiátricos precisos e implantar tratamientos racionales.”¹⁶⁶

El término “racional” comenzó a asomarse en las prácticas médicas y, por ello, se le atribuye al doctor Torrealba el mejoramiento de la asistencia psiquiátrica en el país. Las condiciones en las que encontró aquel Asilo de Enajenados de Caracas en forma de calabozos, sin los servicios ni la infraestructura acorde para los tratamientos psiquiátricos, fueron transformadas en 1934 en el Hospital Municipal Psiquiátrico con la construcción de un departamento especial para hombres, un departamento central con espacios para las actividades técnicas y administrativas.

En 1938 el MSAS convocó la organización de la primera Liga de Higiene Mental y la Liga Antialcohólica, dirigidas por el doctor Francisco Rísquez

¹⁶⁶ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, 159.

y, en 1939 se fundó la Liga Pro Asistencia al Enfermo Mental en el Hospital Municipal Psiquiátrico. **(Figura 19)**



Figura 19. Francisco Rísquez. Fuente: <http://encontrarte.aporrea.org/efemerides/e2356.html> . 4 de junio de 2012, hora: 11:00am

Todas estas organizaciones se mantuvieron en funcionamiento por muy corto tiempo. En 1942 se formó la Comisión Asesora Psiquiátrica del MSAS (1942-1945)¹⁶⁷, que funcionó hasta 1945 y que se planteó como objetivos la elaboración del anteproyecto de la colonia psiquiátrica que auxiliaría el Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas por los arquitectos Amós y Fernando Salvador; establecer las normas de funcionamiento de la colonia; estudiar la futura organización del Hospital Psiquiátrico de Caracas.

El primer Plan para la higiene mental se formuló con el Plan de Asistencia Psiquiátrica en Venezuela, durante la gestión como ministro de Sanidad y Asistencia Social de Félix Lairret entre 1941 y 1945. El doctor José Ortega Duran (1905-1965) se encargó de su elaboración en 1942, mientras fungió de director del Servicio de Higiene Escolar del MSAS. El doctor Ortega, español, quien llegó a Venezuela en 1939 con experiencia científica, asistencial

¹⁶⁷ La Comisión estaba integrada por los médicos psiquiatras José Ortega Durán, Presidente; Raúl Ramos Calles, Secretario; Doctor Ricardo Álvarez, Arquitecto Fernando Salvador (MSAS) y el ingeniero Guillermo Herrera Umérez (MOP), Vocales.

y académica, graduado de médico en la Universidad de Madrid (1929), se especializó en psiquiatría en la Universidad de Barcelona. Ocupó cargos de significativa importancia en esa ciudad como Jefe del Servicio de Psiquiatría del Instituto Psicotécnico, Director de la Clínica Santa Coloma. La amplia trayectoria de Ortega Durán en la psiquiatría lo hace una personalidad importante en la formación del Plan Psiquiátrico en Venezuela. **(Figuras 20 y 21)**



Figura 20. Félix Lairé. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo. (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela.*, p. 429.



Figura 21. José Ortega Durán. **Fuente:** TÉLLEZ CARRASCO, Pedro J. (2005). *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*, p. 48.

Al cese de las actividades de la Comisión Asesora Psiquiátrica del MSAS, se creó la División de Higiene Mental (1946), dirigida por el doctor Ortega Durán. Los objetivos fundamentales de la División estaban claramente definidos: “creación de centros de profilaxia, docencia e higiene mental y la organización de una asistencia psiquiátrica precoz, eficiente y completa”¹⁶⁸.

¹⁶⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 286.

La organización constaba de cuatro secciones definidas como Profilaxia, Asistencia, Servicio Social y Docencia.

Desde la puesta en funcionamiento de la División se solventaron las carencias de instituciones psiquiátricas en el país, así como se preparó el personal en el área psiquiátrica para su puesta en funcionamiento; se nombró una Comisión Asesora de la División desde noviembre de 1946¹⁶⁹. En la primera sesión de esta Comisión se decidió la construcción rápida de pabellones para enfermos tranquilos en la Colonia Psiquiátrica de Carabobo y los Servicios Generales con el fin de trasladar pacientes crónicos de Caracas y Anare; se creó un Dispensario de Higiene Mental y Psiquiátrica en Caracas.

La División planificó la asistencia psiquiátrica y la programación de la mayor parte de sus instituciones, lo fundamental fue ofrecer asistencia rápida, completa, y, fomentar el intercambio con instituciones en América y Europa respetando las condiciones venezolanas “huyendo en todo momento de la implantación rígida de planes universales, por más que su eficacia hubiera empezado a comprobarse en otros países”¹⁷⁰.

El tratamiento por parte del Estado de la salud mental, fue reforzado constantemente con el envío de delegaciones de médicos venezolanos a congresos, con la incorporación de los mismos en asociaciones integradas por Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México, Puerto Rico y Uruguay, por lo tanto Venezuela estuvo continuamente en la vanguardia de las especialidades médicas¹⁷¹. De igual manera, médicos venezolanos fueron becados para es-

¹⁶⁹ Esta Comisión estaba integrada por el Director de la División de Higiene Mental como Presidente, un médico asistente como Secretario designado por el Presidente y cuatro psiquiatras asesores. El doctor Miguel Zúñiga Cisneros fue el Director de la División y como médicos asesores estaban José Ortega Durán, Hernán Quijada, Cristóbal Maciá y Ricardo Álvarez.

¹⁷⁰ ALONSO, Alberto Mateo (1974). *Evolución de la higiene mental en Venezuela*, p. 24.

¹⁷¹ Entre los eventos internacionales se encuentran: II Asamblea de la Federación Mundial para la Salud Mental (1949); I Congreso Internacional de Psiquiatría (Paris,

pecializarse en psiquiatría, los estudios se realizaron en Estados Unidos, Cuba, Argentina, España, Inglaterra, Francia y Alemania. Entre estos podemos mencionar al doctor Eduardo Quintero Muro, quien desarrollo el Seminario de Desarrollo e Higiene Mental Infantil en Londres en 1952.

La División de Higiene Mental propuso el Plan Nacional de Profilaxis y Asistencia Psiquiátrica en 1946 que sustituyó el Plan de Asistencia Psiquiátrica en Venezuela. La reformulación contempló reconocer la agravante condición en la que se desarrolló el individuo en la primera mitad del siglo XX, lo cual implicó que los servicios de higiene mental fueran incluidos como parte de la salud pública nacional, con la participación de higienistas y psiquiatras. Los problemas sociales surgidos a partir de conductas consideradas irregulares por las doctrinas psicológicas y psiquiátricas fueron asuntos directos del Estado moderno. El origen de estas conductas se atribuyó a las condiciones de las grandes ciudades, “a la ausencia de progreso ético, al ingente desarrollo industrial, a la tecnificación, al intervencionismo del Estado, a la depreciación de los valores espirituales, a la mercantilización de la vida y al alto tributo exigido a las libertades humanas.”¹⁷²

El impacto que produjeron en el hombre del siglo XX las transformaciones por la modernización, influyó en la desviación del comportamiento con relación a lo considerado normal. Es así como la División de Higiene Mental se ocupó de planificar un sistema, incluido en la red sanitaria a nivel nacional, que facilitara la aplicación de tratamientos especiales para la alteración de la conducta.

Entre las acciones tomadas estaba la contabilización por parte de la División de Higiene Mental en el año 1947 del número de camas, el cual era inferior al requerido en instituciones psiquiátricas; a finales de los años cua-

1950); IV Congreso Internacional de Salud Mental (México, 1951). ALONSO, Alberto Mateo. (1974). *Evolución de la higiene mental en Venezuela*, p. 34.

¹⁷² ALONSO, Mateo. “Higiene Mental y Salud Pública”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. XX, enero-abril 1955, Nos. 1 y 2, p. 19.

renta se disponían de 1.689 camas y el número necesario era de 9.600 para enfermos mentales, es por ello que entre los objetivos de la División estaba:

estudiar la creación de nuevos servicios, a programar la puesta en ejecución de la organización psiquiátrica planeada para el país, y a reorganizar y dotar al Hospital Municipal Psiquiátrico, que fue traspasado de la Beneficencia Pública del Distrito Federal al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el mes de febrero del pasado año 1947.¹⁷³

En el transcurso de los años cincuenta la evolución en los tratamientos farmacológicos en la psiquiatría, fueron comprobados mediante la incorporación de los pacientes al núcleo familiar y mediante asistencia extrahospitalaria. Esta nueva modalidad fue atendida con planes y campañas sobre las bondades del ambiente familiar y social para el enfermo. Los tratamientos farmacológicos fueron definidos como psiquiatría biológica y entre ésta y la psiquiatría institucional se estableció una relación que considerarse en los proyectos de los edificios para la atención de pacientes medicados, los cuales presentaban un cuadro de sedación que debió tener una respuesta arquitectónica en cualquiera de las tres clases de instituciones mencionadas.

La División de Higiene Mental coordinó sus programas y planes con otras instancias del Estado. Los Ministerios de Justicia, de Educación, del Trabajo, de Agricultura y Cría y el Consejo Venezolano del Niño; el objetivo de tal integración fue superar las dificultades que los individuos mostraban como nocivas para la salud mental colectiva. Y continuó las estrechas relaciones con el MOP a través de la Comisión Interministerial MOP-MSAS para la planificación de nuevas instituciones.

La cuantificación y condiciones de los centros asistenciales para enfermos mentales en Venezuela fueron evaluadas por la Comisión de Higiene Mental, fue así como la División de Higiene Mental dedicó su gestión a la programación y organización de nuevos servicios, y, dotar y reorganizar el

¹⁷³ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1948). *Memoria y Cuenta*. Tomo I, p. 528.

Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas. En 1952 se aplicó un plan que incorporó 700 camas con la construcción de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula, los pabellones del Psiquiátrico de Caracas y de la Clínica de Urgencias Mentales de Barquisimeto.

Entre 1950 y 1955 fueron aplicados los programas profiláctico y asistencial. El primero de ellos, con la apertura de actividades Psicohigiene, Psicoterapia y Trabajo Social de Grupo; el segundo, con el inicio de Laborterapias y la creación de brigadas artesanales, las cuales se encargarían de trabajos de carpintería, albañilería, pintura, reforestación y jardinería. Se propuso la preparación de terrenos para el cultivo, la construcción de vaquerías, gallineros y porquerizas a través de la colaboración del Ministerio de Agricultura y Cría y de las necesidades y requerimientos administrativos para la proyección y construcción de los psiquiátricos. Esto supone que los programas médicos no fueron un asunto aislado de los programas arquitectónicos, en tanto la aplicación de los tratamientos requería de lugares especiales para ellos. Al compás de estas actividades se encontraba la docente, la cual debió estar coordinada con “la construcción de nuevos establecimientos y la puntual dotación de los mismos; ya que, de no ser así, el personal preparado no encontrará utilización oportuna en los nuevos servicios.”¹⁷⁴

El resultado positivo de estos programas y el incremento de camas en los principales hospitales y colonias psiquiátrica fueron unas de las razones por las que fueron clausurados algunos de los viejos centros asistenciales para enfermos mentales¹⁷⁵; el cambio de tratamientos represivos, inhumanos (reseñados anteriormente) fueron sustituidos por estos modernos programas

¹⁷⁴ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 291.

¹⁷⁵ “En el lapso de la cuenta se han abierto nuevos servicios en las Instituciones ya existentes, los cuales aumentan en 240 el número de camas disponibles (...) El aumento de camas ha permitido la clausura del Asilo de Enajenados de Duaca, que constituía evidentemente una situación de franco desacuerdo con el progreso logrado por la asistencia psiquiátrica del país. VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 287.

que junto con los nuevos tratamientos farmacológicos ofrecieron mejores condiciones para los pacientes con trastornos mentales.

Hasta aquí hemos reflexionado sobre la modernización, la institucionalización, lo que puede denominarse como conceptos en el tiempo, ahora veamos los edificios y cómo se construyó una imagen a partir de la relación entre ellos.

II. Equipamientos colectivos para el aislamiento

La construcción de las edificaciones hospitalarias especiales enuncia una condición más allá de lo visible, no son simples objetos dispuestos para sanar, detrás del concepto que las identifica hay algo que las descubre por encima de lo material, en estos objetos la inmaterialidad se muestra en el origen del uso de este tipo de espacios,

según Foucault, la función crítica de una experiencia de pensamiento que consiste en burlarse de las formas convencionales de esta representación, y hacer trabajar, los unos con los otros las palabras y las cosas hasta que aparezca, bajo ellos, entre ellos, el no lugar que vuelve caduca e incierta toda nominación de lo visible¹⁷⁶

Así, detrás de la proyección de estos edificios especiales, se cuecen la homogenización de los valores sociales del hombre sano con la segregación del hombre enfermo, ambos debieron tener un *lugar común*; sin embargo, lo común se muestra con serias diferencias que lo hacen contradictorio. Si bien es cierto, que la gran ciudad debió albergar ambos lugares, el lugar para la sanación se planteó como una pequeña ciudad en la gran ciudad, él por sí solo se expresó como una utopía, más no así como parte de la gran ciudad.

Por lo tanto, la proyección y construcción de hospitales para el aislamiento se trazó como un desafío, que no sólo copó los ámbitos científicos, sino el urbano que evolucionó de la consideración de un lugar común a la propuesta del “lugar sin lugar” o heterotopía.

La construcción de equipamientos colectivos para el aislamiento tiene sus antecedentes en las primeras instalaciones para atender a los enfermos especiales, veremos estos edificios de manera global y, posteriormente, los utilizados en Venezuela, hasta conocer las formas que adoptó la arquitectura de los hospitales especiales en la modernización del país, sus característi-

¹⁷⁶ SABOT, Philippe. “Los juegos del espacio y del lenguaje”, en: *Aisthesis*. (2006), p. 43.

cas, los arquitectos y edificios que adquirieron el carácter de “máquinas para curar”.

II.1. Del lugar común al “lugar sin lugar”

Los lugares para los enfermos evolucionaron en la medida de los avances en los tratamientos médicos, de las formas de organización en la sociedad acondicionadas a los procesos de formación de la gran ciudad; es por ello que los hospitales fueron organizados de diversas maneras a lo largo de su evolución arquitectónica. En el uso de edificios religiosos como lugares para la atención de enfermos hasta en la proyección particular de los edificios, a partir de lo cual se fueron estableciendo tipologías. Veamos las formas de organización adoptadas en los tres momentos del pasado referenciados en el capítulo anterior.

II.1.1. La casa, el recinto religioso y la creación de tipologías

Los lugares para la atención de los enfermos fueron evolucionando al ritmo de los tratamientos. El enfermo debió permanecer en un ambiente diferente al del hombre sano. Los primeros edificios conocidos fueron llamados asclepiones, descritos como “sanatorios de medicina sacerdotal, se ubicaban en sitios salubres al abrigo de los vientos, cerca de fuentes termales o de aguas puras, en ambientes agradables o con hermoso panorama (...) se llevaban registros descriptivos de las enfermedades, de los procedimientos terapéuticos y de sus resultados”¹⁷⁷.

Entre los primeros espacios asistenciales se encuentran los de curación de las enfermedades mentales. Las referencias mencionan a los sacer-

¹⁷⁷ ALEGRIA, C., *Historia de la Medicina en Venezuela*, p. 4.

dotes egipcios como “los primeros en ocuparse científicamente de la curación de las enfermedades del alma edificando, para la asistencia de los locos, suntuosos edificios con espaciosos jardines, magníficos baños rodeados de estatuas, de cuyos pedestales brotaban artísticas cascadas que cayendo dulcemente provocaban el sueño de su suave murmullo”¹⁷⁸.

Los romanos ensayaron un sistema de hospitales y su organización en el primer siglo de la Roma Imperial, la experiencia surgió por la ordenación de la estructura militar que utilizó los beneficios de la medicina articulados con el emplazamiento de los edificios. Durante el Cristianismo y la Edad Media se adquirió experiencia en la construcción de hospitales; generalmente, los de aislamiento para leprosos se ubicaron en las ciudades junto a las catedrales y se erigieron con el objetivo de preservar más a la población sana que por el interés de la sanación de los enfermos.

A partir de las funciones asumidas por la Iglesia en la asistencia de la salud se pueden reconocer los edificios que fungieron de hospitales. Los enfermos ocupaban los recintos religiosos (conventos, abadías, iglesias) se convirtieron en el lugar para el tratamiento y la curación. Un ejemplo de ello es el monasterio benedictino de Saint Gall, construido cerca del siglo VII, el cual fue adaptado para la hospitalización y la asistencia de enfermos. Otros, en Francia como el hospital Angers organizado en una iglesia cerca del siglo XII y el hospital Ourscamp en el siglo XIII. **(Figuras 22-24)**

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 61.

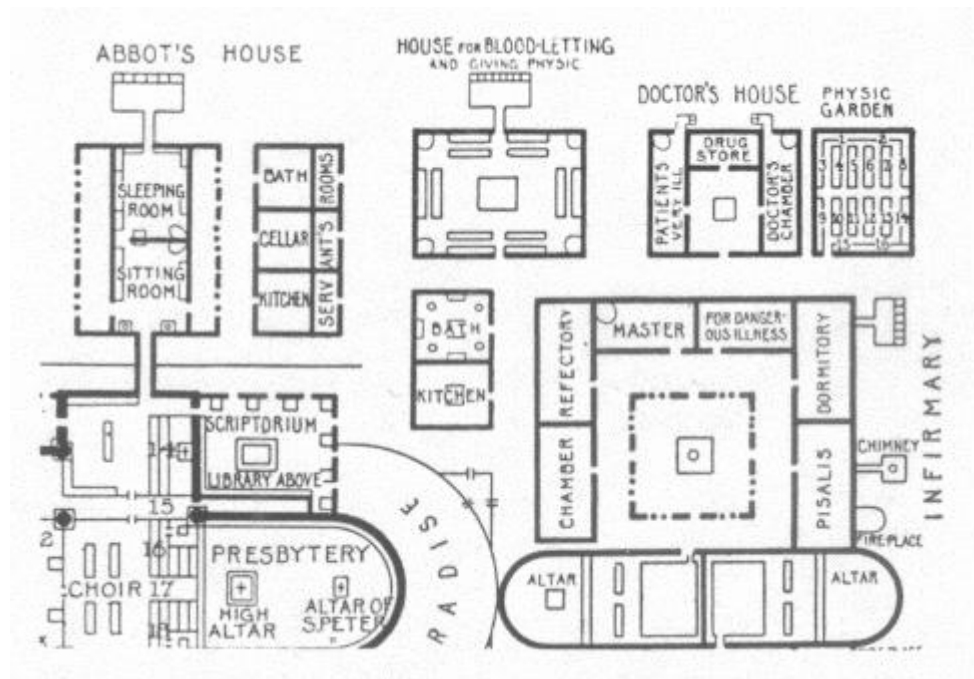


Figura 22. Plan Ideal para la abadía de Saint Gall. C. 820: detalles de la enfermería. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 140.

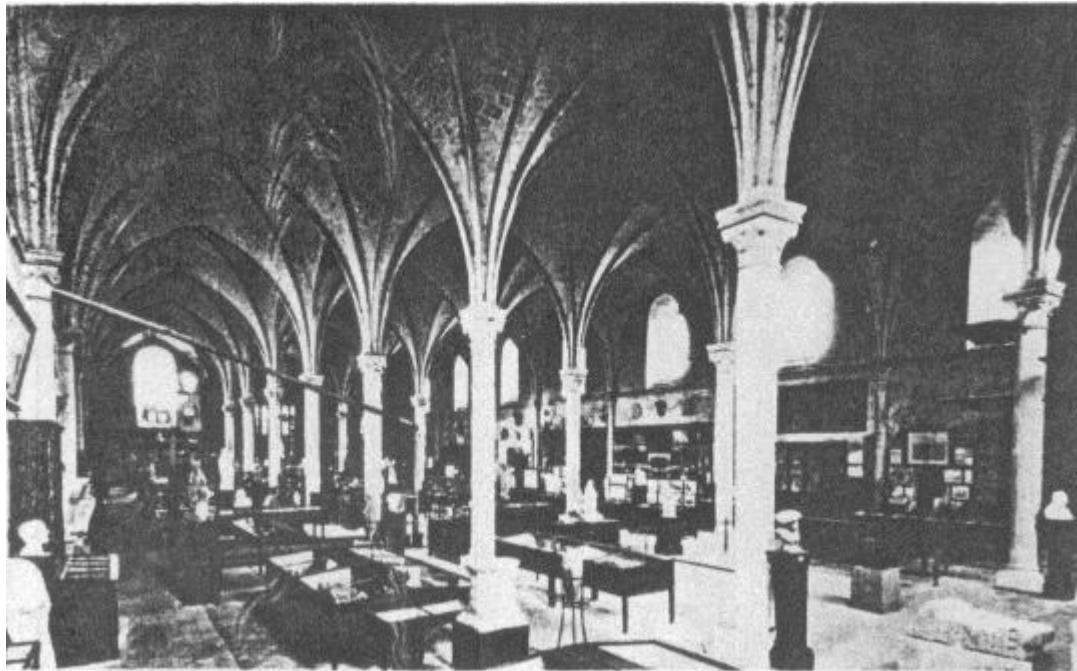


Figura 23. Hospital Angers, siglos XII. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 141.

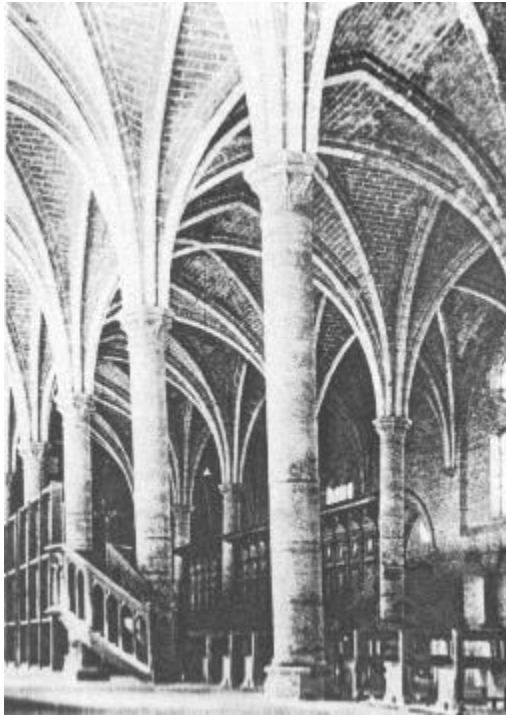


Figura 24. Ourscamp, siglo XIII
Fuente: PEVSNER, Nikolaus. (1979).
Historia de las tipologías arquitectónicas, p. 141.

La cultura árabe desde el siglo VIII instaló hospitales para locos y lazaretos para leprosos, ubicados fuera de la ciudad, en muchos casos dispuestos en forma de cortijo, lo que garantizaba el contacto directo con la naturaleza, criterio ya utilizado en la antigüedad.

Durante el siglo XVII, las condiciones de las instalaciones de los hospitales fueron estudiadas, por ejemplo, en Londres, por el doctor Richard Mead, quien se preguntó por las razones del contagio de las enfermedades, especialmente de la transmitida por la plaga que azotó la ciudad en 1666. Una de las razones fue la contaminación a partir de la calidad del aire, problema que podría ser resuelto mediante el control humano. Los primeros análisis científicos arrojaron que los pacientes ubicados en instalaciones militares improvisadas mejoraban más rápidamente que otros con fiebre escarlata y otras enfermedades en edificaciones ubicadas en las ciudades: los aloja-

mientos improvisados favorecían la circulación del aire y la exposición al calor del paciente cuando lo requería.¹⁷⁹

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 edificación resultó económico, eficiente, de fácil supervisión y ubicada en un ambiente sanitario favorable. Además, el emplazamiento de las unidades de hospitalización en forma de barracas podía ser repetido en tanto el terreno lo permitiera en cualquiera de sus direcciones. **(Figuras 25-27)**

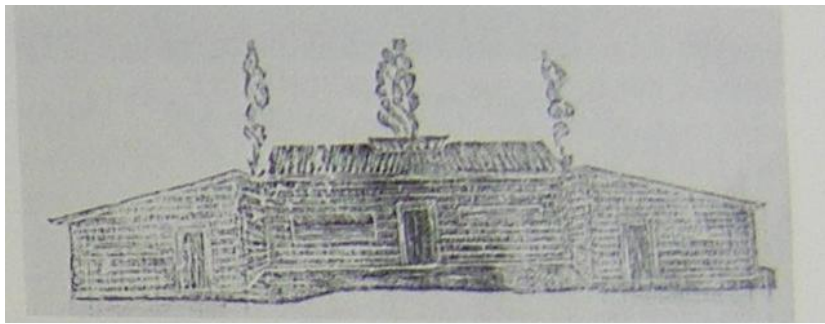


Figura 25. Fachada de la cabaña James Tiltons. India. 1779. **Fuente:** THOMPSON, John; GOLDIN, Grace. (1975). *The hospital: a social and architectural history*, p. 151.

¹⁷⁹ En el idioma original: “When the plague broke out in Marseilles it caused great anxiety in England, for the 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

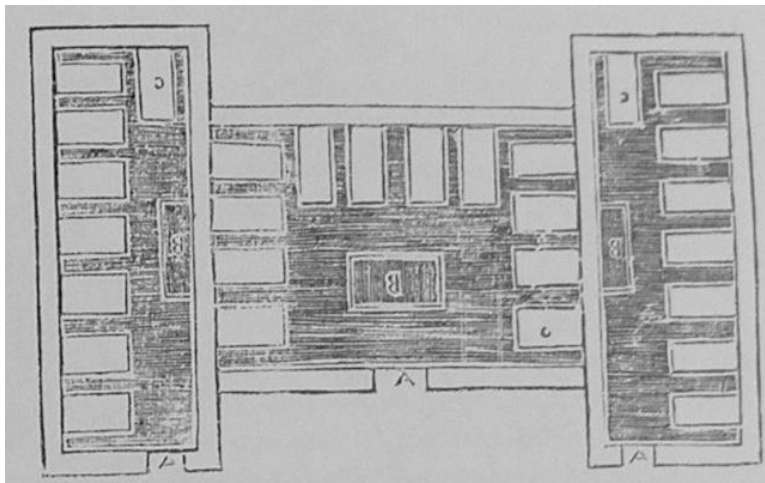


Figura 26. Planta de la cabaña James Tiltons. India. 1779. **Fuente:** THOMPSON, John; GOLDIN, Grace. (1975). *The hospital: a social and architectural history*, p. 151.

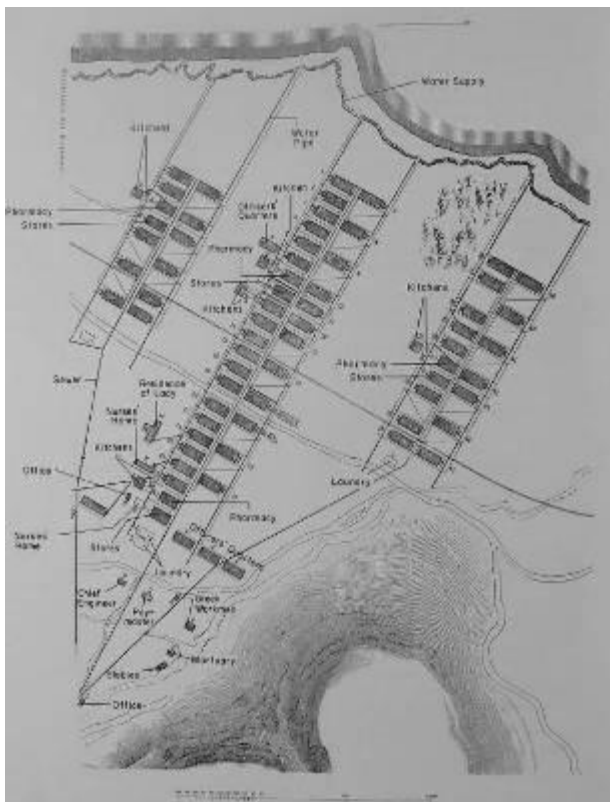


Figura 27. Barracas de British. Hospital de Renkioi. Turquía. 1885. **Fuente:** THOMPSON, John; GOLDIN, Grace. (1975). *The hospital: a social and architectural history*, p. 152.

Los edificios para la atención de la salud fueron clasificados de acuerdo a tipologías. Una de estas clasificaciones fue la realizada por Nikolaus Pevsner en el texto *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Allí, quedaron cla-

ramente expuestos los edificios cruciformes, como una forma de organización aceptada por la capacidad de disponer de un mayor número de camas y la flexibilidad para su organización. Su uso se extendió hasta el siglo XIX especialmente para los asilos; las bondades de este esquema estaban en la posibilidad de separar los hombres y las mujeres en salas dispuestas en torno a un espacio central, al tiempo que la disposición de dos crujiás de igual longitud en forma de cruz griega facilitaba el uso de patios, corredores y la ubicación de la capilla en el centro, así el oficio religioso estaba al alcance de los enfermos. **(Figura 28)**

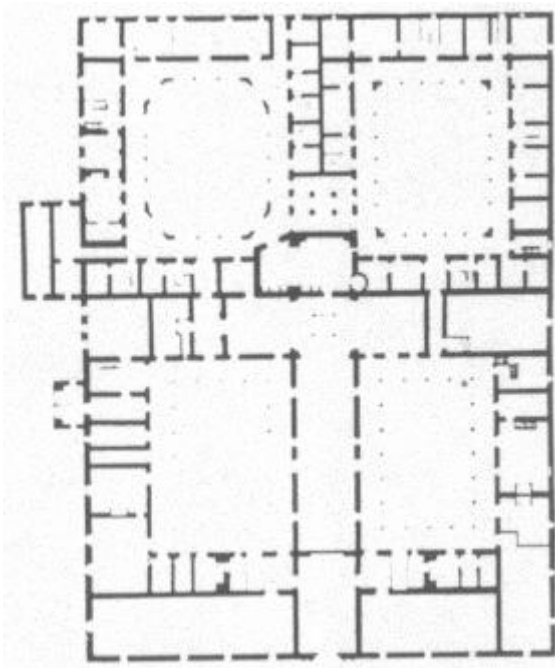


Figura 28. Planta del hospital Real, Santiago de Compostella, 1501-1511, Enrique Egas. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 144.

Los edificios radiales cuyo esquema reseñó Pevsner fueron ensayados por primera vez en el siglo XVII, por Antoine Desgodets con la intención de organizar el edificio a partir de un espacio central desde el cual en forma radial se disponían dieciséis salas. El centro cumplía la función de expulsar al exterior el aire utilizado por los enfermos. **(Figura 29)**

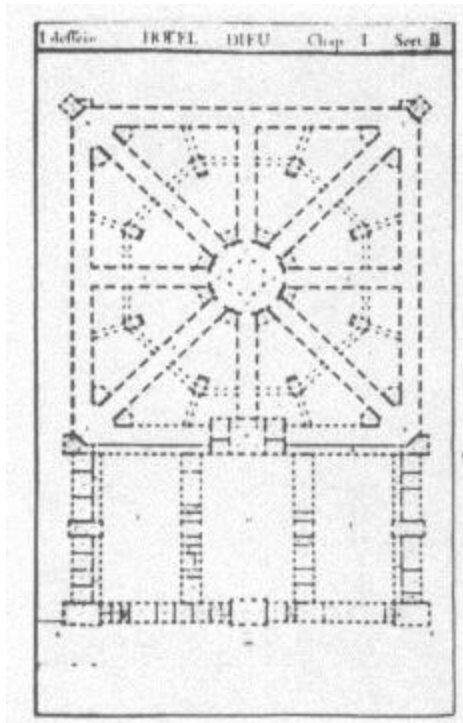


Figura 29. Proyecto para Hospital, finales del siglo XVII. Antoine Desgodets. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 146.

Otras formas de organización fueron las plantas basilicales y los palacianos. La primera siguiendo el esquema tradicional del Medioevo de organizar el edificio a partir de naves cuya dirección va hacia la capilla que se encuentra en el fondo. En las naves se disponen las camas alineadamente, a un lado de ellas un nicho con una lámpara y, al otro, una mesa de noche. La segunda, en forma cuadrada o rectangular con las habitaciones organizadas en torno a uno o dos patios y junto a ellos la iglesia.

Los hospitales proyectados siguiendo el esquema de pabellones fueron utilizados desde mediados del siglo XVIII, siguiendo el esquema ensayado por Christopher Wren desde principios de ese siglo en el hospital Naval de Stonehouse. Posteriormente el esquema fue aplicado por otros arquitectos como John Howard y Jean-Nicolas-Louis Durand, el primero en sus lazaretos, y, el segundo, en la *Recopilación y analogía de todo tipo de edificios antiguos y modernos*. **(Figura 30)**

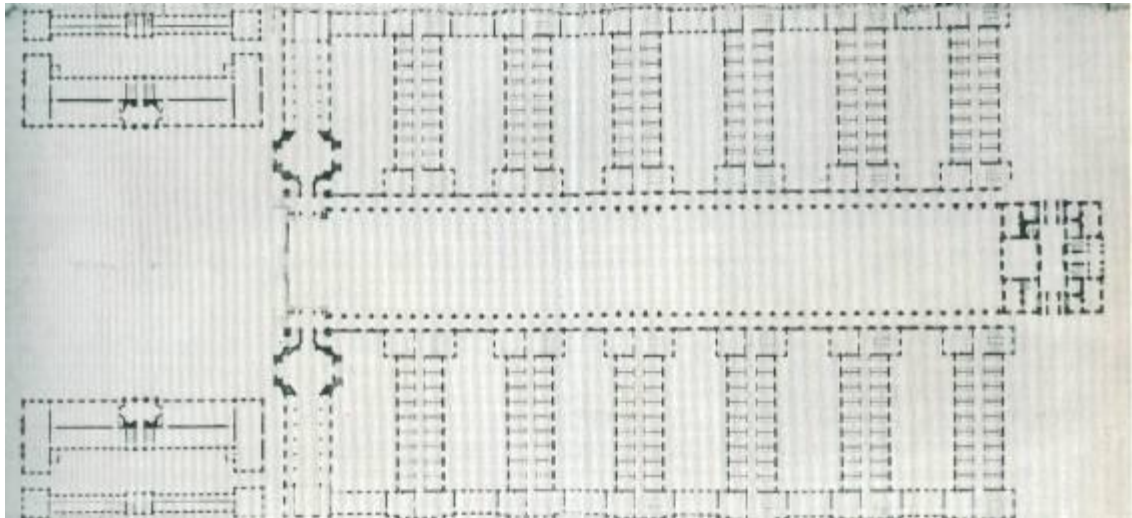


Figura 30. Proyecto no llevado a cabo basado en el principio de pabellones, para el Real Hospital Naval, anterior a 1702, Greenwich de Sir Christopher Wren. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 147.

La Academia de Ciencias en París (1666) actuó como cuerpo disciplinario y programó las actividades de uno de los primeros hospitales modernos en 1772, el Hotel Dieu; con capacidad de 1.000 camas individuales y 600 grandes, para atender una población de 5.000 pacientes, ubicado cerca de las catedrales y en el centro de la ciudad de París, lo que garantizó los cortos desplazamientos desde cualquier punto de ella. La propuesta del Hotel Dieu fue referente en el siglo XIX para proyectar el hospital Lariboisière.

II.2.2. El hospital

Durante los siglos XVIII y XIX el hospital adquirió otra connotación como elemento construido para la aplicación de reglas y controles. Un recinto cerrado en el cual se impidió que las enfermedades, en especial las contagiosas, continuaran haciendo estragos en la población, adquirió una función terapéutica que si bien fue vista, inicialmente, como contaminante para la ciudad, para el Estado fue un dispositivo cuyas aportaciones desde la perspec-

tiva económica fueron determinantes para la disminución de la pobreza, de los efectos de contagio y el aumento de población.

Los hospitales debieron responder estratégicamente a un sistema que facilitara la purificación del espacio, lo cual se lograría a partir del mejoramiento en la circulación del aire como fórmula para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, es así como surgieron las primeras “formas arquitectónicas para evacuar las enfermedades. Pero también se busca que la sin razón quede totalmente encerrada allí: el principio básico en el siglo XVIII es que el loco debe estar encerrado”.¹⁸⁰

El encierro fue una forma de exclusión, justificado teóricamente en el caso de la enajenación mental por ser el “loco” un peligro para los “incluidos” o clínicamente sanos. Por lo tanto el encierro fue una de las medidas especiales que incidió en la respuesta arquitectónica hospitalaria, la cual fue evolucionando hasta llegar a la propuesta del encierro en colonias psiquiátricas y leproserías.

Las características de los edificios a finales del siglo XVIII respondieron a la idea de que los espacios podían incidir en la cura de los pacientes, independientemente de las terapias o los tratamientos suministrados. Es por ello que fue común recurrir al uso de pabellones en las nuevas edificaciones por la disposición de espacios abiertos entre ellos que facilitaba la circulación del aire, la entrada de sol y el contacto directo con la naturaleza circundante.

Entre los edificios más emblemáticos en la historia de la arquitectura asistencial del siglo XIX se encuentra el hospital Lariboisière de París (1839-1854). Su organización tiene antecedentes en el mencionado Hotel Dieu. En el Lariboisière, con una capacidad de 905 camas, el arquitecto M. P, Gauthier aceptó el uso de pabellones como elementos organizadores del edificio; cada uno con capacidad de 32 camas, dispuestos alineadamente en torno a

¹⁸⁰ AMUCHÁSTEGUI, R.H., *Michel Foucault y la visoespacialidad. Análisis y derivaciones*, p. 55.

dos de las cuatro caras de un patio central y entre ellos sendos patios que facilitan la ventilación de cada uno. En una de las otras caras del patio se encuentra la administración, y, en la restante la capilla y otras habitaciones. (Figura 31)

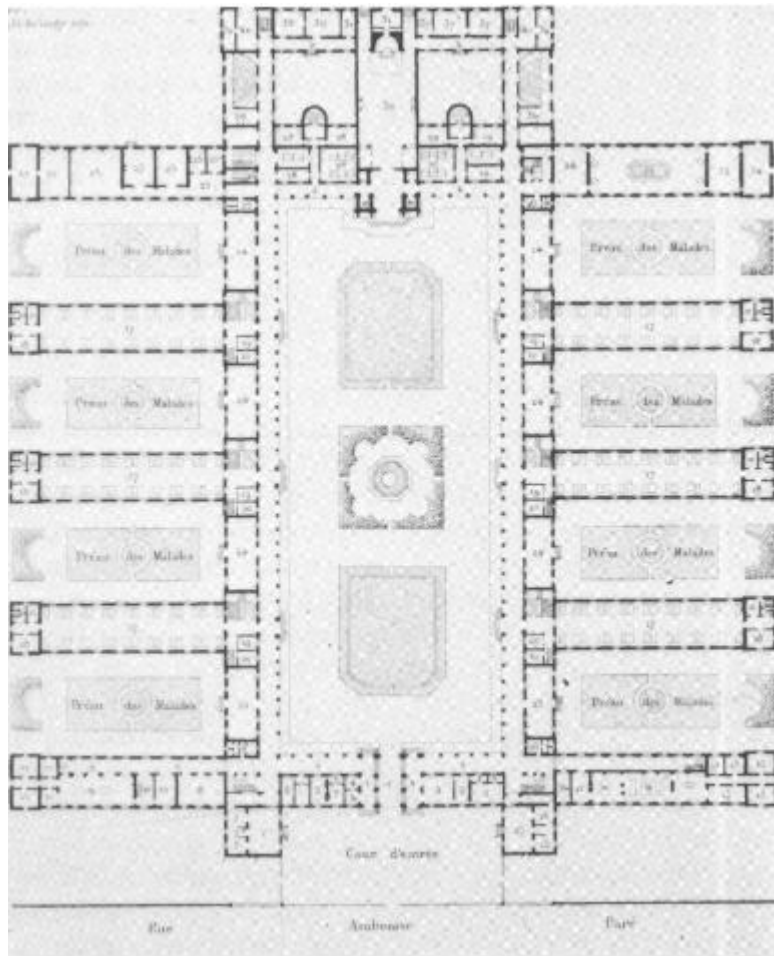


Figura 31. Paris, Hospital Lariboisière, 1839-1854, M-P. Gauthier. **Fuente:** PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*, p. 155.

II.2.3. Los edificios para el aislamiento. Arquitectos y arquitectura

Los avances de la medicina y su relación con la sanación de enfermedades especiales en la modernización fue determinante en la consolidación de la arquitectura de los edificios para el aislamiento. Fue un propósito internacional, que ocupó las diversas instituciones asistenciales en Latinoamérica,

ya no es un asunto de la sola incumbencia de cada país en particular sino de solidaridad continental (...) en acción solidaria entre pueblos y gobierno, bajo un plan científico respaldado eficazmente con todos los recursos económicos exigibles, se continúa trabajando por la salud de los pueblos americanos. En este aspecto del desarrollo sanitario continental, se nota una gran actividad en la que demuestran sumo interés los distintos gobiernos¹⁸¹

Por lo tanto, la exclusión y el aislamiento ya no se produce en el viejo hospital de imagen desagradable, éste desapareció: “ne fut jamais qu’un point de fuite utopique”¹⁸². La transformación se produjo cuando se construyó un sistema hospitalario que incluyó personal médico y actividades inherentes al control administrativo de la población. Fue así como el edificio asistencial se fue adecuando a los cambios urbanos propios de la gran ciudad.

Los criterios de aislamiento, vigilancia y segregación correspondían con lo que Michel Foucault caracterizó desde la Edad Media como “sistemas disciplinarios aislados” los cuales funcionaron como “tácticas” a partir de las concentraciones demográficas y la formación de un sistema capitalista demandante de mano de obra trabajadora.

¹⁸¹ “Por la salud de los pueblos americanos”. *El Centinela*. Editorial. San Cristóbal, martes 28 de enero de 1947, p. 1.

¹⁸² “no fue más que un utópico punto de fuga”, en: FOUCAULT, Michel. (1976). “La politique de la sante u XVIII^e siecle”. En: *Les Machine à guerir (aux origines de l,, hôspital moderne)*, p. 15. Traducción Ana E. Fato O.

Fueron estas las razones que justificaron proyectar y construir edificios especiales para cada dolencia, en los cuales el criterio que privó fue el aislamiento de acuerdo al nivel de la enfermedad, al tiempo que se facilitó el entrenamiento “en las técnicas de manejo del contagio”¹⁸³ de la tuberculosis y la lepra, y, de la peligrosidad de las enfermedades mentales.

En estos edificios se aplicaron algunos esquemas para su organización y ubicación con relación a la ciudad, debieron estar emplazados en lugares alejados, asumiendo que sus ocupantes son un peligro para ella. Los métodos para de curación “consistían, principalmente, en ayudar a la naturaleza a vencer la enfermedad. La elección del clima se consideraba de importancia fundamental. Los recursos principales eran, por lo tanto, estructuras simples (...) ubicadas por regla general en la costa o las montañas, pero en cualquier caso decididamente fuera de la ciudad”¹⁸⁴, pero al mismo tiempo debió contar con los servicios públicos de transporte, luz, agua, y, otros que aprovecharon al máximo la iluminación natural en toda el área de hospitalización, con los cuales se garantizó la circulación del aire.

Los espacios exteriores organizaron los conjuntos urbanos asistenciales a partir de la disposición de áreas libres para actividades de jardinería, agricultura o construcción e incluso para actividades deportivas. Las terapias modernas en hospitales bien organizados convertían a los enfermos en mano de obra productiva para la agricultura, en los servicios auxiliares como las lavanderías o en la cocina; generalmente, las áreas de trabajo eran pequeñas y controladas de acuerdo al personal disponible.

Un lugar común para todos los hospitales especiales fue el patio, en cualquiera de sus versiones: abierto y cerrado. Aquí recordamos lo que Foucault denominó como heterotopías. El patio forma parte de la utopía, se convierte en el lugar más próximo al lugar del cual fueron excluidos y aislados

¹⁸³ ROSENFELD, Isadore. (1965). *Hospitales. Diseño Integral*, p. 229.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 231.

los pacientes. Se usó en representación del “centro del mundo” (...) el “patio central” es la plaza” (...) En el patio interior se “forma”, se desfila, se realizan todos los rituales de la utopía paranoide”¹⁸⁵. Los patios permiten el contacto con la naturaleza, la exposición a la intemperie y la delimitación que de él se hace con corredores, habitaciones, talleres y otros lo hacen el “centro del mundo” del enfermo.

En el caso de los edificios para el aislamiento, con la arquitectura se debió construir una imagen particular al paciente por el largo tiempo de internación y al resto de la sociedad. El lugar debió mostrar la calidez de un “transitorio” hogar para el enfermo, así como también debió atender la medicina institucional. Tanto las leproserías, los antituberculosos y las colonias psiquiátricas “tienen un fin concreto que su arquitectura debe reflejar, sin dejar por ello de ofrecer al enfermo los atractivos y comodidades de un medio semifamiliar”¹⁸⁶. Además el hospital especial “deja de ser un espacio social para convertirse en un espacio económico. Ya no se trata de encerrar a los desocupados sino de reparar la fuerza de trabajo”¹⁸⁷ y por ello se incluyen espacios para ello, deliberadamente, en los esquemas urbanos modernos.

De tal manera que el arquitecto y el ingeniero proyectistas debieron además de conocer el contexto cercano del lugar, de emplazamiento, de la movilidad de sus habitantes, tener información de los tratamientos y de los avances terapéuticos para cada dolencia.

La condición de enfermedades especiales determinaba la disposición y la organización de los espacios, en tanto las terapias recomendaban la búsqueda de la distracción, la separación del enfermo del núcleo familiar para evitar el contagio y la pena que produce, por ejemplo, distanciar al enfer-

¹⁸⁵ AGUIRRE B. A; RODRIGUEZ C. A. (1995). *Patios abiertos y patios cerrados. Psicología de las instituciones*, p, 21.

¹⁸⁶ BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P. (1963). *Servicios psiquiátricos y arquitectura*, p. 45.

¹⁸⁷ LION MURARD, F. F., *Op. cit.*, p. 109.

mo mental del contexto en donde se dio origen a la enfermedad. Así, el hospital como conjunto edificado adquirió valor terapéutico y cabe interpretarlo según lo que Michel Foucault ha señalado reiteradamente:

en esencia, es una cosa: lo que cura en el hospital es el hospital mismo. Vale decir que 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, todo eso, tiene de por sí valor terapéutico¹⁸⁸

La arquitectura de los edificios para el aislamiento fue un instrumento terapéutico de la medicina, el enfermo una vez identificado, fue sometido y encerrado con el fin de “normalizarlo”, el lugar para hacerlo fue “nuevo, fabricado, acotado. Un medio que represente la razón que ha sido perdida por ese individuo, un medio que reconstruya de una manera casi ideal las condiciones de orden y disciplina.”¹⁸⁹

El edificio como centro de tratamiento transitorio “debió hacerse como es lógico en función de su destino”¹⁹⁰. Los espacios debieron paulatinamente inducir al paciente a la adaptación y la integración al medio ambiente del cual fue excluido por mostrar formas “primitivas” de comportamiento o por ser desagradable visualmente o por ser contagioso, todo esto a través de la re-educación del enfermo.

En el caso de los centros hospitalarios psiquiátricos mantuvieron esquemas sustentados en los preceptos médicos internacionales para la atención de enfermedades mentales. Recordemos la evolución de este tipo de edificaciones, en primer lugar la definición de “manicomio” fue utilizada por Esquirol como un:

espacio de aislamiento (...) como un lugar terapéutico al separar al enajenado del medio ambiente, del contexto moralmente perturbador [es el

¹⁸⁸ FOUCAULT, M., *El poder psiquiátrico*, p. 124.

¹⁸⁹ CUENCA, Marcelo; POBERAJ, Cristina; SAUA, Teresa. *Los espacios de la locura en Buenos Aires. Op. cit.*, p 55.

¹⁹⁰ BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P., *Op. cit.*, p. 9.

lugar] donde se puede restaurar el orden moral perdido por el paciente gracias a una ordenación rigurosa de las costumbres de los internos con la pretensión de hallar una uniformación moral¹⁹¹

Posteriormente, esta definición evolucionó a la par de los tratamientos, “en consecuencia, el hospital psiquiátrico ha de considerarse como un centro de tratamiento transitorio (...) Su función será la de enseñar de nuevo al enfermo, en la atmósfera de una continuidad terapéutica, el modo de resistir las tensiones que son propias de la vida colectiva normal”¹⁹²

Del edificio aislado de residencia permanente se pasó al lugar pedagógico ocupado por el paciente para recuperarse de la dolencia producida por la vida moderna y poder reintegrarse a la sociedad. Las condiciones del hospital psiquiátrico moderno fueron establecidas en la medida que los avances farmacológicos dieron resultados positivos¹⁹³, además no puede desligarse

¹⁹¹ AGUIRRE B. A; RODRIGUEZ C. A., *Op. cit.*, p. 57.

¹⁹² BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P., *Op. cit.*, p. 12.

¹⁹³ Con relación a los avances farmacológicos el Doctor Oscar Pellegrini, Coordinador de abordaje territorial de problemáticas subjetivo sociales, del Ministerio de la Salud Provincial, en la Provincia de Santa Fe, Argentina, en entrevista realizada el 6-5-2009 indicó lo siguiente: “A partir de los años 50, cambian los modos de abordajes de la problemática del sufrimiento subjetivo y los paradigmas del encierro y los conceptos de alienación como situación definitiva respecto a las problemáticas graves se modifican. El impacto más importante lo tiene la síntesis de los fármacos. Una crisis maníaca que podía durar 3 o 4 meses, en pacientes que mostraban síntomas las 24 horas del día, con un despliegue de atención importante, pudo solventarse a partir de la aplicación de tratamientos con fármacos sedativos sobre el sistema nervioso central. El tiempo se redujo en una semana, los fármacos permiten mejorar la atención del paciente. De allí que el abordaje se resolvió con el planteo de la internación por menos tiempo. El abordaje comunitario y territorial, antes de esta propuesta, los pacientes se internaba para mantenerlos aislados, había una ruptura del vínculo tanto social como familiar del enfermo. Luego la incorporación a la sociedad del paciente era un trabajo más costoso: para el punto de vista simbólico del paciente y de la comunidad. La idea era aislarlos, la medida en que no volviera a la razón de quedaban viviendo en el centro. Era costoso mantenerlos en tanto los centros asistenciales, estaban alejados de la ciudad y cerca del campo, antes de los fármacos se pensaba que la vida del campo, los espacios abiertos provocaban un efecto más tranquilizador. La vida rural tiene un ritmo menos complejo en la dinámica que la vida urbana. Se seguía la receta de la “montaña mágica”. La idea era aislarlos y en la medida en que no volvieran a la razón, se quedaban a vivir en el centro; los proyectos de colonias psiquiátricas eras proyectos de ciudades, ciudades

esta nueva organización a las referidas prácticas curativas utilizadas por Pin-nel y Tuke, las cuales parecen confluir en la disposición de los manicomios y colonias psiquiátricas de mediados del siglo XX.

Los cambios en la organización y los esquemas de asistencia médica psiquiátrica más significativos se produjeron después de 1945, finalizada la Segunda Guerra Mundial: del edificio cerrado, macizo, con imagen de prisión más que de sanatorio u hospital, negando al paciente algún contacto con el exterior e incluso con otros pacientes, se pasó al conjunto urbano abierto, formado por diversos edificios ubicados particularmente de acuerdo a las funciones y necesidades terapéuticas.

En el caso de los enfermos mentales agitados y tranquilos, el lugar de internación se construyó a partir del concepto de “comunidad terapéutica”¹⁹⁴, a través del cual se rehabilitó al enfermo para reintegrarlo a las actividades normales de la sociedad. Así fue como los planteamientos arquitectónicos estuvieron dispuestos por espacios diferenciados para cada tipo de enfermedad, lugares de talleres protegidos, colonias de trabajo de producción para el autosostenimiento, entre otros servicios.

Utilizar el recinto hospitalario como una colonia agrícola para enfermos mentales y leprosos fue una respuesta a la clasificación de los niveles de la enfermedad; en el caso de los pacientes crónicos se utilizaron espacios más complejos como talleres protegidos, áreas para la siembra como lugares especiales para el trabajo. Estos enfermos en condición más vulnerable frente

de locos, tienen un diseño urbanístico como si fueran una ciudad, con calles. Finalmente, cambiaron las concepciones de las instituciones médicas, no solo las psiquiátricas. Se redujo la situación de internación. La creación de medicamentos evita los largos períodos de internación. Sólo se ameritan en condiciones críticas. Las estructuras hospitalarias tienden a evitarse porque generan una serie de gérmenes infecciosos que puedan evitarse mientras el edificio sea más pequeño.”

¹⁹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SERIE INFORMES TÉCNICOS No. 223. (1961). *Preparación de Programas de Higiene Mental*, p. 23.

a las tensiones de la vida colectiva debieron permanecer en estos hospitales especiales realizando algún oficio dentro de él.

Ahora bien, los arquitectos e ingenieros en el diseño de estos edificios emplearon el lenguaje de la arquitectura moderna en su versión internacional, tratando de conciliarlo muchas veces, salvo algunas excepciones, con las simplificaciones del lenguaje clasicista aplicadas en diversas partes del mundo por conceder cierta monumentalidad a las edificaciones públicas. Fue así, porque se intentaba responder a las acusaciones de que la arquitectura moderna en sus edificaciones carecía de interés estético, particularmente carecía de connotaciones trascendentes y referentes históricos, y una de las vías que tomaron los arquitectos en Francia, Italia, etc., fue el de encontrar un anclaje de la arquitectura moderna en la historia, un referente histórico que le diera continuidad con el pasado y la tradición, algo que los alemanes habían querido cortar y por lo que siempre se opusieron.

El interés por los arquitectos latinoamericanos y europeos puede atribuirse a los planteamientos internacionales de las diferentes ediciones de los CIAM, que aglutinó y difundió internacionalmente el llamado “Movimiento Moderno” y que en América Latina se conoció como Estilo Internacional.¹⁹⁵

¹⁹⁵ La adopción del “Estilo Internacional” en América Latina como “Movimiento Moderno” tuvo su origen en Nueva York; la exposición que Henry-Russell Hitchcock y Philip Johnson organizaron en 1932 en el Museo de Arte Moderno le otorgó unidad a la arquitectura producida en una época: “esta época estaba creando un nuevo tipo de arquitectura que no era un “estilo”, porque nacía de la observación científica de las condiciones económicas, tecnológicas y programáticas de cada proyecto”. El objetivo fue mostrar unidad en el lenguaje, hacer universal las posibilidades técnicas con su uso, sincerar el empleo de materiales y estructuras, demostrar un franco compromiso ético representado en lo estético por parte de los arquitectos. Ver: BROWNE, Enrique. (1988) *La otra arquitectura en América Latina*, pp. 23-26. En esta investigación se considera el Estilo Internacional utilizado en la arquitectura en Venezuela como parte de la arquitectura moderna.

El Congreso realizado en el castillo Sarraz en 1928 marcó el inicio para delinear los controversiales temas tratados en los CIAM¹⁹⁶ y la experiencia norteamericana de los maestros Bauhaus que emigraron a los Estados Unidos fueron fundamentales para otorgarle a la arquitectura moderna el título de ser representante de la imagen del Estado y del poder que ostentó. Los organizadores, especialmente Le Corbusier apostaron por convencer al Estado que a la arquitectura y al arte de éste le correspondía la arquitectura moderna. Es decir, podía representar cualquier régimen político en tanto se universalizó como un estilo.¹⁹⁷

Esta arquitectura fue el resultado de las condiciones políticas, sociales y económicas, al tiempo que fue producto de las necesidades “de organización de la vida colectiva”¹⁹⁸ definida por Walter Gropius luego de los ensayos de las “casas en serie” de 1923 en la Bauhaus, como la *arquitectura integrada*. Lo que prevaleció por encima del valor artístico del objeto fue las formas y los métodos de organización del proyecto, es decir la coordinación de la producción, en este caso de edificios asistenciales a partir de planes específicos para ellos.

Tanto el uso de los métodos de racionalización desde la declaración de La Sarraz, la organización de Gropius y la planificación del Estado son componentes que hicieron “universal” la arquitectura moderna y por ello fue

¹⁹⁶ Los CIAM se realizaron de la siguiente manera: CIAM I (1928) en Francia con el título de “Declaraciones Fundamentales”; CIAM II (1929) en Frankfurt, bajo el título de *existenzminimum*; CIAM III (1930) en Bruselas con el tema central del barrio; CIAM IV (1933) a bordo del vapor Patris entre Marsella y Atenas cuyo tema fue la ciudad.

¹⁹⁷ “El CIAM afirmaba abiertamente que la arquitectura estaba inevitablemente su-peditada a los temas más amplios de la política y la economía y que, lejos de separarse de las realidades del mundo industrializado, habría de depender, para su nivel general de calidad, no de los artesanos, sino de la adopción universal de los métodos de producción racionalizada.” FRAMPTON, Kenneth. (1981). *Historia crítica de la arquitectura moderna*, p. 273.

¹⁹⁸ AUTORES VARIOS. *De la vanguardia a la metrópoli. Crítica radical a la arquitectura*, p. 50.

adoptada como “el ánimo de progreso (...) lleva a sus representantes a intentar innovaciones a nivel internacional”¹⁹⁹.

La arquitectura moderna fue la mejor representación del poder del Estado progresista, fortalecido y establecido. Los proyectistas adoptarán una o varias de las características que universalizaron la arquitectura. Éstas fueron identificadas por el arquitecto Enrique Browne como la acontextualidad del objeto arquitectónico con lo que se rompe la tradicional imagen en los espacios públicos. Entre las características están: a) el expresionismo estructural especialmente asumido en la arquitectura de América Latina como símbolo del progreso económico y social, por el uso de nuevos materiales y tecnologías (por ejemplo el hormigón armado, material elemental de la arquitectura moderna por la versatilidad para producir formas innovadoras), que terminadas muestran una imagen de fortaleza, de durabilidad y por lo tanto de eternidad; b) la integración de las artes, como respuesta a la búsqueda de elementos expresivos; c) ofrecer soluciones cónsonas con las condiciones climáticas y solares: el uso de *brisoileil*, persianas, balcones y corredores se convierten en elementos característicos en las obras públicas.

Veamos las características y condiciones en las que se proyectaron y construyeron algunas referencias europeas y latinoamericanas y el papel de los arquitectos.

a. Edificios y arquitectos europeos

En Europa la referencia que para la arquitectura hospitalaria especial ha tenido el proyecto del Sanatorio Antituberculoso de Paimio (1929-1933) en Finlandia de Alvar Aalto (1898-1976) fue fundamental para dedicar algunas líneas a este arquitecto (**Figura 32**). Aalto, finlandés, estudió en el Politécnico

¹⁹⁹ BROWNE, E. *Op. cit.*, p. 58. Browne define la arquitectura “universal” que representa el progreso de los estados nacional como *Arquitectura del desarrollo*.

co de Helsinki y egresó como arquitecto en 1921. La obra de Aalto dio cuenta de su versatilidad: desde viviendas, obras públicas, iglesias, cuarteles, edificios públicos, teatros, bibliotecas, entre otras muestran sus influencias funcionalistas en el diseño. Estuvo muy cercano a las propuestas de producir una arquitectura económicamente rentable propuesta por los alemanes de la *Neue Sachlichkeit* en el CIAM celebrado en Frankfurt en 1929.



Figura 32. Alvar Aalto. **Fuente:** http://2.bp.blogspot.com/_tkGD5qZs5. 30 de enero 2012, hora: 3:00 pm

En los primeros años del veinte le dio un enfoque orgánico al diseño, y se alejó de los preceptos del Movimiento Moderno para abrirse paso hacia el expresionismo y el constructivismo. En Paimio el interés por el funcionamiento del edificio, por el manejo de los materiales dieron como resultado espacios que ofrecieron satisfacción física y psicológica a sus ocupantes: el manejo del color, de las texturas, la filtración de la luz, del calor y del sonido fueron las variables utilizadas en el diseño junto con las sugerencias de los tratamientos médicos para los pacientes con tuberculosis, Aalto consideró que “en la base del proyecto estaba el análisis de las condiciones para el bien-

tar del enfermo”²⁰⁰. En la proyección de este edificio recurrió a las referencias de la arquitectura del holandés Johannes Duiker (1890-1935), quien interesado por el bienestar social, proyectó en 1928 el Sanatorio Antituberculoso Zonnestraal, en Hilversum (**Figura 33**), en el cual se dispuso de los edificios en forma asimétrica y de manera orgánica. Duiker formaba parte de los arquitectos imbuidos en la “nueva objetividad” de versión holandesa, inclinado por las vanguardias arquitectónicas, realizó algunos proyectos siguiendo los principios *De Stijl*. En Zonnestraal los tres pabellones de hospitalización estaban comunicados por medio de terrazas, que permitían la toma de sol matutino.



Figura 33. Duiker, sanatorio Zonnestraal, Hilversum, 1928. Conjunto Administrativo y sanitario con pabellones radiales. **Fuente:** FRAMP-TON, Kenneth. (1981). *Historia crítica de la arquitectura moderna*, p. 138.

²⁰⁰ “1929-1932, Paimio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*”. (1997). En: AV. Monografía. No. 66, p. 32.

Aalto en el Sanatorio de Paimio utilizó un lenguaje internacional enriquecido con el juego de volúmenes y rotaciones de los edificios (**Figura 34**). La organización del Sanatorio obedece a la función asistencial, en cada edificio que compone el conjunto se realizan las actividades de manera independiente. Cuatro edificios se rotan en la superficie del terreno, de similar forma al Sanatorio de Zonnestraal. Cada edificio es una pieza adaptada a la topografía que, a través de los pasillos internos, se articula con las otras, un principio organizativo propio de la Escuela de Bauhaus, y, utilizado frecuentemente por Gropius.

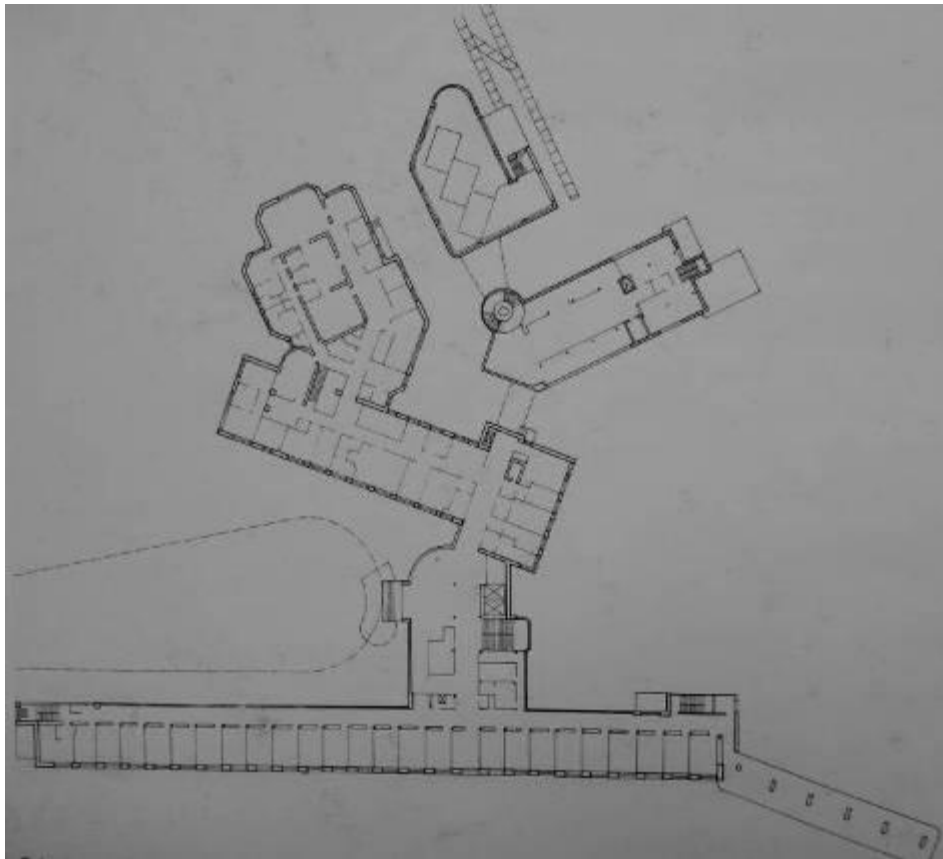


Figura 34. Planta baja. **Fuente:** “1929-1932, Paimio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*” (1997). En: A&V. Monografía. No. 66, pp. 34.

El compromiso que Aalto asumió con el bienestar de los enfermos de tuberculosis fue determinante en la concepción del conjunto. La ubicación de las habitaciones de dos camas se realizó deliberadamente en el edificio principal, ubicado frente al paisaje montañoso del lugar, hacia el este, y con amplias terrazas y balcones en una de sus fachadas (**Figura 35**). La luz y el calor se aprovechaban sin estar el paciente expuesto directamente a ellos, al mismo tiempo la calidez del ambiente se reforzaba con el uso del color en los techos y las paredes, con lo cual se reducía el resplandor. (**Figura 36**)



Figura 35. Terraza del Sanatorio Paimio. **Fuente:** “1929-1932, Paimio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*” (1997). En: A&V. Monografía. No. 66, pp. 36.

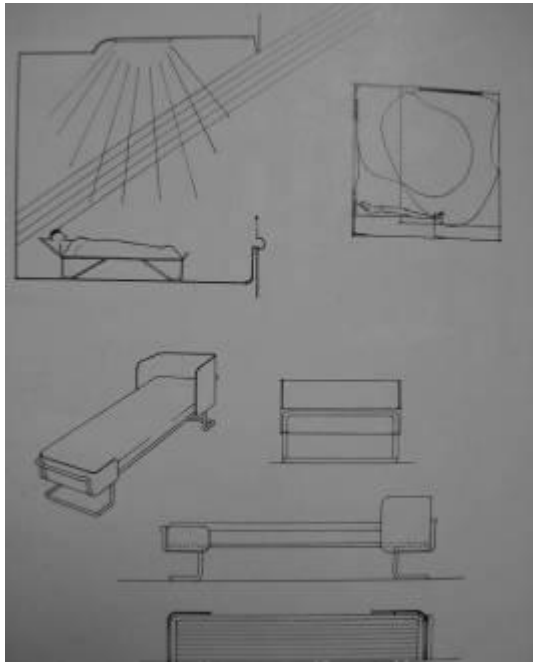


Figura 36. Detalles de la habitación tipo. **Fuente:** “1929-1932, Paimio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*” (1997). En: A&V. Monografía. No. 66, pp. 36.

En la otra fachada, mediante una larga hilera de ventanas de extremo a extremo se garantizó filtrar la entrada de aire, luz y el sonido al resto del edificio. Este esquema corresponde con el lenguaje de la arquitectura moderna de preceptos del funcionalismo con el objetivo de producir satisfacción a los usuarios. **(Figura 37)**



Figura 37. Vista Sanatorio Paimio. **Fuente:** “1929-1932, Paimio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*” (1997). En: A&V. Monografía. No. 66, pp. 35.

Con los otros edificios se muestra una clara tendencia a experimentar con el constructivismo y el expresionismo. Una variedad de siluetas y formas se organizan de forma oblicua que contrastan con la rigidez del cuerpo principal de habitaciones. Así se producen quiebres, esquinas chaflanadas, círculos que atienden estrictamente la función de cada espacio, entre los que se destaca un alto elemento que cumple la función de chimenea que permite ubicar el edificio en la distancia **(Figura 38)**



Figura 38. Vista Sanatorio Pai-mio. **Fuente:** “1929-1932, Pai-mio. Sanatorio Antituberculoso. *Tuberculosis Sanatorium*” (1997). En: A&V. Monografía. No. 66, pp. 34.

Otra experiencia se encuentra en los proyectos de los arquitectos españoles José Luis Sert (1902-1983) Fernando García Mercadal (1896-1985). Sert luego de estudiar a profundidad la obra de Le Corbusier, produce una arquitectura siguiendo las referencias de la arquitectura moderna luego de pertenecer a la asociación de arquitectos españoles Grupo de Arquitectos y Técnicos Españoles para el Progreso de la Arquitectura Contemporánea (GATEPAC) y asistir a los CIAM. El Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona (1933) proyectado junto con J. Clave y J.B. Subirana, fue un edificio asistencial moderno de la Barcelona en los años treinta. **(Figuras 39 y 40)**



Figura 39. José Luis Sert **Fuente:** <http://www.arquitectos.d o/archives/44>. 25 de enero de 2012. Hora 10:00 am



Figura 40. Dispensario Central, Antituberculoso 1933 **Fuente:** MONTANER, Joseph María. "Racionalidad e higiene. Los modelos curativos de Movimiento Moderno". En: A & V. Monografía de Arquitectura y Vivienda. No. 49. 1994, p. 6.

García Mercadal invitado especialmente para asistir al primer CIAM, fue nombrado en 1946 arquitecto del Instituto Nacional de Prevención de España, desarrolló una vasta experiencia en la proyección de establecimientos asistenciales; entre sus proyectos más importantes sobresale el Gran Hospital de Zaragoza (1947) y el ambulatorio de la calle Modesto Lafuente de Madrid (1950). **(Figura 41)**



Figura 41. Le Corbusier y Fernando García Mercadal en 1928. Delante de la Galería de los convalecientes del Monasterio El Escorial **Fuente:** PIELTÁIN, Alberto. (2007). *Arquitectura para la sanidad pública en España 1924-1977. Construcción de la red de hospitales*, p. 46

Otras propuestas de arquitectura hospitalaria especial se producen en América Latina, en la que los esquemas de implantación se repiten, veamos las experiencias más significativas.

b. Edificios y arquitectos latinoamericanos

En países latinoamericanos como Brasil, Argentina y México en la aceptación de la modernización, el Estado legitimó la arquitectura como instrumento de representación “significa asumir a la arquitectura como una pieza importante de las que jugaron en el nuevo tablero inaugurado por la crisis, en el que el debate sobre modernización (...) se incorporaba a los términos del dirigismo estatal que emergió del crack como respuesta universal.”²⁰¹

El arquitecto latinoamericano puso en práctica los principios funcionalistas para una nueva tipología de la construcción hospitalaria; la tensión que se produjo entre tradición e innovación propició el planteamiento de nuevas ideas y formas. En un acercamiento a la vanguardia arquitectónica, el arquitecto fue legitimándose como dador de forma sin abandonar la orientación funcionalista de cara a satisfacer las necesidades de la nueva sociedad y de las políticas del Estado por la construcción de obras públicas.²⁰²

En estos países los proyectos y la construcción de hospitales avalados por los ministerios y las instituciones especializadas fueron considerados como los primeros ensayos de la modernidad en la arquitectura. La dirección

²⁰¹ GORELIK, Adrián. “Nostalgia y plan: el Estado como vanguardia”, en: *Boletín de Investigaciones Históricas y Estéticas*. (1994), p. 53.

²⁰² Los antecedentes del nuevo papel del arquitecto de vanguardia se encuentra en el impulso de la reforma artística y cultural de la Deutscher Werkbund (1907). El arquitecto se convirtió en el dador de forma de los objetos de cualquier tipo y condición: artesanales e industriales, ambos con calidad artística y entre ellos la proyección de edificios. El Deutscher Werkbund fue una asociación cuyos miembros “se dedicaron a la mejora de la educación artesanal y al establecimiento de un centro para promover los fines su institución”. En: FRAMPTON, Kenneth (1981). *Historia crítica de la arquitectura moderna*, p. 113.

de los departamentos dedicados a la proyección de edificios estuvo a cargo de importantes arquitectos e ingenieros modernos.

En Argentina el papel de los arquitectos Emilio Civit, los hermanos Manuel y Arturo Civit y Wladimiro Acosta fue fundamental para la comprensión de la arquitectura hospitalaria en Estilo Internacional, especialmente en las ciudades de Santa Fe y Mendoza del país sureño.

Emilio Civit (1858-1921) fue un destacado higienista en los primeros años del siglo XX, contratado para determinar las causas de la insalubridad en Mendoza. Fue el autor de varios proyectos hospitalarios en esta ciudad, entre ellos el hospital Carlos Ponce, construido especialmente para afectados por tuberculosis, puesto en funcionamiento en 1924, un edificio que representó el tradicional eclecticismo latinoamericano, y, la maternidad José Federico Moreno de 1920. **(Figuras 42-44)**



Figura 42. Emilio Civit. **Fuente:** <http://profesor-daniel-alberto-hiarenza.blogspot.com/2009/12/27-de-diciembre-de-1906-fallecimiento.html>
20 de enero de 2012. Hora 10:15 am



Figura 43. Vista de uno de los pabellones del Hospital Carlos Ponce. **Fuente:** GIMENEZ PUGA, Francisco (1940). *Guía General de Mendoza 1940*, p. 96.



Figura 44. Maternidad José Francisco Moreno.
Fuente: GIMENEZ PUGA, Francisco. (1940). *Guía General de Mendoza 1940*, p. 95.

Los hermanos argentinos Manuel Civit (1901-1978) y Arturo Civit (1903-1975) estudiaron arquitectura en la Escuela de Arquitectura dependiente de la Facultad de Ciencias Exactas de Buenos Aires graduándose en 1926 y 1928 respectivamente. Reconocieron en la arquitectura la función social que había promovido el Movimiento Moderno en Europa. Ambos fueron directores en la Dirección de Arquitectura de la Provincia de Mendoza, el primero entre 1932 y 1938; el segundo entre 1939 y 1943. Fueron autores de importantes obras públicas asistenciales y educativas; una de las obras realizadas por estos arquitectos fue el proyecto del Hospital Central de Mendoza (1937-1941) (**Figuras 45 y 46**). Las características de este edificio son similares del Hospital Clínico Universitario de Caracas (1944-1954), ubicado en la Universidad Central de Venezuela, obra que se le atribuyó al arquitecto Carlos Raúl Villanueva. Ambos proyectos podrían tener las mismas referencias arquitectónicas, los cuales se expresan en el manejo de volúmenes semi-curvos,

dispuestos perpendicularmente a un cuerpo que funciona como espina de los edificios.²⁰³ (Figura 47 y 48)



Figura 45. Fachada principal del Hospital Central de Mendoza. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Abril, 2009



Figura 46. Fachada posterior del Hospital Central de Mendoza. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Abril, 2009



Figura 47. Fachada del Hospital Clínico Universitario. **Fuente:** <http://www.tiempo.uc.edu.ve/tu504/paginas/8.htm> . 26 de enero de 2010. Hora: 10:32



Figura 48. Fachada del Hospital Clínico Universitario. **Fuente:** <http://roadtriptogotham.tumblr.com/post/22635513516/bonniesinclude-hospital-clinico-universitario> 26 de enero de 2010. Hora: 10:42

²⁰³ Para ampliar sobre el trabajo de los arquitectos Civit puede consultarse: CIRVINI DE PONTE, Silvia. "Manuel y Arturo Civit" en: Summa, junio 1986, No. 226, pp. 18-19.

La figura de Wladimiro Acosta (1900-1967) merece especial atención en esta investigación en tanto la experiencia técnica de este arquitecto se inscribió “en un Plan de Salud que, a escala provincial, funcionó como experiencia avanzada, anticipando teorías y modelos organizativos que se implementaron años más tarde a escala nacional con el denominado Plan Carrillo”²⁰⁴. Acosta, arquitecto ruso, de apellido Konstantinovky, egresado en 1917 como bachiller y técnico en construcción de la Escuela de Bellas Artes de Odessa, estudio ingeniería y urbanismo en la Escuela Técnica Superior de Charlottenburg y de Tecnología del Hormigón Armado en el laboratorio del Instituto Mecklemburg; Licenciado en Arquitectura de la Escuela Superior del Instituto de Bellas Artes de Roma. **(Figura 49)**



Figura 49. Wladimiro Acosta. **Fuente:** <http://www.unav.es/arquitectura/publicaciones/coleccion/pv/6.jpg&imgrefurl://img543.imageshack.us/img543/2325/212ft.jpg&imgrefurl>. 26 de enero de 2010. Hora: 10:42

Sus conexiones con Gregori Warchavchik desde 1919, con el arquitecto argentino Alberto Prebisch en 1928 y su designación como representante oficial de los CIAM en Argentina lo introducen en las ideas de las vanguardias europeas. Su experiencia fue condensada en un texto de 1936, en el cual se exponen los resultados de las investigaciones realizadas sobre el control climático, vivienda urbana y colectiva, y, la propuesta urbana del *City*

²⁰⁴ ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis. (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, p. 17.

Block (1927-1935) que fungieron de base fundamental para abordar el Plan de Salud Provincial para la ciudad de Santa Fe durante la gestión de Manuel María Iriondo entre 1937 y 1943. El planteamiento arquitectónico debió atender, en este caso, las recomendaciones de un equipo de especialistas a cargo del doctor Abelardo Irigoyen Freyre, quien como presidente de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social legitimó científicamente “un Plan general de creación de hospitales y de realización de estudios para una organización de la asistencia social.”²⁰⁵

Acosta proyectó como arquitecto contratado por el Ministerio de Salud Pública, en la Dirección de Arquitectura Sanitaria algunos edificios especiales para leprosos y enfermos mentales en Santa Fe, en los que procuró la adaptación del edificio al clima de manera funcional para facilitar el aprovechamiento de los rayos solares y los vientos. El sistema fue identificado como *helios*, el cual funcionó como parte de los tratamientos que aceleraron la recuperación de los enfermos; la propuesta comprendió combinar: “terrazas, paramentos verticales, espacios cerrados y semicerrados y viseras de distintos tipos y posición que actúan como filtro; esta arquitectura sanatorial se proponía hacer un uso sistemático, regulado y controlado del sol según distintos momentos del día y del año y las necesidades de cada enfermo tuberculoso”²⁰⁶, todos estos elementos que universalizaron la arquitectura moderna en Latinoamérica. Los proyectos realizados por Acosta que se estudiaron en esta investigación son los hospitales especiales para atender la lepra y las enfermedades mentales: Leprosario el Recreo (1939), Hospital Psiquiátrico Santa Fe (1938-1942) y la Colonia de Alienados Oliveros (1939).

El Leprosario en Recreo en 1939 lo realizó a partir de “Un trazado urbanístico “campestre”, con parcelas destinadas al cultivo y unos pabellones

²⁰⁵ ADAGIO, N; MÜLLER, L., *Op. cit.*, p. 18. Una amplia explicación del Plan de Salud en la provincia de Santa Fe puede encontrarse en el texto de los arquitectos Adagio y Müller.

²⁰⁶ ARMUS, D., *La ciudad impura*, p. 67.

de dos niveles de altura con vistas que se pierden en el horizonte rural en la perspectiva infinita de la pampa²⁰⁷ asimilando estos nuevos esquemas urbanos de organización.

En un total de 23 hectáreas ubicadas cerca de la ciudad de Santa Fe y dispuestos sobre un circuito de vías se ubicaron seis pabellones tipo separados para hombres y mujeres, un dispensario y las dependencias de servicios comunes formados por comedor, cocina, lavadero y una vivienda principal para el encargado de todo el centro asistencial ubicada en la entrada al mismo. La ubicación de los edificios fue deliberada con sus fachadas principales hacia el norte, paralelos a la calle dispuestos de la forma más extendida posible en la superficie del terreno. **(Figuras 50 y 51)**

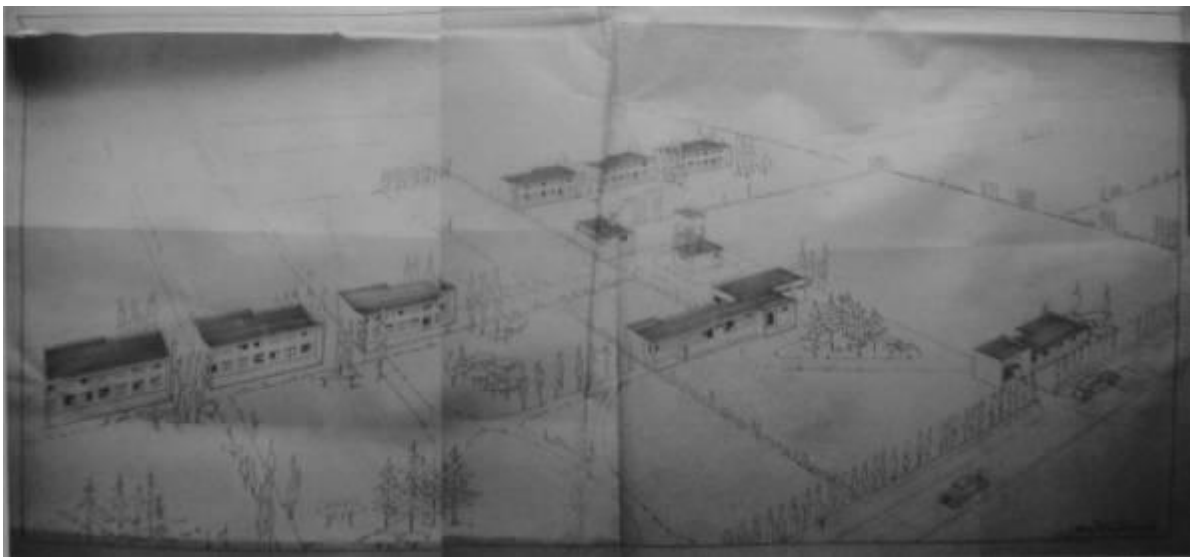


Figura 50. Leprosario. Perspectiva general. **Fuente:** ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis. (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, p. 41.

²⁰⁷ ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, L. *Op. cit.*, p. 40.



Figura 51. Acceso al Dispensario y vivienda del encargado, Leprosario en Recreo Santa Fe. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato, abril, 2009.

En el centro del conjunto asistencial se emplazan los edificios del dispensario y de los servicios comunes. El dispensario, de 40 metros de acentuada horizontalidad, se plantó en el centro del terreno. **(Figura 52)** El hall de distribución, casi central, hacia la derecha dispone de los consultorios y hacia la izquierda habitaciones de hospitalización.



Figura 52. Dispensario Leprosario en Recreo, Santa Fe. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato, abril, 2009.

Wladimiro Acosta como representante de la modernidad arquitectónica utilizó los elementos característicos de ésta: edificios prismáticos, con techos y aleros planos prolongados desde la losa de entrepiso, como superficies lisas que juegan con las luces y las sombras que producen los balcones estratégicamente ubicados para la toma de sol en los pacientes.

El edificio tipo utilizado para la internación de los pacientes es un rectángulo compacto de 20 metros de frente y 10 metros de fondo. En su fachada principal muestra una galería a doble altura que remarca la condición prismática del edificio; en la fachada posterior balcones y aleros irrumpen en el prisma componiendo la fachada con una combinación de pequeñas ventanas alargadas dispuestas verticalmente con otras de mayor dimensión dispuestas horizontalmente. **(Figuras 53 y 54)**



Figura 53. Pabellón tipo, fachada principal Leprosario en Recreo. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato, abril, 2009.



Figura 54. Pabellón tipo, fachada posterior Leprosario en Recreo. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato, abril, 2009.

Los proyectos del Hospital Psiquiátrico Santa Fe (1938-1942) y la Colonia de Alienados Oliveros (1939) son representativos de la dinámica entre la arquitectura y la medicina como disciplinas puestas al servicio de las políticas del Estado moderno.

Sin timidez Acosta utilizó un esquema de implantación en el Hospital Psiquiátrico similar al de Alvar Aalto para el Sanatorio de Paimio. En una superficie generosa de terreno los cuerpos que conforman el conjunto se articulan como brazos que se adecúan a las necesidades de iluminación, de ventilación y de aislamiento de los espacios. **(Figura 55)**



Figura 55. Planta Hospital Psiquiátrico en Santa Fe. **Fuente:** ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis. (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, p.33.

El esquema funcionalista organiza el conjunto urbano asistencial en dos bloques con actividades distintas: uno, con la administración y los consultorios; el otro, con los pabellones de habitaciones para la hospitalización, conectados por un pasillo curvo delimitado por ejes de columnas. El pasillo en el punto de quiebre permite el acceso a la capilla, de forma semicurva en el altar, forma que se destaca del resto del hospital. **(Figuras 56-58)**



Figura 56. Pasillo Hospital Psiquiátrico Santa Fe, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 57. Pasillo Hospital Psiquiátrico Santa Fe, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 58. Pasillo Hospital Psiquiátrico Santa Fe, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

El conjunto lo conforman edificaciones de una planta, con la excepción del edificio administrativo y de consultorios, rodeados de grandes áreas verdes con sinuosas caminerías que le dan un especial ambiente agreste al hospital. Sin embargo, este contexto se niega en los espacios interiores, todos volcados hacia los pasillos centrales de circulación plantados como monolitos.

El edificio de hospitalización se ordena en una planta academicista, simétrica, orientada en sentido este-oeste, con habitaciones de 6 camas y de

1 cama, dispuestas a lo largo de un pasillo central. Las habitaciones se ubican frente a generosas áreas verdes. El contacto con la naturaleza fue un criterio controlado en la arquitectura de este hospital, la extensa disposición de una de las caras del edificio hacia el norte, fue resuelta con el uso de una visera corrida que define la volumetría general del edificio, con ello se controló la entrada de sol en las habitaciones. **(Figura 59)**



Figura 59. Pabellones de habitaciones. Psiquiátrico Santa Fe, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

La Colonia de Alienados de Oliveros fue concebida para recibir a los enfermos mentales crónicos. Este conjunto asistencial proyectado por Wladimiro Acosta cuenta con características que lo diferencian del Hospital Psiquiátrico aún de las similares funciones que ambos complejos asistenciales ostentaron.

El criterio que privó en esta Colonia fue el largo tiempo de hospitalización del paciente y la preparación de éste para enfrentarse al mundo moderno después de dado de alta. Por lo tanto, la estrategia fue construir “una pequeña ciudad, con talleres e industrias artesanales donde los internados pudieran trabajar, recibiendo estipendio adecuado, previo adiestramiento”.²⁰⁸

²⁰⁸ *Ibid.*, p.33.

En una superficie de 200 hectáreas, a 5 kilómetros del poblado de Oliveros, en una zona rural, se construyeron un grupo de edificios para 1.000 enfermos. La calle representa el elemento ordenador del conjunto, desde un largo eje se ramifican 13 vías perpendiculares, las cuales son rematadas por los 12 pabellones de hospitalización y el módulo de servicios con la cocina y el lavadero. Separado por otras vías se ubican de manera centralizada las oficinas de la dirección, la administración y un hospital de pequeña dimensión, una capilla, la vivienda para las monjas, el administrador, el director y una portería de control de accesos. **(Figura 60)**



Figura 60. Planta Colonia de Alienados Oliveros. **Fuente:** ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis. (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, pp. 58-59.

En el conjunto, Acosta previó espacios de esparcimiento para los visitantes, muy cercanos a las vías principales como una forma de hacer del lugar una parada turística y facilitar la venta de los productos elaborados en la Colonia. Este lugar se convierte en el naciente de un acceso arbolado hasta encontrar la portería formada por un pórtico y una oficina. **(Figura 61)**



Figura 61. Acceso a la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

Luego de traspasar el pórtico se ubican a cada lado de la calle los consultorios, el pequeño hospital y la capilla. El primer edificio de dos pisos en uno de sus extremos, organiza las oficinas y las habitaciones para médicos y personal luego de la distribución de un hall a doble altura, con una escalera lateral. **(Figuras 62 y 63)**



Figura 62. Edificio de consultorios y administración Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 63. Edificio de consultorios y administración Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

El pequeño hospital se organizó sobre distintos pasillos de circulación, conectores y espacios compartidos. En el edificio se ubicaron los consultorios externos, la atención a los enfermos agudos, intercurrentes, laboratorios clínicos, radiología, sala de cirugía, farmacia. Todos estos espacios dispuestos alrededor de un patio descentrado. **(Figura 64)**

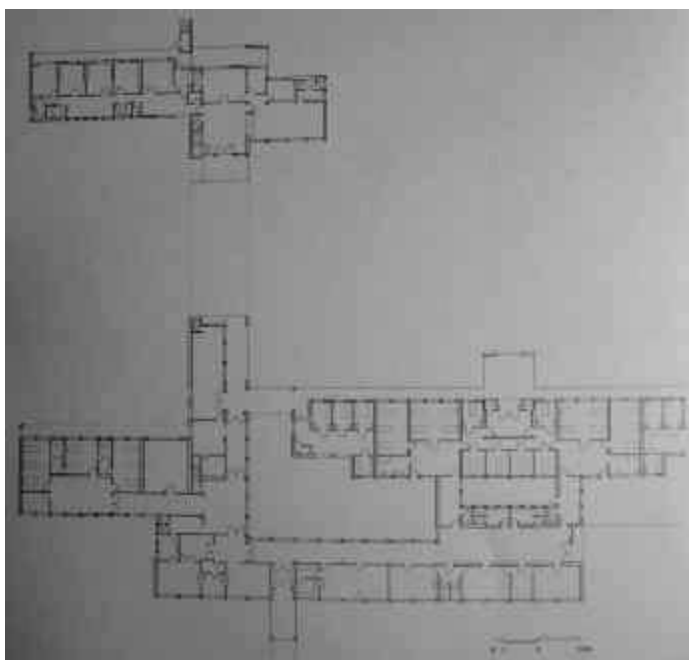


Figura 64. Planta consultorios y administración. **Fuente:** ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, p. 62.

La capilla, al final de la calle junto con la vivienda de las monjas, se ordena mediante una planta rectangular y ábside semicircular. Este espacio ha sido descrito como “neto, rotundo, acogedor y diáfano, sin ningún elemento fuera de los límites de su figura geométrica.”²⁰⁹ **(Figuras 65 y 66)** La capilla se destaca por la imponente organización geométrica de las fachadas con lo cual “establece una autonomía absoluta con las tradiciones arquitectónicas en materia de programas religiosos, ya que simplemente repite las formas abstractas de la arquitectura civil de la colonia”²¹⁰



Figura 65. Fachada posterior capilla en la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 66. Fachada principal capilla en la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

²⁰⁹ *Ibid.*, p.53.

²¹⁰ *Ibid.*, p.54.

Los pabellones como componentes principales de esta Colonia Psiquiátrica fueron resueltos por Acosta como una de las mejores referencias de la consideración de los tratamientos médicos y la arquitectura moderna. Cada pabellón es autónomo e independiente del resto, los separa una distancia de 55 metros ocupada por generosos patios, cuentan con 48 camas, su propia caldera, servicios sanitarios, cocina y comedor comunes.

En una superficie de 60 metros a la cual se accede por una única puerta que desemboca en un *hall* que distribuye a un lado al comedor, cocina y baños para el personal; al otro lado, un único espacio con las camas subdivididas por muros bajos que contienen todo el mobiliario necesario para cada paciente, así en concreto se construyen las camas y las mesas de noche. Frente a estas divisiones se ubican los baños, vestuarios y espacios para el personal y taller de actividades. **(Figuras 67-70)**

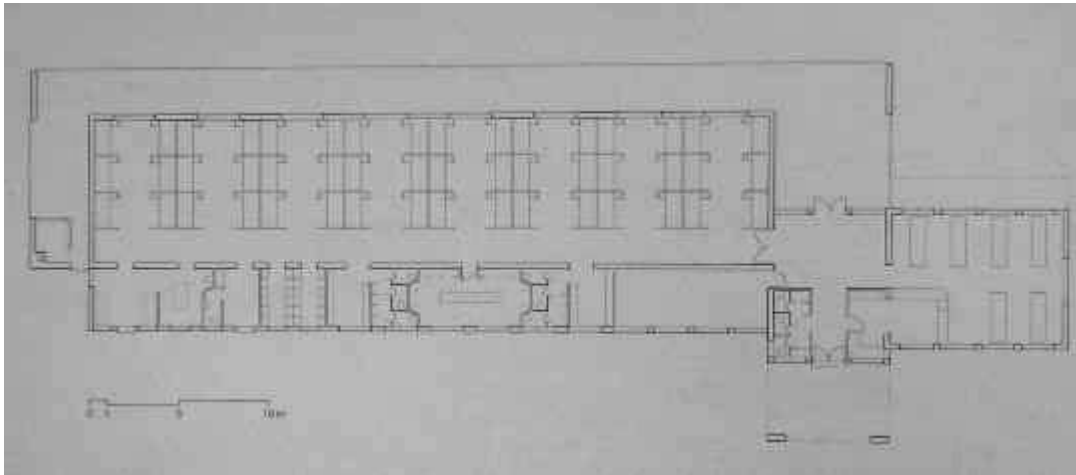


Figura 67. Planta tipo de pabellones. **Fuente:** ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis. (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*, p. 60.



Figura 68. Habitaciones de pabellones tipo en la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 69. Habitaciones de pabellones tipo en la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.



Figura 70. Vista de pabellones tipo en la Colonia de Oliveros, foto Luis Müller. **Fuente:** Archivo Luis Müller, 2008.

Como parte del conjunto asistencial se consideró la casa del director. En una superficie de 120 metros cuadrados, en una sola planta se dispone de 3 dormitorios, una sala de estar y un estudio. En tres de las cuatro fachadas Acosta recurrió al uso de terrazas cubiertas con una losa y vigas corridas como un sistema de ampliación de la vivienda hacia el exterior. Pareciera que no solo las bondades del paisaje natural debieron ser disfrutadas por los pacientes y visitantes de la Colonia, sino que el director debió gozar del ambiente natural en una suerte de huida del mundo moderno del cual estaba alejado en el cumplimiento de sus funciones.

Cada uno de los edificios del complejo muestra características diferentes en las fachadas. Acosta ofrece soluciones de acuerdo a las funciones de la Colonia. El patrón recurrente era la ubicación de ventanas (buena ventilación e iluminación, máxima seguridad), de diferentes dimensiones (evitando la sensación de encierro) dispuestas rítmicamente sobre superficies planas, sin aleros ni antepechos en las fachadas donde la exposición del sol no lo amerita mientras, en otras, utilizó galerías en planta baja, balcones corridos sobre ellas, viseras, losas y vigas al descubierto en un lenguaje propio de la arquitectura moderna con el que logró otorgar al lugar imagen de modernidad.

Tanto el Hospital Psiquiátrico como la Colonia Oliveros fueron edificaciones con las que Acosta demostró, su capacidad para proyectar a través de un lenguaje moderno arquitectónico que dialogó con el entorno considerando la relación con la naturaleza y el paisaje rural; con el uso de elementos sencillos y sobrios encontró la forma de atender los esquemas médicos para tratar la insania.

Otra de las propuestas particulares para la atención de los tuberculosos, la encontramos en México el caso del Sanatorio para Tuberculosos en Huipilco (1929) del arquitecto José Villagrán García (1901-1982), destacado diseñador de hospitales, egresado de la Escuela Nacional de Arquitectura en

1923. Fue considerado como “como el fundador de la nueva arquitectura en este país”²¹¹, estudió a profundidad las teorías francesas y alemanas que procuraron el equilibrio entre los aspectos sociales, técnicos, funcionales y formales en la arquitectura, se pronunció en varias oportunidades en contra de la imitación de los estilos históricos.

Fue seleccionado como proyectista del Instituto Mexicano del Seguro Social para emprender no solo el proyecto y la construcción del Hospital en Huipilco, sino también del Instituto Nacional de Cardiología en 1937 y del Hospital Infantil en 1941. Como coordinador del Plan de Hospitales para México entre 1943 y 1946 compartió el rol como proyectista con Hannes Meyer por lo que los proyectos se constituyeron en impecables piezas de la arquitectura moderna mexicana. **(Figuras 71-73)**



Figura 71. José Villagrán García. **Fuente:** <http://www.colegionacional.org.mx/SACSCMS/XStatic/colegionacional/template/content.aspx?se=vida&te=detallemiembro&mi=190> 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am

En México, los avances científicos de las enfermedades incidieron en los cambios de las edificaciones asistenciales para enfermedades especiales. Los criterios utilizados en Estados Unidos que indicaron la necesidad de edificaciones especiales para ciertas dolencias, fueron aplicados: los hospitales generales no podían hospitalizar enfermos contagiosos y peligrosos.

²¹¹ CETTO, Max. (1961). *Arquitectura moderna en México*, p. 23.



Figura 72. Fachada del Instituto Nacional de Cardiología. **Fuente:** http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100010 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am

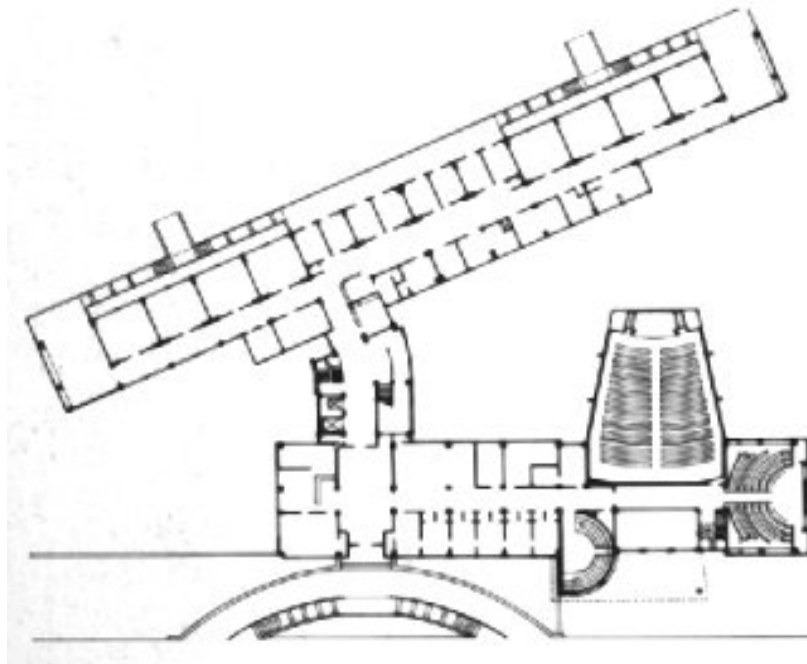


Figura 73. Planta del Instituto Nacional de Cardiología. 1937. **Fuente:** <http://maribel.byethost33.com/cardio.JPG&imgrefurl>. 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am

El esquema que Villagrán planteó fue el resultado de los estudios de antropólogos, sociólogos, higienistas, ecólogos, geógrafos y, dado que se trataba de una "labor de reconquista del país, sería obligación de todos los universitarios mexicanos"²¹² (**Figuras 74 y 75**). Tal esquema estuvo amparado por la campaña antituberculosa emprendida en 1928 y de la cual fue jefe el doctor Manuel Gea González. El doctor Gea González organizó los dispensarios a partir de las funciones asumidas por el Sanatorio Huipulco.²¹³



Figura 74. Fachada principal del Sanatorio Huipulco.
Fuente:
<http://www.letraslibres.com/index.php?art=9690>, 10 de octubre de 2011, hora 8:00 pm

²¹² <http://www.letraslibres.com/index.php?art=9690>, 24 de mayo 2010, 9:26 am.

²¹³ Manuel Gea González (1869-1950), de Veracruz, médico de la Escuela Nacional de Medicina desde 1892. En 1915 fue director del Hospital de Ferrocarriles Nacionales de México y en 1917 fue profesor de la clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de México, de 1923 a 1924 fue director de la misma Facultad. Utilizó la vacuna BCG en 1923 en la lucha con la tuberculosis. Fue Secretario del Consejo Superior de Salubridad (1933), participó en la creación del Código Sanitario Reglamentación de alimentos y medicinas y la organización de campañas contra enfermedades venéreas. Datos tomados de: http://www.residentes.salud.gob.mx/contenidos/temas_de_interes/hospitales/hgg/hq_g_drmgg.html, 26 de febrero de 2012, 8:30 am.



Figura 75. Fachada principal del Sanatorio Huipilco. **Fuente:** <http://www.letraslibres.com/index.php?art=9690>, 10 de octubre de 2011, hora 8:00 pm

El edificio para Huipilco es una clara representación de la arquitectura moderna en México, el recurso estético del Art Decó fue empleado en la fachada con una hilera de columnas de doble altura, las cuales flanquean el acceso principal exaltado por una alta torre de agua que contiene un reloj en la parte posterior remarcando un eje principal en la organización del sanatorio. **(Figura 76)**



Figura 76. Torre de agua. Sanatorio Huipilco, 1929. **Fuente:** BURIAN, Edwards (1998). *Modernidad y Arquitectura en México*, p. 77

La estructuración de la fachada da cuenta de un retorno a lo clásico bajo la premisa de lo moderno, la rigurosidad de la distribución de las columnas apoyadas sobre un estilóbato perforado con pequeñas ventanas, conforman un malla cuadriculada de vacíos. Detrás de esta fachada se distribuyen una serie de edificios, aislados a cada lado de la torre del reloj, unidos por caminos exteriores que bordean patios internos. **(Figura 77)**



Figura 77. Fachada principal, Sanatorio Huipilco. José Villagran 1929. **Fuente:** BURIAN, Edwards (1998). *Modernidad y Arquitectura en México*, p. 77

Las referencias expuestas muestran la forma como evolucionaron las edificaciones para la atención de enfermedades especiales, pasar de la casa como lugar para la atención de pacientes a una arquitectura especial para ellos fue una clara respuesta al proceso de modernización, que incluso tuvo sus manifestaciones en Venezuela. Veamos como evolucionaron las edificaciones en el país.

II. 2. Del lugar común al “lugar sin lugar” en Venezuela

Las edificaciones para atender a los enfermos excluidos en Venezuela responden en cierta medida a las referencias anteriores. Hubo una evolución en el planteamiento de los lugares para la hospitalización desde el siglo XVI, a continuación el desarrollo de la misma en tres momentos del pasado.

II.2.1. El lugar para morir

En Venezuela, durante la colonia, el hospital fue un lugar para la atención de enfermos pobres, en especial con enfermedades crónicas, era el lugar para morir más que para ser sanado, era el lugar para recibir el “castigo celestial” para todos aquellos inadmisibles en la sociedad.

Los primeros edificios eran rudimentarios, con escaso personal y no contaban con presupuesto fijo para su mantenimiento. Los hospitales recibían predominantemente a los enfermos pobres pues las familias con mejores posibilidades económicas eran atendidas en sus propias casas. La Real Cédula del 7 de octubre de 1541 dispuso:

que se edificaran hospitales en todo poblado español e indio (...) debían ubicarse contiguos a las iglesias y conventos para los casos no contagiosos; y que aquellos con enfermedades pestilenciales se construyeran en lugares elevados y alejados de sitios urbanos, protegidos de los vientos, demostrando la íntima relación entre el asentamiento de las poblaciones coloniales y la fundación de los hospitales²¹⁴

Desde ese mismo siglo la atención de enfermos contagiosos fue resuelta mediante el aislamiento, se realizaron cordones sanitarios y degredos

²¹⁴ ESCALONA, Roger. (2006). “Los antiguos hospitales de Caracas (desde su fundación hasta la inauguración del Hospital Vargas)”. *Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina*, p. 26.

(hospitales de enfermos contagiosos), ideados como protectores de la ciudad y no tanto como espacios de curación para los enfermos.

Finalmente, cuando los hospitales funcionaron en las casas o en algún recinto religioso se atendían enfermos con diferentes tipos de dolencia. La propuesta de lugares “especializados” por enfermedad no era común.

II.2.2. Los primeros hospitales

En Venezuela no fue sino hasta el siglo XVIII cuando se formuló la asistencia a los enfermos en hospitales especializados, más allá de la función de exclusión de los enfermos contagiosos y peligrosos para la sociedad, sino en una suerte de atenderlos con cuidados especiales en donde la acción terapéutica había sido analizada con efectos positivos en la curación.

A finales del siglo XVIII se construyen los primeros hospitales para la lepra en Caracas: el Hospital Real de San Lázaro por el gobernador Felipe Ricardos entre 1753 y 1758, ubicado al sureste de Caracas y trasladado en 1776 por el gobernador José Solano a un lugar formado por cuatro fanegas al pie del Ávila, este edificio estaba dividido para hombres y mujeres por medio de rejas y vidrios para oír misa, la capilla era de paredes de tapia y techo de tabla.

Algunos años después el ingeniero español Miguel Marmión proyectó hospitales siguiendo los esquemas de los existentes en España a ser ubicados en las ciudades de Barinas (1787), La Guaira (1793) y Caracas (1799). El hospital de La Guaira era de sencilla organización alrededor de un patio aporticado central y de simple construcción (**Figuras 78**). El de Caracas estaba pensado para ocupar una manzana con cuatro patios alrededor de los cuales se disponían los espacios ubicados a lo largo de dos brazos en forma de cruz, con la capilla en el centro. En el proyecto se recurrió a elementos de la arquitectura barroca y neoclásica. (**Figuras 79**)

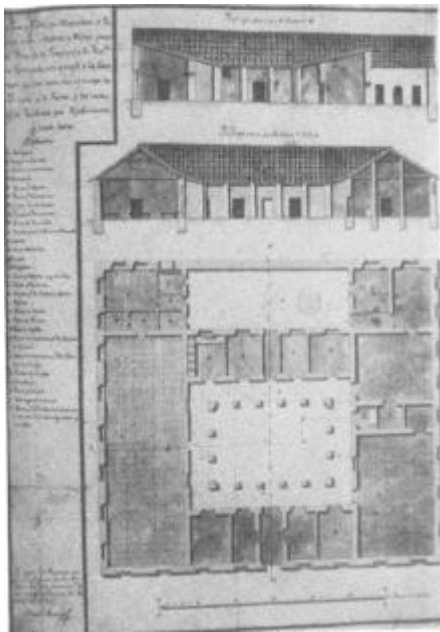


Figura 78. Hospital de la Guaira, 1793, Miguel Marmión. **Fuente:** ZAWISZA, Leszek. (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*, tomo 1, p. 61.

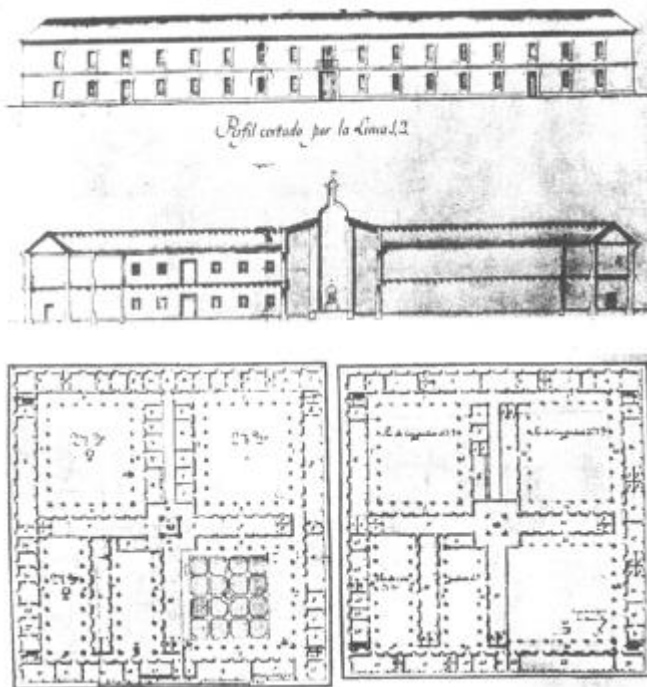


Figura 79. Proyecto del Hospital para Caracas, 1799, Miguel Marmión. **Fuente:** ZAWISZA, Leszek. (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*, tomo 1, p. 61.

En el siglo XIX se dio especial atención al tema de la especialización y la consideración de los hospitales particulares para atender una sola enfermedad y fue el momento cuando el edificio tuvo el carácter de “máquina para curar”. A comienzos del siglo existió un hospital para 25 enfermos masculinos

llamado San Juan de Dios (1816) y uno para 10 enfermas, llamado Hospital de la Caridad sostenido por la Sociedad de Mutuo Auxilio. Había en Venezuela para el año 1839, ciento cincuenta y dos enfermos de lepra y en el año 1848 la cifra alcanzó los doscientos cincuenta y seis enfermos²¹⁵. En 1875 se inauguró el Hospital Real de San Lázaro por Guzmán Blanco cerca de las ruinas del Real Amparo; el esquema de organización utilizado fue el de la capilla central alrededor de la cual se dispusieron los dormitorios de los enfermos, de tal manera que escuchaban la ceremonia religiosa desde sus camas. Junto a las ruinas de este edificio fue construido el Leprocomio San Lázaro Nuevo, cuyas funciones duraron poco tiempo por las quejas de los vecinos, destinándose posteriormente a los niños expósitos. **(Figura 80)**

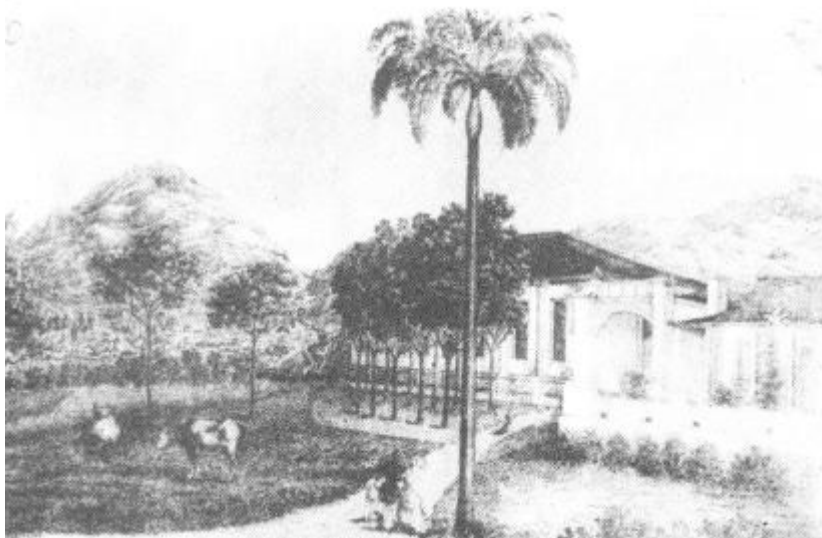


Figura 80. El Lazareto Nuevo. **Fuente:** ZAWISZA, Leszek. (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*, tomo 3, p. 288.

Los hospitales de Caracas en los años 70 del siglo XIX funcionaban en viejos edificios: el de la Caridad para mujeres en San Pablo, de los hombres en la cuadra Hospital a El Hoyo, luego convertido en el Hospital Militar. En 1874, el antiguo convento de las Monjas Dominicanas fue transformado en Casa de Beneficencia Nacional, en el cual se debían recibir a los enfermos, hombres y mujeres, sin recursos **(Figura 81)**. En este hospital funcionó un

²¹⁵ Datos tomados de: CARDENAS B, Héctor. "Necesidad de los dispensarios anti-leprosos". En: *Semana de la lepra. 1941*. (1943), p. 171.

departamento para enfermos mentales, en donde permanecían los días estimados como necesarios en reclusión, funcionó como un departamento considerado como “la clásica *loquería* que tanto llegó a abundar en los hospitales generales de la época colonial”.²¹⁶



Figura 81. La Casa Nacional de Beneficencia (antiguo convento de las monjas Dominicanas). **Fuente:** ZAWISZA, Leszek. (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*, tomo

En 1876 se fundó el Asilo Nacional de Enajenados en Los Teques, con 47 asilados, el cual podría considerarse como el primer establecimiento para dementes en Venezuela (**Figura 82**). En él se recurrían a prácticas coercitivas como tratamiento, el lugar elegido para su ubicación fue descrito como de “clima fresco y agradable, tenido desde viejos tiempos como de un benéfico influjo en la evolución de la enfermedades mentales”²¹⁷. La dirección de

²¹⁶ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 141.

²¹⁷ *Ibid.*, pp. 367-368. El doctor Álvarez registro la descripción del edificio de la siguiente manera: “construcción sencilla y de corriente estilo: piezas bajas y estrechas, con techos de tejas, verjas de balaustres, puerta principal y algunos tragaluces. Posteriormente, y para esparcimiento de los reclusos tranquilos, adicionósele (sic) un jardín o parque lateral denominado de conveniencia con el nombre de Plaza Crespo”.

este asilo fue asignada desde 1884 a Telmo Romero²¹⁸, un particular personaje de la psiquiatría venezolana, quien ejerció el oficio sin estudios previos siendo considerado un “curandero”. (Figura 83)



Figura 82. Asilo Nacional de Enajenados de Los Teques. **Fuente:** RICARDO, Álvarez. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 24.



Figura 83. Telmo A. Romero. **Fuente:** RICARDO, Álvarez. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 371.

²¹⁸ Telmo Romero (1846-1887) nació en San Antonio del Táchira, autor del libro *El Bien General*, que logró editarse tres veces hasta 1885. En este libro se describían “las prácticas y tratamientos bárbaros, burdas, torpes e inhumanos” nunca antes mostradas a la luz pública, como el uso de grillos, cadenas y esposas como instrumentos coercitivos para los pacientes agitados. Fue cercano a la familia de Joaquín Crespo luego de tratar y curar a uno de sus hijos, por lo que fue designado por el presidente como director del Asilo de Los Teques. Ver: ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 370; ROMERO, Telmo. (1885). *El Bien General*. Colección de secretos indígenas y otros que por medio de la práctica han sido descubiertos; Voz: Romero, Telmo. En: *Diccionario de Historia de Venezuela*. (1988). Tomo PZ, p. 474.

Al clausurarse el Asilo de Los Teques en 1892 por las continuas prácticas coercitivas como tratamiento aplicadas por Romero, los pacientes fueron internados en el Asilo de Enajenados de Caracas, ubicado en Catia, en una casa particular de origen colonial reformada bajo la dirección del ingeniero Agustín Aveledo en 1867 para el Hospital Militar. En 1899, el presidente J. V. Rojas Paul decretó el funcionamiento del Asilo de Enajenados o Manicomio de Catia. Allí la congregación religiosa de las Hermanas de San José de Tarbes se encargó de la atención de los enajenados mientras los aportes del Tesoro Público y contribuciones particulares lo permitieron. **(Figuras 84 y 85)**



Figura 84. Pórtico del Hospital Militar y del antiguo Asilo de Enajenados de Caracas. **Fuente:** RICARDO, Álvarez. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 383.

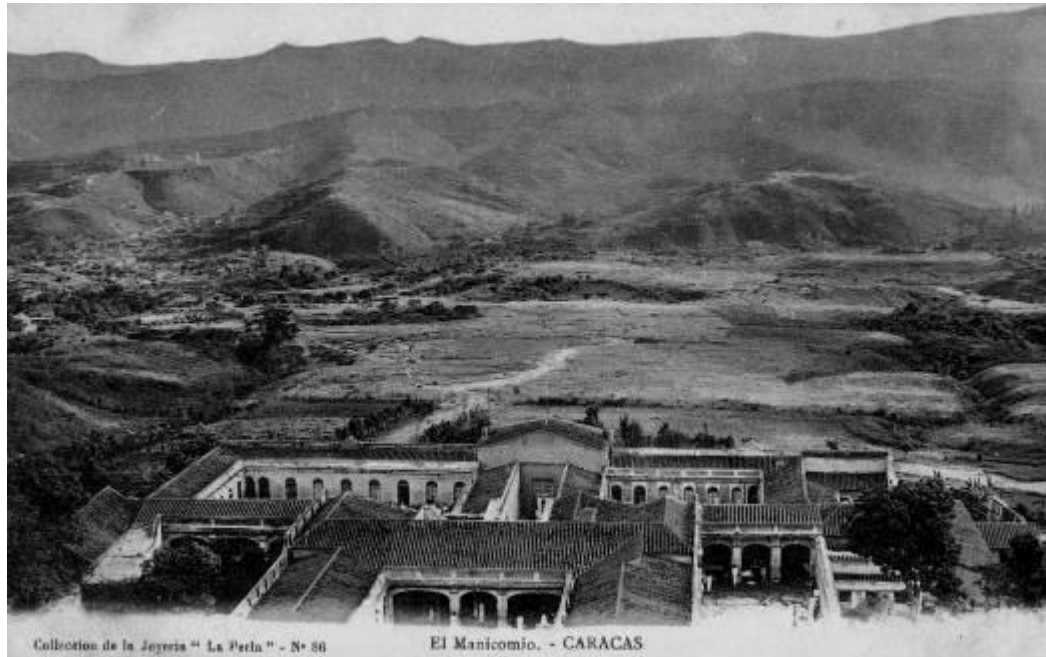


Figura 85. El Manicomio-Caracas. **Fuente:** LEÓN, Ernesto (moderador). Viejas fotos actuales. Grupo de discusión en línea. 14 de junio d 2012, hora: 7:30 am

En 1891 se inauguró el Hospital Vargas, una notable obra en la imagen urbana de Caracas, sobre una meseta al norte de la capital y diseñado por el ingeniero Jesús Muñoz Tebar, quien expresamente se ajustó al patrón del hospital Lariboisière de París. El nuevo hospital caraqueño, consta de pabellones organizados en forma de peine a lo largo de un pasillo de circulación y servicios. El Vargas como institución al servicio de la salud del venezolano se convirtió en el centro de enseñanza universitaria de la medicina; allí funcionaron desde 1895 las cátedras de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Obstétrica y Medicina Operatoria de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. **(Figura 86)**

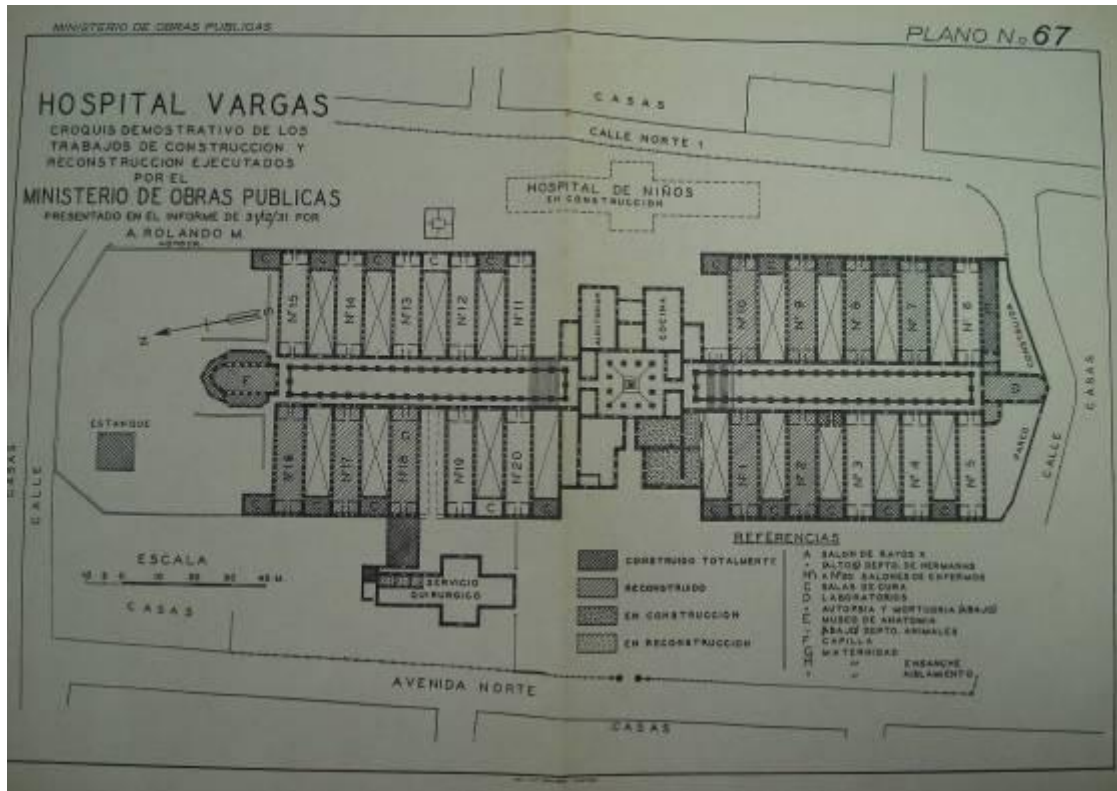
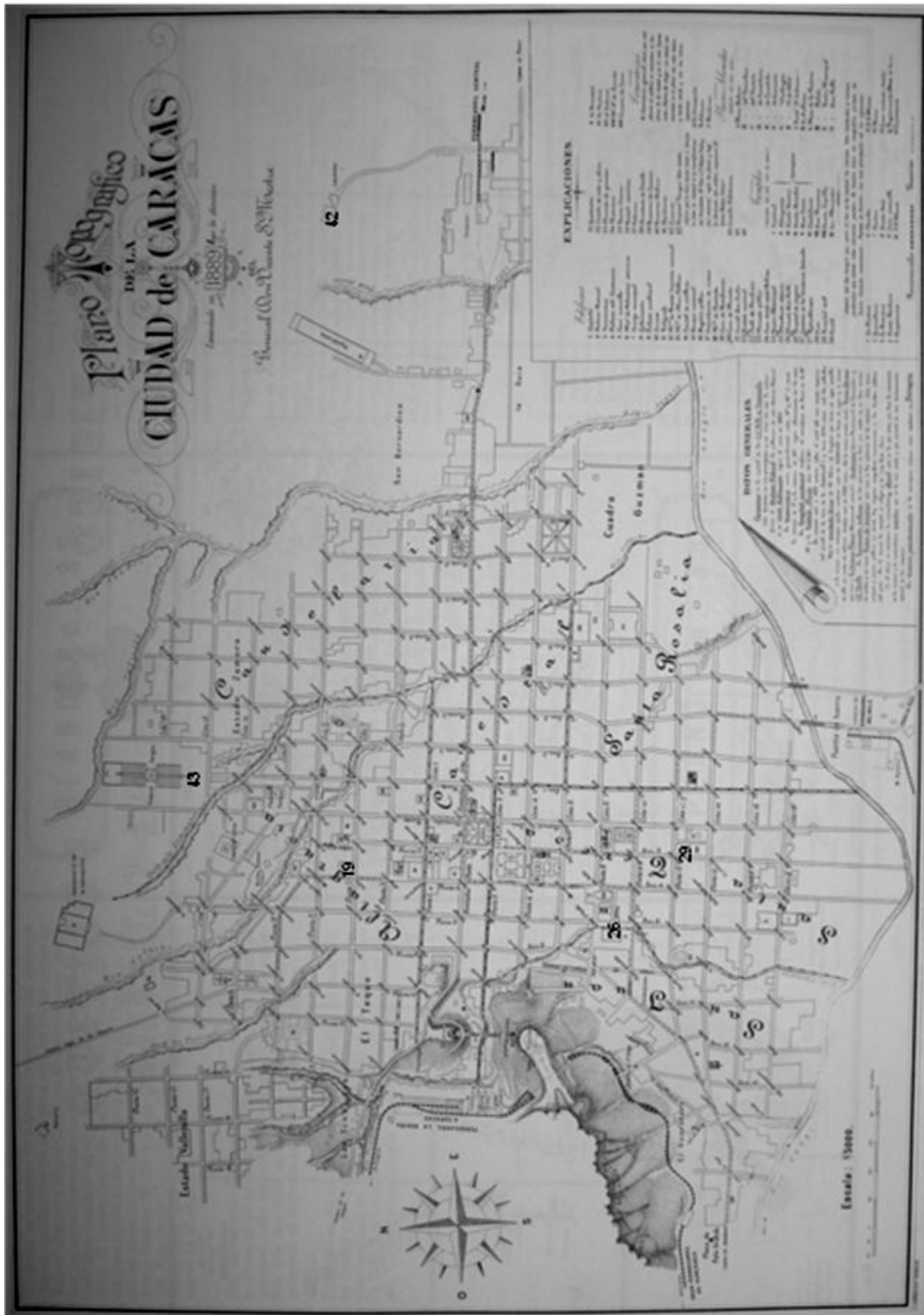


Figura 86. Hospital Vargas. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1930-31). *Memoria y Cuenta*. Planos. Plano No. 67.

Los hospitales que se mantuvieron en funcionamiento hasta finales del siglo XIX en Caracas fueron la Casa de Beneficencia, el Asilo de Huérfanos, el Hospital de Mujeres y el Lazareto, a los cuales se fueron incorporando al tejido urbano de Caracas el Hospital Civil y el Hospital Vargas. La mayor parte de las edificaciones asistenciales se concentraron hacia el sur de la plaza Bolívar, en la Parroquia San Juan, fue la zona ocupada por los hospitales para atender dolencia no contagiosas, mientras que alejados del centro se ubicaron los hospitales para contagiosos como el Lazareto y el Hospital Vargas. (Figura 87)



Leyenda (tomada del Plano Topográfico de la Ciudad de Caracas, 1889):

- 19 Casa de Beneficencia
- 22 Asilo de Huérfanos
- 26 Hospital de Mujeres
- 29 Hospital Civil
- 42 Lazareto
- 43 Hospital Vargas

Figura 87. Plano Topográfico de la Ciudad de Caracas, 1889. Plano No. 33. DE-SOLA RICARDO, Irma. (1967). *Contribución al estudio de los planos de Caracas*, p. 92.

En el interior del país funcionó el Hospital de la Caridad en Valencia. Se ubicó en un edificio colonial de 1769, cuando Monseñor Don Antonio Diez Madroñero ordenó la construcción de una casa destinada a la reclusión de mujeres. Ocupó un área mayor a una hectárea y contó con ambientes de enfermería y capilla alineados a la calle Colombia. Detrás de ellos se extendió un amplio patio con arcadas de arcos rebajados sobre columnas toscanas. Funcionó más bien como un lugar para acumular enfermos, en un local insuficiente, sin camas, sin abrigo y sin el menor aseo, donde se dificultó curar a los enfermos, además de ser un foco de enfermedades endémicas e infecciones.

En la misma ciudad de Valencia funcionó el Asilo de Enajenados, inicialmente en un edificio con capacidad para 75 enfermos. A finales de los años treinta del siglo XIX fue clausurado por las malas condiciones de las instalaciones. El lugar fue descrito así: “no llena las condiciones más indispensables a tal fin, tanto por la falta de higiene, como por la carencia de celdas adecuadas a la reclusión de los dementes en una forma conveniente”²¹⁹

En Maracaibo se registró en 1774, luego de la visita del Obispo Martí, un hospital junto a la iglesia San Juan de Dios. Este edificio fue sustituido en el año 1862 por uno construido por la Junta de Fomento, a partir de la iniciativa de los habitantes de la ciudad. Diseñado por el arquitecto cubano Manuel Obando, el edificio fue ampliado entre 1879 y 1880, en 2 pisos con un anfiteatro anatómico, lo que indicó la introducción de la nueva función de los hospitales: escuela de medicina, siguiendo el esquema del Hospital Vargas de Caracas. **(Figura 88)**

²¹⁹ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 427.

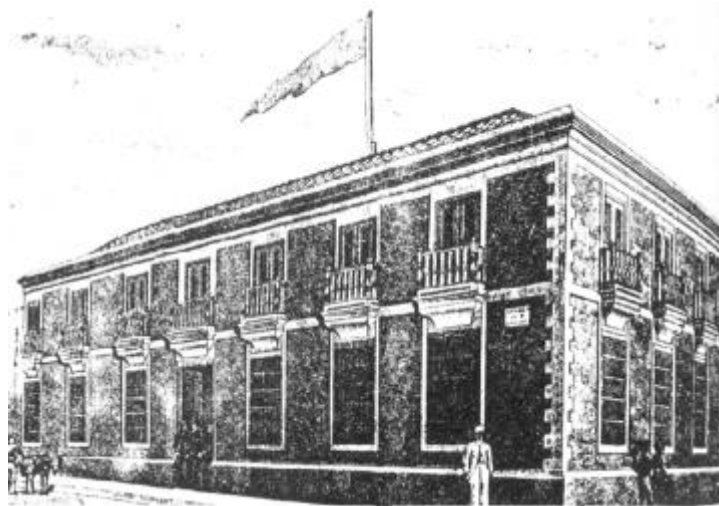


Figura 88. Hospital de San Juan de Dios, Maracaibo. 1864. Miguel Obando. **Fuente:** ZAWISZA, Leszek. (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*, tomo 2, p. 335.

Los enfermos mentales en la capital zuliana durante la colonia y los primeros años del siglo XIX no tenían un lugar donde ser atendidos, algunos permanecían en las calles o eran recibidos en los hospitales antes mencionados. En 1890 se comenzó la construcción del primer manicomio en la zona denominada Bella Vista por la firma Minlos & Brever, el Gobierno Nacional y la Municipalidad. Se realizó siguiendo el proyecto del ingeniero Aurelio Berones, siendo inaugurado finalmente en 1904.

El funcionamiento de este centro asistencial se logró por las inversiones que realizó la Junta de Beneficencia Pública del Estado. La reorganización de este primer manicomio contempló la ampliación de las dependencias, la incorporación de servicios especiales y la separación de las áreas de hospitalización en pacientes incurables y delincuentes. Permanecieron allí 305 enfermos, (110 mujeres y 195 hombres).

Fuera del centro urbano de la ciudad, en la Isla de Providencia, se construyó en 1831 el Hospital de Lazarinos. En la segunda mitad del siglo se

procedió a la construcción de nuevas instalaciones que quedaron terminadas en 1884; según las descripciones formaron un conjunto de edificios, entre ellos una casa para las hermanas de la Caridad (quienes estaban a cargo del establecimiento) y 34 casas de bahareque cubiertas de enea, con gabinetes de lectura para los enfermos. Otro de los edificios asistenciales fue el ubicado frente a la Plaza de la Concordia, el cual funcionó como casa de Beneficencia u Hospicio con capacidad para 7 camas, además de ser asilo para los viejos y los mendigos enfermos.

El programa de obras públicas de los tres gobiernos de Antonio Guzmán Blanco no contempló la construcción de hospitales, su política se dedicó al rescate de la higiene social. La asistencia médica en Venezuela desde el siglo XVII hasta el siglo XIX careció de una política de planes y programas específicos para atender el tema de la salud de sus habitantes. Las condiciones improvisadas de las edificaciones se mantuvieron hasta finales del siglo XIX, condiciones que obedecieron a la incipiente aplicación científica de la medicina. En los centros asistenciales se atendieron enfermedades que afectaron a la población en general. Fue así como las enfermedades mentales y centros especiales para su atención no constituyeron asunto prioritario.

II.2.3. Los edificios asistenciales para el aislamiento

Las primeras alternativas para aislar pacientes en los hospitales fueron disponer de pequeñas unidades aisladas y/o, utilizar una parte completa aislada del hospital general. Ambas opciones se mostraban vulnerables al contagio, no sólo de los pacientes, sino del personal involucrado en su atención.

La clasificación de edificaciones hospitalarias se formalizó como parte del Plan de construcción de Hospitales del MSAS de 1947; se planteó una gama de edificaciones asistenciales de heterogénea complejidad, no sólo por

la práctica proyectual sino por su planificación con relación a la praxis médica moderna.

Incluso entre los aspectos fundamentales para garantizar el cumplimiento de los nuevos esquemas era restituir a los enfermos en “sus actividades ciudadanas”²²⁰, fue por ello que las características arquitectónicas de los edificios especiales evolucionaron con la propuesta de espacios para la producción agrícola, artesanal, educativa, etc. Previamente la medicina realizó una clasificación de los tipos de enfermedades:

como las enfermedades mentales, que presentan cuadros agudos y casos crónicos válidos e inválidos. Los primeros, así como los afectados por otras enfermedades intercurrentes, requieren el Hospital; los casos crónicos inválidos, los niños, los leprosos tuberculosos o locos deben ser atendidos en un tipo de establecimiento diferente y más barato que el Hospital, los Asilos; mientras que los enfermos crónicos en capacidad de trabajo se atenderán en la sección “Colonia”, en donde a la vez que recibirán su tratamiento médico, tendrán la oportunidad de distraerse en labores adecuadas a su profesión u oficio y a su capacidad, con lo que se espera resolver uno de los problemas más serios planteados por el estado mental de estos enfermos: su permanente inconformidad; ya que la forma de vida que habrán de llevar en la Colonia se hará lo más semejante posible a la vida normal de las sociedades de sanos.²²¹

En este Plan propuesto por el MSAS fueron considerados los hospitales especiales para el aislamiento, como aquellos que se destinarían únicamente para la atención de tuberculosis, lepra y enfermedades mentales. Algunas diferencias se expresaron en la forma como se dispusieron estos edificios con relación a las propuestas de los países latinoamericanos y europeos; las condiciones climáticas fueron determinantes en los sistemas de ventilación utilizados: la ausencia de estaciones garantizó el aprovechamiento natural de

²²⁰ En: J. M Díaz de Rekarte y Cristóbal Marrero. “Aportación de los Sanatorios Antituberculosos de la Junta de Beneficencia del Distrito Federal a la lucha antituberculosa nacional”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. (1944). Vol. IX, agosto-octubre, Nros. 4 y 5, p. 1055.

²²¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y cuenta*, p. XVI.

la ventilación en los sanatorios especiales construidos en el país, mientras que en el resto de países se recurrió al uso de ventilación artificial ya ensayado en Estados Unidos como una forma de garantizar la circulación del aire en condiciones climáticas extremas.

De cualquier manera en Venezuela la selección de las zonas de montaña y costeras fue uno de los criterios que prevaleció en la ubicación de los edificios para el aislamiento. Una nueva concepción del espacio en la modernidad lo “lleva a un agrandamiento consciente de nuestras maneras de percibirlo”²²²; así el espacio debió estar en consonancia con la función y desencadenó en el planteamiento de proyectar el “lugar sin lugar” en un “ambiente alegre y quieto. El edificio debe ser de diseño y construcción sencillos”²²³, en propuestas arquitectónicas básicas, en las cuales se tomaban en cuenta los requerimientos de funcionalidad en correlato con las condiciones que las obras públicas debían representar en el mundo moderno.

Los enfermos con lepra de diferentes regiones del país, por muchos años fueron atendidos en los Leprocomios de Cabo Blanco (Litoral Central) y de la Isla de Providencia (Maracaibo). En la medida que la organización institucional del MSAS se consolidó, fueron intervenidos ambos edificios con el fin de aumentar su capacidad y la infraestructura de servicios.²²⁴

Posteriormente para la atención de la lepra se utilizó la moderna tipología de colonia agrícola. Los viejos hospitales y asilos fueron destinados

²²² Tomado de GONZÁLEZ, Lorenzo (1997). *Modernidad y la ciudad: Caracas 1935-1958*, p. 10. Traducción Lorenzo González.

²²³ ROSENFELD, I., *Op. cit*, p. 236.

²²⁴ Las inversiones que se realizaron durante el gobierno de Isaías Medina Angarita en el año 1944 contemplaron trabajos de mejoramiento del Leprocomio de Cabo Blanco, entre ellos reparación y conservación de edificios, acueductos, cloacas, alumbrados y cerca. Ese mismo año en el Leprocomio de Providencia se habilitaron espacios para escuelas primarias de varones y hembras, talleres de costuras, se repararon los edificios, las tuberías de agua, los colectores de aguas de lluvia, cloacas, ramales, etc. VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y cuenta*, pp. 339, 341.

para “aquellos pacientes que por su edad o por las mutilaciones que les dejó la enfermedad por no haber sido atendidos a tiempo, no estén en condiciones de vivir en sociedad”²²⁵. Con este tipo de establecimiento se favoreció la curación de la enfermedad al tiempo de incorporar al paciente en actividades productivas para él y la sociedad; adicionalmente los dispensarios continuarían con la labor de control y profilaxis de la enfermedad.

La creación de la colonia agrícola como centro de atención para leprosos tienen su origen desde que la definición de Leproserías Nacionales fue explícita en su reglamento de diciembre de 1939, como: “establecimientos destinados a aislar y tratar enfermos atacados de lepra”²²⁶

Esta condición fue atendida por los arquitectos proyectistas durante la modernización. El número de enfermos por lepra en el año 1941 estaba entre 6.000 y 8.000 leprosos, y de esta cantidad, los reclusos en alguna leprosería nacional osciló alrededor de 1.350 enfermos. Los estados con mayor cantidad de enfermos fueron los andinos: Táchira, Mérida y Trujillo. En cada uno de ellos la atención primaria se realizó a partir de los dispensarios para luego ser remitidos al Dispensario Central para “ser examinados, fichados y así tratados debidamente”²²⁷.

El sanatorio antileproso fue definido como “una institución para la asistencia médica de lepra en tratamiento que obligue a mantenerlo en reposo y hospitalización durante largos períodos de tiempo, y para el tratamiento de las interurrencias médicas y quirúrgicas tanto de los pacientes del hospital propiamente como de los asilos”²²⁸. Las condiciones que debieron tener este

²²⁵ VEGAS, Martín. “Como se adquiere la lepra”, en: *Semana de la lepra 1941*. (1943), p. 10.

²²⁶ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1967). *Legislación Sanitaria Nacional. Acuerdos, leyes, decretos, reglamentos y resoluciones sobre sanidad nacional*. Vol. II, 809. (Subrayado nuestro).

²²⁷ CARDENAS BECERRA, Héctor. “Necesidad de los dispensarios antileprosos”. *Semana de la lepra 1941*. (1943), p. 171.

²²⁸ SOTO-RIVERA, Jorge. (1955). *Documentos de la Comisión Programadora de Edificaciones Sanitarias 1951-1955*, p. 323.

tipo de centros asistenciales fueron descritas por Jacinto Convit en comunicación al Instituto de Hospitales del MSAS en 1954, allí se propone para el Programa del Sanatorio Antileproso Central: “hectáreas planas (...) alejados de Caracas más de una hora; además de no estar a orilla de una carretera principal, sino unida a ella por carretera de penetración, poseer agua suficiente, arbolado, etc.”²²⁹

La infraestructura para la atención de la lepra estuvo condicionada al éxito de las campañas antileprosas (vacunación con B.C.G.). Los resultados arrojaron el control de los pacientes con vigilancia y atención en dispensarios ubicados en zonas leprógenas, por lo que la internación y aislamiento en instituciones especiales fue sustituido paulatinamente y con ello la necesidad de una infraestructura especial para ello.

Los pacientes con tuberculosis fueron atendidos en edificios reconocidos como parte fundamental para el tratamiento y la sanación. En la primera mitad del siglo XX la proyección de los sanatorios antituberculosos debió atender un complejo programa de funciones nunca antes desarrolladas en un edificio de este tipo. Es decir, “El sanatorio moderno no es aquel hotel de vida pasiva, cuyo tratamiento sólo consistía en engordar a los enfermos y lograrles una curación “clínica”, en la que nunca creímos con tales sistemas.”²³⁰

La lucha antituberculosa se reforzó con la construcción de los sanatorios como los lugares donde se realizaría el último esfuerzo para la atención de la enfermedad:

la lucha antituberculosa sin sanatorios es no solamente incompleta sino difícilísima, ya que los inconvenientes que surgen a cada paso por la falta de camas en donde hospitalizar los enfermos se traduce en una pérdida de tiempo considerable²³¹

²²⁹ *Ibid.*, p. 179.

²³⁰ “Tuberculosis”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. XIV, octubre 1940, No. 5, p. 1107.

²³¹ “Tuberculosis”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social* (1940). Vol. XIV, octubre, No. 5, p. 1106.

Además, la tuberculosis fue atendida como parte de la Medicina Preventiva:

Siendo fundamentalmente la riqueza de un país la suma de esfuerzos del trabajo de sus hombres, la incidencia de la enfermedad tiene por lo menos, desde luego, la misma importancia que ella tiene en los medios industriales (...) La lucha radical contra la tuberculosis también desborda el campo de la Medicina Preventiva, pues se basa en la elevación del “standard de vida” (...) Esta es, no obstante, necesaria, pues influye la mortalidad, y la rehabilitación rápida que procura al tuberculoso permitiéndole trabajar, ayuda a disminuir la carga económica que supone un número considerable de enfermos inactivados por su mal²³²

La campaña contra esta enfermedad fue una de las más exitosas a nivel nacional, la ubicación primaria en la red de edificios para la atención de la enfermedad, tanto dispensarios como sanatorios fueron “puntos clave en la malla de servicios destinados a combatirla [de tal manera que] fueron aumentado a 26 con la creación de nuevos, llegándose en esta forma a cubrir un total de población urbana y peri-urbana de 2.300.000 habitantes aproximadamente”²³³.

Para la atención de los enfermos mentales estaban claros los objetivos en la institucionalización de la asistencia psiquiátrica en el país: luchar en la transformación de las prácticas curativas a los enfermos mentales y, mejorar la infraestructura, la disponibilidad de camas, vestido, alimentos y personal destinado para la atención de los enfermos (enfermeras y médicos). Para ello “El 24 de julio de 1926 se decretó la construcción de un manicomio moderno en el Distrito Federal, capaz de alojar con el debido confort la ya numerosa

²³² En: Darío Curiel (1949). *Panorama reducido de los principales problemas sanitarios de Venezuela (I)*. Revista de Sanidad y Asistencia Social. Vol. XIX, mayo-agosto, Nros. 3 y 4, p. 772 y 778.

²³³ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1948-1952). *Memoria*, p. II.

población de los enfermos mentales y en donde a la par se pudiese realizar su tratamiento en consonancia con los avances de la ciencia”²³⁴.

Posteriormente, se recurrió a la tipología de colonia psiquiátrica, porque contaba con espacios que permitían la movilidad del paciente bajo vigilancia y sin sistemas de coerción como las cadenas y el encierro. Allí fue utilizada “una habitación sencilla y no muy grande donde pueda aislarse y tener cierta sensación de independencia”²³⁵. De acuerdo al tratamiento, el paciente tendría la libertad para “realizar algún trabajo o para hacer vida social”²³⁶, fueron propuestas habitaciones donde se realizaban ejercicios sencillos como el juego de pelota; pequeños talleres incluidos en la sala donde se realicen trabajos de pintura, modelado, dibujo, manufactura de objetos pequeños en papel, y, otros más grandes donde con utensilios más complejos se construyan piezas en hierro y madera. La terapia de escenificar la propia locura frente a la contemplación de otros, propicio la disposición de un lugar especial: el teatro. Todos estos espacios y lugares tenían como objetivo crear ambientes óptimos para los médicos y demás personal, acordes para el restablecimiento de la salud, al tiempo que facilitar los sistemas de vigilancia y control.

Los primeros planteamientos para aislar a los pacientes con enfermedades especiales fueron evolucionando durante el proceso de modernización venezolana iniciado en los años treinta. Los edificios para el aislamiento compartieron el escenario con otros equipamientos colectivos como carreteras, viviendas, escuelas y hospitales generales.

²³⁴ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, pp. 402-403.

²³⁵ BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P., *Op. cit.*, p. 11.

²³⁶ *Ibid.*, p. 12.

II.3. Equipamientos colectivos en la modernización venezolana

Cuando en la gran ciudad se hicieron visibles los rasgos de desorden y descontrol el Estado moderno a partir de las políticas de los gobiernos ideó proyectos “utópicos” con los cuales procuraron el control y la organización tanto del espacio como del comportamiento de sus habitantes. Surgieron así, reglamentaciones, nuevas formas de organización urbana, reestructuración de las viejas formas, todos con dispositivos propuestos a partir de programas racionales. Este fue un proceso que se inició en la Europa de los siglos XVIII y XIX, y que tuvo eco en los países latinoamericanos a finales del XIX y principios del XX.

Desde mediados de los años treinta del siglo XX las formas de vida metropolitana repercutieron en las relaciones de la sociedad con las edificaciones, cuando éstas asumieron en el paisaje urbano con rigor el carácter de equipamientos colectivos en el territorio. Con ello se inició una nueva forma de hacer arquitectura, articulada con las diligencias propias de un Estado moderno al servicio de las masas y solícito de ser representado en el objeto construido.

La producción de edificaciones siempre ha tenido un rol muy activo en la manifestación de lo simbólico en diversos sectores de la sociedad. Con la arquitectura se devela el nivel de modernización que pretendieron alcanzar los países:

Después de la II Guerra los líderes latinoamericanos retomaron esta relación entre progreso material y nueva arquitectura, pero invirtiendo la relación causa-efecto. La nueva arquitectura no es el resultado de las condiciones materiales preexistentes, sino la propulsora de su modernización. Promueve el avance del cálculo estructural y otras ciencias, así como el uso del hormigón armado y otras técnicas. Por lo mismo tensiona el desarrollo económico y social de sus países²³⁷

²³⁷ BROWNE. E., *Op. cit.*, pp. 19, 20.

Durante los años de entreguerras los centros urbanos venezolanos más importantes experimentaron cambios significativos en su morfología urbana. La apertura económica que ofreció el desarrollo de la industria petrolera, es decir, la sustitución del carácter agro-exportador tradicional de la economía venezolana por un desarrollo fiscalista basado en la renta petrolera formó un cuadro favorable para emprender inversiones urbanas. La estructura bucólica de la Venezuela provinciana comenzó a ser desplazada paulatinamente por algunos rasgos de una sociedad moderna.

La construcción de equipamientos colectivos respondió a una violenta migración desde el campo a la ciudad, con lo cual se intensificó el proceso de transición hacia la formación de la metrópoli amparada por la modernización de actividades educativas, culturales y de servicios. Estos equipamientos fueron respaldados por diferentes programas de los gobiernos durante la modernización, con ellos se dieron los primeros pasos para demostrar la debilidad del antiguo régimen gomecista y se trazó el camino hacia el “aprendizaje democrático [para] entender el gran cambio de los tiempos.”²³⁸

El éxito de la construcción de carreteras, edificios escolares, organizaciones habitaciones modernas y edificaciones para salud se explican a partir de la nueva función que advierte la formación de la metrópoli: la ciudad es el lugar de la producción, la circulación, la distribución de los bienes y servicios, o lo que definió George Simmel como “el lugar del triunfo absoluto de la economía monetaria”²³⁹ con lo cual se sustituyeron las creencias, las tradiciones y las memorias compartidas, lo que fue considerado como “el equilibrio del hombre y de sus construcciones, particularidades del territorio simbólico”²⁴⁰.

²³⁸ VELAZQUEZ, Ramón J. “Aspectos de la evolución política de Venezuela en el último medio siglo”, en: *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1976*. (1979), p. 36.

²³⁹ LIERNUR, J. F., *Op. cit.*, p. 96.

²⁴⁰ LION MURARD, F. F. *Op. cit.*, p. 24.

Venezuela al igual que países como Argentina, Brasil y México, persiguió alcanzar la utopía urbana. Proyectar la ciudad moderna, a partir de idealizarla como el lugar de la recuperación de lo perdido, producto de las intensas actividades propias de la incipiente economía capitalista. La transformación propuesta “resolvería, de una vez para siempre, los conflictos y contradicciones de las ciudades industriales”²⁴¹. Junto con un proceso racional de valoración y de evaluación de la salud en su dimensión social existieron otros problemas que debieron ser resueltos en aquella idealización y que asumieron la forma de equipamientos colectivos.

En la vida moderna venezolana estos equipamientos que conforman la gran ciudad son identificables. En cada una de las referencias que a continuación se presentan se construyó, de forma independiente, estructuras organizativas, identidades, criterios diferentes que deshacen la condición de la gran ciudad como agrupadora de todos.

- **Las carreteras**

Se inauguró desde 1925 la carretera Trasandina al concluirse 1.185 kilómetros que conectaban los diferentes caminos preexistentes en los estados Andinos del País. Desde 1937 se construyó la carretera de Occidente, se realizaron importantes puentes en los tramos de Barinas, Portuguesa y Cojedes, que mejoraban su recorrido con estructura metálica que permitían el paso en doble vía sobre los ríos ubicados en estos estados; que la carretera de Oriente desde 1939 fue alargada hasta 500 kilómetros con los que se alcanzó la comunicación con Caracas.

Como parte del Plan Preliminar de Vialidad de 1947 se construyó la autopista Caracas-La Guaira, con las modernas técnicas constructivas y de

²⁴¹ BULLRICH, Francisco. (1969). *Nuevos caminos de la arquitectura latinoamericana*, p.35.

cálculos de ingeniería. Entre grandes movimientos de tierra, se construyeron el túnel Boquerón de 1.800 metros de longitud, con novedosos sistemas de ventilación e iluminación y el Viaducto 1, de 302 metros de largo sobre un arco central de 152 metros de luz y una altura de 70 metros. Al tiempo que se construyó el tramo Caracas-La Guaira, se ejecutó la autopista Regional del Centro para comunicar a Caracas con Maracay y Valencia, la autopista Valencia-Puerto Cabello y el asfaltado de las viejas carreteras que comunicaban estas dos ciudades, Caracas-Puerto Cabello y a la Encrucijada y San Juan de los Morros.

En los años cincuenta se construyó la autopista Tejerías-Valencia, Tejerías-Coche; la proyección y los estudios para construir el Puente sobre el lago de Maracaibo con una longitud de 8.687 metros, una altura de 45 metros sobre el nivel del lago. La construcción de la carretera Panamericana entre San Fernando de Apure y Ciudad Bolívar.

• De la Ciudad Jardín a la Unidad Vecinal

Entre los primeros ensayos modernos se pueden mencionar el proyecto de San Agustín del Sur (1928) en el propio ensanche de Caracas, allí se aplicaron los criterios constructivos y tipológicos de las viviendas obreras en Londres en el siglo XIX ubicadas en la periferia, alejadas de los espacios urbanos y del centro de la ciudad. Es decir, se formuló toda una operación proyectual que consideró la baja densidad, la higiene como alternativa urbanística “tranquilizante” frente a los conflictos de la gran ciudad. La idea era fragmentar la manzana, abandonando el modelo de expansión del ensanche de forma ordenada, reglamentada y racional de la ciudad.

Otro de los ensayos fue la Urbanización Bella Vista (1937), ubicada en el oeste de Caracas y organizada a partir de variadas opciones de modelos de vivienda; la Urbanización Pro-Patria (1939), del arquitecto Carlos Gui-

nand, en donde 300 viviendas idénticas fueron distribuidas en torno a un espacio central comunitario formado por la plaza, la iglesia, la biblioteca y la casa del obrero.

Entre 1941 y 1945 a través del BO y mediante la intervención del MOP se realizó el proyecto de la re-urbanización del El Silencio. Promovido por los programas estatales, el arquitecto Carlos Raúl Villanueva lo proyectó como una operación urbana para el saneamiento social de un sector de la población humilde (obreros y prostitutas) a través de una solución arquitectónica, que podría considerarse pedagógica, con la cual se indujo relaciones sociales y familiares saludables, higiénicas acorde con los valores culturales y articuladas con la planificación del Estado en materia de vivienda.

Mediante el Plan Nacional de Vivienda (1951-1955) se construyeron Unidades Vecinales, Unidades Cooperativas y Comunidades. Como ejemplo de esta variedad arquitectónica está la Unidad de Habitación El Paraíso, inaugurada en 1956. Los arquitectos Villanueva y Cepero, autores del proyecto, ensayaron un modelo “universal” aplicado en la arquitectura del conjunto habitacional. En tres superbloques para albergar a 1.120 personas (de los cuales uno solo de ellos fue construido) se ensayó una moderna distribución de apartamentos, con servicios en el techo-jardín y en la planta baja.

• De las Escuelas a la Ciudad Universitaria

El proceso de modernización en la organización de la educación en la primera mitad del siglo XX tuvo su correlato construido, las modernas políticas de educación debieron contar con la infraestructura acorde para el desarrollo del sistema puesto en práctica. Se construyeron edificios escolares en todo el territorio nacional, con los cuales el nuevo sistema educativo se apoyó para formar un aparato capacitado para normar, moralizar, uniformar y organizar la enseñanza. El primer paso fue la construcción de 600 escuelas

rurales mediante decreto presidencial del gobierno de López Contreras, lo que implicó la formación de los primeros edificios que tejieron una red escolar en todo el territorio nacional.

Uno de los primeros proyectos que sirvieron de modelo para lo que posteriormente se construyó fue la Escuela Experimental Venezuela (1937-1939) de la autoría de Herman Blasser²⁴² en donde se utilizó espacios iluminados adecuadamente y amplios pasillos y se incorporó la vivienda del director en el grupo de edificios.

Carlos Raúl Villanueva, en una operación que interpretó los planteamientos del nuevo ciclo en la educación durante el gobierno de López Contreras, proyectó la Escuela Gran Colombia (1939). El edificio atendiendo los nuevos postulados pedagógicos muestra, en la fachada de volúmenes sólidos y cerrados hacia la calle, la responsabilidad que adquirió el Estado con la educación de los menores. El manejo espacial y formal del edificio da cuenta de que la educación se desarrollaría detrás de la fachada, en modernos espacios que estimulan la creatividad de los niños. La propuesta de Villanueva atendió las condiciones que impuso la nueva ideología educativa; el tradicional sistema desarrollado en viejas casonas e iglesias, impartido por la familia y las “maestras” fue sustituido por una organización moderna del espacio de

²⁴² Herman Blasser (1900-¿?) ingeniero suizo residenciado en Venezuela, desde su llegada al país dedicó parte de su carrera profesional, entre los años 30 y 50, a proyectar desde la Sala Técnica de la División de Edificios del MOP, en especial edificaciones escolares; profesor de Dibujo Técnico de la Escuela de Arquitectura de la Universidad Central (1950-1953). Entre los proyectos más importantes se encuentra el Kindergarten en San Cristóbal, el Liceo de la Universidad del Zulia. Junto con Carlos Raúl Villanueva participó en los proyectos del Hospital tipo “A” (no construido), el internado de orientación Buena Vista en los Teques (1940-1942), el Velódromo “Teo Capriles” en la Vega (1951). Ver: COLLAZO PLATA, Patricia. (2011). *La Arquitectura de la Escuela Nueva en Venezuela. “La Escuela Experimental Venezuela”. 1937-1938*, pp. 66-72. Se hace referencia al trabajo de ascenso, no publicado, de la arquitecta Collazo por ser una de las pocas referencias localizadas sobre el arquitecto Blasser; la historiografía de la arquitectura y el urbanismo venezolano no ha reseñado suficientemente la producción para la arquitectura moderna de esta personalidad.

“aula abierta”, suprimiendo los cerramientos de los salones de clase y abriendo estos hacia corredores o balcones, en una suerte de interpretación al también moderno sistema de contenidos cívicos, culturales y de higiene. En el edificio se muestra un deliberado propósito funcional de la arquitectura como dispositivo pedagógico.

Por su parte, el arquitecto Luis Malaussena²⁴³ proyectó la Escuela Normal Miguel Antonio Caro (1943 -1946). La organización de este conjunto urbano educativo se fundamentó en la distribución de pabellones con patios internos formados entre ellos. Además de los mencionados edificios, como parte de las obras públicas más significativas en la modernización venezolana que amalgamó los objetivos de planificación y los planes para la educación están los Grupos Escolares. Malaussena proyectó en la Oficina Técnica del MOP un conjunto de edificaciones educacionales a nivel nacional, con el objeto de complementar la red escolar iniciada durante el gobierno de López Contreras.

La propuesta arquitectónica da cuenta de una tipificación de los edificios, separando los espacios para varones y hembras, distribuidos de forma simétrica, con otros comunes para ambos grupos como la biblioteca, el comedor y el auditorio, dispuesto este último para uso de toda la comunidad. La propuesta del arquitecto Malaussena se repitió en los Grupos Escolares, se tomó en cuenta en el conjunto educacional la vivienda del director.

²⁴³ Luis Malaussena (1900-1963) caraqueño, arquitecto de la *Ecole Speciale d'Architecture* de la París. Profesor de Diseño de la Escuela de Arquitectura de la Universidad Central de Venezuela (1944), director de la mencionada Escuela entre 1946 y 1950. Formó parte del personal técnico del Ministerio de Obras Públicas, logro representar la diferencia del carácter moderno y nacional en el objeto edificado. Indiferente ante los desafíos metropolitanos de gestión urbana y de pérdida de aura del objeto arquitectónico, insiste en la renovación del vocabulario ecléctico. Proyectistas de varias residencias en la urbanización el Paraíso, el Teatro de la Opera en Maracay (1934), el Liceo Fermín Toro (1939), entre otros. Ver: ARELLANO, Alfonso. (2001). *Arquitectura y urbanismos modernos en Venezuela y en El Táchira 1930-2000*, pp. 106- 107; 133-135.

El funcionamiento de las universidades no se había realizado en locales adecuados. La universidad caraqueña tenía como sede el antiguo convento de San Francisco y algunas de sus facultades funcionaron en el Liceo Andrés Bello y en el trapiche de la Hacienda Ibarra. Fue durante el gobierno de Isaías Medina Angarita que se dinamizó de forma contundente la enseñanza universitaria.

Uno de los acontecimientos más importantes para la educación superior fue la creación de la Ciudad Universitaria de Caracas en 1943, en los terrenos de la mencionada Hacienda Ibarra. La proyección y construcción de este conjunto urbano universitario se produjo entre 1944 y 1958, bajo la concepción de *campus* del arquitecto Carlos Raúl Villanueva, junto con los ingenieros Armando Vegas, Guillermo Herrera, Juancho Otahola y Oscar Benedetti.

Villanueva ubicó en el *campus* dispersos edificios independientes para cada facultad, conectados mediante un sistema de comunicación vehicular y peatonal, este último con caminerías techadas en estructuras mixtas de concreto armado y pre comprimido de formas curvadas, plegadas y corrugadas. Las facultades, rodeadas de jardines con vegetación tropical, fueron amalgamadas por una vía principal periférica, y arquitectónicamente fueron unificadas a través de modernos elementos arquitectónicos de acondicionamiento ambiental, el concreto en elementos estructurales a la vista, el color en las fachadas y el uso de obras de arte a partir de la convocatoria de artista nacionales e internacionales.

La Ciudad Universitaria se realizó de forma continua durante los gobiernos de la Junta Revolucionaria, Rómulo Gallegos y La Junta Militar. La continuidad del proyecto de modernización permitió que la matrícula universitaria alcanzara en 1948 los 6.000 estudiantes distribuidos en las universidades Central, Los Andes y Zulia, cuadruplicando la matrícula existente en la década anterior.

• Los hospitales planificados

Desde que Enrique Tejera asumió las riendas del MSAS en 1936 se inició la construcción de una red hospitalaria en todo el territorio nacional y la superación “de criterios técnicos propia del considerar al hospital como un institución graciosa de beneficencia y no como una institución sanitaria de derecho”²⁴⁴. Antes de este año la infraestructura hospitalaria estaba fragmentada en oficinas de sanidad en algunas de las principales ciudades, en la Dirección de Sanidad del Distrito Federal y en algunas responsabilidades asumidas por los estados, las municipalidades o entidades privadas.

Como parte de estos edificios asistenciales se encontraban los hospitales generales y especiales. Estos edificios constituyeron códigos producto de la modernización, entre los que vale la pena reconocer la forma como se produce la dialéctica entre racionalización, urbanización, industria y nacionalismo, en tanto ella encuentra una expresión en la arquitectura. La arquitectura hospitalaria se propuso acertadamente en respuesta a la modernización y a la voluntad de construir una red que atendiera, junto con los edificios, el reconocimiento del clima, de la demografía, de la estadística, de la higiene e, incluso, de los mecanismos disciplinarios.

Algunos de los proyectos construidos desde 1936 fueron el Hospital Naval, los sanatorios antituberculosos de Caracas, Maracaibo y la Escuela de Enfermeras, al tiempo que acondicionaron los hospitales en las ciudades del interior. Se proyectó el Hospital Clínico y la Facultad de Medicina en la Universidad Central de Venezuela. En 1941 se construyó el Hospital de Valencia con la particularidad de ser planificado y técnicamente programado, por lo tanto uno de los hospitales modernos del país; en ese mismo año se

²⁴⁴ ANGULO, L; URDANETA, F; GARCIA MALDONADO, L. (1957). “Revisión de los procedimientos de coordinación dentro de la red hospitalaria”. *I Congreso Venezolano de Salud Pública y III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias*. 19 – 25 de noviembre 1956, p. 824.

construyeron el Hospital de Niños y el Manicomio de Catia en Caracas; el Hospital José Gregorio Hernández en Cotiza. En Maracaibo se construyó el Hospital Coromoto. La continuidad del proyecto para salud permitió que se construyeran otros hospitales, entre ellos en 1945 el Hospital Ortopédico Infantil; en 1947 el Hospital Municipal Rísquez en Cotiza.

La construcción de edificaciones hospitalarias por parte del Estado se realizó mediante una red hospitalaria, entre los objetivos estaba controlar y vigilar las condiciones de salud de la población, constituir un mecanismo para la coordinación y la planificación, así como articular los estudios profesionales de arquitectos, ingenieros y médicos.

II.3.1. Red hospitalaria y lugares para la salud

La propuesta de la red hospitalaria fue un instrumento moderno de organización del Estado, fue una forma de establecer un orden y algunos códigos sociales, reglas de comportamiento en una parte de la población; con la construcción de la red se formularon procedimientos médicos bajo la supervisión de funcionarios que sustituyeron viejos tratamientos que incluían castigos, torturas, estrictas disciplinas, entre otros.

La red hospitalaria se tejió con el objetivo de responder a los altos porcentajes de población enferma a través de la integración y la formación de centros asistenciales de manera planificada. Es decir, atender todos los niveles de enfermedades como todos los sectores sociales afectados; clasificar las edificaciones asistenciales de acuerdo al tipo de asistencia y de enfermedad fue un mecanismo de adecuación e:

integración de los servicios en forma articulada y jerarquizada de modo que constituyan una red, de mallas tan tupidas como sea posible, para que puedan garantizar, en su completa unidad y coordinación funcional, que ningún venezolano, en ninguna circunstancia, se vea privado de los óptimos recursos de que la ciencia médica moderna, tanto preventiva

como curativa, dispone para evitar sufrimientos, invalideces y muertes.²⁴⁵

Además, fue un instrumento mediante el cual se respaldaron las gestiones de organización, de control y de disciplinamiento de la población por parte de un incipiente Estado; en la proyección de los lugares para la salud en la red surgió el concepto de “arquitectura hospitalaria” con lo que no sólo se demostró que las prácticas médicas alcanzarían la institucionalización, sino que el hospital:

ya no puede “*ser rutina y de tanteos*”, debe responder a múltiples preocupaciones: detener el contagio por la distribución de las salas y las camas, la circulación del aire, favorecer la disociación de los enfermos y las enfermedades, la vigilancia de los enfermos y el personal, mantener jerarquía de la mirada médica, tener en cuenta las necesidades de la población²⁴⁶

La División de Ingeniería Sanitaria fue la encargada de la construcción de los edificios de la red propuestos en planes y programas sanitarios. Realizó una programación especial; ejecutó proyectos de arquitectura en calidad de modelos que se produjeron en diferentes regiones del país, en los cuales se tomaron en cuenta los criterios de diseño, de cálculos y de tratamientos médicos producto de los avances de la ciencia.

Las propuestas arquitectónicas estaban diferenciadas de las de ingeniería, se estableció que “La Ingeniería Sanitaria es materia diferente de la Arquitectura Sanitaria”²⁴⁷. Con la aplicación de la Ingeniería Sanitaria se rea-

²⁴⁵ GUZMÁN DÍAZ, J. A. (1954). “Incorporación de las medicaturas rurales al trabajo integral de Salud Pública”. En: *Salud Pública*. Sociedad Venezolana de Salud Pública. Vol. I., No. 2, 1954, p. 231.

²⁴⁶ FOUCAULT, Michel. (2010). *El cuerpo utópico. Las heterotopias*, p. 47.

²⁴⁷ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, p. 5. Es recurrente en los textos oficiales, en los documentos y bibliografía general el uso del término “arquitectura sanitaria”, sin embargo; en este trabajo los términos utilizados son “arquitectura de hospitales”, “arquitectura hospitalaria”, “arquitectura para hospitales especiales”. El concepto de “sanitario” comprende un amplio abanico de op-

lizaron las intervenciones especiales sobre la ciudad y el territorio desde el punto de vista infraestructural. El tema de la salud pública consideró la ingeniería como una de las disciplinas fundamentales en tanto:

la Ingeniería de la Salud Pública, es la aplicación de las ciencias y las artes de la Ingeniería en la creación y conservación de condiciones físicas tendientes a una vida saludable y confortable. La Ingeniería Sanitaria propende, pues, al perfeccionamiento de las condiciones del ambiente en el cual el hombre desenvuelve sus actividades (...) el Ingeniero Sanitario labora por la solución de los problemas que afectan la salubridad del conglomerado social (...) Su interés está en todo lo que integra el medio ambiente; en la comunidad misma y no en sus habitantes en particular y aún cuando el hombre resulta ser el beneficiario directo de todo el bien que logre operarse, el trabajo no se realiza en él, sino en el ambiente físico que le rodea²⁴⁸

Las funciones de la División de Ingeniería Sanitaria en 1939 alcanzaron hasta el:

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 benéficos²⁴⁹.

Además 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 archi-

ciones que van desde el básico aseo en la ciudad hasta los planteamiento moderno de la ingeniería para el cálculo de tuberías, de drenajes, de puentes, como se ha referido anteriormente; podría considerarse como “sanitaria” cualquier intervención destinada al mejoramiento de las condiciones de la salud de la población, de desaseo en la ciudad, entre otros.

²⁴⁸ GUARDIA, Carlos. (1944). “La ingeniería sanitaria y la Salud Pública”. *Anales de la Universidad Central de Venezuela*. Año 30, No. 1, junio 1944, p. 128.

²⁴⁹ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, pp. 87, 88.

tectónico-sanitaria e intentar estudiar un tipo apropiado al medio venezolano²⁵⁰.

Junto con el MOP la División de Ingeniería Sanitaria construyó parte de la imagen urbana de las ciudades venezolanas, las cuales en la primera mitad del siglo XX progresaron al tiempo que se organizó la sociedad y las expresiones arquitectónicas dispuestas para ello. De las favorables condiciones económicas producto de las explotaciones petroleras resultó la “diferenciación de los diversos sectores de la vida social: política, economía, vida familiar, religión, arte”²⁵¹, la decadencia de las antiguas costumbres, la incipiente idea de lo *racional* y la consolidación de un Estado institucionalizado, promotor de los cambios y decidido a atender las masas de población que emigraron de los campos y otras naciones a las principales capitales.

Las actividades de esta División fueron compartidas con otros organismos por “la falta de personal especializado [que] obligaba a sacar esos trabajos fuera del alcance de la División”²⁵². La forma cómo el MSAS asumió el rol de proyectista, cuando éste había sido una atribución casi exclusiva del MOP, fue una de las fórmulas institucionales que el Estado moderno aplicó en la producción arquitectónica y en el planteo de la construcción de una nueva sociedad. El Ministerio cuyas funciones estaban directamente relacionadas con la asistencia médica y todo lo que ella implicó, tendría en sus recursos humanos (médicos, ingenieros y arquitectos sanitaristas) la experiencia necesaria, incluso, para abordar la elaboración de los proyectos de la infraestructura para su funcionamiento, apoyado en la vasta trayectoria de los proyectistas y la organización institucional del decimonónico MOP.

²⁵⁰ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, p. 3.

²⁵¹ TOURAINE, Alain. (2000). *Crítica de la modernidad*, p. 17.

²⁵² “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *Op. cit.*, p. 3.

Los planes de construcción de edificios asistenciales del MSAS fueron apoyados, evaluados y muchos de ellos ejecutados por el MOP. Como parte de la planificación se recurrió al intercambio de conocimiento profesional en diferentes campos el equipo estaba integrado por “médicos, arquitectos e ingenieros de los Ministerios de Sanidad y de Obras Públicas y un experto extranjero”²⁵³ y la colaboración directa de otros Ministerios.

A principio de los años cincuenta la red hospitalaria estaba organizada de la siguiente manera: hospitales oficiales y hospitales privados; hospitales generales “en donde se atiende todo tipo de enfermo agudo y ciertos tipos de crónicos, pero de donde quedan excluidos ciertas grandes categorías de crónicos: mentales, tuberculosos y leprosos”²⁵⁴ por atenderse en los hospitales especiales, dentro de la clasificación este tipo de centro asistencial no se considera oficial sino nacional, dependientes directamente del MSAS; en el año 1952 existían en el país solo ocho hospitales especiales privados con 261 camas, y solo para enfermos mentales en la ciudad de Caracas (**Cuadro 3**):

La proyección y construcción de este tipo de establecimiento “especial”, fue una respuesta del Estado moderno para garantizar la salud de la población en general “los hospitales para tuberculosos, para leprosos y para mentales han sido concebidos y manejados sobre una base regional, por lo que no se prestan a ser iniciados y creados por los Estados o los Municipios, ninguno de los cuales tiene población suficiente como para construir aisladamente una región desde el punto de vista de estas instituciones especiales. Cerca de 4.000 camas de tales hospitales especiales están en construcción y todas son nacionales bajo el Ministerio de Sanidad”²⁵⁵

En los programas para la proyección de los hospitales especiales se utilizó “el criterio sobre el número de camas necesarias [como] el resultado de

²⁵³ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio*, pp. 126, 149.

²⁵⁴ *Ibid.*, pp. 126, 155.

²⁵⁵ *Ibid.*, pp. 126, 160.

compulsar las ideas que sobre la materia existen en el mundo sanitario norteamericano con la experiencia nacional”²⁵⁶.

CUADRO N° 8
CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES ESPECIALES
VENEZUELA, 1952

	HOSPITALES		CAMAS	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
ANTITUBERCULOSOS	15	100%	2.211	100%
Nacionales	13	86.6	2.159	97.5
Estadales	2	13.4	52	2.5
PSIQUIATRICOS	18	100%	2.762	100%
Nacionales	5	27.7	2.229	80.5
Estadales	5	27.7	272	9.9
Privados	8	44.6	261	9.6
LEPROSERIAS	2	100%	1.680	100%
Nacionales	2	100%	1.680	100%
TOTALES	35 hosp. especiales		6.653 camas esp.	

Cuadro 3. Clasificación de los hospitales especiales, Venezuela, 1952. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela Informe presentado en 1953*, p. 158.

La distribución de hospitales especiales en 1952 indicó que la práctica privada se ejerció predominantemente en pacientes con insania. Si bien los avances de la medicina durante la modernización mejoraron las condiciones de las edificaciones y los tratamientos, también es cierto que la sociedad pudo continuar con viejos prejuicios. Hasta principios del siglo XX el paciente era recluido en hospitales públicos, donde se preservaba su identidad mientras se protegía del peligro que representaba para la familia y, en parte, para la sociedad; a mediados del siglo XX ya no representaba peligro (por los fármacos suministrados y las modernas terapias de control) pero si debía

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 162.

continuar preservándose su identidad y la existencia en el grupo familiar de un “loco”, que sólo podría garantizarla la atención privada.

En 1955 la continuidad de las políticas asistenciales consolidó la estructura organizativa de las edificaciones a partir de los programas asistenciales ensayados por los norteamericanos, con las particularidades propias de la densidad poblacional venezolana. La organización se propuso a partir de la “regionalización sanitaria” y “distritos” subordinados, lo cual permitió:

la articulación de los servicios locales dentro de una red orgánica de instituciones en la que cada servicio realizó funciones que son complementadas por otros de la misma zona sociodemográfica, aparecen así como los más racionales para impulsar el progreso de los servicios de salud pública en el medio rural, especialmente los que tienen relación con los cuidados médicos preventivos y curativos.²⁵⁷

Como parte de la red el distrito sanitario constituyó la forma más simple de organización, adoptado de acuerdo a la referencia norteamericana de “*multicounty health department* o el *city and county health department*”²⁵⁸. Varios distritos se reunieron en una unidad administrativa que se denominó Región Sanitaria, sin tener que referirse el término “región” a alguna específicamente, simplemente, fue autónoma como organización, ubicada en diversos estados del país en acuerdo con las gobernaciones para su administración y financiamiento.

Entre las funciones de los distritos estaban la atención médica general por especialidad y el diagnóstico de la tuberculosis para ser referida a los centros especializados. La ventaja de dividir el país en distritos además de ofrecer una mayor cobertura, era la facilidad de vigilar la aplicación proporcionada de los servicios, los recursos, la asistencia mutua profesional, la supervisión, el asesoramiento, los diagnósticos y la ubicación jerárquica de las

²⁵⁷ DIAZ GUZMAN, J. A. (1955). “La atención médica en el medio rural”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, p. 542.

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 543.

edificaciones hospitalarias que comprendían desde la Unidad Sanitaria hasta los Hospitales Especiales.

a. De la Unidad Sanitaria a los Hospitales Especiales

La primera estructura organizativa de los centros hospitalarios se realizó bajo la dirección técnica del MSAS desde 1936. Se inició otorgándole nuevas funciones a las **Unidades Sanitarias**, las cuales fueron ubicadas en la infraestructura hospitalaria existente en los centros poblados más importantes y que prestaron servicio a una tercera parte de la población.

La función básica de la Unidad Sanitaria, en áreas exclusivamente urbanas, fue preventiva y educativa, de esta manera con la educación se promocionaron los servicios preventivos y la democratización de la asistencia médica a partir del “derecho a la salud y por tanto *para todos*, sin distinción de raza, credo religioso o político, clase social o clase económica”²⁵⁹. En estos centros asistenciales se atendió de forma primaria la tuberculosis, junto con enfermedades venéreas, higiene y materno-infantil y se realizaron controles de enfermedades transmisibles crónica como la lepra. Se clasificaban de acuerdo a los servicios que prestaban y al personal médico disponible en el lugar: tipo A y B con personal médico especializados y tipo C con un solo médico jefe quien desarrollaba todas las actividades. Los sanatorios antituberculosos, cuya administración era función de la División de Tuberculosis, dependían del jefe del dispensario antituberculoso de la Unidad Sanitaria.

A continuación de las Unidades Sanitarias estaban las **Medicaturas Rurales**, ubicadas únicamente en zonas rurales, cubriendo la mitad de la población y con funciones de centro de asistencia médica curativa; adminis-

²⁵⁹ ANGULO, L; URDANETA, F; GARCIA MALDONADO, L. (1957). “Revisión de los procedimientos de coordinación dentro de la red hospitalaria”. I Congreso Venezolano de Salud Pública y III Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias. 19 – 25 de noviembre 1956, p. 827.

tratativamente dependientes del MSAS y de los gobiernos de las entidades federales.

En las Medicaturas el Ministerio garantizó la permanencia del “médico residente”, luego llamado “médico rural” en aquellas regiones que durante años carecían de servicios asistenciales. Correspondió a las medicaturas, de forma parcial, la atención primaria de los pacientes con lepra, mientras la División de Lepra se encargó del control de las zonas rurales a través del personal enviado desde la capital, Caracas.

El efectivo funcionamiento de las Medicaturas Rurales se manifestó en el establecimiento de 393 unidades en todo el territorio nacional, así como fue complementado con la instalación de 524 puestos de socorro o dispensarios rurales en caseríos de mayor población muy cercanos a ellas. **(Cuadro 4)**

CUADRO N° 3

SUPERFICIE, POBLACION Y DENSIDAD DEMOGRAFICA DE LAS ENTIDADES FEDERALES Y MEDICATURAS RURALES, POBLACION DEL AREA, PERSONAL MEDICO Y NUMERO DE DISPENSARIOS Y HOSPITALES ADSCRITOS.

VENEZUELA, 1951.

ENTIDADES FEDERALES	Superficie (Km.2)	(Censo 1950) Población	Habitantes por Km.2 (1)
Distrito Federal	1.930	700.149	362,8
Anzoátegui	45.300	238.082	5,5
Apure	76.500	84.806	1,1
Aragua	5.600	192.555	35,0
Barinas	35.300	80.505	2,3
Bolívar	238.000	122.114	0,5
Carabobo	4.650	243.159	52,7
Cajedes	14.800	52.022	3,5
Falcón	24.800	258.197	10,4
Guárico	66.400	163.505	2,5
Lara	19.500	370.030	18,7
Mérida	11.500	209.811	18,6
Miranda	7.930	277.761	34,9
Monagas	28.500	175.502	6,1
Nueva Esparta	1.150	76.035	66,1
Portuguesa	15.200	120.984	8,0
Sucre	11.800	335.296	28,3
Táchira	11.100	307.583	27,7
Trujillo	7.400	284.583	38,4
Yaracuy	7.100	132.790	18,7
Zulia	63.100	523.568	10,4
T. F. Amazonas	175.750	6.945	0,04
T. F. Delta Amacuro	40.200	30.957	0,8
Unidades Móviles (2)	—	—	—
TOTAL	912.050	4.984.917 (3)	5,5

- (1) Para los cálculos de densidad demográfica se ha excluido en las entidades correspondientes al área de los Lagos de Maracajó y Valencia.
 (2) Unidades Flotantes que recorren los Ríos Orinoco (2) y Apure.
 (3) Excluida la población (779 habitantes) de las Dependencias Federales.

CONTINUACIÓN CUADRO N° 3

ENTIDADES FEDERALES	Población del Área de las Medicaturas (1)		Número de Medicaturas	Número de Médicos
	Urbana (2)	Rural (3)		
Distrito Federal	7.725	14.635	5	5
Anzoátegui	30.515	56.159	26	28
Apure	10.485	34.307	13	14
Aragua	36.438	35.027	14	15
Barinas	15.670	43.585	17	20
Bolívar	15.512	27.366	14	14
Carabobo	28.833	48.508	18	18
Cajedes	10.520	27.894	9	9
Falcón	60.170	97.098	26	26
Guárico	37.064	49.181	17	17
Lara	34.055	174.392	28	31
Mérida	20.217	113.594	27	28
Miranda	42.355	103.344	26	27
Monagas	33.444	56.533	15	16
Nueva Esparta	27.520	34.065	18	18
Portuguesa	18.408	53.233	8	8
Sucre	41.297	104.459	23	25
Táchira	28.751	113.794	16	20
Trujillo	34.732	154.095	26	27
Yaracuy	23.465	68.580	15	18
Zulia	65.885	87.800	27	27
T. F. Amazonas	1.486	1.659	3	3
T. F. Delta Amacuro	1.921	4.786	2	2
Unidades Móviles (4)	—	—	3	3
TOTAL	655.056	1.306.310	386	419

- (1) Comprende la población (Censo 1950) de las Municipios en donde existen Medicaturas Rurales.
 (2) Población de los capitales o cabeceras de Municipios.
 (3) Población más o menos dispersa del resto de los Municipios.
 (4) Unidades Flotantes que recorren los Ríos Orinoco (2) y Apure.

Cuadro 4. Superficie, población y densidad demográfica de las entidades federales y medicaturas rurales, población del área, personal médico y número de dispensarios y hospitales adscritos. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1971). *Estudio de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela Informe presentado en 1953*, pp. 114, 115.

La Medicatura Rural hasta 1955 continuó siendo la célula más simple en la red orgánica de instituciones ubicada indistintamente en zonas urbanas y rurales, el ideario fue integrar “en una red única, articulada y jerarquizada, que permita irradiar hacia los centros rurales las facilidades de laboratorio, rayos X, inspección sanitaria, etc., existentes en los centros urbanos y canalizar hacia estos últimos.”²⁶⁰

²⁶⁰ DIAZ GUZMAN, J. A., “La atención médica en el medio rural”. *Op. cit.*, p. 548.

Seguidamente se encontraban los **Centros de Salud**, con una dirección única, ubicados en localidades rurales de mayor importancia integrando servicios médicos curativos y preventivos, denominados en conjunto como “asistencia médica integral” y con departamentos especializados. La inclusión de servicios médicos curativos hizo que en estos Centros de Salud se atendieran consultas externas, atención domiciliaria y hospitalización. Este tipo de edificación tenía como objetivo la integración de los servicios de las Unidades Sanitarias y Hospitales en lugares donde el mantenimiento de ambos edificios por separado resultaba costoso.

Las edificaciones dispuestas como Centros de Salud en el país, fueron proyectadas por el MOP a partir de un programa funcional realizado por el MSAS. En 1950 se construyó el primer Centro de Salud en Caucagua, estado Miranda, progresivamente en los estados Guárico, Aragua, Carabobo, Yaracuy, Monagas, Lara y Falcón se construyeron otros. **(Cuadro 5)**

CUADRO N° 4
CENTROS DE SALUD, POBLACION, PERSONAL, NUMERO DE CAMAS Y COSTOS
VENEZUELA, 1951

CENTROS DE SALUD	Población Urbana de la localidad	Población adicional influenciable (1)	PERSONAL										COSTO ANUAL Bs.		
			Médicos (2)	Odontólogos	Enfermeras (3)	Asistente de Enfermeras	Inspectoras	Laboratoristas	Personal administrativo	Personal doméstico	Total	Número de camas	Gobierno Federal	Estado	Total
San Sebastián	2.960	11.391	2	—	1	7	1	1	2	15	29	25	204.000	—	204.000
Guigüe	5.045	23.538	4	1	2	11	1	1	6	26	52	50	360.000	100.560	460.560
Altagracia de Orituco	7.142	11.532	4	1	3	10	1	1	6	16	42	50	360.000	—	360.000
Caucagua	3.939	60.886	4	1	2	11	1	1	5	23	48	50	360.000	12.000	372.000
Caripito (4)	13.929	25.815	4	—	1	7	1	1	3	4	21	25	180.000	82.200	262.200
Chivacoa	7.112	21.089	4	—	2	9	1	1	5	9	31	50	360.000	25.800	385.800
TOTAL:	40.127	154.251	22	3	11	55	6	6	27	93	223	250	1.824.000	220.560	2.044.560

(1) Comprende la población rural de la localidad y la urbana y rural del área de las Medicaturas Rurales adscritas al Centro.

(2) Todo a tiempo completo.

(3) Enfermeras Graduasdas.

(4) Su organización actualmente.

Cuadro 5. Centros de salud, población, personal, números de camas y costos. Venezuela, 1951. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela Informe presentado en 1953*, p. 130.

En la estructura hospitalaria establecida desde 1936 la proyección y construcción de los Centros de Salud fue una respuesta al ideario de progreso que caracterizó las primeras intervenciones del MSAS y del MOP. La consideración de espacios para la hospitalización hizo compleja la distribución y organización del edificio, en tanto supone nuevos requerimientos no exigidos por las Unidades Sanitarias y las Medicaturas Rurales, lo que explica que éstas últimas pudieran funcionar en espacios disponibles y no acondicionados especialmente para ello.

Los programas funcionales definitorios para los Centros de Salud consideraban el número de camas calculado a partir de una guía para ello, por lo que se formularon tres tipos correspondientes con 30, 50 y 75 camas. La ubicación de las Unidades Sanitarias, Medicaturas Rurales y Centros de Salud respondieron a las distancias entre los centros poblados donde se encontraban y las condiciones de los medios de comunicación (**Cuadro 6**):

El área de influencia de los Centros de Salud representa la de un hospital y una unidad sanitaria. La primera se extiende, del mismo modo que en las Medicaturas, hasta donde las vías de comunicación permitan el desplazamiento centrípeto de los enfermos; la segunda sigue siendo hasta ahora limitada a la localidad sede²⁶¹

²⁶¹ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio*, p. 127.

CUADRO N° 5

POBLACION URBANA Y RURAL DEL AREA DE LAS UNIDADES SANITARIAS, CENTROS DE SALUD Y MEDICATURAS RURALES, POR ENTIDADES FEDERALES.

VENIZUELA, 1951.

ENTIDADES FEDERALES	Población Censo 1950	Población urbana servida por Unidades Sanitarias y Centros de Salud	Porcentaje	Población urbana servida por Medicaturas Rurales
Distrito Federal	700.149	672.417	96.0	7.732
Anzoátegui	238.082	54.381	22.8	70.915
Apure	84.805	13.377	15.7	10.488
Aragua	182.555	90.177	49.8	36.838
Barinas	80.503	7.672	9.5	15.670
Bolívar	122.114	42.091	34.4	15.512
Carabobo	243.139	128.222	52.7	28.803
Cojedes	82.022	7.174	8.8	10.528
Falcón	238.157	28.307	11.9	50.170
Guárico	163.505	42.644	26.0	27.064
Lara	370.030	124.298	33.5	34.053
Mérida	209.811	31.275	14.9	20.217
Miranda	277.761	103.204 (1)	37.1	42.355
Monagas	175.302	39.279	22.3	33.444
Nueva Esparta	76.035	14.599	19.2	27.320
Portuguesa	120.984	24.188	20.0	18.408
Sucre	333.296	83.759	25.1	41.297
Táchira	307.583	81.274	26.4	28.751
Trujillo	284.583	38.275	13.4	34.732
Yaracuy	132.730	25.172	19.0	33.466
Zulia	523.560	292.751	55.9	63.859
Terr. Fed. Amazonas	6.945	2.928	42.2	1.460
T. F. Delta Amacuro	30.957	8.546	27.5	1.921
TOTALES:	4.984.925	1.935.950	39.2	665.054

(1) Parte de esta población es servida por la Unidad Sanitaria de Caracas.

CONTINUACION DEL CUADRO N° 5

ENTIDADES FEDERALES	Total de población urbana servida por Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Medicaturas Rurales	Porcentaje	Población rural del área de las Unidades Sanitarias y Centros de Salud
Distrito Federal	680.170	97.1	—
Anzoátegui	125.296	52.6	5.965
Apure	21.865	28.1	3.200
Aragua	127.015	66.0	25.155
Barinas	23.342	29.9	2.180
Bolívar	57.605	47.1	24.678
Carabobo	157.025	64.5	31.106
Cojedes	17.702	34.0	6.227
Falcón	80.477	34.2	1.413
Guárico	69.708	42.6	24.208
Lara	158.351	42.8	27.304
Mérida	51.492	24.5	10.567
Miranda	145.539	52.4	23.705
Monagas	72.723	41.4	38.460
Nueva Esparta	41.919	55.1	51
Portuguesa	42.596	35.2	8.629
Sucre	135.056	37.5	35.150
Táchira	140.025	35.7	51.046
Trujillo	73.007	25.6	23.596
Yaracuy	58.638	44.1	5.473
Zulia	356.620	66.1	57.509
Terr. Fed. Amazonas	4.388	63.1	890
Terr. Fed. Delta Amacuro	10.467	33.8	13.884
TOTALES:	2.621.044	52.5	429.094

Cuadro 6. Población urbana y rural del área de las Unidades Sanitarias, Centros de Salud y Medicaturas Rurales por entidades federales. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del*

Las relaciones funcionales y de interdependencia económica, de personal de estos tres tipos de centros asistenciales mencionados hasta el momento, formaron parte de “una red escalonada de servicios médicos que responda eficientemente a las demandas del individuo y la comunidad”²⁶².

La estructura organizativa se complementó con los **Hospitales Generales y Especiales** administrados directamente por el MSAS, las oficinas locales ubicadas en zonas endémicas y con jurisdicción regional, dedicadas a

²⁶² *Idem.*

campañas especializadas contra la malaria, la anquilostomiasis y la lepra y la Región Sanitaria de Aragua.

Esta primera organización de la red hospitalaria fue acondicionada mediante el Plan de Obras Públicas Nacionales entre 1941-1946, con el cual se articularon las actividades de la ingeniería sanitaria en conjunto con la proyección de edificios asistenciales con tendencia a aplicar criterios de planificación y de los programas anuales del MOP en la materia. Para la construcción de una red de hospitales desde 1946, durante la Junta Revolucionaria de Gobierno, se utilizaron criterios de coordinación y supervisión no utilizados de manera específica hasta la fecha, así como la aplicación para su funcionamiento de otros técnicos comunes. Es para finales de los años cuarenta cuando se cuantificaron en el país 6.000 camas en 100 hospitales.

Los informes de las dependencias de la Comisión Planificadora de Instituciones Médico Asistenciales de ese año: la División de Hospitales, la Comisión Programadora de Instituciones Sanitarias del MSAS y la Comisión Interministerial del MOP y el MSAS, influenciaron la creación de Regiones Sanitarias con oficinas intermedias entre los Departamentos sanitarios-asistenciales locales, y, la Dirección del MSAS que ampliaron el tejido de la red de edificios iniciada en 1936. La Comisión Planificadora tuvo a su cargo formular normas para la construcción, ubicación y organización de los edificios asistenciales (hospitales, asilos) y adecuar el sistema de atención a las condiciones demográficas del país.

Las piezas fundamentales eran el Hospital y la Escuela de Medicina. La red hospitalaria se organizó a partir de algunos criterios formulados en el plan de construcciones de hospitales en 1947, los cuales consideraron construir hospitales importantes en ciudades donde se encontraba el personal profesional necesario para su puesta en funcionamiento; eran prioritarias las ciudades que dieron cuenta de un desarrollo industrial, donde estaba en fun-

cionamiento la Escuela de Medicina y ciudades que no contaban con ningún número de camas.

A partir de estos criterios, los hospitales fueron organizados por categorías siguiendo algunos patrones de ordenamiento ensayados en países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá. Estas fueron las siguientes: a) el Hospital Central, base o tipo A con más de 300 camas, cuenta con una Unidad Sanitaria de máxima categoría de los cuales existían dos tipos de acuerdo a la zona en donde se ubicaran en el territorio nacional, en el caso venezolano, solo la capital, Caracas contó con un hospital de este nivel. Sin embargo, en esta categoría se encuentran un grupo de edificios organizados a partir de un esquema especial en tanto atendieron enfermedades “especiales” que requirieron condiciones particulares de ubicación, distribución, organización y control; estos son los Hospitales de Aislamiento y los Hospitales Especiales para la tuberculosis, la lepra y la insania; b) el Hospital Distrital o tipo B con un número menor a 200 camas, con una Unidad Sanitaria tipo B, se ubica en una organización sub-regional, en ciudades importantes cercanas al radio de influencia de un hospital tipo A, ofrece menos servicios médicos que el hospital base, sin embargo se organizó de forma similar a éste atendiendo su menor escala; c) El Centro de Salud fue la institución encargada de resolver los problemas de la higiene y la asistencia rurales para el enfermo; d) Puesto de Salud Rural o Medicatura Rural como célula periférica de la red sanitaria, generalmente dispuesto en un modesto.²⁶³

Como parte de los Hospitales de Aislamiento y los Hospitales Especiales la División de Tuberculosis planteó tres tipos de edificaciones: los dispensarios antituberculosos, los sanatorios antituberculosos y el Instituto Nacional de Tuberculosis, a partir de estudios médicos, sanitarios y asistenciales. La red de tres niveles estaría organizada en: la primaria, con un total de 27 dis-

²⁶³ Para ampliar la información de las funciones de los médicos y del personal que debió formar parte de cada una de esta categoría puede consultarse: ANGULO, L; URDANETA, F; GARCIA MALDONADO, L., *Op. cit.*, pp.830-840.

pensarios antituberculosos entre 1936 y 1958, abarcando el 45% de la población venezolana. El objetivo fundamental de este tipo de establecimiento fue atender a los enfermos que voluntariamente asistieran a sus consultas y ofrecer un servicio de enfermeras que aseguraran la investigación en la familia. La secundaria, en las Unidades Sanitarias existentes en 43 poblaciones del país con servicios de fisiología sanitarios. La terciaria, en las Medicaturas Rurales con algunos cupos para exámenes radiológicos desde 1950.

A partir del número de camas el MSAS creó los Tipos de Sanatorios Antituberculosos, fue así como se estableció el Sanatorio Tipo "A" de 300 camas y el Tipo "B" de 170 camas. Tales tipos serían acondicionados a los modelos de Sanatorios proyectados por el MOP y el MSAS. Para los antituberculosos se consideró una cama por muerte anual de tuberculosis; en tal sentido, se aspiró a un mínimo de 5.000 camas, sin embargo, en 1947 había cerca de 1.100 camas correspondientes a los sanatorios tipo "A" de Maracaibo, Cumaná y Mérida:

la enfermedad representa la segunda causa de muerte, (...) la primera causa entre las personas de 10 a 40 años de edad, o sea las personas de mayor valor económico actual para la comunidad (...) la tendencia moderna, es, por consiguiente, determinar el grado de menoscabo que sufre la salud de los pueblos en una escala más amplia (...) siendo fundamentalmente la riqueza de un país la suma de esfuerzos del trabajo de sus hombres, la incidencia de la enfermedad tiene por lo menos, desde luego, la misma importancia que ella tiene en los medios industriales²⁶⁴.

El Plan de Asistencia Psiquiátrica (1941-1945) consideró la distribución en la red hospitalaria de tres tipos de institutos psiquiátricos en las tres zonas en las cuales se dividió el país: oriental, occidental y central. Así se ubicaron como parte de la red hospitalaria los Dispensarios de Higiene Mental atendiendo tratamientos ambulatorios y profilaxis; Hospitales Psiquiátricos para

²⁶⁴ CURIEL, Darío. "Panorama resumido de los principales problemas sanitarios de Venezuela (1)". *Revista de Sanidad y Asistencia Social* (1949). Vol. XIV, mayo-agosto, Nos. 3 y 4, p. 772, 778.

asistir y tratar las enfermedades mentales en su fase de atacabilidad terapéutica y, Colonias Psiquiátricas para la atención de las enfermedades en la fase crónica.

La compleja red hospitalaria del país fue evolucionando a lo largo de los años cuarenta y cincuenta, en la clasificación de las edificaciones asistenciales identificadas hasta el momento, el criterio que privó fue el de la atención preventiva o curativa, así como la inclusión de espacios aislados para la hospitalización. La condición de los edificios fue estudiada por los especialistas, sin desvincularse de las políticas del Estado deseoso por copar todas las solicitudes de los habitantes del país, sobre todo en la consideración de que tal clasificación debió extenderse hasta las estructuras hospitalarias de iniciativa privada en el país.

El Estado abrió el compás de acciones sobre la salud al incluir en sus estructuras organizativas algunas instituciones privadas, las cuales estaban representadas por organizaciones religiosas, filantrópicas a quienes se les atribuyó, 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 municipios. Mientras tanto, el Estado por intermedio del Gobierno Nacional, profundizaba en el financiamiento de los servicios sanitarios preventivos y la atención médico curativa para el sector de la sociedad que no pudiera pagarla en instituciones privadas.

La clasificación y separación administrativa de la atención médica en preventiva y curativa tuvo su correlato en la disposición de los centros hospitalarios en el país. Los niveles de asistencia médica fueron establecidos desde la conceptualización de los términos “asistencial social” y “sanidad”; la expresión “asistencia social” se hace sinónimo de asistencia médico-curativa benéfica, de beneficencia. La palabra “sanidad” queda reservada para la higiene y la medicina preventiva, es decir, para el servicio sanitario-

preventivo”²⁶⁵. Esta conceptualización fue definitoria a lo largo de la mitad del siglo XX en la organización y el funcionamiento de los centros de salud en el país.

Con la asistencia social se contribuyó a suprimir o mejorar los factores que influyen en las enfermedades, como: la alimentación, la vivienda, educación sanitaria y general, dificultades económicas. Mientras que con la sanidad o salud pública se buscó promover, conservar y restituir la salud. Ambas clasificaciones fueron utilizadas como parte de las doctrinas del MSAS y, con ellas se sentaron las bases para que el Estado concretara una política moderna en el ámbito sanitario mediante:

la elaboración de conceptos básicos (doctrina), de normas administrativas propias, de normas de coordinación dentro y fuera del Ministerio, del plan de acción y sus etapas, de la fiscalización y control de servicios y de planes, de la administración en general.²⁶⁶

A partir de esta doctrina se organizó la estructura hospitalaria en el país, la inclusión del derecho de la salud para todos los ciudadanos convirtió al hospital en una institución al servicio de la población “sin distinguos posibles en cuanto a la condición del individuo”²⁶⁷, que formó parte del MSAS como respuesta a una única política del Estado en materia asistencial.

Junto con la distribución y organización en el territorio de las edificaciones se plantearon las nuevas condiciones espaciales de los nosocomios. Los tratamientos médicos arrojaron que los espacios de hospitalización debían disponerse de acuerdo al criterio de aislamiento en tanto con ello se evita los contagios de diversas enfermedades y la peligrosidad de otras; esta propuesta se ensayó exitosamente en Estados Unidos y la misma fue utilizada en los países latinoamericanos. Fue así como la propuesta de edificaciones asis-

²⁶⁵ MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1971). *Estudio de la organización del Ministerio*, pp. 126, 150.

²⁶⁶ *Ibid.*, pp. 126, 151.

²⁶⁷ *Ibid.*, pp. 126, 152.

tenciales especiales mantuvieron criterios comunes en la ubicación y emplazamiento dentro de la estructura urbana, los avances de la medicina durante la modernización dejaron por sentado que mejorando el ambiente en los hospitales especiales aumentaba el porcentaje de curación de los enfermos; así fue como se acordó el diseño de la arquitectura hospitalaria a partir de la participación directa de arquitectos e ingenieros, quienes sin estudios especializados sobre la materia se abocaron a su proyección y construcción.

b. Arquitectura y arquitectos venezolanos

La arquitectura moderna en Venezuela no mostró interés en vectores relativos a la revolución social y a la industrialización, pero sí por la construcción nacional a través de la colocación de “equipamientos colectivos” en el territorio. El Estado, a la medida que consolidó sus políticas, planes y programas asistenciales, organizó las operaciones proyectuales en el MSAS y el MOP, instituciones que se abocaron a establecer tipos de hospitales y modelos de edificios que fueron emplazados en algunas ciudades del país.

El grupo de arquitectos e ingenieros que integró la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS y la División de Edificaciones Medico-Asistenciales del MOP fue el responsable de ensayar los primeros trazos de la arquitectura hospitalaria en Venezuela. Como parte de este grupo se encontraban profesionales como Fernando Salvador, Carlos Raúl Villanueva, Carlos Guinand Sandoz, entre otros.

Estos intelectuales respondieron a las transformaciones y a las nuevas exigencias políticas, sociales y económicas del Estado; en el diseño de hospitales y sanatorios fueron aplicados los conocimientos de los requerimientos médicos asimilados sin evadir el interés por lo formal en la arquitectura, disciplina que desde los años veinte, estaba delineando sus experiencias a través de los movimientos vanguardistas europeos:

Un examen de las experiencias de las vanguardias artísticas del siglo XX, incluyendo las aparentemente irreconciliables, demostraría como, en el fondo, fueron capaces de sintetizar lo *social* con lo *creativo*, inclinándose a veces más sobre uno o sobre otro, pero buscando siempre, en definitiva, su fusión intelectual²⁶⁸

Uno de los legados propios de estos movimientos de la vanguardia en arquitectura fue justificar la disciplina más por su utilidad antes que por su valor artístico: la valoración del espacio y la diferencia de lenguajes llevados hasta la función del edificio.

En una aproximación a las tesis loosiana de principios del siglo XX, el Estilo Internacional en Venezuela mostró rasgos simplificados de una arquitectura “utilitaria” adecuada a las condiciones de cambio de las metrópolis: desprovista de ornamentos, ajustada a la sencillez que exigían los espacios de hospitalización y de funcionamiento de estos edificios. Por lo tanto, en Venezuela como en otros países de América Latina esta arquitectura arribó “cuando sus sociedades eran tradicionales, la industrialización casi inexistente y el eclecticismo arquitectónico total (...) la arquitectura moderna llegó como una importación civilizatoria”²⁶⁹.

Aunque los arquitectos venezolanos participaron en muy pocas ediciones de los CIAM referidos anteriormente, las propuestas desde 1928, año de la celebración del primer CIAM de legitimar con la arquitectura el poder del Estado fueron referencias para la arquitectura de las obras públicas en el país, especialmente la que se realizó en la Sala Técnica del MOP y la propuesta por los arquitectos al servicio del MSAS.

En la construcción de una imagen de Estado el emprendimiento de los arquitectos venezolanos dio cuenta de mostrar cierto elemento unificador de las experiencias: el Estilo Internacional, que al mismo tiempo se mostró como

²⁶⁸ LOPEZ, Manuel. “Los intelectuales y las obras públicas”. En: MARTÍN FRECHILLA, Juan J y TEXERA, Yolanda. (1999). *Modelos para desarmar. Instrucciones y disciplinas para una historia de la ciencia y la tecnología en Venezuela*, pp. 73-74.

²⁶⁹ BROWNE, E., *Op. cit.*, p. 15.

el más demandado para atender cualquier destino y propósito, entre ellos los hospitales. Fue así como los arquitectos e ingenieros, representantes del trabajo intelectual, asimilaron tal Estilo como icono de progreso y prosperidad, es decir como imagen de la modernización venezolana.

La actividad profesional del arquitecto Fernando Salvador Carreras (1896-1972) fue de especial importancia para la arquitectura hospitalaria. Nacido en España, graduado en la Escuela Superior de Arquitectura de Madrid (1922), se especializó como arquitecto de hospitales mientras se desempeñó en cargos públicos en el área sanitaria, por tanto un profesional experimentado en la construcción de hospitales. En 1938 fue nombrado Encargado de Negocios de la República Española en Caracas y contratado como arquitecto por el MOP. Trabajó entre 1939 y 1950 en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social realizando innumerables proyectos de sanatorios y hospitales y revisando los planos de otros realizados por el MOP.²⁷⁰ **(Figura 89)**

²⁷⁰ En el trabajo del profesor Henry Vicente se listan parte de los proyectos de Fernando Salvador “Entre 1939 y 1946, por ejemplo, proyecta, entre otras, las siguientes obras: Casa de Beneficencia para Barinitas; Unidad Sanitaria para Maracaibo; Medicaturas rurales tipo construidas en más de 60 poblaciones; Dispensario para Ciudad Ojeda; Hospital de 60 camas para Guanare; modelo de Hospital mínimo de 17 camas; modelo de pequeña Maternidad; modelo de Dispensario para pequeñas poblaciones; modelo de Hospital para 100 camas; Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo. En 1942 realiza un anteproyecto de Hospital Clínico para la Ciudad Universitaria de Caracas. En 1944 es uno de los fundadores de la Escuela de Arquitectura, siendo profesor de elementos de arquitectura e historia del arte. En 1949 proyecta el Hospital de Caucagua (...) Otros proyectos suyos son: el Sanatorio Antituberculoso Infantil en El Algodonal, Caracas; el Hospital Central de Valencia; y el Sanatorio Antituberculoso de Cumaná” En: VICENTE, Henry. *De Venezuela. La ficticia ilusión del destierro.* Parte I. En: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/11.128/3545>, 02 de febrero de 2012, hora: 8:11 am



Figura 89. Fernando Salvador. **Fuente:** VICENTE GARRIDO, Henry (Dirección) (2007). *Arquitecturas desplazadas. Arquitectura del exilio español*, p. 12.

La experiencia de Fernando 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 diferentes ciudades venezolanas. Desde 1944 creó la Sección de Arquitectura del MSAS, integrada por dos arquitectos, asistentes y dibujantes, concretando el trabajo coordinado entre la Comisión Interministerial del MOP y de Sanidad y Asistencia Social. A partir de 1950 y por un lapso de diez años se desempeñó como arquitecto en la Dirección de Edificaciones Medico-Asistenciales del MSAS, por lo que se infiere que muchos de los proyectos realizados en estos años fueron coordinados y supervisados por él.

Junto con los proyectos, Salvador se encargó de producir literatura referida al diseño de edificaciones asistenciales. En la Revista de Sanidad y Asistencia Social publicó en 1940 como ingeniero al servicio de la Sección de Ingeniería Sanitaria el artículo "Proyecto de Hospital para cien Camas". En él establecieron las pautas a partir del programa de necesidades y características del hospital; el lugar de emplazamiento; disposiciones generales; distribución de las plantas. El detallamiento del texto y la forma como el autor expuso la forma de proyectar el edificio constituyó un manual de arquitectura hospitalaria para el arquitecto moderno.

Esta publicación a través de la mirada de la arquitectura hospitalaria especial devela las características que ésta debió mostrar en Venezuela, más aún cuando Salvador refiere que este proyecto es “un caso ideal, como un modelo susceptible de acoplarse al terreno que se elija con un mínimo de modificaciones”²⁷¹. El planteamiento buscó adaptar un pequeño hospital al clima cálido propio del país; de sencillo funcionamiento que implicaba bajos costos durante la construcción; clara diferenciación de pacientes por sexo; emplazado en un lugar que permitiera la ampliación, cuya periferia fuera arbolada y separado de edificios cercanos, así como ubicar el acceso por la cara sur del terreno, alejado de la ciudad y preferiblemente con una superficie de 150 metros por 150 metros cuadrados.

La edificación descrita por este arquitecto refiere a una tipología edificada, adaptada a las condiciones climáticas venezolanas, caracterizada por espacios abiertos, relacionados con el exterior mediante galerías protectoras del sol. Espacios colocados con ventanas dispuestas en sentido norte y sur, ausencia de ventanas en sentido este y oeste, facilitación de la ventilación cruzada mediante aberturas y montantes, puertas persianas, paredes que no alcancen el techo. En la organización y disposición de cada sección del hospital se describen las áreas por metros, las características del espacio (cubierto, semicubierto, no cubierto), número de personas a ocupar, relación o no entre los espacios, además del equipamiento médico que cada uno debe contener.

Otra publicación fue en la *XII Conferencia Sanitaria Panamericana* de 1946, No. 6, de los Cuadernos Amarillos, titulada “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria” líneas dedicadas a la descripción del funcionamiento de la División y la definición y diferenciación de lo que él denominó “ingeniería y la arquitectura sanitaria”, a la descripción de

²⁷¹ SALVADOR, Fernando. (1940). “Proyecto de hospital para cien camas”. En: *Revista de Sanidad y Asistencia Social*, Vol. V, No. 3, Junio, Caracas. Pp. 363.

los proyectos realizados como arquitecto de la División: el hospital de sesenta camas para Guanare, Sanatorio Antituberculoso para Maracaibo y Cumaná, Sanatorio Antituberculoso Infantil, Unidad Sanitaria para Rubio. Redactó las “Normas para proyectar una Sección de Infecciosos en Venezuela”, publicado en la *Revista Nacional de Hospitales*, en 1951, Vol. 1, nº 2.

Otro de los arquitectos con especial participación en la arquitectura hospitalaria del país fue Carlos Raúl Villanueva (1900-1975), quien ejerció la profesión al servicio del Estado venezolano en diferentes gobiernos. Graduado en la *Ecole des Beaux-Art* en 1928, sus conexiones con el mundo internacional le permitieron asistir al V CIAM, conocer a José Luis Sert y estudiar los medios impresos más importantes de los primeros cincuenta años del siglo XX, como por ejemplo la revista GATEPAC publicada en España desde 1931, por lo que fue acercándose a los postulados del Estilo Internacional. **(Figura 90)**

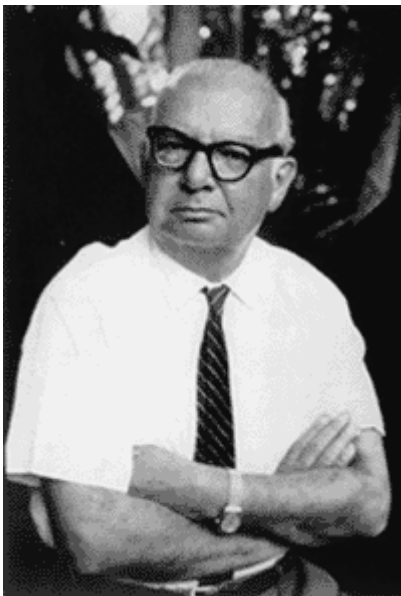


Figura 90. Carlos Raúl Villanueva **Fuente:** <http://www.sicht.ucv.ve:8080/biblioteca/documentos/imageneshis/fotos%2520finales/RAUL2.gif&imgrefurl> 26 de enero de 2012. Hora: 11:00 am

La actividad proyectual de Villanueva ha sido clasificada en la historiografía venezolana en dos etapas²⁷²; la primera entre 1928 y 1945 con obras de marcado énfasis en una arquitectura ecléctica donde se evidencia “la presencia de la herencia formal de la Escuela de Bellas Artes, como prolongación del eclecticismo del siglo XIX”²⁷³. La segunda etapa se ubica después de 1945, se afianzó en estos años su concepción sobre la función social de la arquitectura y “del arquitecto como sujeto intelectual”²⁷⁴, es el momento en el cual la combinación de materiales, el impecable manejo del hormigón en la estructura, la relación con la naturaleza haciendo del edificio un dispositivo de ella se materializaron en obras como la Ciudad Universitaria de Caracas iniciada en 1946.

Villanueva será “comisionado especial para estudiar arquitectura de escuelas, hospitales, y museos franceses”²⁷⁵ por parte del MOP (**Figura 91**). Lo que reafirmó no sólo el interés del Estado en la formación profesional de quienes participaron en la construcción de obras públicas del país, sino en el propio de los arquitectos por abarcar los distintos campos de su competencia. Por lo que se explica que entre 1942 y 1947 realizará las más importantes obras públicas sanitarias luego de su experiencia en el diseño del Manicomio de Catia entre 1931 y 1933. Junto con Herman Blasser proyectó algunos hospitales tipificados para el interior del país en la Sala Técnica del MOP; el Sanatorio Antituberculoso Venezuela de Mérida en 1942 en la Dirección de Edificaciones Asistenciales del MOP; el Hospital Clínico Universi-

²⁷² Sobre Carlos Raúl Villanueva es muy amplia la historiografía. Entre las últimas publicaciones consultadas para esta investigación y con las cuales se puede ampliar el tema sobre la obra y vida de este arquitecto se encuentran: PEREZ RANCEL, Juan José (2009). *Carlos Raúl Villanueva*. Biblioteca Biográfica Venezolana, Vol. 108; “Carlos Raúl Villanueva. “Revalidar” la figura del arquitecto en Venezuela”. ENTRE RAYAS, Julio-agosto 2010, pp. 36-43; VILLANUEVA, Paulina; Pintó, Maciá. (2001). *Carlos Raúl Villanueva*.

²⁷³ PEREZ RANCEL, Juan José. (2009). *Carlos Raúl Villanueva*, p. 33.

²⁷⁴ “Carlos Raúl Villanueva. “Revalidar” la figura del arquitecto en Venezuela”. ENTRE RAYAS, Julio-agosto 2010, p. 36.

²⁷⁵ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1941). *Memoria*, p. 17-A.

tario (1944) en colaboración con el doctor Thomas Ponton y el ingeniero Edgar Martin.

DOCUMENTO D.G. NUMERO 1

Nombre	Cargo	Fecha del nombramiento
Arquitecto Carlos R. Villaverde	Comisionado especial para estudiar arquitectura de escuelas, hospitales y museos franceses	Enero 4
Julio Hoffmann	Oficial en la Inspección	Enero 4
León Bonifacio Obispo	Fiscal auxiliar en la Inspección	Enero 8
Ingeniero Haracio Castro Chacón	Miembro de la Comisión Nacional de Vías de Comunicación	Enero 8
M. F. Dominguez Rivado	Oficial	Enero 13
Humberto Carlos Ramírez	Oficial	Febrero 2
Ing. Tomás Marsal Zárcaga	Inspector Fiscal	Febrero 13
Wulfo Contreras	Inspector de Personal	Febrero 13
Mario Pérez Alcantá	Oficial	Febrero 13
José M. Rivas Núñez	Oficial en la Inspección	Febrero 13
Eduardo Blasco Uribe	Oficial en la Inspección	Febrero 20
Domingo Lacatani	Inspector del Personal	Febrero 20
Franco J. Lezama	Oficial en la Inspección	Febrero 20
J. Marciano Figueroa	Inspector de Personal (interino)	Marzo 3
Evadito Lina	Oficial en la Inspección	Marzo 18
Luis A. González	Fiscal auxiliar en la Inspección	Marzo 18
Bernardo Burgos Deláiz	Administrador del Petrolero Central (interino)	Marzo 19

(Continúa el Cuadro anterior)

Nombre	Cargo	Fecha del nombramiento
Juillermo Lago Muñoz		
Luis A. Pérez, H.		
Luis F. Bustos Muñoz		
Antonio Arreaza M.		
César Alfonso		
Miguel A. Benao		
Juan Domingo Pérez		
Armando Sotomayor	Oficial	Julio 10
Jubio Alfonso Rojas	Dibujante	Julio 18
José F. Guzmán		
Elbano Mibelli, S.		
Antonio Muñoz Tébar		
C. Carlos Ramírez		
Juan David León		
Carlos Krüger		
Pablo E. Ayala		
Ingeniero Carlos Guinand	Arquitecto	Julio 30
Luis Maulassens		

(Continúa el Cuadro anterior)

Nombre	Cargo	Fecha del nombramiento
Ingeniero Carlos Walla	Arquitecto	Julio 30
Carlos B. Villaverde		
Ingeniero M. León Quintana		
Rafael Rojas Casik		
Antonio Simón (D)		
Gregorio Rivas Otero		
Carlos A. Martínez		
Fernando Ayala		
Miguel Victoria Lago		
Angel Graterol Tellera	Ingenieros a la orden	Julio 30
José Antonio Ayala		
Franco Ayala D.		
César González Gómez		
Franco B. Quintana		
Roberto Santiago López		
Carlos Dulera		
Luis E. Chataing		
Luis Baldo		

Figura 91. Documento DG. Número 1. Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1941). *Memo-ria*, pp. 17-A-19^a.

Como intelectual, Villanueva representó una de las personalidades claves para comprender los resultados de una arquitectura hospitalaria especial, su amplia experiencia en las obras públicas y su enfoque social a través de la arquitectura, lo hizo intérprete de los requerimientos médicos para la atención de pacientes con enfermedades mentales y tuberculosis. En sus edificios se conjugó la técnica constructiva, de emplazamiento, de tratamiento médico en un impecable manejo del espacio que en algunos de ellos persiste cumpliendo la función hospitalaria.

Junto con Villanueva el arquitecto Carlos Guinand Sandoz (1889-1963) compartió los roles de pionero de la arquitectura moderna en Venezuela como proyectista del MSAS y del MOP, compitieron en el concurso para la reurbanización de El Silencio (1940), revalidaron sus títulos de arquitectos en 1936 en la Universidad Central de Venezuela. **(Figura 92)**



Figura 92. Carlos Guinand Sandoz **Fuente:** COLMENARES, José Luis. (1989). *Carlos Guinand Sandoz*. Contraportada.

Guinand fue ingeniero especializado en arquitectura de la *Koniglich Bayerische Technische Hochschule Zu München* en 1913. Su capacidad de proyección la demostró a lo largo de su trayectoria profesional: un claro estilo neo hispano en algunas viviendas proyectadas entre 1925 y 1944 en las urbanizaciones El Paraíso, El Conde, La Florida y El Country Club; posteriormente se acercó a los postulados modernos en arquitectura y reformuló sus

planteamientos hacia el clasicismo y el Art Déco en residencias multifamiliares, edificios comerciales y públicos. Proyectar edificaciones hospitalarias fue uno de los campos ensayados por Guinand; su amistad con el doctor José Ignacio Baldó, a quien le proyectó su casa en la urbanización Country Club en 1940, le abrió el camino para incursionar en este tipo de arquitectura. El primero de ellos fue la Policlínica Caracas (1930-1933), en donde organizó los espacios ubicados frente a corredores volcados en tres patios centrales. Este proyecto fue una de las primeras experiencias nosocomiales privadas patrocinadas por el doctor Baldó y el propio Guinand. El segundo, la Clínica Maracay (1930), construida bajo el auspicio de Juan Vicente Gómez, un edificio de ordenación académica emplazado al oeste de la Plaza Bolívar de esa ciudad (**Figura 93**).

Luego de la segunda mitad del siglo XX como presidente de su propia oficina de arquitectura “Guinand y Brillembourg C.A realizó importantes obras públicas y privadas en Caracas, entre ellas el Observatorio Cajigal (1956), el Planetario Humboldt del Parque del Este (1961). Finalmente, “el aporte de Guinand a la configuración de la primera modernidad en Venezuela y sus particulares interpretaciones durante la transición que se desencadenó de los años veinte al cuarenta, lo ubican como uno de los grandes protagonistas que introdujo la evolución del espacio premoderno”²⁷⁶

²⁷⁶ FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 28.



Figura 93. Clínica Maracay. Edificio recién construido. 1930. **Fuente:** COLMENARES, José Luis. (1989). *Carlos Guinand Sandoz*, p. 61.

Sin lugar a dudas, la experiencia con la Policlínica Caracas y la Clínica Maracay fue fundamental para el emprendimiento de uno de los proyectos más importantes y reconocidos nacionalmente: el Sanatorio Antituberculoso El Algodonal (1939). El conocimiento y el compromiso de Carlos Guinand con la arquitectura y las políticas del Estado venezolano se materializaron en un impecable emplazamiento y organización de cada uno de los edificios que conforman este conjunto hospitalario, logró una clara interpretación de los requerimientos médicos adaptados y ajustados a las condiciones del trópico venezolano.

La participación de los profesionales en Venezuela se debatió entre la práctica proyectual tradicional atenta a los principios formales y la de vanguardia cuyo objetivo era la técnica; en las respuestas a las solicitudes del Estado, se expresó una dualidad en la concepción de los edificios. Por un lado, cierta resistencia a utilizar el *proceso* como protagonista en la producción de las edificaciones; por el otro, se recurrió a ciertos elementos arquitectónicos que dieron cuenta de buscar la ya caducada aura de objeto único.

Estos arquitectos proyectaron la red hospitalaria en Venezuela, realizaron un trabajo en conjunto con los MSAS y MOP; formaron un equipo que facilitó el intercambio de conocimientos y experiencias en el diseño y en la construcción de los hospitales especiales, mientras fueron adecuándose a la organización institucional y la red hospitalaria del MSAS, en la cual se incorporó el hospital especial y el cual fue diseñado bajo esquema de organización y con criterios particulares con los cuales asumieron el carácter de “máquinas para curar”.

II.3.2. Los edificios como “máquinas para curar” en Venezuela

En Venezuela los edificios para el aislamiento se encuentran distribuidos en varias ciudades. En Caracas y Valencia se construyeron varios de ellos; algunos antituberculosos, un manicomio y una colonia psiquiátrica forman parte del paisaje de estas ciudades. En el Litoral Central se construyó la única leprosería construida a mediados del siglo XX; en Mérida, Maracaibo y Cumaná fueron construidos antituberculosos siguiendo los esquemas médicos y arquitectónicos modernos. La ubicación de estos edificios respetó algunos de los criterios médicos fundamentales para su emplazamiento: el aprovechamiento de las bondades naturales y el alejamiento de las complicadas condiciones de la gran ciudad, por lo tanto, todos estos edificios que a continuación se presentan fueron los primeros ensayos de equipamientos colectivos asistenciales modernos del país.

a. La colonia agrícola como leprosería, 1944

Acoger a los enfermos de lepra en un recinto proyectado especialmente para ellos fue uno de los resultados de la planificación de los diversos Estados. Como antes se expresó en Venezuela, el MSAS desde 1936 asumió el

control de la enfermedad aislando al enfermo del entorno social en sus lugares de residencia bajo el control médico-sanitario del personal de las Unidades Sanitarias y Medicaturas Rurales.

La capacidad de hospitalización de los leprocomios de Cabo Blanco y Providencia no fue la suficiente, por lo que el MSAS emprendió la proyección y construcción de otra leprosería. Tal emprendimiento pudo ser llevado a cabo bajo la gestión del MOP y la Dirección de Edificaciones Médico Asistenciales y la Sección de Arquitectura del MSAS. Así como en esta dependencia se formuló la ampliación y mejoramiento de la Leprosería de Cabo Blanco en 1937²⁷⁷ se proyectó y construyó uno de los ensayos modernos de la arquitectura hospitalaria especial en Venezuela, en donde la confluencia del conocimiento arquitectónico y médico fue demostrada impecablemente en el Litoral Central con la Leprosería Los Caracas.

Las razones para ubicar la leprosería cerca de la capital, se encuentran en las bondades climáticas que ofreció esa región del país y en la concentración de las dependencias creadas desde 1936 para la atención de las enfermedades especiales, la asistencia médica de las personalidades más destacadas y con mayor experiencia a nivel nacional para atenderlas.

²⁷⁷ La descripción de la ampliación de Cabo Blanco se encuentra en la Memoria del Ministerio de Obras Públicas de 1938: "Estos ensanches forman parte de un proyecto vastísimo que se proponía llevar a efecto en el Leprocomio. El proyecto consistía en unos 1000 metros de corredores, salones de música, bibliotecas, cines, patios recreativos, etc.: todas estas cosas fabricadas tanto para los hombres como para las mujeres y niños. También incluía este plan la edificación de un segundo piso a todo el Leprocomio para ensanchar su capacidad, y las construcciones, clínica, cárcel y manicomio tanto para hombres como para mujeres. Debido a lo extenso de este Proyecto y como el Ministerio de Obras Públicas tenía que atender a otros trabajos de mayor urgencia, se resolvió terminar solamente el primer paso dado en este vastísimo proyecto. Este incluye 320 metros de corredores, salón de billar, barbería, bar, cuartos sanitarios, biblioteca, cine y escuela de artes y oficios". VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 9-D.

• Leprosaría Nacional de Los Caracas, 1944

El 5 de julio de 1944, por Decreto Presidencial No. 145 de Isaías Medina Angarita fue aprobado parte del Plan Obras Públicas que debió construirse para el período presidencial 1941-1946. Entre estas obras públicas y conforme a los lineamientos ya establecidos por los Ministerios de Obras Públicas y de Sanidad y Asistencia Social estaba la:

construcción de una moderna leprosería, adquiriendo para tal fin la Hacienda “Los Caracas”, en la costa al oriente de Anare. El establecimiento planeado por técnicos, está en vía de construcción. Tendrá capacidad para 1.250 enfermos, que serán distribuidos en sus tres Dependencias: Colonia, Asilos, Hospital. Esta concepción organizativa es la aplicación al caso particular de la Lepra de un sistema general aceptado para un grupo de enfermedades sociales, como las enfermedades mentales, que presentan cuadros agudos y casos crónicos válidos e inválidos.²⁷⁸

Para el proyecto y la obra fue otorgado parte del “Gastos del Departamento de Obras Públicas para el año económico 1944-1945. En el mismo Decreto se autorizó la compra de “el inmueble rural propiedad del Dr. J. B. Bance, denominado “Los Caracas”, situado en la Parroquia Naiguatá, Departamento Vargas del Distrito Federal.”²⁷⁹ Fue así como en los terrenos de la Hacienda “Los Caracas” del Litoral Central se construyó en 1945 la Leprosaría de los Caracas²⁸⁰. El objetivo fue recluir a los enfermos de lepra identifica-

²⁷⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y cuenta*, p. XVI.

²⁷⁹ GACETA OFICIAL 21451. 6 de julio de 1944. Decreto No. 145, 5 de julio de 1944, p. 143.759.

²⁸⁰ Sobre la Leprosaría Los Caracas fueron localizados dos trabajos dedicados especialmente a este conjunto urbano sanitario. Ambos trabajos consideraron el estudio desde su función original como Leprosaría Nacional hasta las transformaciones arquitectónicas y urbanas para convertirla en Ciudad Vacacional. Uno de los trabajos es el artículo del arquitecto Pedro Sanz, del año 1983, publicado en la revista Punto, No. 65, titulado “La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital”; otro, la investigación del profesor Juan José Pérez Rancel

dos y ubicados en *La encuesta sobre los enfermos de lepra y sus contactos convivientes residenciados en el interior del País*; el fin de la encuesta quedó expresado en la Memoria de este mismo año:

Con el objeto de conocer el número exacto de los enfermos denunciados ante las autoridades sanitarias que aún no han sido aislados por incapacidad de nuestras actuales Leproserías, y que por el hecho de convivir con sus familiares sanos, constituyen verdaderas fuentes de propagación de la enfermedad hacia éstos y demás personas sanas del conglomerado social donde residen²⁸¹

Se cuantificaron 551 pacientes que debieron en un corto tiempo ocupar las instalaciones junto con otros pacientes provenientes del Leprocomio de Cabo Blanco. Desde 1937, el MSAS planteó un programa de lucha contra la lepra, dirigido por el doctor Martín Vegas, quien fue jefe del servicio de la lucha contra la lepra ese mismo año. Sin embargo, la propuesta de la Leprosería de los Caracas se produjo siete años después, para lo cual se realizó una programación siguiendo los postulados modernos de la medicina (**Figura 94**). Este conjunto urbano sanitario cumplió su función primigenia hasta 1954, año en el gobierno de Marcos Pérez Jiménez decidió darle uso de Ciudad Vacacional.²⁸²

cuyo resultado fue publicado en el año 2008, en la Memoria de la Semana Internacional de Investigación. HP-18, con el título "La Ciudad Vacacional Los Caracas".

²⁸¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y Cuenta*, p. 333. Los resultados por estados de esta encuesta se encuentran en esta Memoria en las páginas 333 y 334.

²⁸² Los arquitectos que participaron en las modificaciones fueron Miguel Salvador (hijo del arquitecto Fernando Salvador), José Ignacio Sánchez Carneiro, Pedro Riquezes y el ingeniero Francisco Martínez. Según la investigación del arquitecto Pedro Sanz, en una primera etapa de la propuesta, junto con estos profesionales también participaron los arquitectos Fernando Salvador, Carlos Raúl Villanueva y el ingeniero Armando Vegas". Estos profesionales "planificaron diferentes lugares para la recreación, como las excursiones por bosques, los baños en ríos y los deportes marítimos, los cuales se pueden realizar debido al trabajo de espigones que se hizo, el cual favorece la formación de playas y muelles para atraque de embarcaciones, ideas que se tradujeron en edificaciones como balnearios, fuente de soda y restaurante". Ver: SANZ, Pedro. (1983). "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital", en: Punto. No. 65, pp. 72-73.

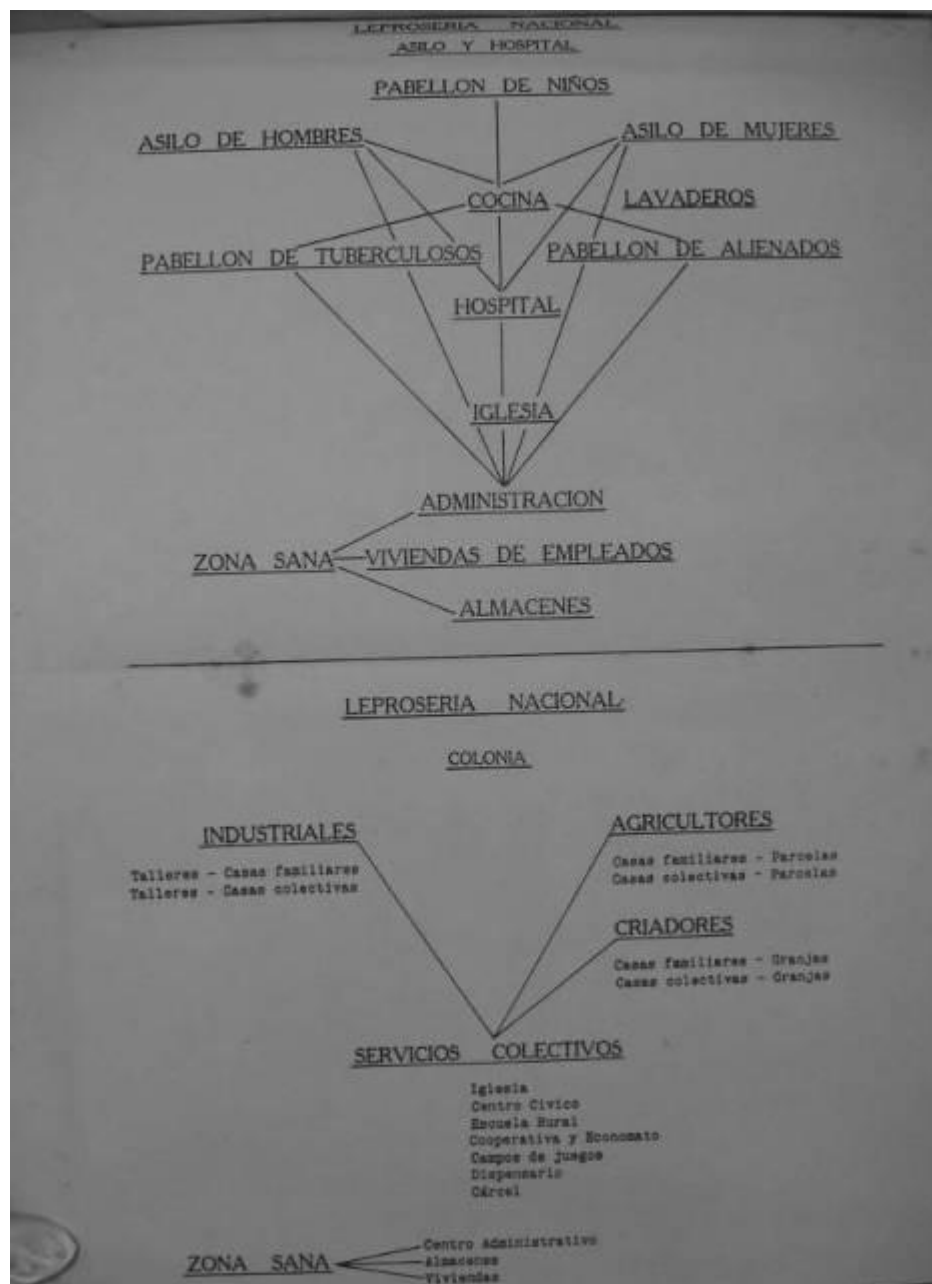


Figura 94. Programa para Leprosería Nacional. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y Cuenta*, s/p.

La primera propuesta urbana para la Leprosería Los Caracas de 1944 la ejecutó la Sección de Arquitectura del MSAS y la Dirección de Edificaciones Médico-Asistenciales del MOP, y fue estudiada y proyectada por el ingeniero Armando Vegas en contrato celebrado el 15 de septiembre de ese año²⁸³, quien respetó el esquema de colonia agrícola autosuficiente y el programa respectivo para ella²⁸⁴ (**Figura 95**). Este esquema ya había sido ensayado en Latinoamérica, por ejemplo, como los reseñamos en la Leprosería El Recreo de Waldimiro Acosta, lo que implicó la garantía de apoyar la sanación de los enfermos de lepra a través de la arquitectura.

²⁸³ El contrato aprobado por la Contraloría General de la Nación bajo el No. 1.389 de la Sección Segunda de la Sala de Control. VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, p. 470.

²⁸⁴ La información recopilada durante esta investigación se hace referencia a la participación de Carlos Raúl Villanueva junto con Armando Vegas en la elaboración del proyecto de Los Caracas, sin embargo, no se ha encontrado la confirmación de ello en ninguna fuente documental consultada. En tal sentido, el profesor Pérez Rancel comenta en su trabajo: “La documentación disponible hasta la fecha no ha permitido afirmar la tutoría general Villanueva en el proyecto de Los Caracas”, en: PEREZ RANCEL, J. J. (2008). “La Ciudad Vacacional Los Caracas”, p. 2. El investigador Pedro Sanz afirma: Ha sido motivo de sorpresa conseguir al maestro Carlos Raúl Villanueva haciendo equipo con el Ing. Armando Vegas, quien hizo de asesor en el proyecto”, en: SANZ, P., *Op. cit.*, p. 68. La afirmación hecha por Sanz no está sustentada en ninguna fuente documental oficial, en tal sentido en este trabajo se asume que el arquitecto Villanueva participó en la remodelación y ampliación que se realizó para convertir el lugar en la Ciudad Vacacional de Los Caracas entre 1954-1958, no en la Leprosería Los Caracas.

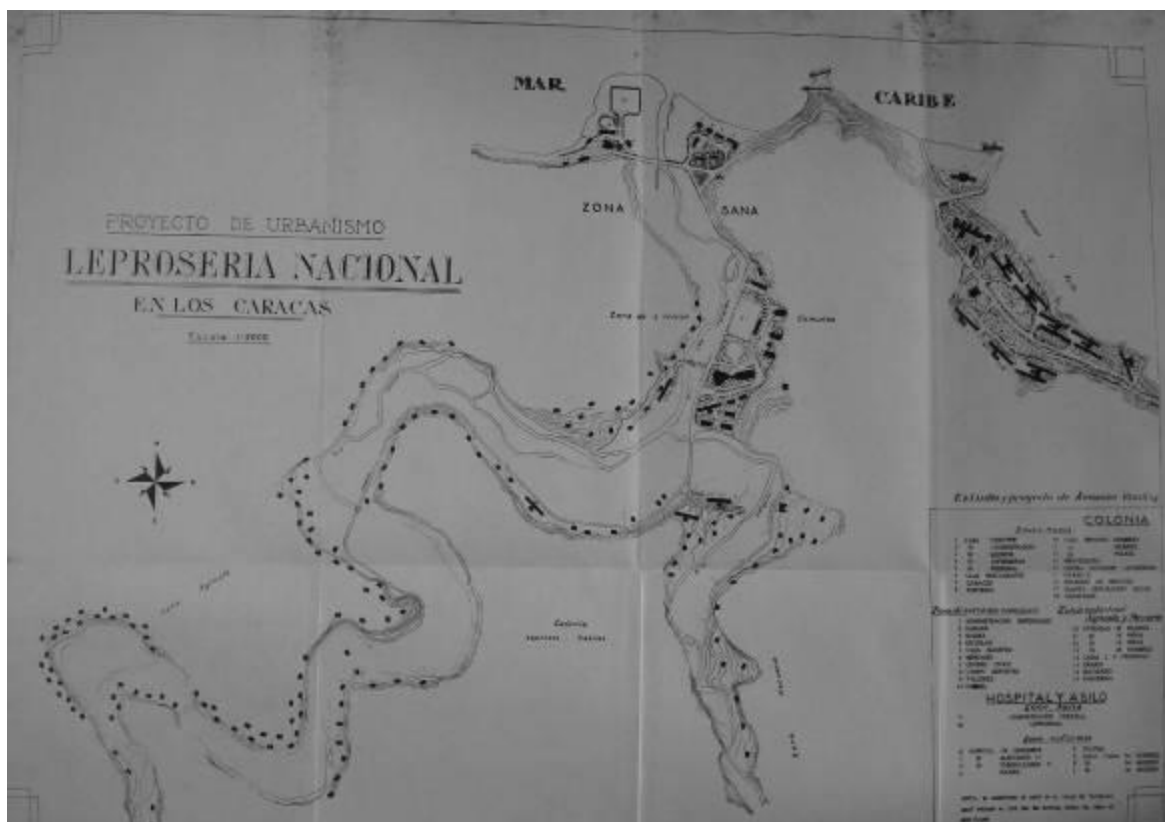


Figura 95. Proyecto de urbanismo. Leprosería Nacional en Los Caracas.
Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL.
 (1945). *Memoria y cuenta*, s/p.

La realización de alguna actividad productiva por parte de los hospitalizados en los centros asistenciales especiales fue un método moderno de tratamiento, el cual se integró directamente con los esquemas urbano-asistenciales. La leprosería no fue sólo el lugar para sanar al enfermo sin los riesgos del contagio y del desprecio social, sino que también fue el lugar puesto a la disposición por el Estado venezolano para los enfermos sanarse junto a su familia, y, aprender o hacer un oficio útil para la incorporación del individuo a la sociedad.

Los viejos esquemas de organización atendían la idea del lugar “donde los seres se aíslan de sus semejantes material y moralmente”²⁸⁵, así fue la

²⁸⁵ *Semana de la lepra 1941* (1943), p. 53.

organización de la Leprosiería de Cabo Blanco (1906), que a pesar de utilizarse elementos de la tradición arquitectónica venezolana, como el patio, el edificio se organizó en cinco edificios dispuestos alrededor del mismo número de patios, limitando el contacto del paciente con el mundo exterior. **(Figura 96)**



Figura 96. Leprocomio Cabo Blanco. **Fuente:** Foto aérea de Cartografía Nacional, 1936.

En la Leprosiería de los Caracas el ingeniero Vegas propuso cada edificio como un dispositivo relacionado directamente con la naturaleza: “la vegetación del lugar es tan frondosa que toda la obra en sí es en realidad un in-

menso parque”²⁸⁶. Lo asertivo de la propuesta extendida en toda la superficie del terreno podría atribuirse a la posibilidad del ingeniero Vegas, de adquirir conocimientos de los tratamientos para atender la lepra por parte de su hermano el doctor Martín Vegas. Estaba claro en el mundo médico que la mejor forma de atender este tipo de enfermedad era con el uso de edificios independientes entre sí, segregados de acuerdo al avance de la enfermedad y de la protección de contagio para el personal médico, enfermero y administrativo.

Las edificaciones definidas en el proyecto de 1945 se disponen a 17 kilómetros de Naguayá, ajustadas a las 134 hectáreas de accidentada topografía y entre los límites que imponen los ríos Chiquito, Grande y Los Caracas, y, el Mar Caribe (**Figura 97**). Las actividades que imponen los tratamientos parecen ser uno de los criterios de organización a partir de una única vía que se bifurca para permitir el acceso a cada zona. Se disponen hacia el sur la zona productiva (denominada como zona industrial) agrícola y pecuaria entre los ríos Chiquito y Grande, muy cercanas a la dispuesta para enfermos hábiles para el trabajo, de esta manera se minimizan los recorridos; la zona de servicios comunes está al nor-este del conjunto, ubicada entre los bordes de los ríos Grande y Los Caracas, muy cercanas de la zona sana, en frontera con el Mar Caribe; hacia el este, distanciado del resto del conjunto fueron ubicados los hospitales y asilos. Junto con todas estas zonas y en correspondencia con el interés por luchar no sólo contra la lepra sino también contra la tuberculosis y aprovechando que ambas enfermedades comparten algunos tratamientos comunes, fue emplazado un sanatorio antituberculoso con capacidad de 75 camas.

²⁸⁶ SANZ, Pedro. “La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital”, en: Punto. (1983). No. 65, p. 69.

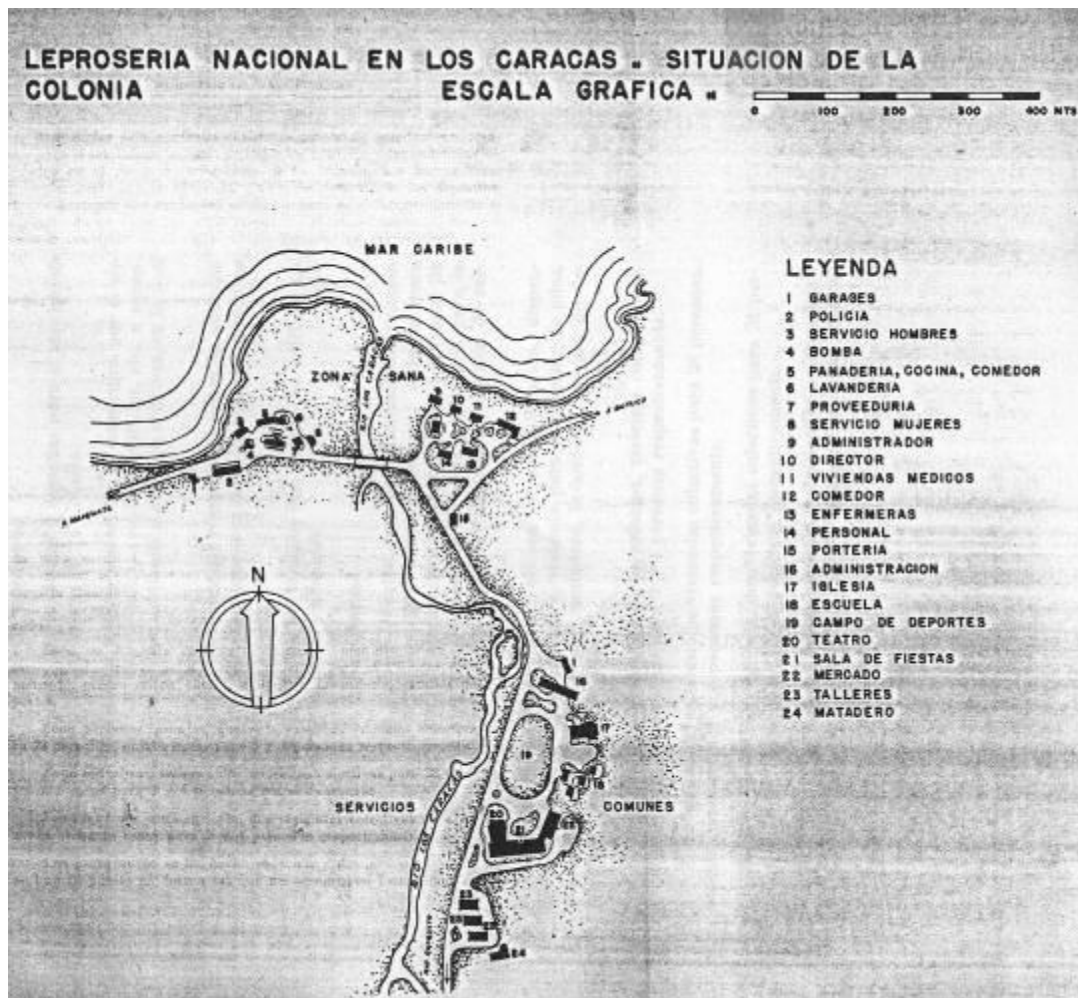


Figura 97. Leprosería Nacional en Los Caracas “Situación de la Colonia”.
Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, s/p.

El aislamiento fue el criterio urbano, arquitectónico y médico principal de organización, la distancia entre el conjunto urbano asistencial y Caracas lo ubicaba en una zona extraurbana, al tiempo que la disposición de los edificios protegía a los pacientes con el nivel de la enfermedad menos avanzado y al personal sano de aquellos potencialmente más contagiosos.

La disposición de las zonas se produce en una suerte de peregrinación que culmina en la zona sana, dando cuenta de que la sanación se dispone en un lugar superior, cercano al mar, donde se recupera la salud perdida

gracias a las bondades naturales del aire puro, del sol y del calor que ofrece el clima del trópico. Además, las descripciones del lugar como de “espesa vegetación, los caudalosos ríos y la extravagante fauna estimulaban el sueño y el delirio de una ciudad ideal, en contacto directo con la naturaleza, donde el paisaje y la tierra eran los protagonistas principales”²⁸⁷, y del terreno que “reúne magnificas condiciones para el fin propuesto por su relativa cercanía a centros de población como Caracas y La Guaira, por su suelo fértil que se presta a los trabajos agrícolas, porque su topografía especial permite separar en zonas aparte los edificios de aislamiento y hospitalización”²⁸⁸, hacen el “lugar sin lugar” especial para un hospital: agradable, con espacios que promueven las relaciones entre sus ocupantes, alejado de la complicada condición de la gran ciudad. **(Figura 98)**



Figura 98. Leprosería Los Caracas. **Fuente:** <https://picasaweb.google.com/lh/photo/Gdjhmp9zxm70L3QfUAeuSw>. 19 de febrero de 2010. Hora 10:14 am

²⁸⁷ SANZ, P., *Op. cit.*, p. 68.

²⁸⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, p. 468.

Veamos cómo se organizó el recorrido de la peregrinación. Hacia el sur, se ubicó la zona productiva o industrial; la agrícola siguiendo el caudal del Río Grande hacia el sur-oeste, y, la pecuaria el caudal del Río Chiquito hacia el sur-este, con espacios para la producción de leche y matadero; la zona industrial formada por doce talleres y panadería. A lo largo del recorrido de las aguas de estos ríos se ubican viviendas unifamiliares, para grupos de pacientes contagiosos con capacidad de realizar actividades productivas, la disposición de las casas de diferentes tipos fueron descritas como: “dispersas, sin mayor relación de conjunto entre ellas a excepción de la calle que serpentea paralela a los ríos”²⁸⁹, “las casas (...) destinadas a los colonos se han dispuesto en forma tal que no se agrupen formando pueblos”²⁹⁰. Otros tres edificios de habitaciones colectivas para 28 personas, de siete habitaciones a cada lado del núcleo central de circulación y servicios, de dos y tres pisos, ubicados dos de ellos en la bifurcación de los ríos Grande y Chiquito “aislados entre sí, insertados en medio de las casas unifamiliares de la colonia”²⁹¹ complementan la parte baja del conjunto. **(Figuras 99 - 103)**

²⁸⁹ PEREZ RANCEL, J. J. (2008). “La Ciudad Vacacional Los Caracas”, en: *Semana Internacional de Investigación* (2008), p. 7.

²⁹⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, p. 469.

²⁹¹ PEREZ RANCEL, J. J. *Op. cit.*, p. 7.

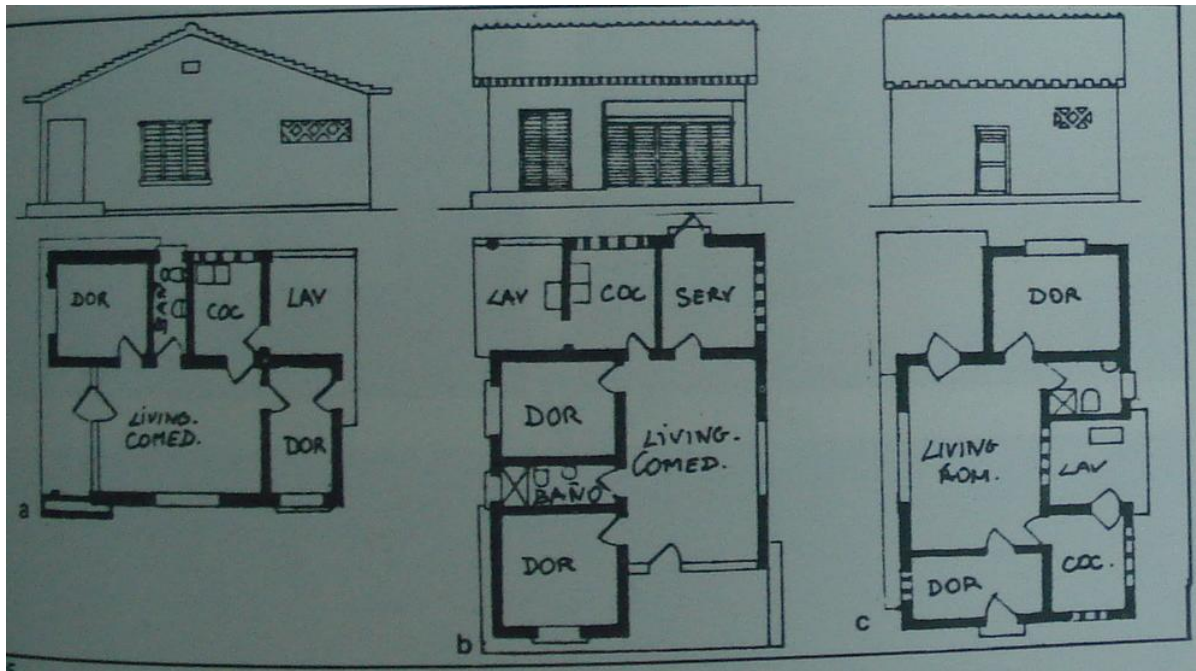


Figura 99. Leprosiería Los Caracas. Casa tipo A fachada lateral y planta, casa tipo B fachada principal y planta Casa tipo C fachada principal y planta. **Fuente:** SANZ, Pedro. "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital". Punto. (1983). No. 65, p. 69.



Figura 100. Leprosiería Los Caracas. Vivienda unifamiliar aislada. **Fuente:** Fuente: SANZ, Pedro (1983). "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital". Punto. No. 65, p. 69.

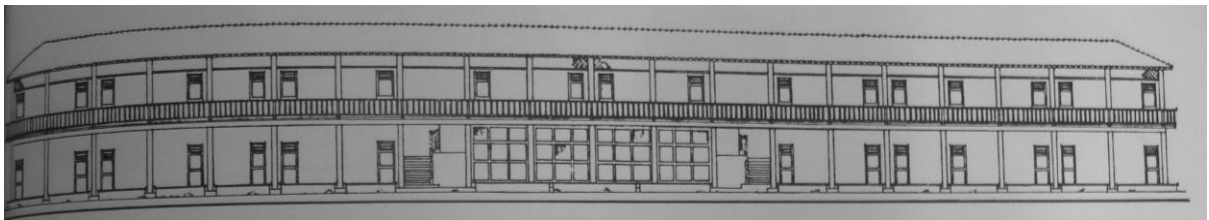


Figura 101. Leprosería Los Caracas. Vivienda unifamiliar para 28 personas. Fachada principal. **Fuente:** Fuente: SANZ, Pedro (1983). "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital". Punto. No. 65, p. 69.



Figura 102. Leprosería Los Caracas. Vivienda para 28 personas. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, s/p.



Figura 103. Leprosería Los Caracas. Edificio de habitaciones colectivas de dos pisos. **Fuente:** Fuente: SANZ, Pedro. "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital". Punto (1983). No. 65, p. 69.



Figura 106. Leprosaría Los Caracas. Casa club-restaurante. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta, s/p.*

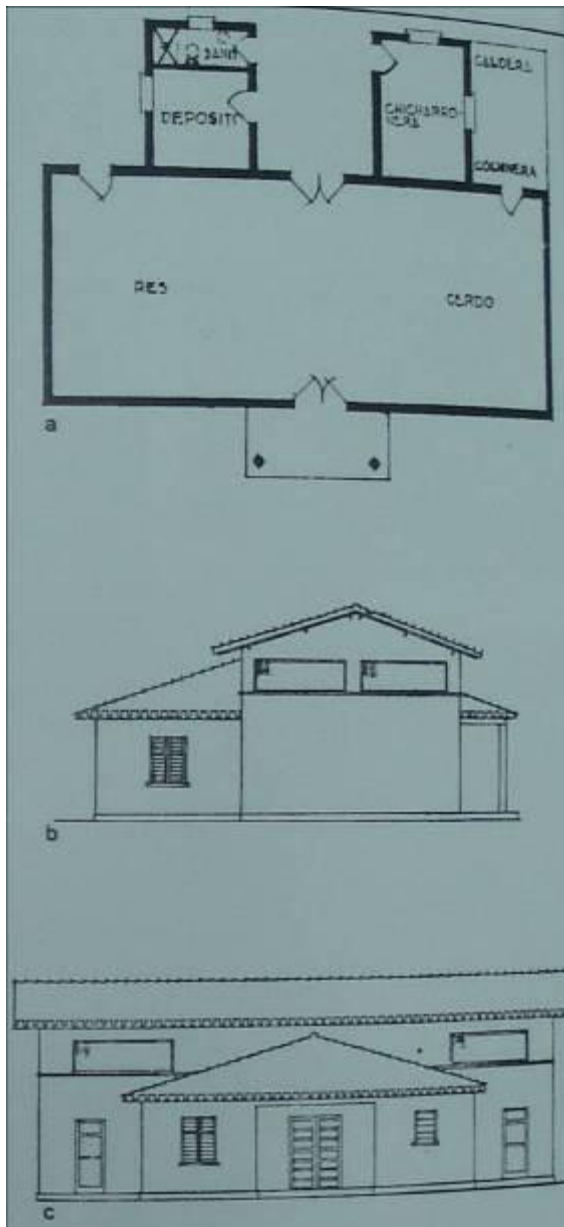


Figura 107. Leprosaría Los Caracas. Matadero. Planta, fachadas lateral, principal y posterior. **Fuente:** SANZ, Pedro. "La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital". Punto (1983). No. 65, p. 68.

En la medida que la peregrinación se acerca al Mar Caribe se aleja de la zona productiva y de los servicios comunes, y, fue en ese lugar donde se dispuso de la zona sana. Entre los ríos Los Caracas y Botuco se encuentran, al oeste, alineadas frente al Caribe las casas del director, administrador, médicos, enfermeras y el resto del personal. Separadas por el caudal del río Los Caracas se encuentran la cocina, el comedor, la lavandería, la portería, las casas de servicios de hombres, mujeres y policía, junto a estas casas los servicios de depuración de las aguas cloacales. **(Figuras 108 y 109)**



Figura 108. Leprosería Los Caracas. Residencia personal administrativo y médico. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, s/p.



Figura 109. Leprosería Los Caracas. Edificio comedor, cocina, lavandería.
Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memo-
ria y Cuenta*, s/p.

Hacia el este, para completar la zona sana, se ubican el hospital y el asilo. A lo largo de una vía principal paralela al caudal del río Los Caracas de forma descendiente se emplazan un grupo de edificios alargados que conforman la administración general y el edificio de hospitalización de leprosos.

(Figura 110)

El asilo se organizó a partir de un módulo de iguales dimensiones y forma a las viviendas colectivas, de dos pisos que se ubican paralelamente a la vía de servicio que permite su acceso. Los asilos se forman a partir de la combinación de dos de estos módulos articulados formando una “H”.



Figura 110. Leprosería Los Caracas. Edificio Administrativo. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, s/p.

Los elementos utilizados en la arquitectura de la Leprosería Nacional muestran el interés del Estado por construir, a partir de las obras públicas, un sistema nacional integrado que pudiera ser reconocido por la arquitectura; es la expresión de la arquitectura como disciplina privilegiada por el Estado con el que se emprendió la formación de la sociedad moderna.

En este proyecto fue construida una tradición a partir del rescate del pasado, en una suerte de contradicción en la arquitectura como manifestación cultural, si se analiza agudamente con relación al carácter de la Leprosería como objeto de representación del poder del Estado. En este caso, la arquitectura moderna fue un instrumento para darle paso al pasado y la tradición: por un lado, la organización urbana fue una respuesta a las modernas terapias de curación para leprosos, por el otro, los rasgos arquitectónicos con elementos neocoloniales se utilizaron como repertorio nacional en algunos

edificios del conjunto asistencial. Esta experiencia es una clara representación del diálogo entre la modernidad y la tradición.

Corredores abiertos con columnas, balcones, celosías de concreto, aleros, portadas decoradas con arcos polilobulados, romanillas y ventanas de madera, cubiertas inclinadas de tejas fueron algunos de los elementos utilizado en consideración al clima, la geografía y los tratamientos en las viviendas unifamiliares y en los edificios de habitaciones colectivas. **(Figura 111)**

Los balcones y las terrazas fueron protegidos en la parte superior por una banda corrida de celosía en madera con la cual se controla la entrada de la luz solar al tiempo que complementa la acentuada horizontalidad con las barandas de protección que se disponen entre intercolumnios.



Figura 111. Leprosería Los Caracas. Puerta principal para el ingreso de una de las viviendas. **Fuente:** SANZ, Pedro. “La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital”. Punto (1983). No. 65, p. 69.

Tanto las viviendas unifamiliares como las habitaciones colectivas destinadas para el uso de los pacientes fueron ubicadas estratégicamente cerca de las zonas productivas y equidistantes de la zona de servicios comunes. Los enfermos debieron estar en contacto directo con el ambiente de montaña

y de la playa a través de los corredores orientados de acuerdo a la luz del sol y la dirección de los vientos. **(Figuras 112 y 113)**



Figura 112. Leprosería Los Caracas. Centro cultural y social. Fachada principal. **Fuente:** SANZ, Pedro. “La ciudad Moderna. Los Caracas ciudad vacacional. Los Caracas ciudad hospital”. Punto (1983). No. 65, p. 68.



Figura 113. Leprosería Los Caracas. Edificio de habitaciones colectivas de dos pisos **Fuente:** http://www.centenariovillanueva.web.ve/Arquitecto/Inventario/Inventario_Momento_2.htm . 20 de febrero de 2010. Hora, 9:12 am

Otros rasgos arquitectónicos fueron los mostrados en los edificios donde funcionó la residencia del personal médico y administrativo; el comedor, la cocina, la lavandería, y la casa club-restaurant; la reducción de elementos del “repertorio nacional” a través de la asimilación de otros de referencias internacionales se observan en la convivencia de cubiertas inclinadas con elementos propios de la racionalización arquitectónica moderna.

Las residencias para el personal médico y administrativo recuerdan las características de las viviendas alemanas dispuestas siguiendo una las reglas del *Neue Sachlichkeit* y despojadas de ornamentos (**Figura 110**). En esta propuesta, salvando las distancias conceptuales y temporales con las viviendas de vanguardia alemana de principios del siglo XX, lo que interesa es la capacidad con que los proyectistas de la Leprosaría Los Caracas responden al criterio funcional de un centro hospitalario de este tipo con el uso de un lenguaje arquitectónico diferente. En este caso una “actitud ‘objetiva’, funcionalista”, propio del *Sachlichkeit* asumido por Muthesius, por ejemplo, como inclinación “por la reforma de la sociedad industrial”²⁹², referencias que los arquitectos venezolanos tenían desde el CIAM celebrado en Frankfurt en 1929. Superficies lisas interrumpidas por ventanas que procuran para las habitaciones un máximo de luz y aire, reducidas a pura expresión de la búsqueda tipológica basada en la individualización de células mínimas perfectamente organizadas.

El edificio del comedor, la cocina, la lavandería recuerda la propuesta de la casa Citrohan de Le Corbusier, donde la superficie acristalada (comparte el protagonismo con el volumen cúbico) se extiende hasta los pilares de

²⁹² FRAMPTON, K., *Op. cit.*, p. 132.

Neue Sachlichkeit fue una expresión alemana utilizada para identificar “la nueva objetividad”, especialmente en Alemania. Tal expresión identificaba el interés por valorar las cosas desde un punto de vista objetivo, a partir de la argumentación material y no de ideales, su principal manifestación fue la arquitectura a partir de la atención a los problemas constructivos, la expresión de la construcción, la cientificación del diseño y la reformulación del papel del arquitecto como agente político y de cambio, aspectos por los cuales se condesaría un “hombre nuevo”.

esquina, de hormigón armado, dejando tan sólo el grosor de esos pilares como separación entre la ventana y el aire circundante. **(Figura 109)**

La Casa Club-Restaurant, de dos pisos, muestra recursos de la arquitectura moderna **(Figura 106)**. El alero plano que se forma entre la losa de entrepiso produce un juego de luces y sombras en la superficie de la fachada. Además de la separación del alero, cada piso muestra un lenguaje diferente: en la planta baja, ventanales corridos se interrumpen por los pilares y comparten el escenario con superficies lisas que le dan paso a pequeñas molduras salientes que delimitan los bordes de las ventanas; en planta alta, una franja de ventanas batientes de romanilla sobre su eje superior, se ubican por debajo de una romanilla corrida. Una cubierta tradicional con tejas a cuatro aguas corona el edificio.

Finalmente, la arquitectura quedó claramente descrita como:

La arquitectura tradicional, las edificaciones eclécticas, los detalles Art Deco, el creciente Neohispanismo, la experimentación tecnológica. Adicionalmente, la necesaria adaptación a las condiciones del lugar, lleva a que la arquitectura de la Colonia refleje también la arquitectura tradicional de las construcciones del litoral, cuya determinante climática y ambiental fue históricamente factor decisivo para la proyección de esa región²⁹³

La riqueza urbana y arquitectónica de la Leprosaría Nacional de Los Caracas hace de esta colonia agrícola una de las obras de la modernidad venezolana más significativas: por un lado, muestra la vitalidad del movimiento nacional en los espacios para los pacientes, en una suerte de acercamiento al lugar abandonado producto de la enfermedad, el hogar; por el otro, la tendencia racionalista conciliada con la tradición en el caso de los espacios de servicios, comunes y del personal, exaltando los rasgos que caracterizan la gran ciudad. El ensayo de la interdisciplinariedad de la arquitectura, la ingeniería y la medicina quedó hábilmente demostrado en la organización ur-

²⁹³ PEREZ RANCEL, J. J., *Op. cit.*, pp. 5, 6.

bana a partir de la función primordial del lugar: sanar a los enfermos de lepra, en ambiente agradable, sin ser foco de peligrosidad para la población sana, al tiempo que se prepararon para la incorporación al núcleo familiar y social.

b. Del sanatorio antituberculoso único al sanatorio modelo, 1934-1954

En los edificios para atender la tuberculosis como “máquinas para curar” en Venezuela se plantearon espacios que tendrían como funciones: educar al enfermo, de manera que actuara con relación a su condición de tuberculoso, aprender a toser, comer, hablar; la quirúrgica, donde se realicen intervenciones especiales como neumotoráx, extrapleurales, frenicectomías, toracoplastias y, la orientación profesional, la cual comprende la preparación del enfermo en algún oficio que le permita incorporarse a alguna actividad económica productiva.

En el país los antituberculosos muestra cambios progresivos en su concepción. Las primeras propuestas corresponden a proyectos individuales, que muestran las tendencias particulares de cada proyectista adecuadas a las condicionantes de la medicina y del Estado deseoso por ser representado a través de las obras públicas, posteriormente se formularon los modelos con los cuales fueron minimizados los costos y tiempos de ejecución de los proyectos y por ende de las obras, con lo cual se unificó la imagen progresista del Estado. Esta línea progresiva en la arquitectura hospitalaria especial se identificó en los sanatorios antituberculosos que a continuación se presentan: desde el edificio único como el Sanatorio Simón Bolívar en el Algodonal hasta el uso de un modelo para el sanatorio tipo “B” en el Algodonal y Bárbula.

• Sanatorio Antituberculoso El Algodonal, Caracas 1934-1954

El Sanatorio Antituberculoso El Algodonal tiene la significación de ser un conjunto urbano asistencial especial pionero en Venezuela, que respondió al interés por mejorar la asistencia pública a finales del gobierno de Juan Vicente Gómez. Se realizó a través de la gestión del doctor Pedro González Rincones²⁹⁴ como Director de Sanidad del Distrito Federal y con la participación en los proyectos del ingeniero Carlos Guinand Sandoz y la Sección de Arquitectura del MSAS. **(Figura 114)**



Figura 114. Pedro González Rincones. **Fuente:** ARCHILA, Ricardo. (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*, p. 428.

²⁹⁴ Pedro González Rincones (1895-¿?) médico de la Universidad Central de Venezuela desde 1920, Director de Sanidad del Distrito Federal entre 1931 y 1934; Director de Asistencia Social del MSAS en 1936. “El aporte que presta a la lucha antituberculosa será tanto más notable, cuando que su ingenioso temperamento de verdadero realizador, le permitirá descubrir procedimientos para actuar, en momentos en que en los medios políticos se solía contestar a las insinuaciones sobre las necesidades imperiosas y más urgentes de construir una hospitalización para tuberculosos, con la especie de que “en Maracay al ambiente no era propicio para hablar de tuberculosis”. Esto se suponía en los medios políticos allegados, porque en esos años había muerto en Europa de una tuberculosis pulmonar, un hijo del General Gómez”. En: Baldó, José Ignacio. “La lucha antituberculosa en Venezuela y sus problemas”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. (1944). Vol. IX, junio, No. 3, p. 313.

La iniciativa de adquirir los terrenos ubicados en la zona de El Algodonal por parte de González Rincones fue evaluada y valorada por José Ignacio Baldó. El objetivo, además de atender un problema de salubridad, fue celebrar el 24 de julio de 1933 de manera especial por el sesquicentenario del nacimiento del Libertador, Simón Bolívar, a quien le debe su nombre oficial el primer Sanatorio construido. La propuesta debió ser avalada por un decreto: “Hay que ir por partes: lo primero que haremos es llenar un vacío que afortunadamente existe para el día 24; esto nos va a facilitar el decreto por el cual se destinan esos terrenos para la construcción de un Sanatorio antituberculoso.”²⁹⁵

Los edificios que conforman El Algodonal se emplazaron sobre un valle de cincuenta hectáreas al norte de la carretera de Antímano, a cinco kilómetros de Caracas, formado por masas de árboles de diferentes especies, las cuales fueron aprovechadas en los tratamientos; el lugar fue descrito como “un valle perfectamente adecuado al caso, protegido de los vientos e inmediato a la ciudad. Lo que facilita en todo caso la buena atención médica. Los terrenos que lo avecinan han sido perfectamente plantados de árboles escogidos de tal manera, que esto de por sí en el futuro contribuirá al alivio de los pacientes.”²⁹⁶ **(Figuras 115 y 116)**

²⁹⁵ Baldó, José Ignacio. “La lucha antituberculosa en Venezuela y sus problemas”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. (1944). Vol. IX, junio, No. 3, p. 314.

²⁹⁶ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 33-D.



Figura 115. Vista aérea-

a. **Fuente:** <https://mailattachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=422477338f&view=att&th=137eec43d3d819a6&attid=0.1&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B> P-. 17 de junio, 8:15 am



Figura 116. Vista general del Sanatorio “Simón Bolívar” (c. 1950). **Fuente:** http://docomovenezuela.blogspot.com/2011/06/docomomisregisters_7670.html, 03 de marzo, 8:08 am

Luego de construido el Sanatorio Simón Bolívar en 1939 y en la medida que los avances de la ciencia médica arrojaron positivos resultados, y, que las necesidades de curación aumentaron por el número de enfermos fueron construidos edificios. La gestión del MSAS entre los años cuarenta y cincuenta se había extendido hasta los entes privados o grupos sociales específicos interesados en contribuir con el mejoramiento de la salud de los venezolanos; fue así como se incrementaron las Asociaciones y las Ligas Antituberculosas que mediante actividades privadas como la campaña de la Estampilla de Navidad lograron invertir recursos económicos en el mejoramiento y ampliación del sanatorio.

A partir de 1945 se comenzó la ampliación y la ocupación del resto del valle con las construcciones del Sanatorio Infantil “Luisa Cáceres de Arismendi”; entre 1948 y 1950 los pabellones de terapia ocupacional y rehabilitación²⁹⁷; en 1953 el Sanatorio Antituberculoso tipo “B”; en 1954 el Edificio Nacional de Tuberculosis, con el cual se completó “la Zona de El Algodonal, un conjunto de instituciones que sirven a la División de Tuberculosis como centro de experiencia, de docencia y de investigación sobre las distintas actividades que se desarrollan en la realización de los programas de lucha antituberculosa.”²⁹⁸

El Sanatorio Simón Bolívar fue un proyecto del ingeniero Carlos Guinand. La experiencia en la proyección de la Clínica Maracay y la Policlínica Caracas fue determinante para asignarlo como proyectista por el MOP; el edificio se construyó entre 1934 y 1939, en grupo de pabellones distribuidos de acuerdo a las funciones y conectados con el núcleo de servicios y entre sí a través de pasillos y patios internos (**Figuras 117 y 118**). El Programa para el proyecto se realizó en conjunto con los médicos González y Baldó quienes sugirieron las condiciones que el antituberculoso debió mostrar: no concebirlo como un simple edificio asistencial, sino como Escuela para alojar y preparar al personal y, como centro de investigación en el área

El 17 de diciembre de 1939 fué inaugurado el Sanatorio Antituberculoso “Simón Bolívar”, primer sanatorio nacional construido y equipado de acuerdo a los adelantos de la época. La construcción de la obra había empezado en julio de 1934 y terminó en junio de 1938. Costó: Bs. 6.431.866,18 incluyendo el valor del terreno (Bs. 175.516,60); costo del

²⁹⁷ “A partir de 1948 se ha venido desarrollando servicios de Terapia Ocupacional y Rehabilitación en los Sanatorios Antituberculosos (...) En estas labores ha colaborado de manera efectiva la iniciativa privada, representada por las Asociaciones y Ligas Antituberculosas, las cuales han construido y construyen, pabellones especiales en cuatro de los sanatorios, y además, pagan una parte de los sueldos de los maestros y dotan los talleres de los útiles necesarios.” VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria*, p. 156.

²⁹⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 223.

mobiliario: Bs. 316.530. La hospitalización de pacientes comenzó el 1º de mayo de 1940.²⁹⁹

Las referencias arquitectónicas y de emplazamiento son similares a las utilizadas por José Villagrán en el Sanatorio Huipilco de México: entre los pabellones se forman sendos patios con los cuales el espacio interior logra extenderse al exterior, si se abren los cerramientos para ello; la ordenación de los pabellones a partir del acceso que se destaca por un alto elemento, que en ambos casos contiene un reloj y el protagonismo de los pasillos como conectores de los edificios. **(Figura 119)**

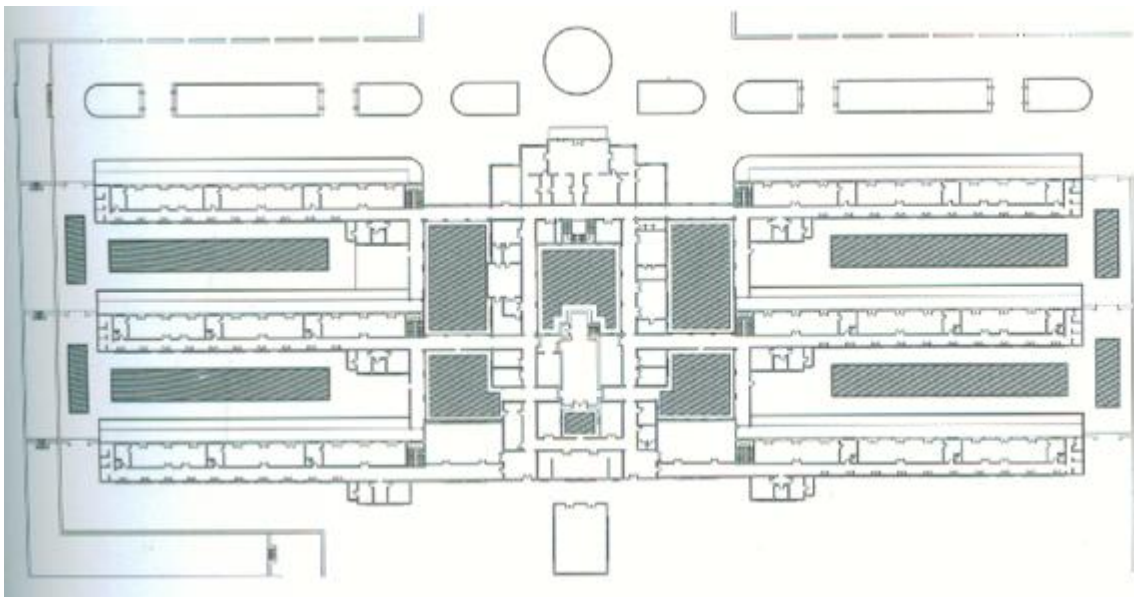


Figura 117. Planta principal del conjunto. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 56

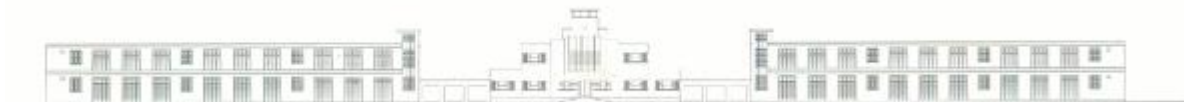


Figura 118. Fachada principal. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 60.

²⁹⁹ ARCHILA, R., *Historia de la Sanidad en Venezuela*, tomo II, p. 126.

Vista Aérea del Hospital



Figura 119. Vista aérea, Sanatorio Huipilco. José Villagrán 1929. **Fuente:** BURIAN, Edwards. (1998). *Modernidad y Arquitectura en México*, p. 77

El Sanatorio Simón Bolívar fue clasificado por el MSAS como tipo “A” desde el momento de su inauguración, tal clasificación correspondió a su condición de “altamente especializado”³⁰⁰ según las palabras del doctor José Ignacio Baldó, de carácter regional, con funciones para tratamientos activos, con instalaciones para realizar cirugías, para la preparación de personal y para la investigación³⁰¹. El interés por la atención especializada en las instancias del MSAS se materializó en este Antituberculoso; los enfermos dejaron de atenderse en los Hospitales Generales y tampoco debieron proponerse edificaciones anexas e independientes a otros edificios hospitalarios, las posibilidades del contagio fueron neutralizadas con el aislamiento de los enfermos del resto de los habitantes de Caracas. **(Figura 120)**

³⁰⁰ *Idem.*

³⁰¹ Ver: Baldó, José Ignacio. “La lucha antituberculosa en Venezuela y sus problemas”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. (1944). Vol. IX, junio, No. 3.



Figura 120. Vista aérea del conjunto. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 59.

Este edificio fungió de entrada principal del complejo asistencial, es una representación del clasicismo en un ambiente pintoresquista; Guinand utilizó ejes y simetrías consiguiendo un efecto de continuidad del exterior con el edificio; independizó los servicios de los seis pabellones, tres a cada lado, de dos pisos, con capacidad para 300 enfermos “se construyó con todos los requerimientos que la técnica moderna de hospitales exige”³⁰², volcados hacia alargados patios.

El edificio de servicio fue concebido como distribuidor y organizador del conjunto, marca un eje central de simetría; organizado alrededor de un patio interno y separado de los pabellones por otros cuatro, detrás de él se ubicó la capilla de una sola nave y cubierta abovedada, de referencia clásica

³⁰² VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 33-D.

sobre la cual se levantó un baldaquino soportado sobre un grupo de pilares estriados que coronan la fachada principal con un reloj (**Figura 121 y 122**).

El edificio debió ser reconocido, identificado fácil y rápidamente, incluso en el paisaje urbano para ello utilizó el baldaquino, elemento que emplea- do previamente, por el arquitecto Guinand en la Clínica Maracay (1930). En el caso del Sanatorio Simón Bolívar el mismo da cuenta de la aplicación de su formación beauxartiana en sus proyectos, por ello la insistencia en los temas formales. Este tipo de elementos fue común en muchos de los edificios asistenciales latinoamericanos y europeos, un cuerpo alto (baldaquino, torre de agua, altas chimeneas) fueron recursos usados por Villagrán en Huipilco y Aalto en Paimio intentando demarcando el eje principal de la organización del edificio. Este elemento en algunos casos se utilizó sobre la capilla o la iglesia, en otros fue un recurso utilizado para identificarlos fácil y rápidamente en la distancia.

El acceso principal llega en un *hall* de entrada que distribuye a las oficinas de la dirección, la secretaría, el administrador, la sala de espera y las unidades de exámenes médicos, radioscopias y neumotórax. Alineados a los patios se encuentran el resto de servicios: de operaciones, esterilización, lavabos, laboratorio, fotografía, rayos X.



Figura 121. Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Abril, 2010.

Los pabellones poseen 3 habitaciones, cada una para albergar 8 camas, dispuestas hacia el sureste sobre largos corredores en planta baja que mantienen continuidad hacia los jardines, y, balcones en la segunda planta con los baños anexos. Las recomendaciones médicas exigían la hospitalización de los pacientes de acuerdo al estado de la enfermedad y la toma de sol matinal, por lo tanto, los corredores y balcones eran elementos que facilitaban seguir los tratamientos.



Figura 122. Vista espacio interno de la capilla. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 61.

El conjunto asistencial fue complementado con la construcción de pabellón para enfermeras y pabellón de servicios, la ubicación de estos edificios fue la recomendada por los especialistas: el personal durante las horas de descanso permanecería en espacios alejados del foco contagioso. Para ellos Guinand dispuso de un lugar elevado y separado unos 100 metros del último pabellón de enfermos:

de tal manera, que el Hospital quedará para el personal solamente como sitio de trabajo y, fuera de los enfermos, no duerme allí nadie más que el médico residente. Esta disposición está en perfecto acuerdo con los principios técnicos del caso, pues contribuye a la mejor atención de los hospitalizados y a que el personal al retirarse de su ocupación tenga oportunidad de un verdadero descanso.³⁰³

El pabellón de enfermeras, de dos pisos, se ubicó en el noroeste del conjunto. Se disponen en planta baja los servicios conectados por cortos pasillos que minimizan los recorridos; consta de un *hall* de entrada, un comedor para enfermeras con una capacidad de 50 comensales y otro para personal médico residente, cocina, lavadero biblioteca, sala de conferencias y otros servicios; en la planta alta las habitaciones para el alojamiento de 30 enfermeras.

Mientras la organización respetó “los principios técnicos del caso” la aceptación de las formas y las técnicas nuevas se mostraron en la composición de la fachada Art-Decó, perteneciente al Estilo Internacional, de manera similar al ensayo del Sanatorio de Huipilco, de Villagrán en México; en este caso Guinand utilizó ornamentos geométricos y claridad volumétrica emparentada con el academicismo y la incorporación del cemento armado, el hierro, superficies acristaladas y las estructuras a la vista como medios para lograr la industrialización del proceso constructivo.

El acceso principal en el edificio de servicio, de composición simétrica cuenta con una hilera de elementos verticales que separan las ventanas ubicadas en una superficie que sobresale de las laterales y de la cual se extiende un alero plano que protege el acceso principal. La disposición de las ventanas da cuenta de la asimilación de la arquitectura moderna de entreguerras, especialmente, del planteamiento lecorbuseriano de extender los hue-

³⁰³ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 33-D.

cos de las ventanas hasta los pilares de las esquinas, de hormigón armado, destruyendo con ello la masa aparente del edificio. (Figuras 123 y 124)



Figura 123. Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar (1936-1939). **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 60.



Figura 124. Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Abril, 2010.

La fachada de los pabellones demuestra la necesidad de satisfacer los requerimientos funcionales para un Hospital Especial, se utilizó la celosía como protector solar y de ventilación; se adoptaron las características racionales en la arquitectura y de los avances industriales con el uso de elementos producidos en serie y de objetos tipo: ventanas y puertas dispuestas de forma regular, ordenada y repetitiva hacia los patios y balcones uniformizan el exterior del conjunto asistencial. Se dispone de dos niveles de ventanas, unas superiores, del mismo ancho de las puertas y otras inferiores, alargadas, basculantes en grupos de tres. Cada pabellón es rematado en la esquina con una torre que contiene los baños de la última habitación, en la cual la superficie acristalada se amalgama con elementos verticales que componen la geometría prismática del volumen. **(Figuras 125 - 131)**



Figura 125. Vista de las alas laterales del conjunto destinadas a las habitaciones. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Dominguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 59.



Figura 126. Detalle de la fachada principal. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Dominguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 57.



Figura 127. Detalle de la fachada principal. **Fuente:** FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN. (1998). *Wallis, Dominguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*, p. 58.



Figura 128. Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Abril, 2010.



Figura 129. Balcones en voladizo; sirven de terraza de asoleamiento para pacientes. **Fuente:** COLMENARES, José Luis. (1989). *Carlos Guinand Sandoz*, p. 127.



Figura 130. Pabellón de hospitalización, Sanatorio "Simón Bolívar" (c. 1950). **Fuente:** http://docomomovenezuela.blogspot.com/2011/06/docomomo-iscregisters_7670.html, 03 de marzo, 8:08 am

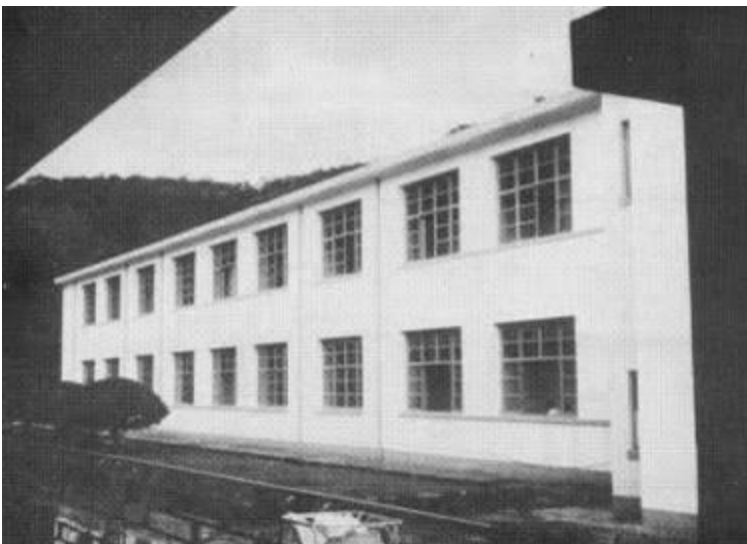


Figura 131. Vista de los patios ajardinados entre pabellones. **Fuente:** COLMENARES, José Luis. (1989). *Carlos Guinand Sandoz*, p. 126.

La propuesta de Guinand muestra la tensión entre lo nacional e internacional: los patios, corredores y aleros se reinterpretan en función de la estética moderna. El pabellón de enfermeras muestra rasgos clasicistas en la composición de la fachada: entre las ventanas tramos de pilastras estriadas y otros con lacerías, las cuales se repiten en el marco de la entrada principal y medallones en los muros. La diferenciación de los dos pisos del edificio se remarca a través de balcones que simulan una cinta que abraza el edificio hacia los extremos. **(Figura 132)**

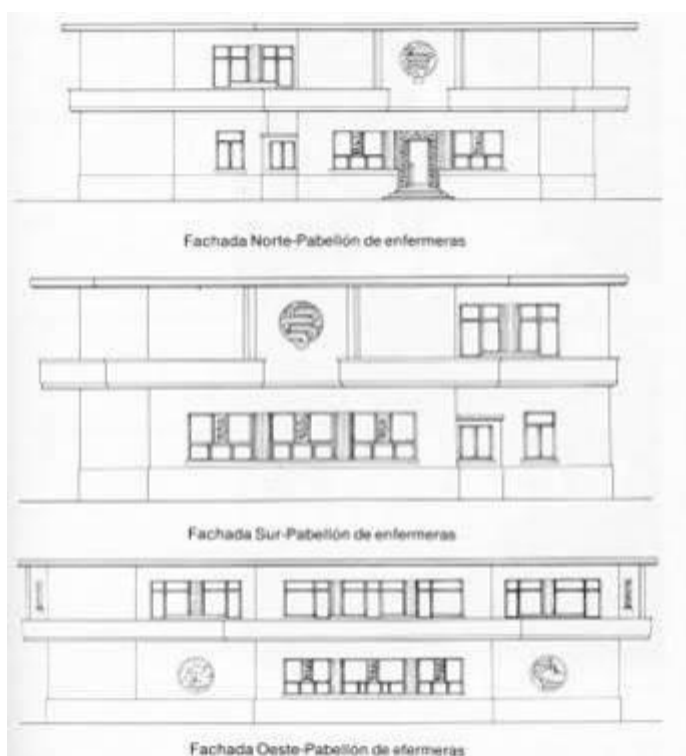


Figura 132. Fachadas del pabellón de enfermeras.
Fuente: COLMENARES, José Luis. (1989). *Carlos Guinand Sandoz*, p. 123.

En la historia de la medicina, las prácticas quirúrgicas y de tratamientos emprendidas en el Simón Bolívar fueron fundamentales para los avances en la curación de esta enfermedad³⁰⁴; este sanatorio fue producto de la continuidad de las políticas sanitarias y de la gestión de personalidades como el doctor González Rincones, emprendidas durante el gomecismo y que logra-

³⁰⁴ Se realizaron allí las primeras cirugías de tórax, la neumotomía de la tuberculosis, la resección segmentaria de pulmón por tuberculosis. Ver: ARCHILA, R., *Historia de la Sanidad en Venezuela*, tomo II, pp. 130-132.

ron materializarse durante el gobierno de López Contreras. Adicionalmente, Guinand logró articular las necesidades terapéuticas con la fusión de elementos de la arquitectura internacional y nacional.

La construcción de este conjunto urbano asistencial, en controversiales momentos políticos, fue un mecanismo aprovechado por el Estado venezolano para emplear un buen número de mano de obra desocupada luego de la muerte de Juan Vicente Gómez; la reactivación económica del Estado se demostró con la contratación de hasta 800 obreros en una semana de trabajo. Mientras, se construyó uno de los proyectos asistenciales emblemáticos de la modernidad con lo que se inició la construcción de una imagen de progreso a partir de una obra de gran envergadura.

La ocupación del terreno restante de El Algodonal se inició en 1945, así como fue progresiva la forma como el MSAS emprendió la ampliación y el mejoramiento, también lo fue la forma como se fue transfiriendo la función y el papel del arquitecto como intelectual proyectista de edificaciones “únicas” (como el caso de Guinand y el Sanatorio Simón Bolívar) a las dependencias del MSAS y del MOP con personal capacitado para realizar los proyectos necesarios para cumplir con los programas y planes de cada una de las Divisiones.

El MSAS consolidó sus funciones de proyectar los hospitales, en tanto era el campo de su competencia, mientras que el MOP realizó las evaluaciones necesarias de los proyectos al momento de su construcción. El trabajo de diseño de hospitales dejó de ser asunto de un profesional contratado por alguno de estos Ministerios, para ser el trabajo de un equipo de profesionales agrupados y amparados en una institución.

Desde que la Junta Revolucionaria de Gobierno aumentó el presupuesto especialmente para la prevención, saneamiento ambiental y tratamientos médicos-asistenciales y con el Programa de vacunación de la B. C. G., en los escolares se complementó el funcionamiento de El Algodonal con un Sanato-

rio Infantil; se identificó como “Luisa Cáceres de Arismendi” construido en 1945, con el objeto de atender la población infantil afectada por la tuberculosis. El Programa que la División de Tisiología propuso: capacidad para 120 camas (finalmente proyectado para 200 camas) para pacientes entre 0 y 14 años, separados por grupos y por sexo, con secciones para enfermos extrapulmonares, secciones de aislamiento y de cuarentena.

Este proyecto estaría a cargo del arquitecto Fernando Salvador³⁰⁵ en la Sala de Proyectos del MSAS, la experiencia y los trabajos de Salvador en el diseño para edificaciones asistenciales fue una de las razones del cambio de tipología en este edificio. Según el propio Salvador “esta subdivisión de enfermos es lo que ha hecho difícil el proyectar este Sanatorio, y durante estos trabajos se ha estado en continuo contacto con el Dr. Baldó para acertar lo más posible en la solución del problema.”³⁰⁶

Entre los trabajos que realizó como Director de la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS y a lo largo de su carrera, está el de la definición de criterios de diseño para las edificaciones asistenciales, adecuados a las condiciones climáticas venezolanas, determinó que:

los modernos arquitectos sanitarios tienden ahora a lo que se llama “semi-bloque” (...) los servicios están concentrados y a ser posible centralizados, las distribuciones estudiadas de manera que el personal recorra las menores distancias, dentro de su cometido, núcleo de servicios generales (...) cada uno con su vida propia pero abasteciéndose o dependiendo, lo mejor posible, de los otros servicios generales o centralizados. Naturalmente que hay que pensar qué tipo conviene en Venezuela (...) aquí se puede vivir al aire libre. Pero también es verdad

³⁰⁵ En entrevista realizada al arquitecto Miguel Salvador, en Caracas el 25-8-2007 confirmó que el Sanatorio Infantil Luisa Cáceres de Arismendi fue un proyecto realizado por Fernando Salvador, refirió lo siguiente: “por ejemplo el de El Algodonal, el primero de los edificios lo hizo Carlos Guinand, después hay uno infantil que es de los proyectos de papá y después hay otro que se hizo tipo B que eran proyectos suyos”.

³⁰⁶ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, En: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, p. 71.

que el nuevo tipo de “semi-bloque” tiene tantas ventajas que es muy conveniente adoptarlo y adaptarlo³⁰⁷.

El proyecto del Sanatorio Infantil “Luisa Cáceres de Arismendi” responde a este tipo de “semi-bloque”, por una parte fueron ubicados los grupos de enfermos en diferentes pisos, así como se logró la distribución de acuerdo a la separación según la clase de enfermedad entre los pisos inferiores y superiores; por la otra, fue adaptado a las dimensiones del terreno que:

no es grande, lo suficientemente grande, para que nos hubiere dejado pensar en un edificio por pabellones o de poca altura (...) aunque nuestra predilección está orientada siempre hacia los edificios de bloque, recogidos sobre sí mismos, y con servicios sencillos, con circulaciones verticales, centralizadas, y con recorridos horizontales muy cortos³⁰⁸

Se plantó en el valle un edificio cuya fachada principal está orientada en sentido sur-este, el criterio para ello fue la adaptación a la accidentada topografía y “para que el edificio presentase un mejor aspecto de simetría y de completo desarrollo de sus pisos”³⁰⁹. En los cinco pisos: cuatro de enfermos y uno médico-administrativo, se organizaron las habitaciones cercanas al sur con entradas de aire por el lado norte. El trazado del edificio en dos piezas formado una “T”, forma “bien conocida de la arquitectura sanitaria moderna”³¹⁰ articuladas por balcones en esquina semicurvados y en cuya intersección se encuentra un núcleo de servicios generales. Las habitaciones se ubicaron en la parte más corta de la “T” y en el resto los servicios, los de menor uso de alejaban del grupo de habitaciones.

Fernando Salvador registró detalladamente la descripción de cada una de las plantas del edificio, a continuación fragmentos de ella por plantas:

³⁰⁷ Salvador, Fernando. “Proyecto de hospital para cien camas”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social* (1940) Vol. V, p. 365.

³⁰⁸ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, En: *Op. cit.*, pp. 71-72.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 72.

³¹⁰ *Idem.*

Planta primera. Si habíamos de adaptarnos al terreno, esta planta tenía que ser incompleta (...) Esa adaptación nos ha hecho adoptar una solución en que las entradas están en planos diferentes: en el inferior, la administración y personal médico; en la media, la de visitas y entrada corriente; en la superior (a la altura de la tercera planta), el ingreso de alimentos a la zona de cocina (...) un sanatorio no tiene realmente el número de entradas diarias de todo género que tiene un hospital o un dispensario (...) la admisión de un enfermo cada tres o cuatro días a lo sumo tendrá que hacerse a través de la cuarentena de entrada. Por lo tanto la entrada “principal” no existe más que para el personal que rápidamente pasará al interior, o para las visitas, que se harán en horas y días determinados (...) Por lo tanto, esta primera planta primera o baja, que no llega sino a la parte de acceso de edificio –ascensores y escaleras–, tiene las siguientes partes: Su entrada está situada al final de la gran fachada de enfermos, pero por un costado en la parte más cercana al Sanatorio “Simón Bolívar”. Un vestíbulo llevará a un pequeño hall, al que a su vez darán las piezas de más servicio: Seguro Social y Oficina de la Administración. Un gran pasillo comunicará con el resto de los servicios médico-administrativos (...) Planta Segunda: En la parte principal se encuentra la primera hospitalización (...) con distintas clasificaciones de enfermos (...) en este piso hay tres clases de enfermos: en la parte central colocados a ambos lados del cuarto de la enfermera de piso, están las salitas de niños de 0 a 2 años, y todas estas habitaciones tienen una amplia galería. Estos niños no deben salir de la habitación para asearse y dispondrán de una mesa de bañera donde pueden ser lavados y atendidos. A un lado de esta sección se encuentra la de enfermos de tres y seis años. Las camas estarán dispuestas en tres cuartos corrientes y en un cuarto aislado de dos camas (...) dispondrá esta sección de: una clase, que puede convertirse en salón de juego; una terraza para juegos menos reposados; otra terraza para reposo al aire libre, y un cuarto de aseo completo, con ducha, lavabos y retretes (...) En el cruce de los dos cuerpos del edificio se encontrará siempre un núcleo de servicios generales (...) Planta Tercera. Los servicios son siempre los mismos, en este caso, la cocina. La colocación de ésta es lo más esencial en un edificio de este género; es siempre un elemento ruidoso y molesto, y, sin embargo, una colocación central es siempre conveniente para el buen funcionamiento total en un momento crítico como es el reparto de comida (...) Planta cuarta y quinta. En esta planta se encuentran las secciones de enfermos agudos o malignos y extra-pulmonares³¹¹

³¹¹ *Ibid.*, pp. 73-77.

El planteamiento arquitectónico de Salvador atiende el funcionamiento del Sanatorio: dispone de galerías exteriores como recurso espacial para las visitas de la familia y para el aislamiento, pero al mismo tiempo por razones constructivas. En las fachadas se hizo patente el Estilo Internacional: la composición a partir de ventanas, antepechos y cornisas delineadas por molduras sencillas de líneas rectas, superficies lisas en los muros, cubierta plana, y, la disposición ordenada de vanos de ventanas junto con el contraste de llenos y vacíos. **(Figuras 133 y 134)**



Figura 133. Sanatorio Infantil "Luisa Cáceres de Arismendi". **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Enero, 2010.



Figura 134. Sanatorio Infantil “Luisa Cáceres de Arismendi”.
Fuente: Fotografía Ana E. Fato O. Enero, 2010.

El funcionamiento del Sanatorio Infantil, así como el del resto de edificios de El Algodonal, se complementó con la construcción de un edificio de servicios, de manera tal que se atendieron los criterios de acortar recorridos para el personal al tiempo de cumplir con uno de los preceptos fundamentales del Estado venezolano de copar todos los escenarios posibles para la atención de la salud, con un hospital para niños se cumplía con los Programas y Planes de la División de Tisiología.

En los años cincuenta, en consonancia con el “Nuevo Ideal Nacional” y los ya comprobados resultados positivos de los tratamientos, se realizaron mejoras y ampliaciones. Específicamente, en 1953, se amplió el Sanatorio Simón Bolívar de Guinand,

De acuerdo a los requerimientos presentados por el Ministerio de Sanidad y Asistencial Social al de Obras Públicas, se procedió al proyecto de ampliación del Sanatorio Simón Bolívar, edificio integrante del centro antituberculoso El Algodonal. El proyecto contempla todas las necesidades presentadas en el programa correspondiente, consta de un cuer-

po de tres pisos y sótano situado en la parte posterior del edificio principal y unido a este por corredores debidamente cubiertos.³¹²

El edificio se planteó de tres pisos, con una capacidad de 28 habitaciones individuales, cada una con su baño en un área de construcción de 2.532 metros cuadrados. El edificio, finalmente, contó con las siguientes características, las cuales de forma detallada son descritas en la Memoria del MOP correspondiente al año de ejercicio en que se realizó:

Primer piso: contiene los servicios de cocina, con todos sus departamentos anexos, comedor principal, comedor de empleados, baños, etc. Segundo piso: están organizados por departamentos de hospitalización con sus correspondientes baños, sala de operaciones con sus respectivos departamentos de esterilización, anestesia, descanso de médicos, etc. En el tercer piso están dispuestos, igualmente departamentos individuales para la hospitalización seguidos de una gran terraza de asoleo, donde se dispuso también la sala de máquinas de aire acondicionado³¹³

A finales de 1953 se concluyó la construcción del Sanatorio Antituberculoso tipo “B”, proyecto elaborado por el MSAS, en un edificio con un cuerpo principal de tres pisos y el resto de dos, con una capacidad de 170 camas para enfermos crónicos, “contando exactamente con los mismos servicios ampliamente descritos para el Sanatorio tipo “B” de Bárbula”³¹⁴. El terreno para este Sanatorio tipo “B”, adquirido por el MOP, se encontraba al margen derecho de la carretera Caracas-Antímano.

La descripción del edificio realizada en la Memoria del MOP del año 1953 resulta pertinente en esta investigación, en tanto se utilizó el proyecto en dos de los conjuntos urbano asistenciales más importantes durante la

³¹² VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, p. 137.

³¹³ *Idem*.

³¹⁴ *Idem*. En el conjunto urbano asistencial ubicado en la zona de Bárbula en la ciudad de Valencia, se emplazaron edificios asistenciales especiales, este conjunto urbano asistencial será tratado en apartado posterior, entre los edificios que lo conforman están los Sanatorios Antituberculosos tipo “A” y tipo “B”.

modernización venezolana: el Algodonal y Bárbula, por ellos se transcribe *in extenso*:

Está dispuesto en forma de peine y consta de tres pisos con los servicios distribuidos de la siguiente manera: Sección de Administración: Esta sección abarca las siguientes dependencias: a) Administración, b) Intendencia, c) Dirección, d) Secretaría, e) Jefe de Enfermeras, Sala de Conferencias, Museo y Biblioteca; Sección de Consultas y Rayos X: Consta de todas las dependencias que requieren servicios; Sección de Cirugía: Esta Sección abarca las siguientes dependencias: a) Sala de Operaciones, b) Esterilización, c) Lavado de Instrumentos, d) Preparación de manos, e) Lockers, f) Vestuarios para Médicos y enfermeras; Sección de Laboratorios: Esta Sección abarca las siguientes dependencias: a) Química, b) Seriológica, c) Bacteriología; Sección de Hospitalización comprenden varias unidades para hombres, mujeres y niños de ambos sexos. Tiene cuatro unidades para hombres y cuatro para mujeres distribuidas en la forma siguiente: dos unidades de 30 camas cada una en cinco cuartos de a seis camas; 2 unidades de 6 camas cada una para aislados; seis cuartos de una cama; una unidad para niñas de 14 camas en 2 cuartos de 4 camas y 3 cuartos de 2 camas. Una unidad para niños, de 12 camas, en 2 cuartos de 6 camas. Una unidad para niños, de 12 camas, en 2 cuartos de 6 camas; Sección de Servicios Generales: Cocina, comedor y sus dependencias anexas. Viviendas intrahospitalarias para el personal con un total de 18 camas distribuidas así: 2 cuartos de 3 camas y 6 cuartos de 2 camas; Las características constructivas de este edificio son las siguientes: estructura de concreto armado, techos de teja sobre pilares de hierro, paredes de ladrillo, frisos de cal, pintura al óleo, pavimentos de mosaico y granito, equipo de cocina, equipo médico, grupo eléctrico, ascensores, etc.³¹⁵

Las características arquitectónicas de este edificio son similares a las del Sanatorio de este tipo en Bárbula, las partes del peine se ordenan como pabellones comunicados a partir de un largo pasillo central que toma la forma de "U"; entre los pabellones se forman sendos patios exteriores que facilitan la iluminación y ventilación de las habitaciones (**Figura 135**). El cuerpo central es el único de tres pisos de altura, el cual en el tercer piso alberga todos los espacios necesarios para el funcionamiento de la cocina y el núcleo de habitaciones para el personal del hospital. Este cuerpo central está separado

³¹⁵ *Ibid.*, p. 140.

del resto por un patio interno, dos comedores y los núcleos de circulación dispuestos a cada lado de éste.

La toma de sol de los pacientes fue reforzada con terrazas dispuestas a lo largo de las fachadas laterales de los pabellones de la parte superior del peine que se mantiene continua hasta la esquina en forma de “L” en los dos pisos que ocupan **(Ver figuras 193 y 194)**. Al igual que el edificio de Bárbula se recurrió a la combinación de elementos del Estilo Internacional con otros tradicionales. El cuerpo central se cubre con una cubierta inclinada a cuatro aguas, de teja que se impone sobre el edificio, mientras que los pabellones de dos plantas fueron cubiertos con techos y aleros planos sobre los accesos. Las ventanas se disponen en grupo de tres o continuas rítmicamente en cada plano de las fachadas, todas apoyadas sobre una moldura que sobresale de la superficie del muro y que se mantiene corrida intentando enlazar todos los cuerpos. **(Figura 136)**



Figura 135. Sanatorio tipo “B, El Algodonal. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Enero, 2010.



Figura 136. Sanatorio tipo “B, El Algodonal. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Enero, 2010.

Junto con este Sanatorio se construyó el Instituto Nacional de Tuberculosis. La planificación del Estado alcanzó los niveles esperados en los primeros años del funcionamiento del MSAS y la asistencia y la investigación de la tuberculosis en el país requirió de los espacios necesarios para desarrollar el Programa de centralización de los servicios de atención para tuberculosos. El objetivo del Instituto quedó claramente definido: “tendrá por objeto coordinar y centralizar la investigación en el campo de la fisiología que se lleva a cabo en Venezuela.”³¹⁶

En un edificio de cuatro pisos y sótano se organizaron los servicios de la siguiente manera: en el sótano, se ubicaron los depósitos, cría de animales y autopsias; en primer piso, los departamentos de anatomía patológica,

³¹⁶ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1954). *Memoria y Cuenta*, Vol. I. p. 71.

tisiología, epidemiología, estadísticas y un auditorio junto con los laboratorios; en el segundo piso, otros laboratorios junto con la sede de la División de Tisiología; en el tercer piso, los cuartos de reposo, bar, terrazas y salones de reuniones; en el cuarto piso, la sala de máquinas y terraza.

Si bien es cierto que todos estos edificios fueron proyectados entre Carlos Guinand y el MSAS, el conjunto fue concebido bajo los esquemas planteados por el MSAS: se unificaron los materiales y las técnicas constructivas. Por ejemplo, el uso de materiales para el piso como granito para las habitaciones con el fin de garantizar la higiene del lugar; en las dependencias de servicios “todas las paredes fueron revestidas hasta 1.50 metros de altura con mosaico vidriado blanco y sus pisos con baldosas de terrazzo del mismo color”³¹⁷. Todo indica que en el proyecto de El Algodonal se utilizaron criterios constructivos universales de emplazamiento ensayados previamente para los Hospitales Especiales: el uso de edificios dispuestos sobre toda la superficie de terreno similar al planteamiento de Huipilco en México, el uso de materiales constructivos que garantizaron la higiene y la facilidad del mantenimiento similares a los utilizados en Paimio y en especial, la adaptación a los criterios médicos de ventilación, de iluminación y de sectorización de las zonas de servicio, de reposo y de hospitalización.

La propuesta de Guinand atendió las solicitudes médicas especiales y la premura del Estado por solventar un problema que afectaba las condiciones de vida de los venezolanos. El conjunto se muestra adaptado a las condiciones del paisaje natural que lo rodea, con una clara intención de alejar a los pacientes de las conflictivas condiciones de la metrópoli caraqueña; en el lugar se recupera la cercanía con la naturaleza mediante la integración de modernos espacios a ella. En la propuesta se ignoran los esquemas archi-

³¹⁷ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria y Cuenta*, p. 92. El ingeniero Guinand elaboró un detallado informe de la construcción del Sanatorio, el mismo se encuentra como anexo en la Memoria y Cuenta del MOP. Ver: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria y Cuenta*, pp. 91-94.

tectónicos extranjeros de gran altura, incluidos en las tramas de los centros urbanos, capaces de atender todas las enfermedades en un mismo centro asistencial, en una suerte de valorar los elementos que identifican la cultura y el paisaje de construir con la arquitectura los vínculos con lo tradicional y las antiguas costumbres de los venezolanos. **(Figura 137)**



Figura 137. Sanatorio Popular y Antituberculoso. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 34-D.

• Sanatorio Antituberculoso del Occidente (Venezuela), Mérida, 1942

Al occidente de Venezuela se encuentra la ciudad de Mérida, capital del estado Mérida, en un territorio montañoso y bondadoso para la producción agrícola. Como el resto de las principales capitales venezolanas, la estructura urbana mostró sus primeros visos de cambio luego de la muerte de Juan Vicente Gómez. La tradicional organización de la ciudad en forma de damero en el centro comenzó a expandirse lentamente, a partir de las reconstrucciones de edificaciones afectadas por los sucesivos terremotos.

Como antecedentes de las intervenciones urbanas y arquitectónicas en Mérida están las propuestas urbanas utilizadas en la ciudad de Caracas. En las primeras décadas del siglo XX, la capital venezolana siempre fue un referente urbano de las ciudades del país, que se utilizó en diferentes escalas y de acuerdo al desarrollo económico de cada región.

Es así como desde 1936 se inició, de forma modesta, la modernidad de la capital merideña y la ocupación de buena parte de ella con edificaciones que respondieron a la planificación del Estado moderno, al tránsito hacia la democracia y a la firme convicción de alejarse del autoritarismo precedente del gobierno gomecista. La modernidad se expresó en nuevas actividades, formas de organización y de uso de la ciudad. Ésta se identificó con el poder de la Iglesia, cuyos alcances se reflejaron en su ocupación con edificios religiosos, como: conventos, iglesias, seminarios y, más adelante, la Universidad impulsada por la misma Iglesia.

La actividad estudiantil de la Universidad y otras particularidades de la ciudad fueron determinantes para el incremento de habitantes entre 1881 y 1950, pasar de 4.741 a 24.994 exigió la dotación de una infraestructura racional y moderna, en un territorio de 11.300 kilómetros, que correspondiera con la red nacional de edificaciones sanitarias planteada en los gobiernos de

mediados del siglo XX. De esta manera el estado Mérida fue dotado de Medicinas, Unidades Sanitarias, Dispensarios Rurales y Hospitales y juntos con éstos, el Sanatorio Venezuela en 1942.

El proyecto fue realizado por el arquitecto Carlos Raúl Villanueva, en el tiempo que se desempeñó como proyectista de la Dirección de Edificaciones Asistenciales del MOP. El edificio “se ha proyectado tomando en cuenta todos los adyacentes convenientemente orientados; las necesarias dependencias requisitos que la ciencia moderna exige para ese tipo de construcciones”³¹⁸. Villanueva sintetizó en el conjunto asistencial la búsqueda de articular la tradición con la modernidad: la convivencia de los rasgos modernos con patios y pasillos delimitados por galerías de columnas se conjugan con los modernos preceptos de la medicina para la atención de tuberculosos. **(Figura 138)**

La aprobación de la propuesta del arquitecto estuvo a cargo de la Junta Pro-Hospital Los Andes, luego que ésta realizara la solicitud³¹⁹ y para lo cual “dispone, por donaciones que le han sido hechas, de la suma de Bs. 228.000,00, destinada a la construcción de un Sanatorio Antituberculoso para 100 camas en Mérida y forma parte del programa de Obras Públicas su colaboración en la parte técnica de la obra y los gastos necesarios para que, agregando dicha suma, se pueda llevar a cabo tan importante obra”³²⁰. **(Figuras 139 y 140)**

³¹⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS (1944). *Memoria y Cuenta*, Vol. I, p. 406

³¹⁹ “Una vez que fueron recibidos en el despacho los planos del terreno que dicha Junta adquirió para ese sanatorio, se elaboró un proyecto que, después de modificar de acuerdo con ella, se encuentra en la actualidad en el curso de la elaboración de los planos de detalle. Ya se han pedido cotizaciones para la estructura metálica que forma el esqueleto del edificio, en la parte que éste consta de 4 pisos.” VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS (1939). *Memoria*. Tomo II, p. 91

³²⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1939). *Memoria*. Tomo II, p. 91.

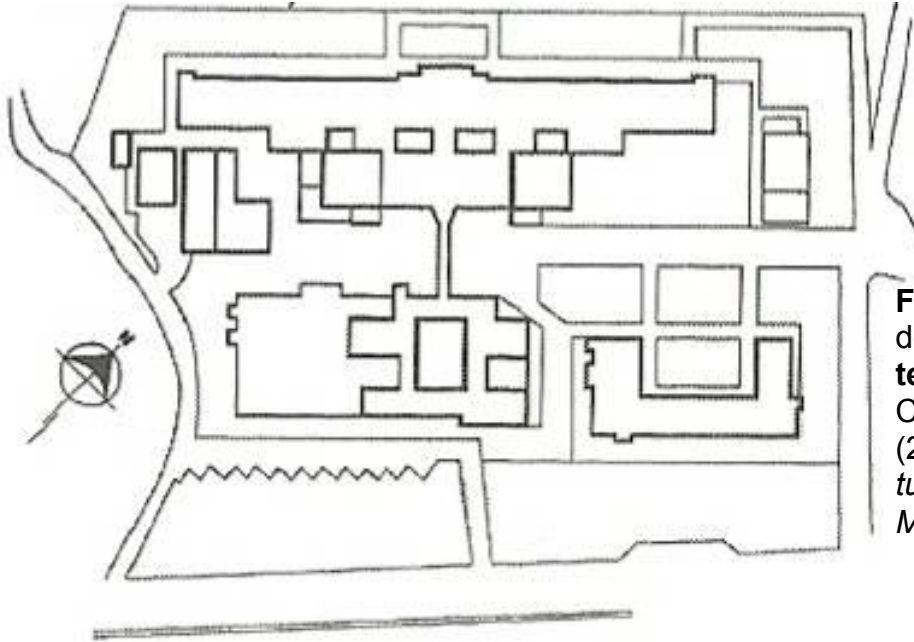


Figura 138. Planta de conjunto. **Fuente:** FEBRESCORDERO, Beatriz (2003) *La arquitectura moderna en Mérida*, p. 117.

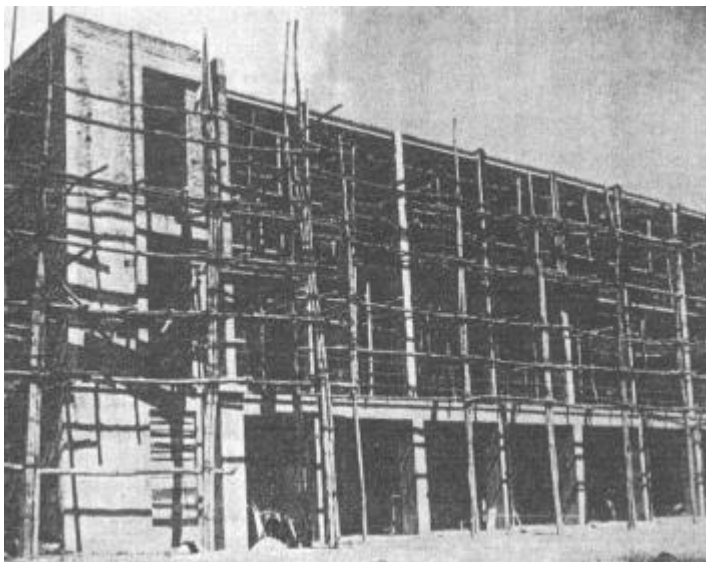


Figura 139. Sanatorio Antituberculoso "Venezuela, en Mérida, en construcción. Fachada desde el ángulo Suroeste. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1944). *Memoria y Cuenta*, p. 408.

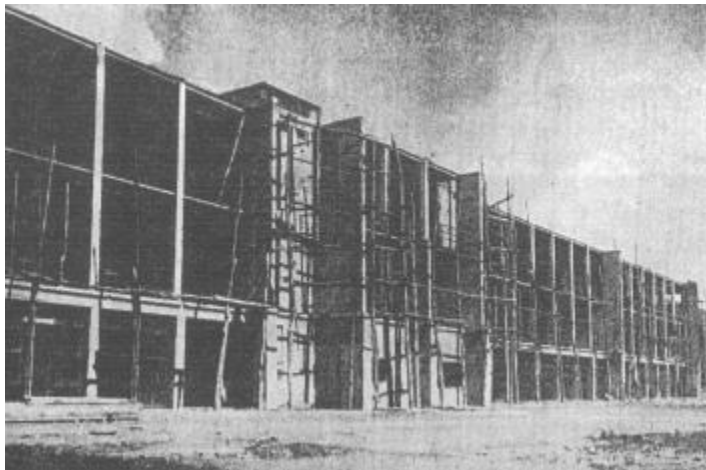


Figura 140. Sanatorio Antituberculoso "Venezuela, en Mérida, en construcción. Fachada desde el ángulo Suroeste. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1944). *Memoria y Cuenta*, p. 407.

El terreno adquirido por la Junta se ubicó en la periferia de la ciudad, en la zona denominada la Otra Banda, considerada una zona urbana, prevista como de expansión. Mientras la arquitectura fue de Villanueva, el arquitecto Blasser hizo lo propio con el proyecto de las instalaciones de aguas frías y calientes como quedó registrado en los planos de la División.

El planteamiento arquitectónico de Villanueva procuró darle pertenencia al objeto arquitectónico en el contexto regional. El patio fue un recurso utilizado como representante de la identidad venezolana, basta recordar que Villanueva tenía profundos conocimientos sobre la arquitectura caraqueña del siglo XVIII y a tono con ello en 1942 fundó junto el doctor Carlos Manuel Möller, la Asociación Venezolana de Amigos del Arte Colonial y, en 1945, la Junta Protectora y Conservadora del Patrimonio Histórico y Artístico de la Nación. Durante los años treinta y cuarenta, los elementos de la arquitectura colonial se utilizaron para responder a las solicitudes de los sectores “aristocráticos” mediante una magnificada y deliberada estética colonial y, el Art Decó como asimilación de referencias internacionales.

El Sanatorio Venezuela es un edificio distribuido en una planta académica, alargada hasta los límites que la dimensión del terreno lo permitió. De forma estrictamente simétrica, se organizó en cuatro pisos con ocho grandes salones de dormitorios de pacientes. La composición arquitectónica de las fachadas no muestra la organización alrededor de dos patios internos rectangulares separados por un ancho pasillo central, cuya dimensión se repite en cada uno de sus lados para formar corredores distribuidores al resto del edificio.

La impecable disposición de estos patios permite la entrada del sol a los pasillos circundantes, requisito indispensable para una edificación destinada exclusivamente a la atención de tuberculosos, en tanto los avances terapéuticos habían reconocido las bondades de los baños de sol en horas específicas. Es mediante estos patios y el uso de pasillos abiertos en una de sus ca-

ras que Villanueva aseguró la entrada de luz natural en todos los ambientes del sanatorio. **(Figura 141)**



Figura 141. Sanatorio Venezuela. Vista patio. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.

A cada lado de los pasillos que bordean los patios, separados por uno de los corredores se encuentran las escaleras, a través de las cuales se accede a los pisos superiores que componen el alargado edificio, con un patio de por medio, respetando el ancho de las escaleras se ubican en todos los pisos un depósito, un cuarto de enfermeras, uno de médicos y un baño. **(Figuras 142-144)**



Figura 142. Sanatorio Venezuela. Vista pasillo. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 143. Sanatorio Venezuela. Vista patio. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 144. Sanatorio Venezuela. Pasillo interior. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.

En el nivel sótano, con acceso desde el exterior en una adaptación a la topografía, Villanueva parece atender la repetición de un módulo netamente funcional de habitaciones de cinco y cuatro camas con su correspondiente baño, ubicadas a lo largo de un pasillo que en uno de sus extremos dispone de la sala de exploración funcional del pulmón y de rayos X, y en el otro, de la morgue y del garaje. En los casos en que algunos de los módulos no fue utilizado como habitación, el espacio se dispuso para las salas de autopsias, de anatomía patológica y laboratorios. En el centro del nivel sótano, se ubica el núcleo de servicios de ascensores, cuartos de lencería, depósitos y sala de curas, los cuales alcanzan hasta el piso tres del edificio. **(Figura 145)**

En la planta baja, los espacios de uso público se organizan alrededor del *hall* principal de acceso, en uno de los lados las oficinas del director y el administrador con puertas directas, colindando con ellas el laboratorio, la farmacia, la unidad de rayos X y la sala de operaciones cuyas entradas están sobre un pasillo centralizado cercano a los corredores que delimitan los patios. En el otro lado del *hall* se plantan los comedores de los pacientes del piso, la cocina, los oficios, la lavandería con entrada desde el pasillo principal. El resto del piso está formado por un largo pasillo con dos unidades de habitaciones de hospitalización, separadas para hombres y mujeres, de doce camas cada una, rematadas en uno de sus extremos por los sanitarios. Frente a las habitaciones, generosas terrazas se disponen con vista al páramo merideño, las cuales funcionan exclusivamente como solarío para los pacientes; las terrazas son elementos utilizados para lograr una perfecta relación entre el paciente y las bondades climáticas de su entorno. Estas grandes habitaciones tienen un único acceso, ubicado en la parte central de cada una. **(Figuras 146-153)**

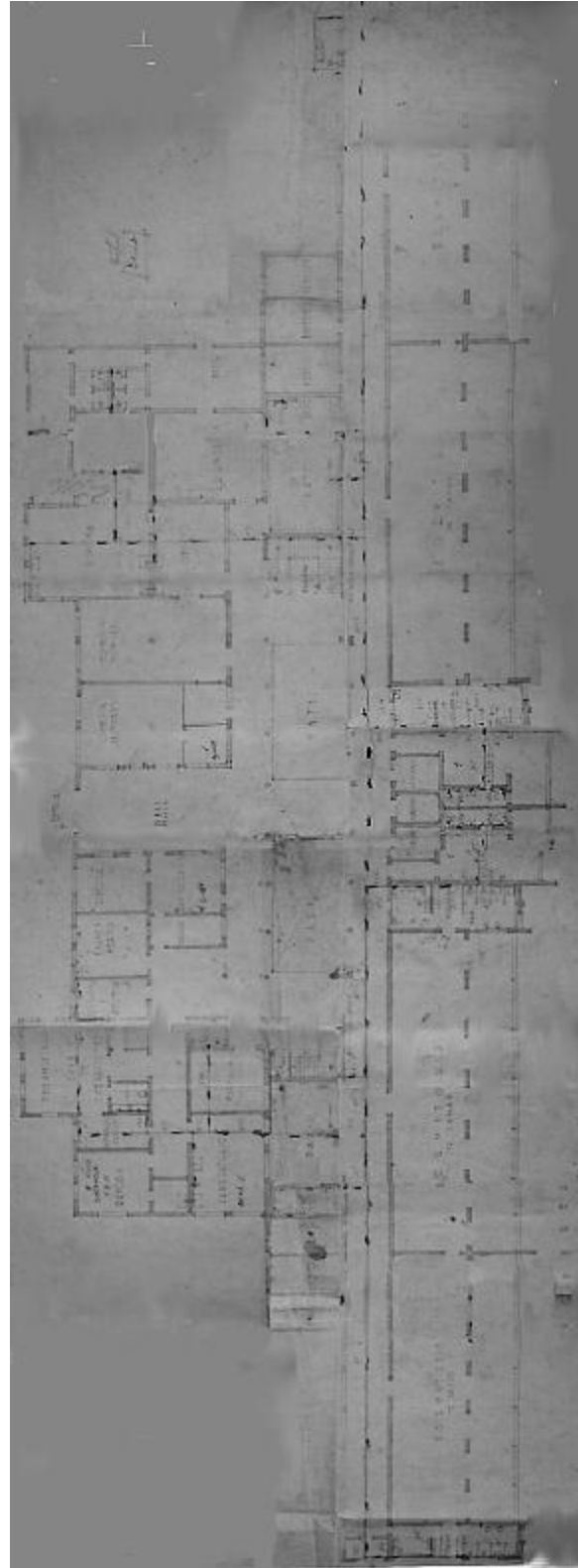
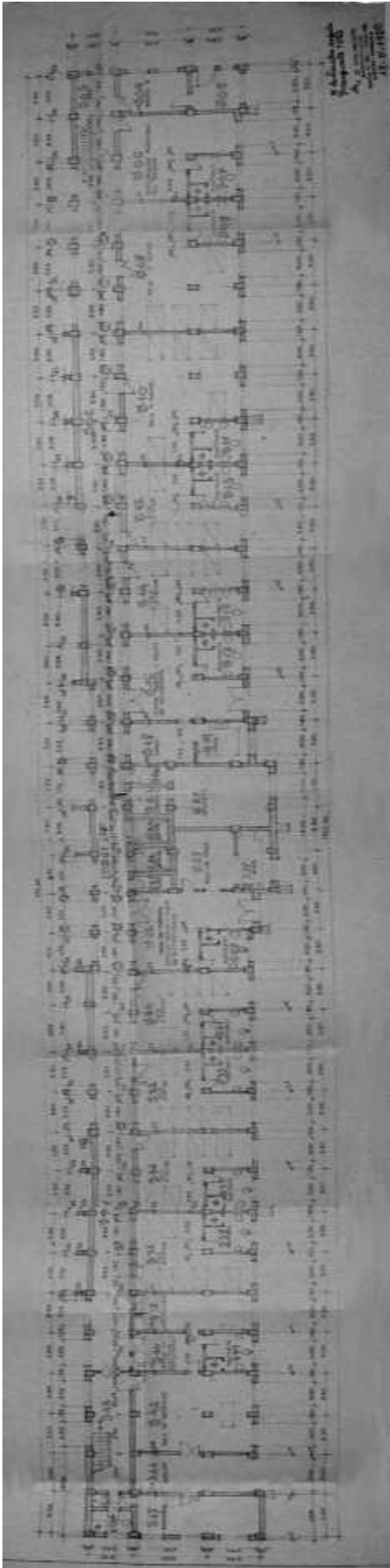


Figura 146. Planta baja. **Fuente:** Archivos del Sanatorio Venezuela. Marzo 2010

Figura 145. Nivel Sótano. **Fuente:** Archivos del Sanatorio Venezuela. Marzo 2010

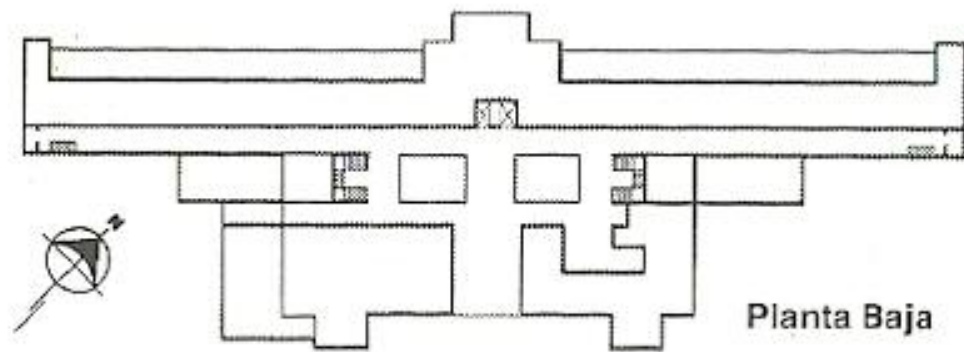


Figura 147. Planta baja. **Fuente:** FEBRES-CORDERO, Beatriz (2003) *La arquitectura moderna en Mérida*, p. 117.



Figura 148. Sanatorio Venezuela. Vista terrazas de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 149. Sanatorio Venezuela. Vista terrazas de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 150. Sanatorio Venezuela. Vista de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 151. Sanatorio Venezuela. Vista de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 152. Sanatorio Venezuela. Vista de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 153. Sanatorio Venezuela. Vista de las habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.

La forma como se organiza el servicio de hospitalización, es un esquema que se repite en los pisos dos y tres. Sin embargo, al final de los pasillos de estos se ubican los baños de uso público de cada uno de ellos.

Frente a los patios, en la planta baja, en una de sus caras se concentran los espacios de servicios de cada piso: ascensores, faena de enfermeras, dos habitaciones de aislamiento con baño privado y un consultorio médico, organización que se repite en el piso dos y tres. En la otra cara del patio, en el piso dos se plantan los comedores, separados para hombres y mujeres, entre los cuales, respetando la perfecta simetría en cada piso se encuentran dos espacios de oficios auxiliares para la distribución de los alimentos en el comedor. Sobre los comedores, en el piso tres las salas de operaciones claras y oscuras, la sala de anestesia, una habitación para médicos y la de faena de enfermeras junto a la sala de esterilización. **(Figuras 154 y 155)**

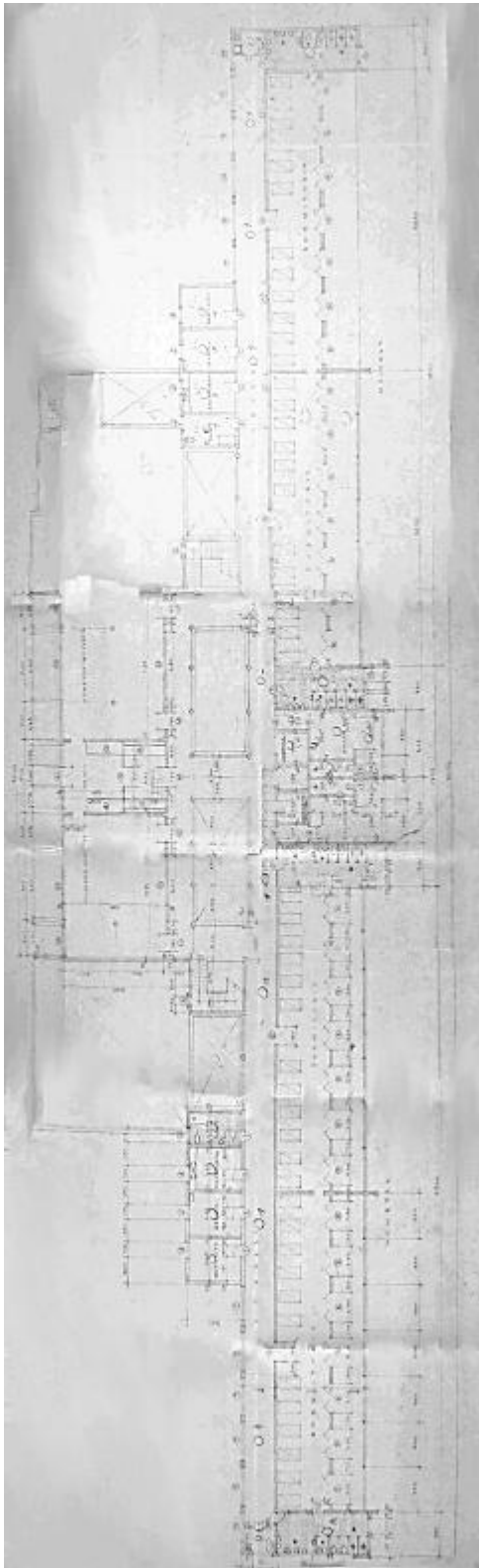


Figura 154. Piso 2. **Fuente:** Archivos del Sanatorio Venezuela. Marzo 2010

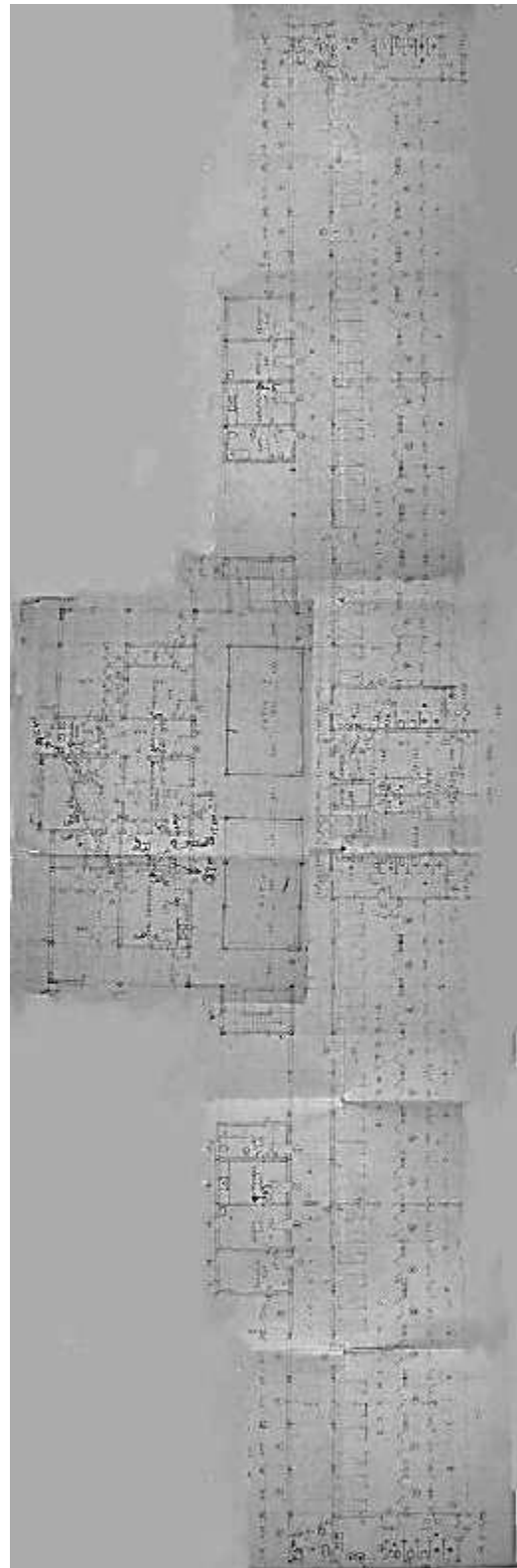


Figura 155. Piso 3. **Fuente:** Archivos del Sanatorio Venezuela. Marzo 2010

En un edificio de dos pisos anexo, conectado por corredores cubiertos, los médicos y las enfermeras disponían de alojamiento. Organizado en forma de “U” en el primer piso se ubican once habitaciones privadas con baño privado, una habitación de tres camas, sala de espera, comedor y biblioteca, todos ubicados sobre un pasillo que sigue la forma del edificio. En el segundo piso, se ubican cuatro dormitorios individuales con baño, cuatro de cinco camas, habitación de lencería, comedor y sala de espera. En una de las articulaciones de las partes del edificio se deja ver un núcleo de escaleras y el otro, entre el desplazamiento de los pasillos. **(Figura 156)**

El planteo de un edificio independiente para los médicos y enfermeras, como se mostró anteriormente, es un esquema ya ensayado en el Antituberculoso Simón Bolívar, por lo tanto Guinand y Villanueva adecuaron los proyectos a las necesidades no sólo de los pacientes sino de los mecanismos de protección impuestos por la ciencia médica para el personal.

Si bien la organización espacial da cuenta de la capacidad resolutive en cuanto a la demanda funcional, no menos importante fue la propuesta estilística del Sanatorio. Allí Villanueva, sin descuido, atendió la formalización arquitectónica en una potente y radical imagen de modernidad.

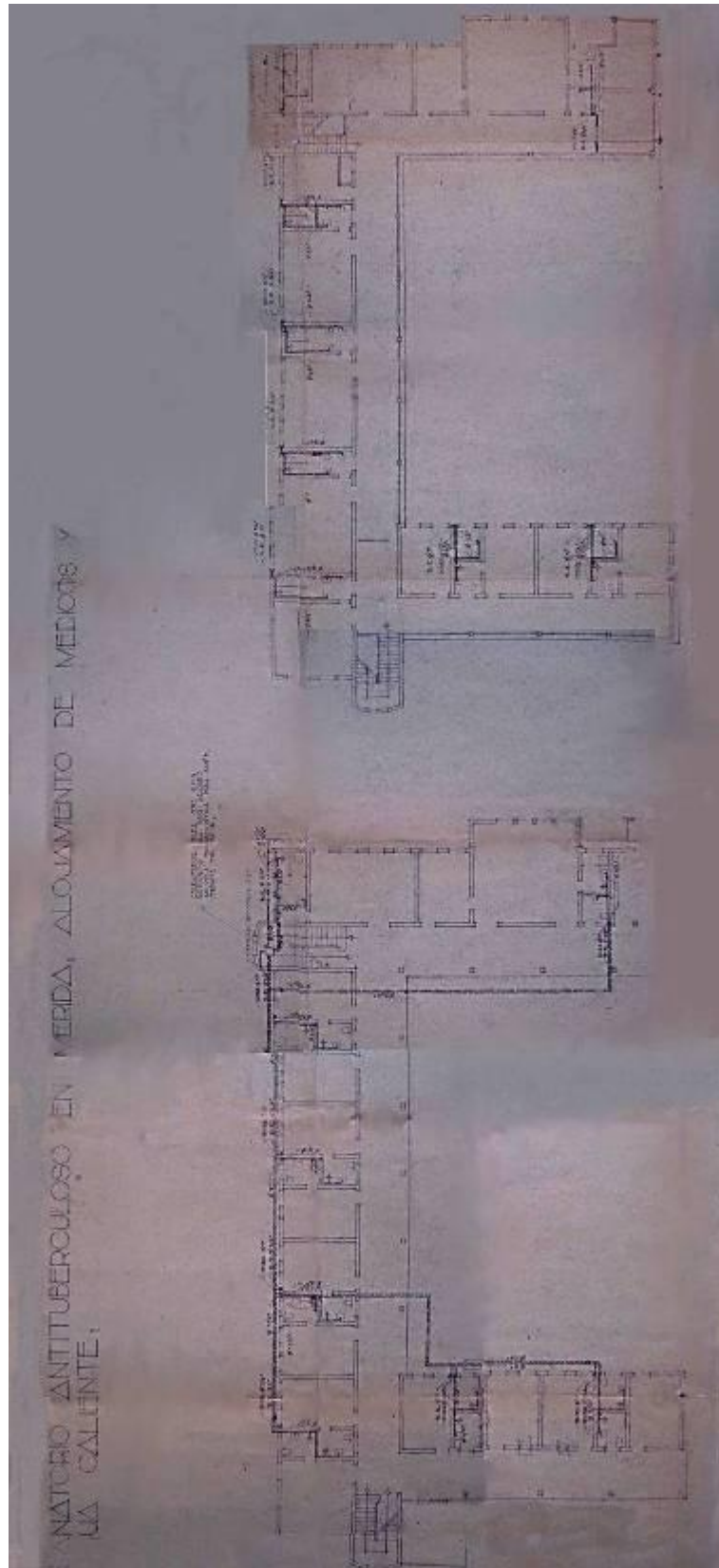


Figura 156. Edificio anexo. **Fuente:** Archivos del Sanatorio Venezuela. Marzo 2010

Tiene dos lecturas el Sanatorio. Una, en la fachada principal, donde se muestra una composición de prismas desplazados de diferentes alturas, dimensiones y planos con el uso de ventanas ubicadas estratégicamente de acuerdo a las funciones de cada espacio. Entre ellas, sendos muros mantienen la unidad y la organización de los prismas. La composición de esta fachada mantiene una correspondencia con la funcionalidad del edificio, en tanto sobre ella se disponen los espacios de servicios y de uso del personal y del público del sanatorio. **(Figuras 157 y 158)**



Figura 157. Fachada principal Sanatorio antituberculoso "Venezuela". Mérida. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta. Gráfica, s/p*



Figura 158. Fachada. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.

La otra lectura se produce en la fachada hacia donde se disponen las habitaciones de hospitalización, allí se atienden las normas, las recomendaciones exigidas por los médicos tratantes y por la propia División de Tuberculosis. Las especificaciones debían considerar amplias superficies abiertas que permitieran la suficiente entrada de luz solar controlada, para lo que Villanueva recurrió al uso de una losa visera corrida por debajo de las barandas protectoras de las terrazas de las habitaciones; con este elemento se produce un cambiante juego de sombras (**Figuras 159-162**). La losa visera fue un elemento arquitectónico utilizado en una de las fachadas del pabellón de cirugía del Sanatorio Huipilco en México de Villagrán en 1929 (**Figura 163**); y posteriormente estudiado y utilizado por el arquitecto Wladimiro Acosta desde 1938 para controlar la entrada del sol en las viviendas y que posteriormente incorporó en los sanatorios. El argumento de Acosta fue:

combinar funcionalidad y plasticidad y facilitar la construcción de viviendas capaces de optimizar estacionalmente la llegada y el aprovechamiento de los rayos solares. Se trata de un sistema que remite a los sanatorios de montaña, utilizados en Europa Central para facilitar las curas de reposo contra la tuberculosis. Combinando terrazas, paramentos verticales, espacios cerrados y semicerrados y viseras de distintos tipos y posición que actúan a modo de filtros.³²¹

Villanueva parece recurrir, simplificadoamente, a este argumento considerando la ubicación de montaña del Sanatorio Venezuela. Utilizó deliberadamente la visera hacia la cara frente al paisaje montañoso en los espacios destinados para la hospitalización de los pacientes, con lo que logró constituir un medio cerrado sin aislarlo de la naturaleza al permitir el asoleamiento, la iluminación y la aireación de su interior, y la posibilidad de comunicación visual con el paisaje.



Figura 159. Fachada posterior Sanatorio antituberculoso “Venezuela”. Mérida. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1948). *Memoria y Cuenta. Gráfica. s/p.*

³²¹ ARMUS, D., *La ciudad impura*, p. 67.



Figura 160. Vista de la losa visera corrida. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 161. Vista de la losa visera corrida. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 162. Fachada posterior. **Fuente:** **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Mayo, 2010.



Figura 163. Vista Sanatorio Huipilco. José Villagran 1929. **Fuente:** BURIAN, Edwards. (1998). *Modernidad y Arquitectura en México*, p. 77

Este proyecto muestra como Villanueva, más allá de proponer un sanatorio como un simple edificio único y singular, realizó una interpretación del Plan de Salud desarrollado por el gobierno, que incluía curación, prevención, educación y, fundamentalmente respondió a la vida en comunidad.

- **Sanatorio Antituberculoso del Zulia, Maracaibo, 1942**

La ciudad de Maracaibo ha sido una de las capitales más importantes del país. Su activa participación en el desarrollo económico como región de exploración y explotación de los recursos petroleros venezolanos. Las inversiones en la infraestructura urbana fueron significativas, en especial las realizadas por empresas norteamericanas e inglesas que bajo la figura de concesión explotaban el preciado recurso natural.

La riqueza producto de la explotación petrolera fue uno de los principales atractivos para que la ciudad fuera ocupada por fuertes corrientes migratorias provenientes de los campos, por lo tanto se formó una heterogénea

sociedad que a finales de los años treinta contaba con una población de 345.667 habitantes, de los cuales 3.000 morían al año a causa de la tuberculosis³²². El acelerado crecimiento de la ciudad fue solventado urbanísticamente con la ubicación de nuevas edificaciones escolares, hospitalarias, administrativas y recreativas que fueron incorporadas en la extensión de la trama urbana existente.

Durante la gestión del presidente Isaías Medina Angarita se dio inicio a la proyección del Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo, que finalmente se inauguró durante el gobierno de Rómulo Gallegos. Para su construcción se firmó el contrato en agosto de 1942 con el ingeniero Gilberto Beloso para la ejecución de 12.508 metros cuadrados de construcción; fue un trabajo conjunto y coordinado entre el Estado, las Asociaciones y las Ligas Antituberculosas, las cuales “jugaron un papel extraordinario, pues incorporaron en forma organizada hacia el objetivo de la consecución de camas a la colectividad e interesó, en donde quiera que fuera el caso, a los Ejecutivos Estatales.”³²³ Para el caso del Zulia, estas Asociaciones funcionaron como palanca de fuerza “notable ha sido lo conseguido en los sanatorios del Zulia, San Cristóbal y Valencia”³²⁴.

Entre las personalidades partícipes en la promoción de este Sanatorio está el doctor Pedro Iturbe, quien como tisiólogo y neumonólogo estudió los tratamientos para la cura de la tuberculosis junto con José Ignacio Baldó; por lo tanto, se encargó de la fundación de la Asociación Antituberculosa del Zulia en 1942, por medio de la cual se impulsó la construcción del Sanatorio en conjunto con la Junta de Beneficencia del Estado. Los recursos para la construcción, en un primer momento, fueron otorgados por esta Junta luego de

³²² WANNONI, Luis. “Contribución al estudio del Problema de Saneamiento en Venezuela”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos, p. 12.

³²³ ARCHILA, R., *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomo 2, pp. 333-334.

³²⁴ *Ibid.*, p. 334.

realizar una campaña publicitaria que mostraba los beneficios de este tipo de edificios y de la curación de la enfermedad. (Figuras 164-166)



Figuras 164, 165, 166. Campaña de publicidad. Fuente: PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 14.

La División de Ingeniería Sanitaria del MSAS, por solicitud de la División de Tisiología, fue la encargada de realizar el proyecto a través del arquitecto Fernando Salvador. El edificio fue emplazado en el suroeste de la ciudad, al margen derecho de la carretera que comunica a Maracaibo con Perijá, en una zona considerada extraurbana, en un terreno seleccionado por el doctor Iturbe, rodeado de abundante vegetación y con vistas al lago de Maracaibo, por lo tanto, reunió las condiciones necesarias para los tratamientos ya ensayados en los enfermos de tuberculosis. (Figura 167)



Figura 167. Hospital Antituberculoso. **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 16.

Fernando Salvador, como director de la Sección de Arquitectura de esta División, respetó el Programa de Necesidades realizado por los doctores Baldó e Iturbe, el cual fue:

facilitado por la División de Tisiología, el número total de enfermos que debían ser albergados en este Sanatorio sería de 300. De ellos, los de formas curables que se sometían a tratamientos quirúrgicos será de

10% del total (30); los de formas curables que se sometan a curas de reposo, el 40% (120); los de formas incurables, con fines sólo de aislamiento, el 40% (120); y, por fin, el 10% (30) serán niños de ambos sexos, de 4 hasta 11 años de edad.³²⁵

La ocupación del terreno se realizó progresivamente: un primer edificio, iniciado en 1942 y culminado en 1948; un segundo edificio, para residencia de enfermeras en 1951, y, posteriormente el Departamento de Terapia Ocupacional en 1953. **(Figura 168)**

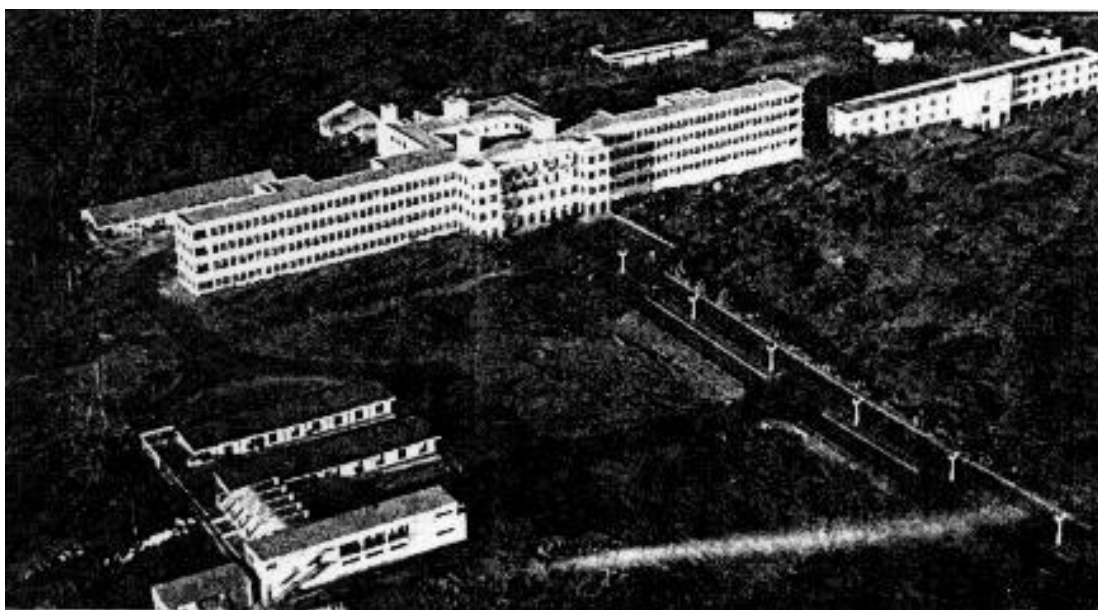


Figura 168. Hospital Antituberculoso. **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 16.

El primer edificio fue la sede del Sanatorio Antituberculoso, proyectado estrictamente para cumplir con su función de hospitalización de los enfermos incluidos en el Programa. La separación de adultos y niños, de sexo, de niveles de la enfermedad fue el criterio estudiado por Salvador: “tratándose de esta enfermedad, es absolutamente necesario conseguir una separación to-

³²⁵ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana* (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, p. 25.

tal de sexos, es decir, hombres y mujeres no deben verse”³²⁶. Adicionalmente, había definido en algunos de sus estudios que los servicios se ubicarían de manera centralizada con el fin de minimizar recorridos y que fueran accesibles a los pacientes de ambos sexos.

De acuerdo a la experiencia previa en Sanatorios de este tipo, resultó novedoso el esquema propuesto en tanto se configuró como una masa larga y estrecha contentiva de todas las actividades; la diferenciación de las mismas en pabellones independientes había sido una propuesta evaluada por el mismo Salvador como “equivocada la dispersión de edificios y la longitud de circulaciones producto de su trazado”, por ello utilizó un sistema denominado “mono-bloque” (utilizado en 1945 en el Sanatorio Infantil Luisa Cáceres de Arismendi” en el Algodonal, comentado en apartado anterior), con el cual garantizó la concentración y centralización de servicios, núcleos de servicios generales, menores desplazamientos, ventajas en la distribución de los enfermos, fácilmente ampliable si fuera el caso.

La propuesta para 300 camas se desarrolló en cuatro pisos, de manera simétrica, ordenada a partir de un componente central con los servicios médicos y administrativos; a cada lado se despliegan dos salas de habitaciones de igual tamaño y capacidad (**Figuras 169 y 170**). La descripción del proyecto fue realizada por el arquitecto Salvador para la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1946, la forma como se hace el planteamiento por su propio proyectista merece citarse en algunos de sus fragmentos:

Planta baja. Fue consecuencia de la distribución de las plantas superiores (...) Hemos de decir que trazamos estas dos secciones de una manera análoga a la de los enfermos generales (...) la sección administrativa y de dirección: una pieza para despacho del administrador (...) el Archivo general Secretaria y Dirección (...) Están también, en esta parte, los dormitorios del médico residente y la enfermera-jefe, cada uno con aseo independiente (...) los ascensores tendrán salida independiente al pasillo central de esta sección y, por lo tanto, los enfermos que

³²⁶ *Idem.*

tengan que hacer alguna consulta, en cuanto a la dirección y administración, podrán bajar a hacerla sin confundirse con otras actividades. E igualmente los médicos o administrativos podrán tomar los ascensores desde la sección y resolver su trabajo sin necesidad de atravesar las circulaciones generales de la planta baja (...) Planta primera. Es la planta donde existe la mayor dificultad de distribución de enfermos: era lógico que en la parte central pusieramos los servicios médicos en la misma forma asequible, desde los ascensores (...) En esta parte están: la Sala de Operaciones, con su esterilización y preparación de manos; el vestuario de médicos, la anestesia; la sala de Rayos X y su cámara oscura; la sala de neumotórax (...) Al entrar en la explicación de las salas o secciones de enfermos debemos exponer el módulo que nos sirvió de base. Este módulo es el dormitorio-tipo de enfermos. Nos decidimos por un cuarto de 12 camas, dividido a su vez, por medio de tabiques bajos, en tres partes de cuatro camas (...) En este piso, y en los pabellones –mujeres y hombres–, están los enfermos sometidos a tratamientos quirúrgicos puesto que tenemos la sala de operaciones en la misma planta. Pero como son solo 15 camas de cada sexo y teníamos la posibilidad de colocar 36 enfermos en salas comunes y cuatro enfermos graves o molestos en salas de 2 camas, sino haciendo más elástica la distribución de enfermos, trajimos a este piso 8 enfermos de clase no clasificada o de los grupos curables o incurables (...) Esta distribución de dos alas independientes la repetimos en los dos pisos superiores. En cada una de estas secciones pueden estar 40 enfermos y tiene sala para tratamientos médicos o curas ligeras, un buen cuarto de faena y dos aseos generales. Plantas segunda y tercera. Son iguales las dos y sólo se diferencian en la clase de enfermos: en la segunda estarán los de formas curables por el reposo, y en la tercera los incurables. Pero como podemos disponer del lugar central, donde en las plantas baja y primera estaban los servicios administrativos y médicos, lo aprovechamos para colocar los dormitorios especiales de tres camas cada uno, en total 9 hombres y 6 mujeres en cada piso.³²⁷

³²⁷ *Ibid.*, pp. 26-28.

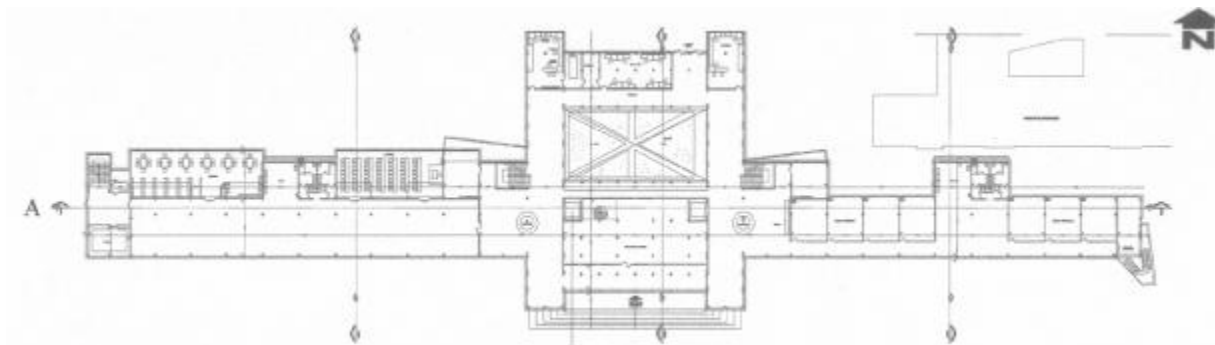


Figura 169. Planta baja. **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 13.

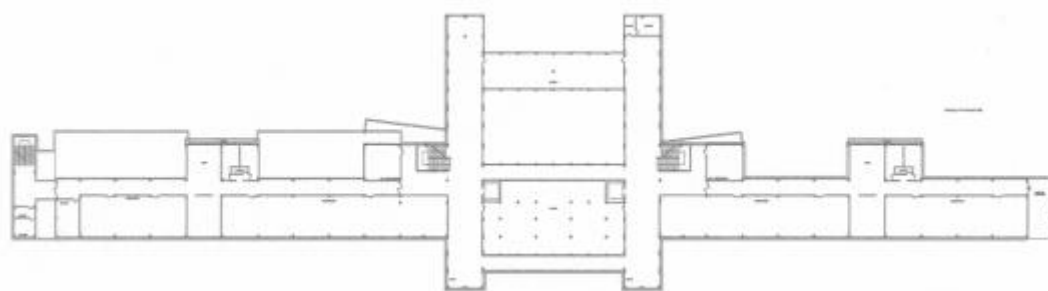


Figura 170. Planta tipo (2, 3 y 4 piso). **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 11.

La organización de las plantas de este Sanatorio respondió a las condiciones climáticas de la ciudad. La fuerte incidencia de los rayos solares en el sector fue una de las razones por las que no se utilizaron terrazas junto a las habitaciones para la toma de sol de los pacientes y se amplió la anchura de los pasillos centrales de distribución con el fin de convertirlos en salas de estar; Salvador lo explica de la siguiente manera: “Hemos suprimido las galerías de cura por considerarlas casi inútiles en este clima de sol ardiente. La verticalidad de los rayos solares nos permite considerar que los dormitorios, con su fachada rígidamente al Sur, están en sombra.”³²⁸

³²⁸ *Ibid.*, p. 31.

El sistema de ventilación se planificó de manera tal que los vientos tuvieran libre circulación en sentido norte-sur, recurriendo a aberturas longitudinales altas y por un grupo de ventanas dispuestas de extremo a extremo en toda la fachada sur. **(Figuras 171 y 172)**

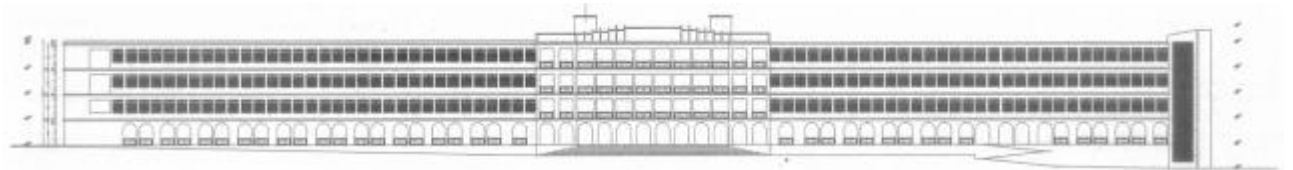


Figura 171. Fachada principal. **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 13.



Figura 172. Hospital Antituberculoso. **Fuente:** Archivo Fotográfico Shell. (1996). Historia y cotidianidad 1950-1964, s/p

La propuesta estilística de Salvador, muestra la asimilación del Estilo Internacional articulado con un vocabulario de una arquitectura nacional, posiblemente para crear una memoria colectiva con una obra pública emblemática, idealizando los espacios comunes: los servicios médicos y administrativos, los cuales fueron diferenciados del resto por una hilera de arcadas en estilo neocolonial (**Figura 173**), similares a los utilizados en 1941 por Carlos Raúl Villanueva en la experiencia arquitectónica de El Silencio en Caracas.



Figura 173. Hospital Antituberculoso. **Fuente:** PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, p. 17.

Las salas de habitaciones se disponen en una geometría sencilla, de paredes lisas, sin ningún tipo de ornamentación, siguiendo el enfoque de la Bauhaus a finales de los años treinta, en el que las formas derivasen de los métodos de producción, de las limitaciones de los materiales y de las necesidades programáticas, en este caso el interés se enfocó en los tratamientos médicos y en las necesidades de ventilación e iluminación naturales de los dormitorios de hospitalización. (**Figura 174**)



Figura 174. Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo, 1942 (Postal, c, 1950s). **Fuente:** Archivo docomovenezuela.blogspot.com, <http://docomovenezuela.blogspot.com/2011/05/docomomo-isregisters.html>

La cubierta del edificio totalmente plana, oculta en una pantalla corrida que se monta sobre la última hilera de ventanas, complementa las intenciones de otorgar al edificio un lenguaje moderno en tanto representación progresista del Estado venezolano constructor de obras públicas.

- **Sanatorio Antituberculoso de Oriente, Cumaná 1944**

La ciudad de Cumaná al oriente del país tuvo un importante desarrollo portuario y comercial, reconstruida luego del terremoto de 1929. Fue seleccionada para la construcción de un Antituberculoso por las bondades climáticas de la región y con el objeto de cubrir parte de la zona oriental del país. Mediante Decreto Ejecutivo del 5 de julio de 1944 se aprobó la elaboración del proyecto del Sanatorio Antituberculoso de Cumaná, fue uno de los “pro-

*yectos completos, estudiados y elaborados*³²⁹ por la Sección de Arquitectura del MSAS de ese mismo año.

Entre julio y agosto de ese año el MOP y el MSAS gestionaron todo lo relacionado con este Sanatorio, la premura en la construcción de edificios asistenciales se atendió a través de esta División “desarrollando sus actividades en el establecimiento de normas de construcción, materiales empleados en ellas y ejecución de anteproyectos y proyectos tanto para el Gobierno Federal, como para los Estados y Municipalidades (...) Merece señalarse los anteproyectos elaborados para los edificios de las nuevas Colonias para Leprosos, el Sanatorio Antituberculoso de Cumaná.”³³⁰

Con el Programa realizado, previamente, por los médicos del MSAS se estableció la propuesta arquitectónica, además de apoyarse en la experiencia del antituberculoso de Maracaibo de 1942. La autoría del anteproyecto del Sanatorio de Cumaná le correspondió nuevamente al arquitecto Fernando Salvador³³¹, quien estuvo a cargo de la jefatura la Sección de Arquitectura de la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS hasta 1959, por lo tanto participó directamente en la ejecución del proyecto.

Entre los estudios de Salvador, previos a la elaboración del anteproyecto, está el "Proyecto de hospital para cien camas", publicado en la Revista de Sanidad y Asistencia Social en junio de 1940. Algunos de los elementos arquitectónicos de este hospital para 100 camas fueron utilizados en los suce-

³²⁹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y cuenta*, p. 93.

³³⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1945). *Memoria y cuenta*, p. VII.

³³¹ El arquitecto Miguel Salvador en entrevista del día 25-8-2007 comentó: “el sanatorio que se hizo en Cumaná si es de papá, es un proyecto distinto se hizo nada más que para Cumaná, es un proyecto muy extendido porque entonces en esa ciudad se tenía miedo de hacer edificaciones altas por la cuestión sísmica, entonces ese no es “tipo” si no que se hizo especialmente”.

sivos proyectos que Salvador realizó. Por ello podría considerarse el Sanatorio Antituberculoso de Oriente como un modelo en tanto respondió a:

un caso ideal, como un modelo susceptible de acoplarse al terreno que se elija con un mínimo de modificaciones (...) disponer el edificio de la mejor manera posible para defenderlo del ambiente cálido exterior: una disposición muy abierta, con galerías que lo protejas del sol y que atenuen sus efectos (...) una gran cantidad de dependencias con ventanas a dos orientaciones, Norte y Sur (...) sencillo y modesto (...) fácilmente ampliable, con sólo la prolongación de las alas, y dentro de los límites de capacidad de los servicios generales, como cocinas, salas de operaciones, lavaderos, laboratorios, consultas, etc.³³²

Una vez terminado el anteproyecto por parte de Salvador, el MOP por medio del Decreto Ejecutivo del 5 de julio de 1944 elaboró el proyecto “habiéndose realizado el estudio del proyecto definitivo la Compañía Anónima Constructora Stellin-Tani, según contrato celebrado con el Despacho el día 8 de agosto de 1944, previa aprobación de la Contraloría General de la Nación bajo el No. 1.101 de la Sección Segunda de la Sala de Control.”³³³

De acuerdo con los datos de la Memoria del MOP y de las descripciones del arquitecto Salvador³³⁴, el anteproyecto fue respetado para la construcción del edificio, los cambios fueron de menor alcance. El planteamiento puede considerarse de vanguardia en tanto rompe con los esquemas previos de sanatorios formados por varios pabellones de servicios y de hospitalización extendidos en la superficie de terreno³³⁵ y adoptó un modelo de edificio para ser emplazado en otras regiones del país, en consonancia con los pro-

³³² SALVADOR, Fernando (1940). “Proyecto de hospital para cien camas”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Vol. V, junio, No. 8, pp. 363 - 336.

³³³ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, p. 466.

³³⁴ Fernando Salvador publicó la descripción del Sanatorio Antituberculoso de Cumaná en “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946), Cuadernos Amarillos No. 6, pp. 63-70.

³³⁵ “tuvimos muy en cuenta los defectos que encontrábamos al del Algodonal o Simón Bolívar; nos parecía equivocada la dispersión de servicios y la longitud de circulaciones, producto de su trazado”, en: *Ibid.*, 64.

cedimientos modernos de la construcción en tanto estandarizó los componentes constructivos y la formulación de una imagen progresista del Estado a partir del lenguaje de la arquitectura moderna con algunos rasgos nacionales.³³⁶

La propuesta de Salvador respondió racionalmente a lo que desde 1930 había sido estudiado por Roger Poulain y publicado en un trabajo titulado “Hôpitaux sanatoria”, en el cual el principio fundamental era la condición de la habitación para el enfermo. Estas debieron ubicarse con su fachada principal hacia el sur, con vista a los jardines y el resto de servicios se ubicarían por detrás del cuerpo principal para evitar los ruidos y la agitación de la cocina del alojamiento del personal, de los servicios generales, entre otros.

En una superficie de terreno de 57 hectáreas, seleccionada por una comisión de representantes del MOP y el MSAS se emplazó el edificio de 10.000 metros cuadrados de construcción, con su cara más larga en sentido este-oeste orientada la fachada principal hacia el sur, de similar forma al criterio de Poulain. El Sanatorio Antituberculoso de Cumaná se organizó en una planta estilizada que garantizó la entrada de luz en cada uno de los espacios, de ordenación academicista, simétrica, separados los pacientes por sexo; los elementos arquitectónicos principales fueron los pasillos y los patios rodeándolos junto con las habitaciones.

En el cuerpo central, de dos pisos,³³⁷ funciona como único acceso al Sanatorio “esa única entrada central para todas las actividades del sanatorio tiene sus ventajas innegables: a ciertas horas puede quedar monopolizado el

³³⁶ Con la formulación de proyectos tipo el Estado a través del MOP y del MSAS construyó una idea dominante de sus funciones en la sociedad. El hospital especial como “equipamiento colectivo” funcionó como un instrumento para dirigir la vida social. El uso de proyectos tipo garantizó la rapidez en la construcción y en la ocupación del territorio por parte del Estado, así el cumplimiento de sus objetivos de poder y control.

³³⁷ La condición de ciudad sísmica de Cumaná fue una de las razones por la que utilizó un modelo de una planta, además que el Estado promovió los proyectos de edificaciones asistenciales de carácter popular y económicas en su construcción.

gran hall para ser usado solamente por los enfermos internos, y pueden emplearse las dos puertas laterales en ciertos momentos, por ejemplo, la espera a las horas de visita o la salida de estas visitas”³³⁸.

En este cuerpo se encuentran los servicios comunes; en el primer piso: el *hall*, la información, los archivos, el núcleo de circulación, la sala de espera, los cuartos de médicos, la sala de reuniones, la administración y la biblioteca; en el segundo piso: el *hall*, los dormitorios para alojar a 28 enfermeras y un salón. Detrás de este cuerpo y separado por un generoso patio se encuentran la sección de consultas (neumotórax, rayos X, etc); la cocina, el comedor de médicos y auxiliares, lavandería y almacén. **(Figura 175)**

A cada lado del cuerpo central se extienden como largos brazos dos cuerpos de habitaciones. Con esta organización está claro el interés por cuidar el funcionamiento y respetar el programa descrito por Salvador como:

un gran sanatorio, de unas 300 camas, que se considera como muy grande para esta clase de construcciones; que era mixto de hombres y mujeres, y, por tanto había que tener muy en cuenta una buena separación de sexos; que entendíamos que en el trópico se habían hecho pocos modelos de sanatorios, racionalmente pensados, y que, por tanto, y en nuestra creencia de que era difícil copiar tipos de distintos climas, había que introducir, no ya con respecto a lo que se hace en países fríos, sino a los edificios ya en funcionamiento en nuestro país³³⁹

³³⁸ En: “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *XII Conferencia Sanitaria Panamericana*. (1946). Cuadernos Amarillos No. 6, pp. 68.

³³⁹ *Ibid.*, p. 63.

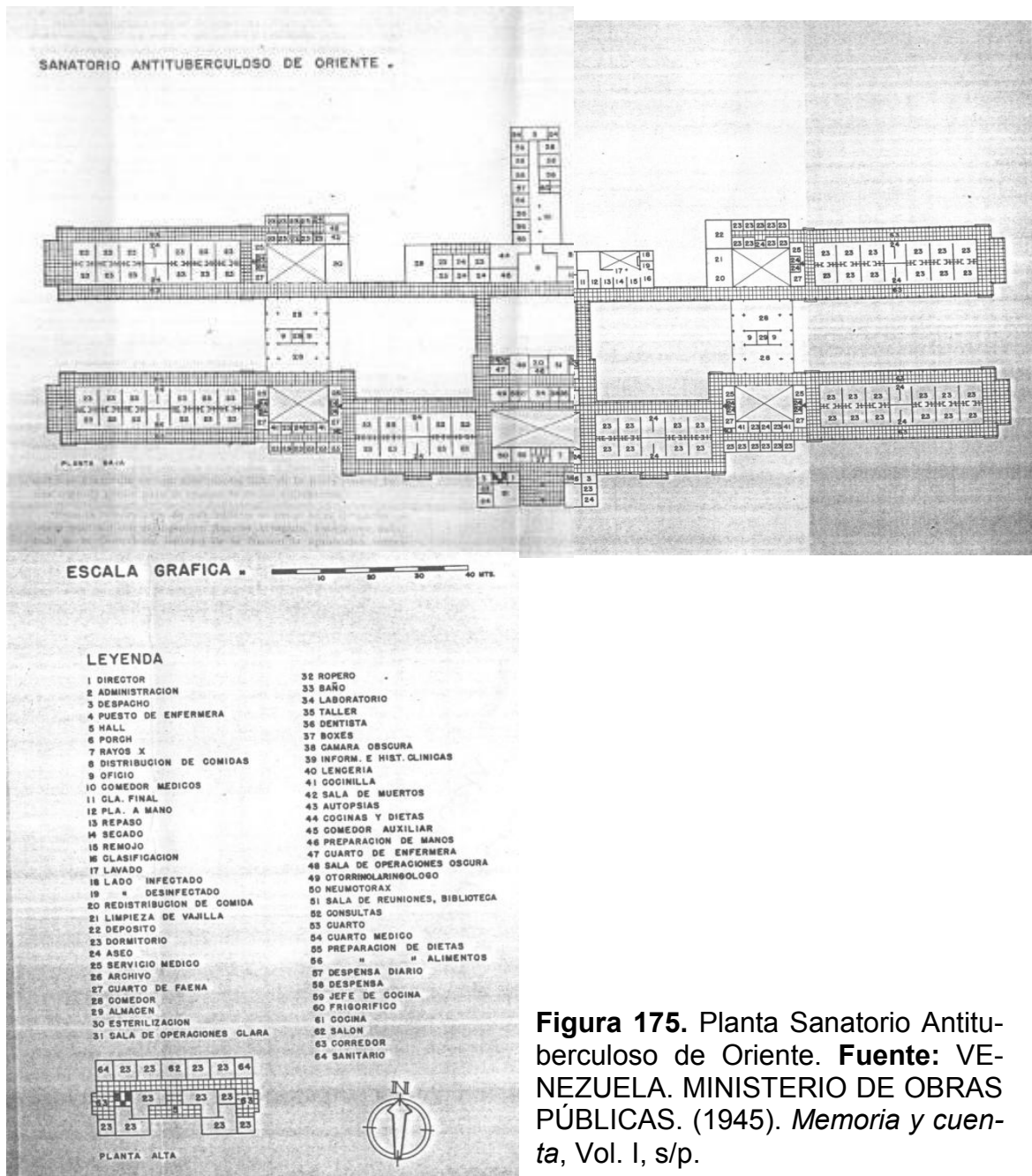


Figura 175. Planta Sanatorio Antituberculoso de Oriente. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1945). *Memoria y cuenta*, Vol. I, s/p.

Cada brazo cuenta con bloques de habitaciones separados por pasillos, cada bloque respondió a la clasificación de los pacientes adultos y niños de ambos sexos y de los niveles de contagio y peligrosidad de la enfermedad. Por lo tanto, existen tres módulos de habitaciones en el primer brazo y dos en el segundo brazo, todos con servicios centralizados dispuestos a cada lado del cuerpo central.

Con capacidad para 32 camas, se ubicaron hacia las habitaciones de la fachada principal la hospitalización de los niños separados por sexo (16 camas para cada uno). Siguiendo hacia los extremos se ubicó el área de hospitalización especial, con habitaciones de 1 cama, para enfermos graves y susceptibles a contagiar a otros, por lo tanto los pasillos de circulación están aislados del resto del edificio, con unidades de atención de enfermeras, fauna, médicos y aseo exclusivas para este grupo de enfermos y que bordean uno de los patios internos, que funge al mismo tiempo de aislante del resto de módulos de hospitalización. Esta sección del Sanatorio fue valorada por Salvador como: “El verdadero artificio, relativamente nuevo (...) colocada entre las grandes secciones, pero al mismo tiempo aislada de toda circulación, con una atención doble de la dos Unidades de Enfermeras contiguas.”³⁴⁰

En los extremos de los brazos se ubicaron las habitaciones con una capacidad de 48 camas para enfermos de reposo e incurables, junto a ellas se encuentran los cuartos de aseo, las galerías de cura y de estancia. Todas las habitaciones están rodeadas por una galería de doble función que “servirá para estar en ella, como circulación y para suprimir los rayos del sol directo.”³⁴¹ Entre los brazos y enfrentados a los patios se dispuso de dos bloques con los comedores, los almacenes y el área de oficios, el uso de dos módulos idénticos garantizó el servicio a cada uno de los bloques de habitaciones de manera equidistante.

Entre los estudios del arquitecto Salvador estaba “conseguir un tipo de dormitorio con una buena ventilación y con una colocación de camas que permitiese el menor desarrollo posible de la fachada.”³⁴² Fue así como se ubicaron 262 enfermos divididos exactamente en partes iguales, los dormitorios propuestos fueron de “12 camas, subdivididos por medio de tabiques

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 67.

³⁴¹ *Ibid.*, p. 65.

³⁴² *Ibid.*, p. 65.

bajos, en cubículos de 4 camas, colocadas de costado. Esta subdivisión por medio de tabiques nos da no sólo más pared donde apoyar las cabeceras de las camas, sino una mayor independencia de los enfermos”³⁴³

La ordenación del edificio en forma simétrica respondió a las funciones del Sanatorio, tener en el punto central los servicios ofreció recorridos equidistantes para las enfermeras, el personal de servicio y para la repartición de alimentos; tener a cada lado dos brazos de hospitalización separados todos con vista al entorno natural inmediato, permitió la separación de espacios por sexo y de igual número de mujeres y hombres.

En las fachadas a las que “arquitectónicamente no puede quitarse adornos superfluos ni elementos decorativos porque no los tiene”³⁴⁴ fueron utilizadas ventanas dispuestas rítmicamente sobre una moldura corrida lineal y en una superficie lisa (**Figura 176**). La forma como se escalonó el brazo frontal de las habitaciones se muestra en la fachada principal compuesta en tres cubos unidos aditivamente a lo Bauhaus, los laterales sobresalen del central, funcionando como marco de la entrada principal con la particularidad de utilizar una cubierta inclinada en un intento por reconciliar el lenguaje arquitectónico internacional y nacional al mismo tiempo (**Figura 177**). Tal reconciliación fue reforzada con el uso recurrente del patio, un elemento conocido en el país y sobre el cual converge la vida interior, en este caso de los enfermos y el grupo de profesionales dispuestos para su atención.

Los patios en este Sanatorio parecen funcionar como prolongación de la vida familiar dejada por los pacientes al permanecer por largo tiempo internos. La ubicación de los mismos a lo largo del edificio, deliberadamente frente a los comedores y el bloque de habitaciones de los enfermos más críticos, separados por pasillos delimitados por galerías de columnas, recuerdan el tradicional esquema de la vivienda colonial en Venezuela. Así los

³⁴³ *Ibid.*, p. 65.

³⁴⁴ SALVADOR, F., “Proyecto de hospital para cien camas”, p. 376.

días de hospitalización podrían diluirse en un ambiente agradable, lo más cercano posible en composición y funcionamiento a la casa.



Figura 176 Fachada. **Fuente:** Fotografía Lic. Luis Weky. Agosto, 2010. Archivos de Ana E. Fato O.



Figura 177. Fachada. **Fuente:** Fotografía Lic. Luis Weky. Agosto, 2010. Archivos de Ana E. Fato O.

El planteamiento de los patios tiene una lectura diferente a las terrazas utilizadas frente a las habitaciones en el Algodonal, el Sanatorio Venezuela e incluso en el mismo Sanatorio de Paimio. En estos lugares, la terraza tenía un carácter privado, allí el enfermo tomaría el sol de acuerdo a los tratamientos sin perder la privacidad e intimidad; a diferencia de los patios en este Sanatorio, con los cuales “a título de ensayo hicimos propuestas tan revolucionarias como la supresión de las Galerías de Curas y de ciertos elementos en

la ventanas y tratamos por todos los medios conseguir una ventilación natural que contrarrestase el calor del exterior”³⁴⁵. Fue de esta manera como los patios se convirtieron en espacios públicos, con doble función: de solarío y de elemento que garantizó la ventilación de los espacios en torno a ellos.

Las fachadas laterales muestran la vertiente de la cubierta, a dos aguas (**Figuras 178 y 179**); la disposición de las mismas es netamente funcional, el arquitecto Salvador explicó que la:

zona de armario central se debe cubrir, a partir de 1,80 metros, con un cielo raso o techo falso con el fin de constituir una especie de pasillo amplio para llevar por él tuberías, y que nos puede servir, incluso, como ventilación de los armarios y de los propios cuartos, ventilación que podría forzarse por medio de aparatos eléctricos. Por ello hemos terminado las fachadas laterales en forma de astiales, donde pueden colocarse aberturas para esa ventilación de cuartos, armarios y armaduras del tejado.³⁴⁶



Figura 178. Fachada. **Fuente:** Fotografía Lic. Luis Weky. Agosto, 2010. Archivos de Ana E. Fato O.

³⁴⁵ “Trabajos sobre edificios sanitarios de la División de Ingeniería Sanitaria”, en: *Op. Cit.*, p. 63.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 65



Figura 179. Fachada. **Fuente:** Fotografía Lic. Luis Weky. Agosto, 2010. Archivos de Ana E. Fato O.

Con el Sanatorio de Oriente y de Maracaibo se inició una nueva tipología edilicia para la atención de la tuberculosis en Venezuela; recurrir a un modelo que pudo ser emplazado en dos ciudades diferentes, mostrar una ruptura con los primeros ensayos arquitectónicos de hospitales especiales, sin desperdiciar en la funcionalidad de edificio, ni en el objetivo de construirse como “máquina para curar” en un esquema moderno de organización que impuso un modelo arquitectónico optimista para el desarrollo social en consonancia con la modernización.

- **Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca, Sanatorio Antituberculoso, San Cristóbal, 1944**

En San Cristóbal se propuso la atención exclusiva de pacientes atacados por el bacilo de Koch, causante de la tuberculosis, en una experiencia arquitectónica de iniciativa privada: el Sanatorio Antituberculoso (1944), en un establecimiento que da cuenta de cumplir con las normas elementales de saneamiento, construcción y ubicación de este tipo de edificios en el paisaje urbano, en respuesta al pacto entre los profesionales de la medicina, la arquitectura y la ingeniería.

Las deficientes condiciones del Hospital Vargas³⁴⁷ fueron las razones por las que se aplicaron modernas políticas de saneamiento:

Desde hace tiempos (sic) el Hospital Vargas ha venido cojeando en muchos de sus principales servicios (...) Su marcha fue llena de altibajos, recrudeciéndose últimamente por la falla de quienes dieron parte de su vida, en pro de un mejor servicio (...) uno de sus actuales problemas es el de una gran cantidad de enfermos tuberculosos, [que] constituyen un peligro para el resto de pacientes que siguen tratamiento médico (...) estos enfermos deben estar en las barracas antituberculosas que se levantan en amplio edificio construido en la Avenida, donde hay disponibles buen número de camas³⁴⁸

Entre la “cojera” del Hospital Vargas y las políticas de planificación impuestas por un Estado moderno, en las cuales estaban incluidas las estadísticas de las condiciones de salud de los venezolanos con las que se conocieron el número de enfermos por ciudad, la Asociación Tachirense de Lucha Antituberculosa (ATLA) emprendió una campaña en contra de la tuberculosis, que concluyó, entre otras cosas, en la construcción de las primeras instalaciones para la hospitalización de pacientes con esta enfermedad³⁴⁹.

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

³⁴⁷ “de 300 camas y todos sabemos que ese número no da abasto para las necesidades mínimas de nuestra población que crece todos los días y que necesita por lo menos 500 camas disponibles para la pobrecía que no trabaja en las Obras Públicas, ni presta servicio en el ejército y no pertenece a ningún Ministerio”, en: “Al margen del Hospital Central del Táchira”. *El Centinela*. Editorial. San Cristóbal, lunes 30 de junio de 1947.

³⁴⁸ “Informe sobre la marcha del Hospital Vargas”. *El Centinela*. Editorial. San Cristóbal, jueves 10 de julio de 1947.

³⁴⁹ Las referencias sobre este edificio dan cuenta de que en el proyecto para su construcción no se tomaron en cuenta algunos espacios fundamentales para su funcionamiento de forma independiente del Hospital Vargas. Así los servicios de lavandería, laboratorio y rayos X se siguieron prestando en el viejo hospital.

construida entre 1911 y 1914, convertida desde 1942 en la avenida Guayana desde la intersección, con la actual, avenida Carabobo y Los Kioskos (sector Sabana Larga).

El proyecto del “Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca” (**Figura 180**) se realizó en el año 1937 durante la gestión del ministro Sigala. Éste y otros proyectos realizados por la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS, dieron cuenta de la amplitud de funciones que asumió este ministerio en los ámbitos vinculados con la asistencia médica en el país.

El “Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca” era una propuesta arquitectónica que respondió a las normas propias del proceso de institucionalización de la medicina planteadas por el MSAS, fue utilizado como Sanatorio Antituberculoso en algunas ciudades del país.

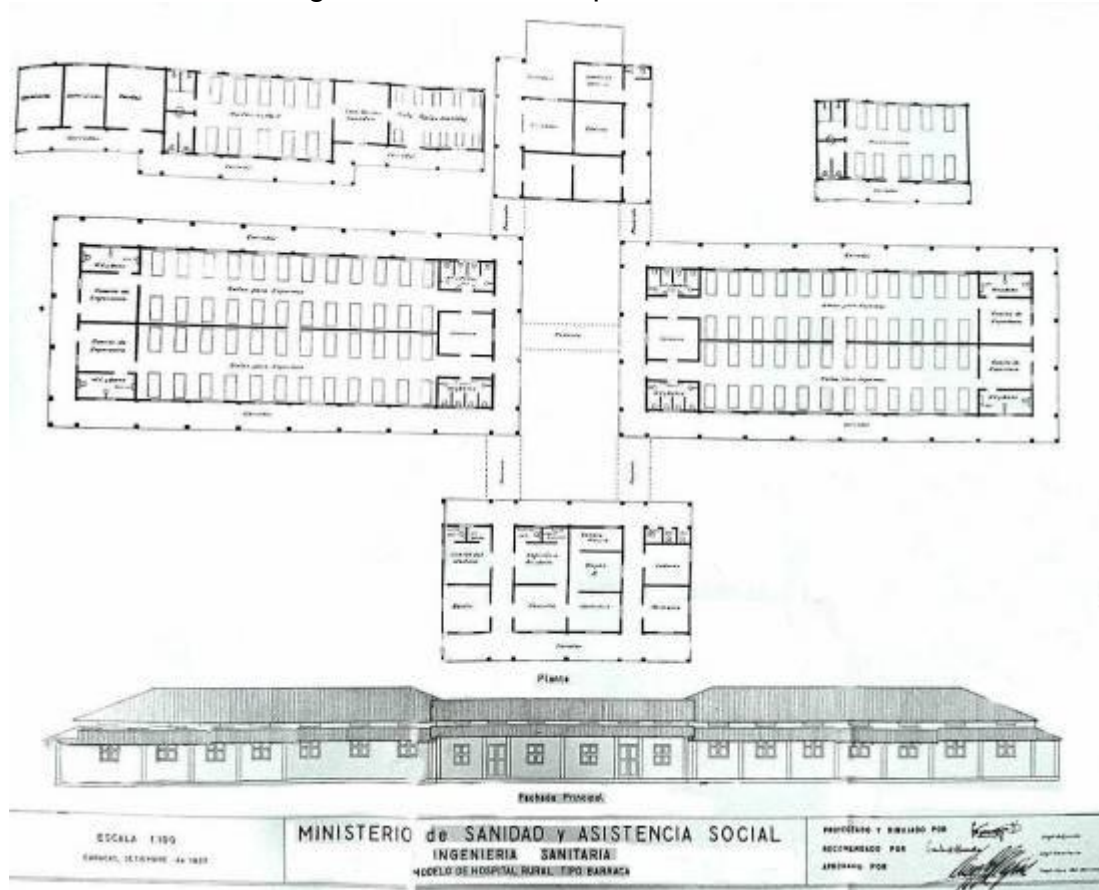


Figura 180. Modelo de Hospital Rural Tipo Barraca **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1938). *Memoria y Cuenta, s/p.*

En este proyecto se recurrió a la organización a partir del uso de barracas, inicialmente, contó con cuatro salas de 25 camas cada una, separadas dos para hombres y dos para mujeres³⁵⁰. 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 región³⁵¹, 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 las barracas por gestiones de la ATLA, la cual organizó diversas actividades en la ciudad y recibió donativos de camas y para lo cual se esperó 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”³⁵²

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

³⁵⁰ El modelo de las barracas, que no fue comúnmente utilizado, estuvo previamente justificado por el MSAS: “En ningún momento se propició la edificación de barracas independientes de un centro hospitalario ya en funcionamiento, y allí donde hubo desde y la posibilidad de construir (sic) algo más completo, se procuró siempre orientar la obra en forma tal que pudiera llegar a ser un verdadero sanatorio, conforme sucedió, por ejemplo, en San Cristóbal”, en: ARCHILA, R., *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Tomo II, p. 126.

³⁵¹ “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 TachireNSE de Lucha Antituberculosa”. *Vanguardia*. Editorial. San Cristóbal, domingo 22 de diciembre de 1946.

³⁵² “La Asociación TachireNSE de Lucha Antituberculosa”. *Vanguardia*. Editorial. San Cristóbal, domingo 22 de diciembre de 1946. Año X. Además del impulso de la ATLA, recordemos que en el año 1947 el gobierno aumentó el presupuesto de Sanidad y Asistencia Social a veintiséis millones de bolívares “para que no haya hospital de la República, donde se someta al paciente al rigor del hambre y de la desatención terapéutica, según las palabras del presidente Betancourt”. En: “El Gobierno de la Revolución y la Asistencia Social”. *Vanguardia*. Editorial. San Cristóbal, domingo 24 de enero de 1947.

modernos para su ubicación con relación a la ciudad, organización y funcionamiento en el terreno. Criterios que, sin lugar a dudas, fueron establecidos por parte del grupo de médicos promotores del proyecto. El grupo de edificios respondió a la recomendación médica del aislamiento que este tipo de centro asistencial debía tener, prevaleció la idea de alejar a los tuberculosos por ser considerados como contagiosos para la sociedad.

De acuerdo con las propias recomendaciones médicas 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”³⁵³. Este tipo de edificio 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.”³⁵⁴

El Sanatorio Antituberculoso se emplazó al norte de la ciudad, en la zona de expansión natural, no en la de ensanche. El sector no mantuvo el trazado tradicional sino que se configuró de acuerdo con el primer trazado de la Carretera Central del Táchira. 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 Venezuela, en este caso como uno de los pocos de promoción privada. **(Figura 181)**

³⁵³ Baldó, José Ignacio. “Plan de asistencia hospitalaria al tuberculoso en Venezuela”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. (1951). Volumen XVI, Nos. 1 y 2, p. 104.

³⁵⁴ *Ibid.*, p. 107.



Figura 181. Plano Regulador de San Cristóbal. 1950. **Fuente:** Archivo personal Ana E. Fato O.

La organización del Antituberculoso era en dos edificios de hospitalización dispuestos simétricamente y rematados solamente uno de sus extremos por los baños y cuartos de lencería, a diferencia del proyecto del MSAS que consideró en ambos extremos estos espacios. La disposición atiende un eje por el acceso principal desde la vieja Carretera Central del Táchira. Cada una de forma rectangular, rodeados por corredores abiertos con doble función: de circulación y de solarío; circundados de grandes zonas de jardines y patios entre ellas; de esta forma se crearon ambientes tranquilos e íntimos (**Figuras 182 y 183**). Los edificios están rematados por cubiertas de teja a cuatro aguas, en dos niveles sostenidas por sencillas columnas de sección cuadrada; entre la cubierta y la pared, una línea de ventanas delgadas y alargadas se deja ver. (**Figura 184**)

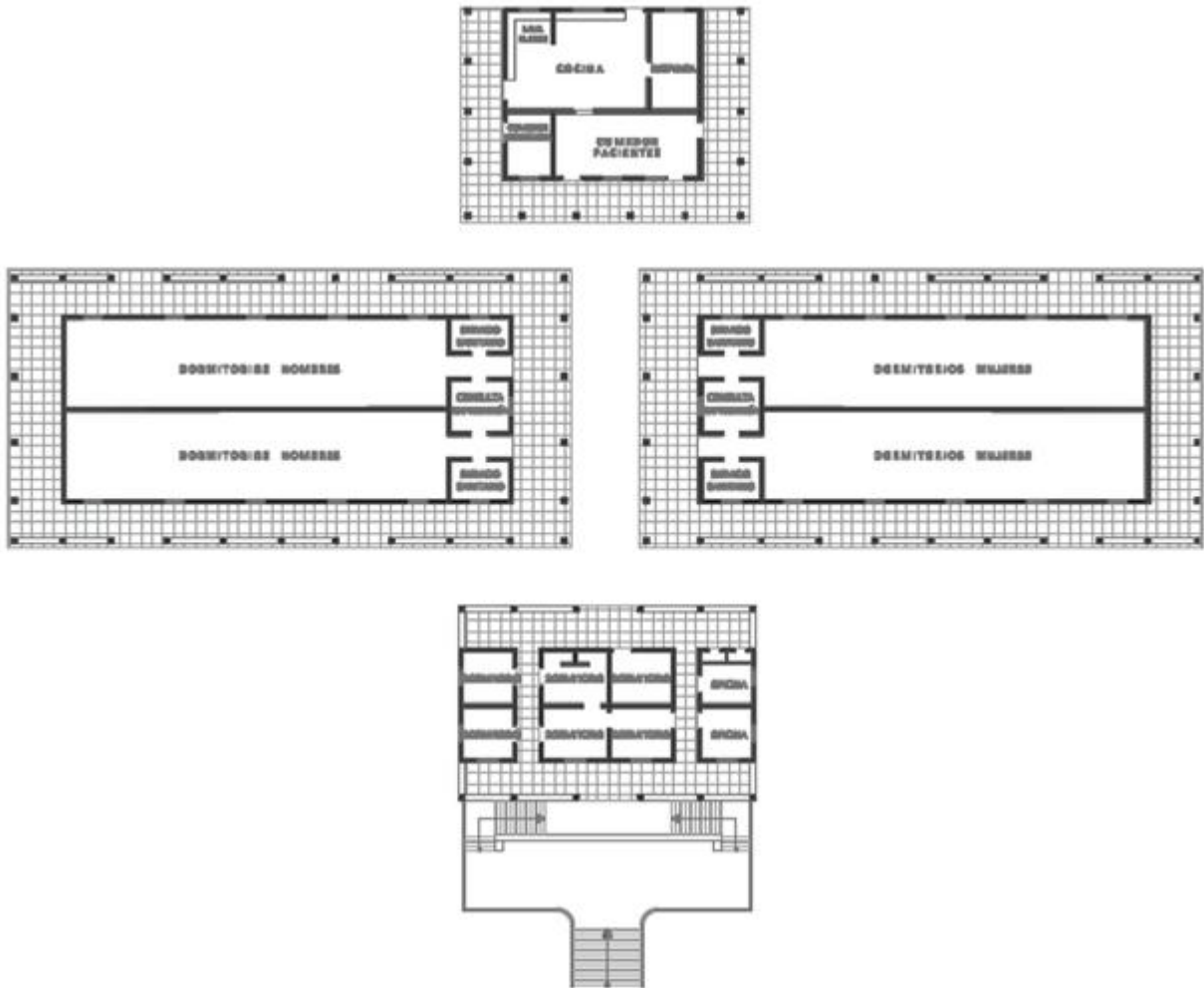


Figura 182. Planta de los pabellones, Sanatorio Antituberculoso. Junio de 1944. **Fuente:** Dibujo realizado a partir de los planos que forman parte del trabajo titulado “Historia del sanatorio antituberculoso de San Cristóbal”. Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirense. UNET

Adicionalmente, el conjunto contó con un edificio para el personal médico y de enfermería que en el proyecto del MSAS es compartido con los espacios para el revelado de los rayos X, ubicado como acceso principal hacia la Carretera. 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.

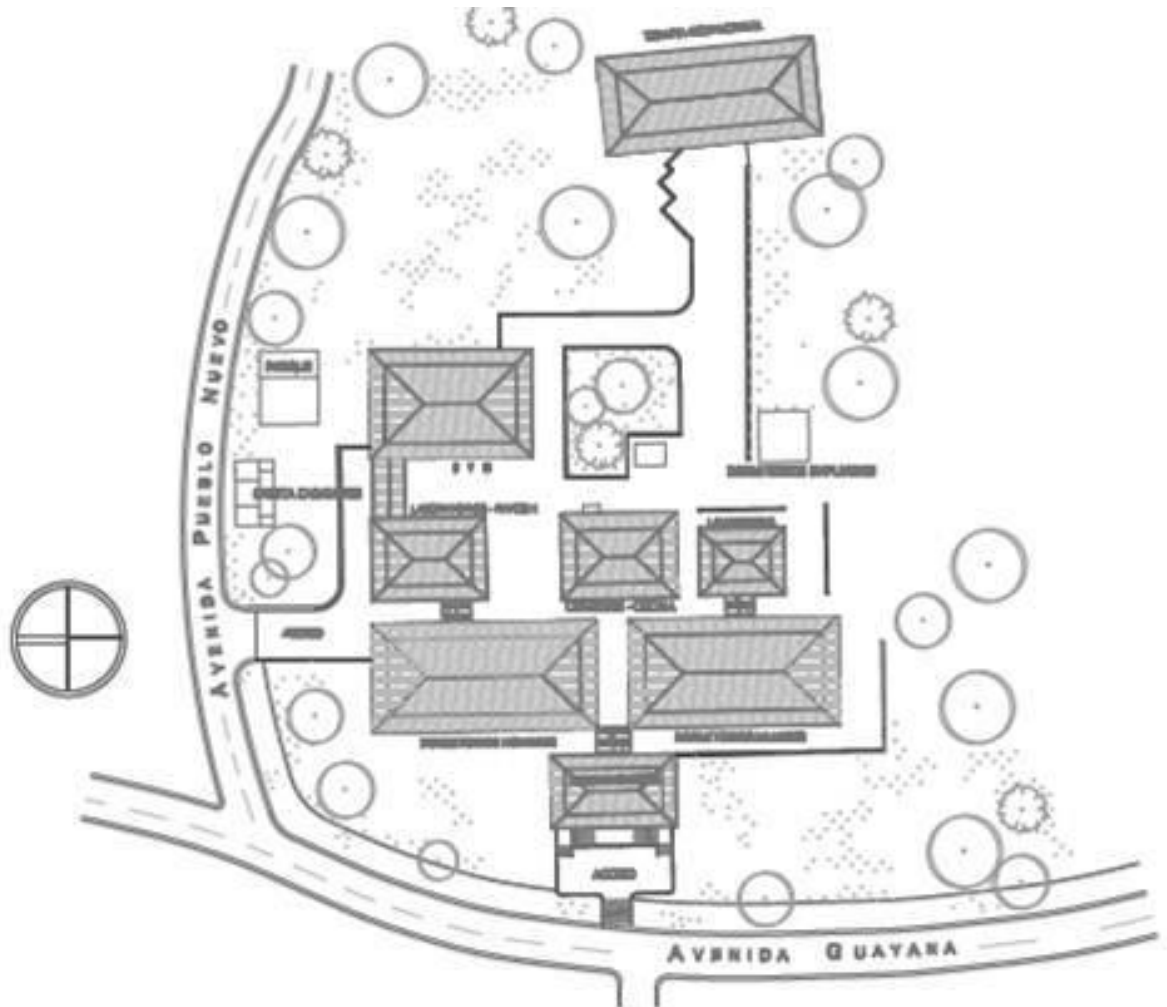


Figura 183. Plano de Conjunto, Sanatorio Antituberculoso. Junio de 1944.
Fuente: Dibujo realizado a partir de los planos que forman parte del trabajo titulado “Historia del sanatorio antituberculoso de San Cristóbal”. Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirenses. UNET

Los elementos arquitectónicos en los edificios recuerdan 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 en Venezuela, 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. **(Figura 184)**



Figura 184. Sanatorio Antituberculoso. San Cristóbal, 1947. **Fuente:** *Táchira 1547-1947*. Homenaje de la Junta Pro-Conmemoración de Cuarto Centenario de Descubrimiento del Táchira. San Cristóbal, 14 de agosto de 1947.

A la estructura original del Sanatorio Antituberculoso se adicionaron espacios de acuerdo con la evolución de los tratamientos para la tuberculosis. Desde 1958 se utilizó la terapia ocupacional 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” del Sanatorio y “organizó la biblioteca para uso exclusivo de los pacientes”³⁵⁵ 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”³⁵⁶; estas actividades se realizaron en un nuevo edificio construido por la ATLA con aportes privados de la sociedad sancristobalense, con las características arquitectónicas propuestas en el edificio de aislamiento del proyecto modelo del MSAS (**Figura 185**). Para el acceso a éste se planteó una calle entre los edificios existentes. La terapia ocupacional fue reforzada mediante tratamientos ambulatorios de eficiencia con nuevos medicamentos; de esta manera se aplicaron modernas técnicas terapéuticas en los pacientes con lo cual disminuyó el porcentaje de mortalidad por esta enfermedad en la región tachirense, pasando a ser el más bajo a nivel nacional.³⁵⁷

³⁵⁵ Romero Lobo, Francisco. (2004). *Historia de la medicina en el estado Táchira*, p. 55.

³⁵⁶ “Dentro de poco será inaugurado el pabellón de terapia ocupacional”. *La Hora*. Miércoles 8 de agosto de 1958, p. 5.

³⁵⁷ Las cifras de población afectada por la tuberculosis descendió en un coeficiente estimado por 100.000 habitantes de 199.42 en 1935 a 119.69 en 1951. Ver: Zúñiga Cisneros. M. “Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela”, p. 43.



Figura 185. 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 el proceso de modernización, 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 solución 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 y esto se deleva en la notable disminución de la mortalidad en la región tachirens.

- **Sanatorios Antituberculosos tipo “A” y “B” Bárbula, Valencia, 1948**

La Colonia Antituberculosa de Bárbula se ubicó al norte de la ciudad de Valencia, en un lote de terreno perteneciente a la Hacienda Bárbula, donde también fue construida la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. La extensión de los terrenos que fueron parte de la Hacienda Bárbula fue una adquisición del Estado venezolano con el claro objetivo de construir un moderno conjunto urbano asistencial, cuyas edificaciones fueron hospitales especiales, es decir, para la atención de enfermedades contagiosas y peligrosas, como la tuberculosis y las mentales.

El terreno, atravesado por el río Cabriales, contaba con las condiciones necesarias para los tratamientos aplicados a los tuberculosos con un extraordinario paisaje natural, de clima fresco, por lo que “su emplazamiento, entre colinas, es un sitio sumamente apropiado para este fin por sus buenas condiciones climatológicas y por el bello panorama que desde allí se divisa, lo que constituirá un permanente recreo para los pacientes.”³⁵⁸

Se consideró el emplazamiento de dos tipos de edificios, el Sanatorio tipo “A” y el tipo “B”, este último con similares características al construido en El Algodonal, descrito en páginas anteriores. Junto con estos dos edificios se construyó el Sanatorio Infantil, el resto de edificaciones previstas que complementarían el funcionamiento de la Colonia Antituberculosa no fueron construidas. **(Figura 186)**

A lo largo de una vía principal en sentido suroeste-noreste se dispusieron los diferentes edificios. El ordenamiento parece responder a la accidentada topografía, la cual aumenta de nivel en la medida en que la vía se alarga y del tipo de enfermedad para la que se destinó cada edificio. Los Sanatorios “A” y “B” se emplazan con la misma orientación, al margen derecho de la

³⁵⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS (1953). *Memoria y cuenta*, p. 138.

vía, al igual que el Sanatorio Infantil, el resto de edificios se dispondrían en el margen izquierdo como en un intento de separarlos y aislarlos de la fuente de contagio que representa la hospitalización.



Figura 186. Colonia Antituberculosa de Bárbula. **Fuente:** ATIENZAR, Sara (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio, s/p*

Leyenda:

Edificios construidos

1 Sanatorio tipo "A"

2 Sanatorio tipo "B"

3 Sanatorio Infantil

Edificios previstos en el proyecto sin construir

4 Pabellón de readaptación (En proyecto)

5 Laboratorio de Investigación (En proyecto)

6 Vivienda para médicos (En proyecto)

7 Vivienda para persona (En proyecto)

8 Club Restaurant (En proyecto)

9 Área deportiva (En proyecto)

10 Calderas y lavandería (En proyecto)

Los proyectos de los Sanatorios “A” y “B” fueron realizados por el MSAS, así quedó expresado en la Memoria del MOP del año 1953. Para el Sanatorio tipo “A” el “proyecto fue elaborado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, adecuándolo a la forma más perfecta posible a los requerimientos de este aspecto del plan asistencial contemplado por la presente Administración.”³⁵⁹ Igualmente, el Sanatorio tipo “B” “fue proyectado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con capacidad para 170 camas.”³⁶⁰

El Sanatorio tipo “A”, con capacidad para 300 camas, fue construido para cubrir la necesidad de atención de la población del estado Carabobo y la zona central del país. En un edificio de cinco pisos fueron ordenados los espacios a partir de un cuerpo central orientado en sentido norte-sur desde el

³⁵⁹ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y cuenta*, p. 138.

³⁶⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y cuenta*, p. 140. En el trabajo, no publicado, de la arquitecta Sara Atienzar, el cual forma parte de las fuentes consultadas en esta investigación, se atribuyó la autoría del Sanatorio tipo “B” al arquitecto Willy Ossot, sin embargo, tal información no pudo ser confirmada durante esta investigación. Se conoció que Willy Ossot proyectó un modelo para Sanatorios Antituberculosos tipo “B” en Maracay, Valera y San Cristóbal “para 150 camas [por lo que el MOP] celebró un contrato con el ingeniero Willy Ossot siendo elaborado el anteproyecto por la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (...) El contrato fue aprobado por la Contraloría General de la Nación bajo el No. 5555 según oficio No. 10171 de fecha de octubre de 1947 y firmado con fecha 3-11-1947, debiendo ser terminado en 3 de mayo de 1948. Como el proyecto no está terminado todavía la Dirección de Edificios gestiona en la actualidad la adquisición de los terrenos en Maracay, Valera y San Cristóbal, gestiones estas que se encuentran próximas a finalizar, estimándose que para la fecha en que se terminen los planos del proyecto podrán iniciarse de inmediato las construcciones”, en: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1948). *Memoria y cuenta*, p. 109. La Memoria fue específica en los planes del MOP, la intención era construir este proyecto en las ciudades mencionadas, sin embargo, no se encontraron indicios de ser construidos los Sanatorios para las ciudades de Valera y Maracay. Igualmente en las sucesivas Memorias del MOP no se registró la construcción de ninguno de estos edificios, posiblemente, las condiciones políticas de transición entre los Gobiernos de la Junta Revolucionaria (octubre 1945-febrero 1948), el Gobierno de Rómulo Gallegos (febrero – noviembre 1948), y, el gobierno de la Junta Militar (1948-1952) afectaron los cronogramas planteados para la construcción de estos Sanatorios. En la ciudad de Valera se construyó un Sanatorio que reproduce uno de los modelos proyectados por el MSAS y que mantiene similares características al Sanatorio Antituberculoso construido para la ciudad de San Cristóbal (Sanatorio referido en esta investigación).

cual se disponen otros tres cuerpos perpendicularmente. (**Figuras 187 y 188**)



Figura 187. Sanatorio Antituberculoso Tipo “A” en la Colonia Bárbula.
Fuente: Revista Técnica del MOP. (1955). Vol. 3. No. 3, p. 28.

Cada uno de los pisos funcionaba de manera independiente, este sistema no se había aplicado en edificios especiales anteriores y fue justificado de la siguiente manera: “Es de hacer notar la abundancia de servicios de intercomunicación y de comedores en los respectivos pisos con la finalidad de autoabastecer cada piso, en cuanto a lo que se refiere a servicios de tratamiento de rutina, con el fin de que el paciente se vea provisto de la manera

más inmediata posible de los elementos que requiere para sus necesidades diarias”³⁶¹

Este novedoso esquema de organización implicó dos aspectos fundamentales: el primero, el uso de comedores y sanitarios en cada piso, junto con los ascensores ubicados en los espacios más cercanos a las salas de hospitalización; el segundo, la jerarquización de funciones, en la medida que aumentó la altura del edificio se dispuso del mayor número de salas de hospitalización como una forma de proteger tanto al enfermos de la agitada condición de los espacios públicos como al personal de la condición contagiosa de la enfermedad. Además, las habitaciones fueron protegidas “en todos los pisos por corredores de enlace que eviten la entrada del sol directamente a las salas y absorban mejor los cambios de temperatura.”³⁶²

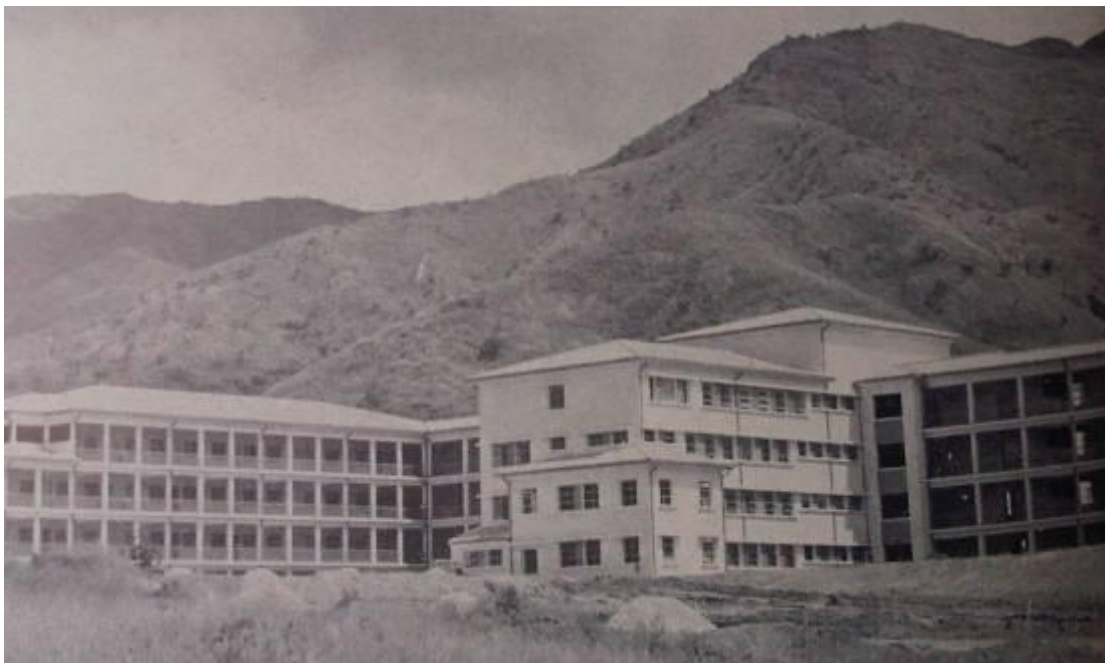


Figura 188. Sanatorio Antituberculoso Tipo “A” en la Colonia Bárbula. **Fuente:** *Venezuela bajo el nuevo Ideal Nacional. Realizaciones durante el gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre – 19 de abril de 1954, p. 305.

³⁶¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y cuenta*, p. 138.

³⁶² *Idem.*

En el primer piso, se ubicaron los servicios de administración, secretaría, superintendencia, depósitos, sala de faenas, puestos de enfermeras, comedor, habitaciones individuales y de cuatro camas con baños ubicadas hacia los extremos, esquema que se repite en el resto de pisos. En el segundo piso, los despachos del médico director, la secretaría médica, la enfermera jefe, los archivos, la sala de actos, la biblioteca y la sala para museos. En este piso se ubicó la cocina del Sanatorio junto con dos comedores y en cada extremo se plantearon terrazas de asoleamiento.

En el tercer piso, en la parte central de manera inmediata a los ascensores dos comedores, sanitarios y habitaciones para el personal asistente. A cada lado de la parte central, están los Rayos X y los servicios médicos por especialidades: ginecología, cardiología, gastrointestinal, entre otros. En los extremos se encuentran las salas de hospitalización.

En el cuarto y el quinto piso las habitaciones se colocaron contiguas a las terrazas de los extremos nor-este y sur-este; junto a la parte central se dispuso de las salas de operaciones con sus correspondientes cuartos de esterilización, limpieza, instrumentos y departamentos médicos y enfermeras.³⁶³

En la propuesta arquitectónica del Sanatorio tipo “A” se articularon los elementos de la arquitectura tradicional como cubiertas inclinadas de teja y corredores con otros del lenguaje internacional: las superficies lisas, con la disposición de ventanas producidas industrialmente y remarcadas con una moldura que funciona en la parte superior como alero, los sencillos elementos estructurales que delimitan los corredores forman una grilla que recuerdan las reglas del *Neue Sachlichkeit* alemán de principios del siglo XX en una imagen donde la estandarización se manifiesta en la uniformidad y regu-

³⁶³ Durante la investigación no fueron localizados los planos, ni fotografía del edificio. En la actualidad el edificio ha sido modificado en toda su estructura: tanto en las plantas como en sus fachadas, lo que imposibilita la lectura formal, es por ello que las descripciones realizadas se fundamentan en la citada Memoria del MOP.

laridad con la que se componen cada una de la fachadas. Así, el Sanatorio fue un “lugar sin lugar” para los pacientes de tuberculosis alejado de la conflictividad de la capital carabobeña, en una propuesta “tipo” que procuró responder el incipiente desarrollo industrial del país. **(Figuras 189-191)**



Figura 189. Sanatorio Antituberculoso Tipo “A” en la Colonia Bárbula. **Fuente:** *Venezuela bajo el nuevo Ideal Nacional. Realizaciones durante el gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre – 19 de abril de 1954, p. 306.

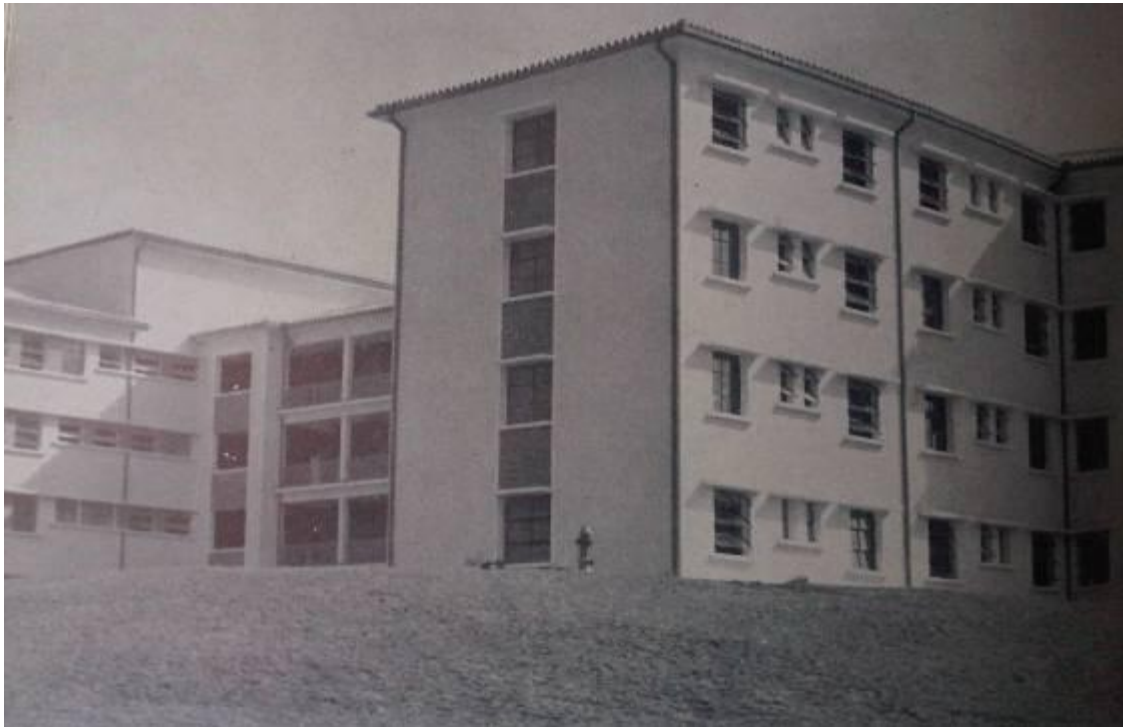


Figura 190. Sanatorio Antituberculoso Tipo "A" en la Colonia Bárbula. **Fuente:** *Venezuela bajo el nuevo Ideal Nacional. Realizaciones durante el gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre – 19 de abril de 1954, p. 305.



Figura 191. Sanatorio Antituberculoso Tipo "A" en la Colonia Bárbula. **Fuente:** *Venezuela bajo el nuevo Ideal Nacional. Realizaciones durante el gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre – 19 de abril de 1954, p. 303.

El Sanatorio tipo “B” “ubicado conjuntamente con el tipo “A” para formar la Colonia Antituberculosa de Bárbula”³⁶⁴, fue similar al proyecto construido en El Algodonal, descrito en el apartado referido a este conjunto asistencial. En una planta academicista, simétrica sobre el eje horizontal, en forma de peine, se ordenaron las diversas actividades, los pacientes por sexo (lado izquierdo destinado a las mujeres y el derecho a los hombres) y grados de avance de la enfermedad.

El juego de volúmenes es producto de la misma disposición de la planta, la cual atiende un esquema netamente funcional (**Figura 192**). Sin descuido, el edificio se desarrolla a lo largo de un pasillo principal que funciona como ordenador y distribuidor a cada uno de los cuerpos que componen el peine. (**Figuras 193-196**)

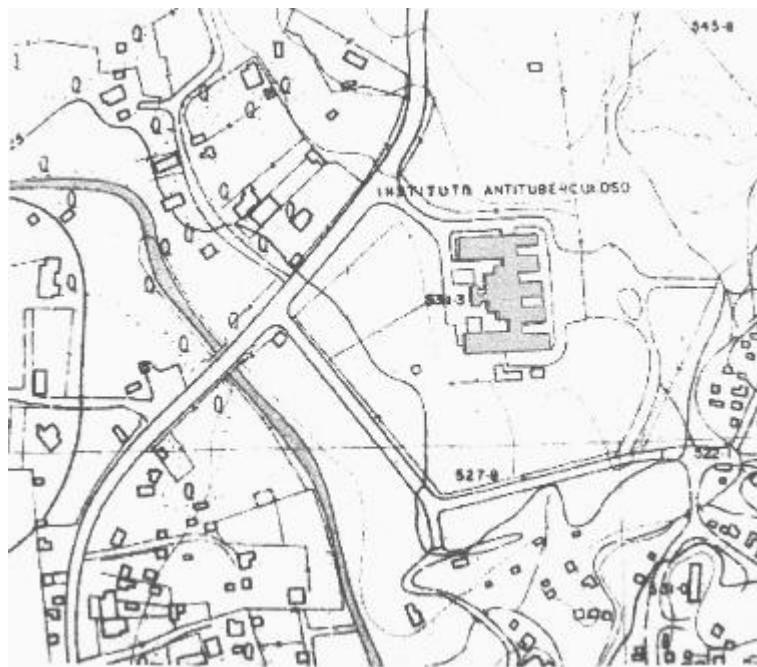


Figura 192. Ubicación de Sanatorio Tipo “B”. **Fuente:** ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio*, s/p

³⁶⁴ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y cuenta*, p. 140.

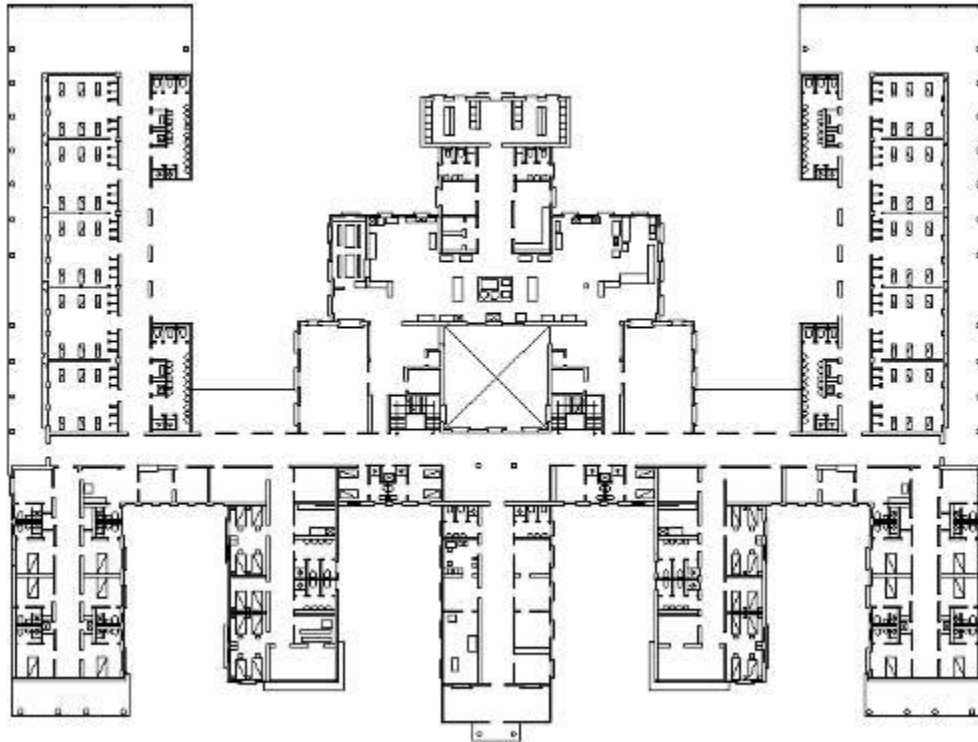


Figura 193. Planta Baja. Sanatorio Tipo "B". Plano realizado a partir de los del MOP que forman parte del trabajo de: ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio, s/p.*

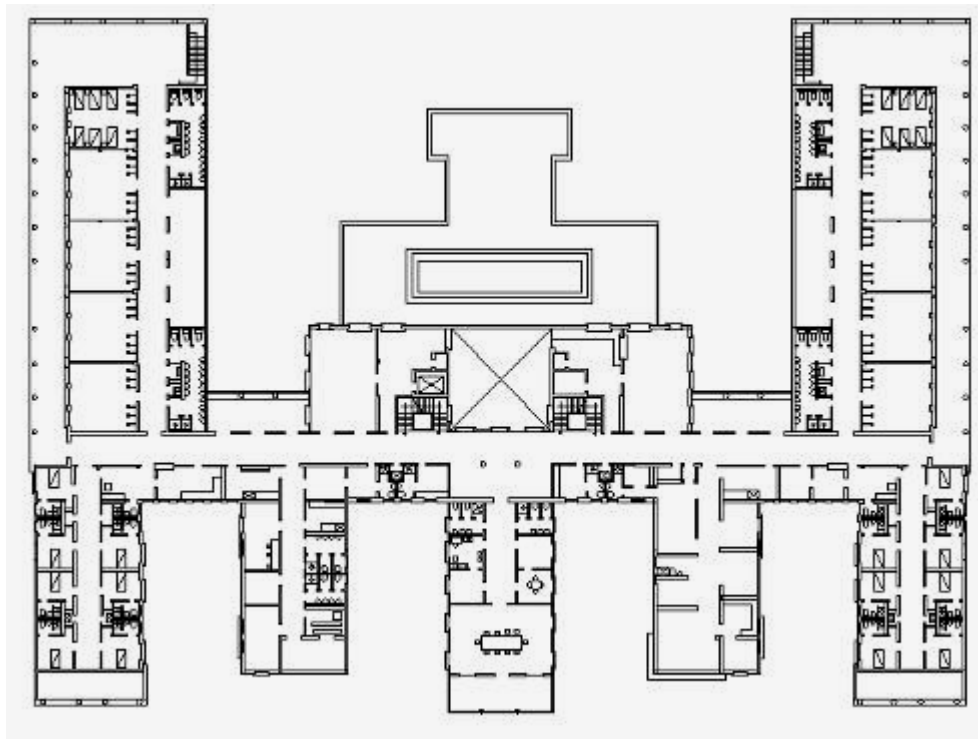


Figura 194. Segunda planta. Sanatorio Tipo "B". Plano realizado a partir de los del MOP que forman parte del trabajo de: ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio, s/p.*

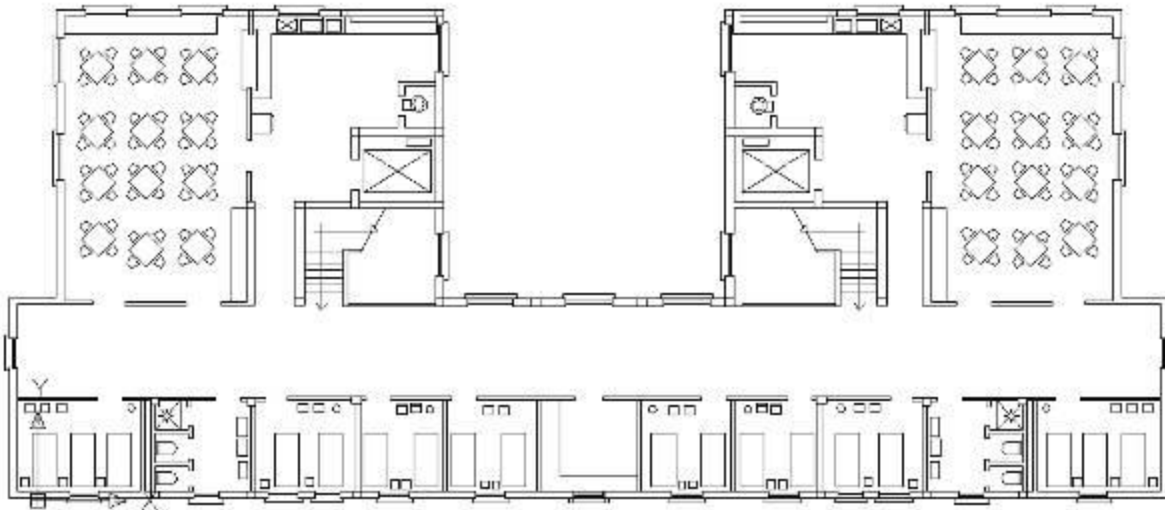


Figura 195. Tercer piso, Sanatorio Tipo "B". Plano realizado a partir de los del MOP que forman parte del trabajo de: ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio, s/p.*

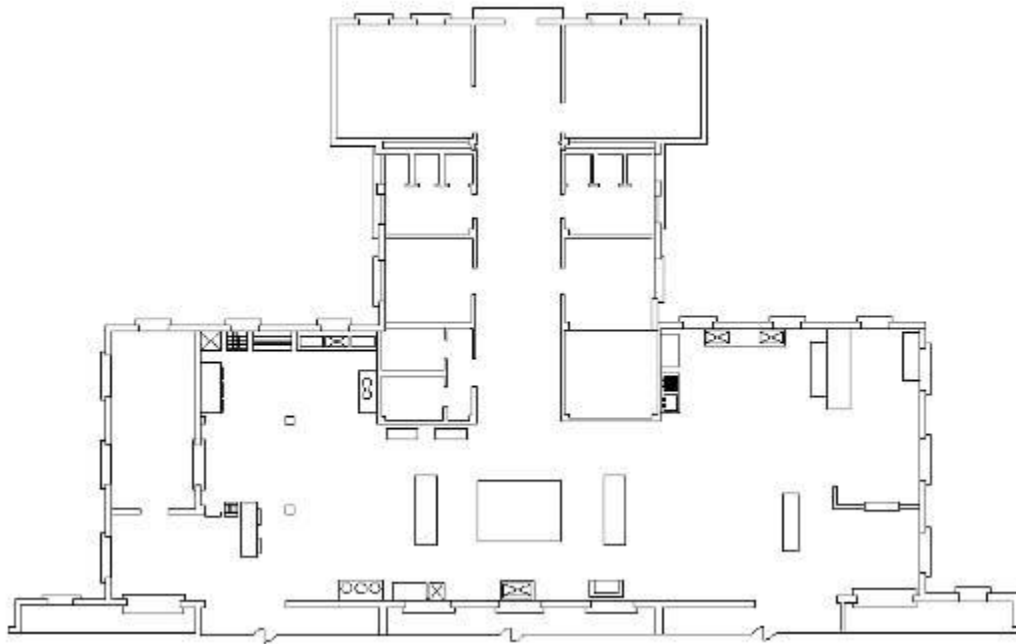


Figura 196. Cocina, tercer piso, Sanatorio Tipo "B". Plano realizado a partir de los del MOP que forman parte del trabajo de: ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio, s/p.*

En este Sanatorio Tipo “B” se conjugaron los emblemas de la función administrativa, curativa y educativa de la medicina con el idealizado uso de elementos de la casa colonial venezolana. El edificio se muestra deliberadamente como un objeto arquitectónico del ámbito nacional a través del uso de cuatro patios externos, uno interno, el uso de cubiertas inclinadas a cuatro aguas con teja, galerías techadas delimitadas por hileras de columnas. Sin embargo, otros elementos se fusionan con este “nacionalismo”, como las terrazas que desmaterializan la esquina, a través de la proyección del techo en planos rectangulares, un moderno recurso wrightiano de control ambiental donde los pacientes hospitalizados disfrutaban de los beneficios del aire puro y del sol simplemente traspasando la puerta de la habitación. **(Figura 197)**



Figura 197. Sanatorio Antituberculoso Tipo “B”. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria gráfica*, s/p.

Sobre el cuerpo central de tres pisos se plantan dos cuerpos altos (de la misma manera que en el baldaquino del Sanatorio de Guinand en el Algodonales y de la torre de agua de Villagrán en Huipilco) que no estaban planteados en los planos del proyecto. Estos elementos cubiertos en teja, con pendientes a cuatro aguas se destacan en el paisaje natural, como garitas de vigilancia y de control sobre el entorno del Sanatorio.

El resto del edificio se encuentra despojado de ornamento, en una superficie lo suficientemente porosa, ordenada y regular como para cumplir con la adecuada función de los espacios. Contiene ventanas estandarizadas apoyadas sobre delgadas molduras y dispuestas entre columnas redondas que parecen ser absorbidas por los muros de apariencia moderna. **(Figuras 198-201)**. La unión de elementos arquitectónicos fue una expresión propia de la arquitectura de los años cuarenta en Venezuela: ensamblar componentes tradicionalistas con otros de producción industrializada, en una suerte de demostrar que la producción de edificaciones públicas estaba en correspondencia con las ideas del Estado de construir una sociedad industrial sin perder de vista la historia local.

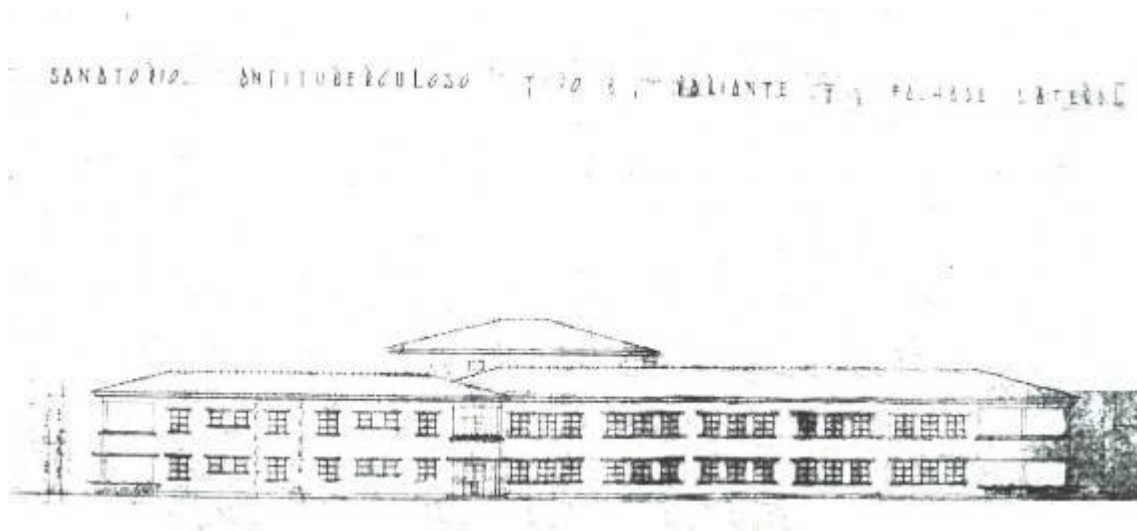


Figura 198. Fachada Lateral, Sanatorio Tipo “B”. **Fuente:** ATIENZAR, Sara. (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio*, s/p.



Figura 199. Sanatorio Tipo “B, Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 200. Sanatorio Tipo “B, Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 201. Sanatorio Tipo “B, Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.

Esta propuesta arquitectónica que realizó el MSAS resultó ser particular por el ensayo en la ubicación de los espacios de servicios funcionalmente, como los comedores de manera independiente por pisos. La disposición de las terrazas, a lo largo de todos los pasillos en cualquiera de sus caras, garantizó la aplicación del tratamiento médico a todos los enfermos; los tamaños de las mismas estaban en consonancia con el número de pacientes a cubrir, fue así como las grandes estaban dispuestas frente a las habitaciones de seis camas y las pequeñas frente a las habitaciones individuales.

Como antes se mencionó, el lenguaje arquitectónico se procuró el rescate de lo nacional a tono con las políticas del Estado en materia de salud y se utilizó como instrumento pedagógico desde el momento que la población identificó y dispuso de edificios tipo, proyectados inicialmente para su uso en dos ciudades del país: Caracas y Valencia

c. Del manicomio a la colonia psiquiátrica, 1931-1947

Los edificios para la atención de enfermedades mentales construidos por el Estado venezolano fueron ideados sobre la base del concepto moderno del psiquiátrico: un lugar transitorio y de función pedagógica, además de ser construidos:

en la proximidad de la población a cuyo servicio se destina, pues de lo contrario resultará muy difícil que se integre efectivamente en la colectividad. El alejamiento dificulta la vuelta del enfermo a la vida normal y limita el contacto entre los pacientes y sus familias, además de influir desfavorablemente en el personal del hospital, al que se obliga a vivir aislado de la colectividad.³⁶⁵

Entre los proyectos realizados en el país se encuentran dos de los ensayos arquitectónicos de hospitales especiales ejecutados entre 1931 y 1954: el Hospital Psiquiátrico Municipal, en Caracas y la Colonia Psiquiátrica

³⁶⁵ BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P., *Op. cit.*, p. 24.

de Bárbula, en Valencia. Ambos complejos asistenciales fueron producto de la planificación del MSAS, por lo tanto, en ellos se aplicaron los modernos esquemas de organización producto de los avances de la medicina, de la farmacología y de la terapéutica.

Fue así como de la celda individual se recurrió al uso de habitaciones colectivas; de las viejas terapias de encierro se pasó a las realizadas al aire libre y en teatros; del lugar que nunca cura cambió por el “lugar sin lugar” con capacidad de curación y de formación para incorporar al paciente a la vida normal. Veamos cómo estos cambios en la terapéutica psiquiátrica se hicieron palpables en la materialización de los hospitales especiales mencionados.

• Hospital Psiquiátrico Municipal, Caracas 1931

El decimonónico Asilo de Enajenados de Caracas se hizo insuficiente para atender al número de enfermos mentales del país. La referencias indicaron que los enfermos “Apiñábanse, así en tan estrecha incomodidad, hasta trescientos hospiciados, la mayor parte de los cuales no podía contar ni con la cama”³⁶⁶.

La primera gestión para resolver la insuficiencia fue la realización de un proyecto para un nuevo Hospital Psiquiátrico Municipal adaptado a la revolución de los tratamientos institucionales y farmacológicos, los cuales exigían de espacios especiales para su aplicación. Este proyecto ha sido atribuido al arquitecto Carlos Raúl Villanueva³⁶⁷, ejecutado desde 1930 y cuyos planos

³⁶⁶ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 391.

³⁶⁷ En la memoria del MOP donde se registró el proyecto, la construcción y las ampliaciones del Hospital Municipal Psiquiátrico no se hace mención al arquitecto Carlos Raúl Villanueva. Sin embargo, autores como el profesor Juan José Pérez Rancel en la biografía sobre el arquitecto dice: “En Caracas participó (...) en los proyectos del Museo Boliviano (1931-32), en la esquina de Pajaritos, y del Hospital Psiquiátrico (1931-33) al norte de la que luego se llamaría avenida Sucre”. PEREZ RANCEL, Juan José. (2009). *Carlos Raúl Villanueva*, p. 24. Los profesores Paulina Villanueva

se encuentran registrados en la Memoria de Planos del MOP de los años 1931-1932. El doctor Pedro González Rincones desde 1934 se encargó de la reorganización del Asilo, con el objeto de “convertirlo en un establecimiento moderno que responda a las necesidades del tratamiento de las enfermedades mentales”³⁶⁸. El doctor González se apoyó en la colaboración de la Junta de Beneficencia del Distrito Federal y del MOP; este Ministerio participó “con la construcción de amplios departamentos, para una holgada instalación de los nuevos servicios.”³⁶⁹

El proyecto para “Nuevo Manicomio de Catia” como también fue denominado el Hospital Psiquiátrico estaría conformado por cinco edificios; dos de hospitalización de un solo piso para hombres y mujeres, organizados alrededor de tres patios, separados estos edificios entre sí por el de Servicios Generales donde se ubicó la administración, la enfermería, los talleres y las cocinas; otro edificio de menor tamaño para la congregación de las Hermanas San José de Tarbes y un edificio sin identificar. **(Figura 202)**

y Maciá Pinto registran el proyecto como una de las obras realizadas entre 1928 y 1938 por el arquitecto, ver: VILLANUEVA, Paulina y Maciá Pintó. (2000). *Carlos Raúl Villanueva*, p. 149.

³⁶⁸ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 403.

³⁶⁹ Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal. (1938), No. 12, p. 476.

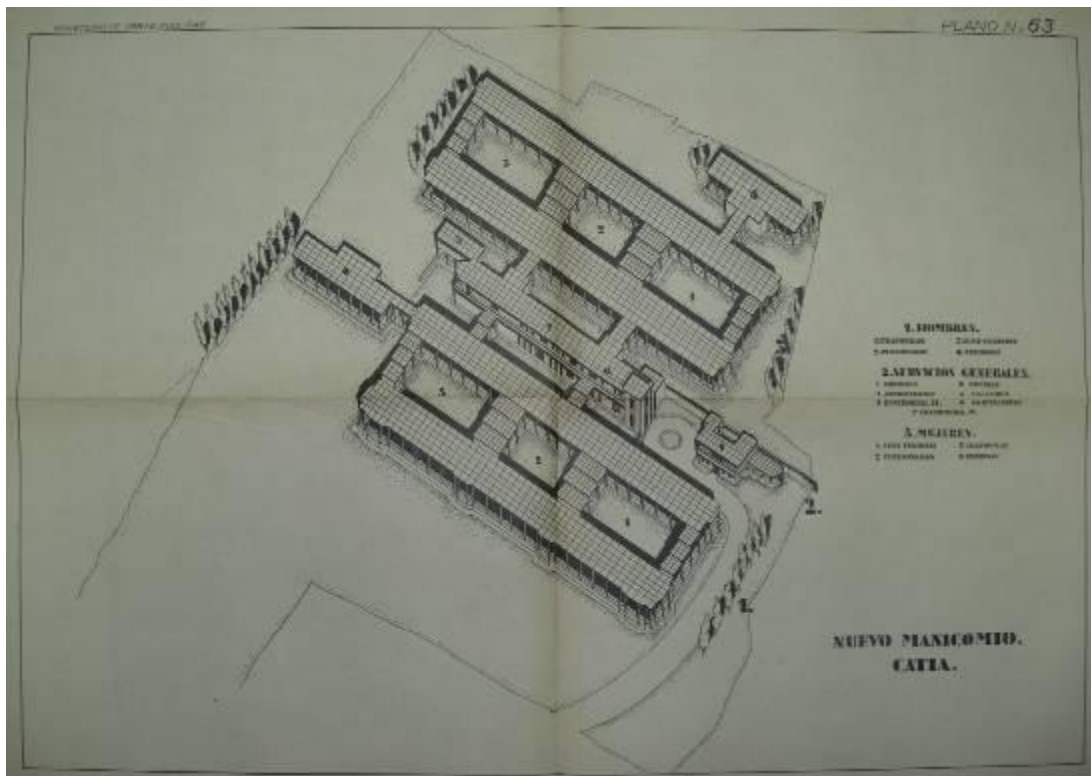


Figura 202. Nuevo Manicomio de Catia. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 63.

Este conjunto fue proyectado por el MOP antes de la adquisición del terreno en donde se emplazó. Por lo tanto, el proyecto no incluyó la integración con el edificio del antiguo Asilo de Enajenados de Caracas que se encontraba en el mismo terreno. Posiblemente, el Ejecutivo Federal negoció desde 1930 la compra del terreno cercano al Asilo, la cual se concretó en 1933 y se registró en las Memorias del MOP del año siguiente:

El Ejecutivo Federal ha dispuesto que el Patrimonio Nacional compre al ciudadano Antonio Díaz González, para destinarla al servicio del Nuevo Manicomio de Caracas, una posesión de tierra propiedad del expresado ciudadano, ubicada en la Parroquia Catedral de esta ciudad, en el lugar llamado "Alcabala de Catia (...)" el precio de la compra en la cantidad de sesenta y dos mil bolívares (Bs. 62.000,00), de los cuales ya fueron pagados al vendedor a cuenta de dicho precio, diez mil bolívares (Bs. 10.000,00) por cuenta del Tesoro Nacional. El remanente de cincuenta y dos mil bolívares (Bs. 52.000,00) queda el Gobierno Nacional obliga-

do a pagarlos dentro del plazo de tres meses a contar del otorgamiento de la escritura sin intereses.³⁷⁰

Cuando se dio inició a la construcción se respetó el viejo Asilo, por lo tanto el Nuevo Manicomio de Catia fue emplazado frente a las fachadas principal y lateral izquierda de éste. Se mantuvo el proyecto en cuanto a cuatro de los cinco edificios planteados, la división de servicios en dos secciones para hombres y para mujeres, el uso de patios como elemento organizador, la distribución de las habitaciones y las celdas. **(Figuras 203)**



Figura 203. Fotografía durante los trabajos de construcción del Hospital Municipal Psiquiátrico, c. 1934

Fuente:<http://yv5mm6.blogspot.com/2011/06/Venezuela-antigua-1-colección-de-fotos.html>. 5 de junio de 2011, hora: 3:50 pm

Entre los planos de la Memoria del MOP y la construcción del edificio se muestran algunas diferencias, posiblemente producto de la permanencia del Asilo y las adecuaciones durante la obra. El edificio para mujeres se ubicó junto a su fachada lateral izquierda, organizado alrededor de un solo patio de forma irregular y el edificio sin identificar del proyecto no se construyó. **(Figura 204)**

³⁷⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1934). *Memoria*, tomo 2, p. 435.



Figura 204. Vista del Asilo de Enajenados y el Hospital Municipal Psiquiátrico, c. 1936. **Fuente:** <http://yv5mm6.blogspot.com/2011/06/Venezuela-antigua-1-colección-de-fotos.html>. 5 de junio de 2011, hora: 3:50 pm

De acuerdo con la descripción de la obra publicada en la Memoria del MOP, el proyecto se realizó en varias etapas, las cuales pudieran haber sido organizadas de acuerdo a los diferentes niveles del terreno. **(Figuras 205-207)**

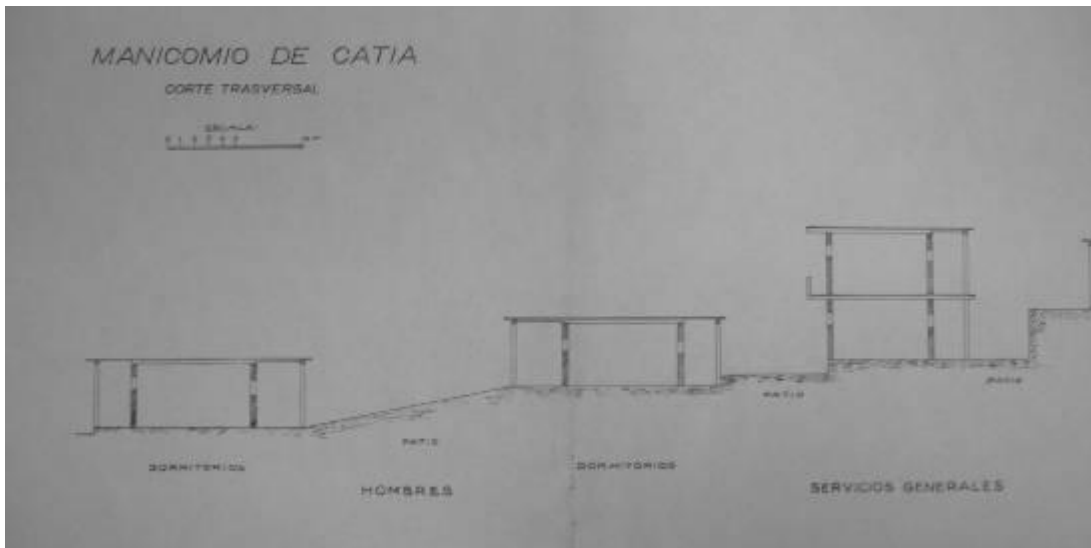


Figura 205. Nuevo Manicomio de Catia. Corte transversal. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 64.

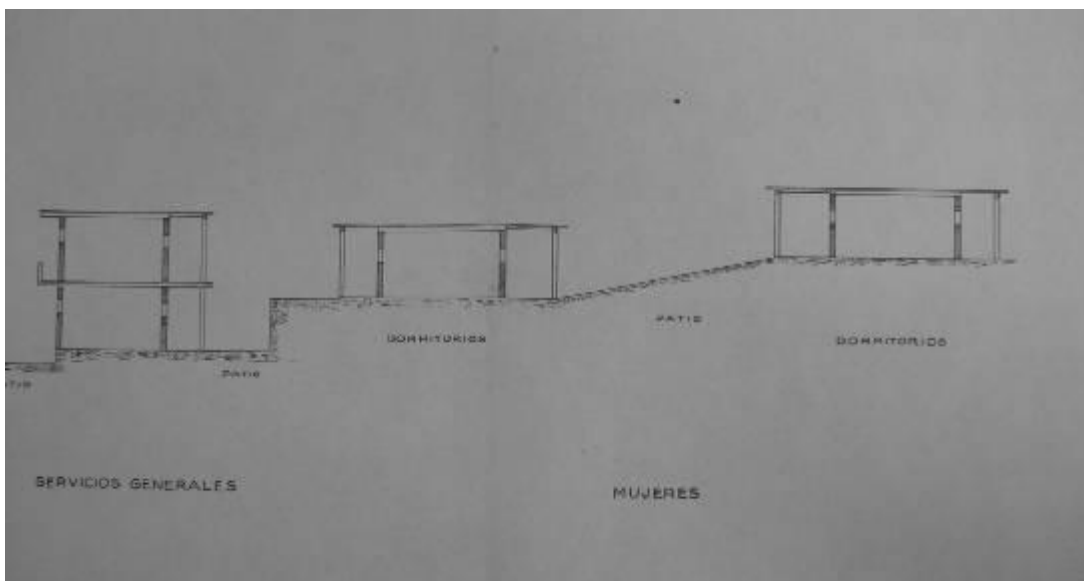


Figura 206. Nuevo Manicomio de Catia. Corte transversal. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 54.



Figura 207. Manicomio de Catia. **Fuente:** MEZA, Beatriz. “La primera modernidad en la arquitectura venezolana”. *Boletín del Centro de Investigaciones Históricas y Estéticas*. (1996), N° 30, 1996-b, p. 64.

La primera de ella, fue la construcción en 1934 de un departamento para hombres y las oficinas para las actividades administrativas y técnicas, con las cuales se “comenzaba a clarear el hacinamiento en el asilo y por primera vez podía contar nuestro enfermo mental con una cama confortable, vestidos higiénicos, tratamiento médico adecuado y número suficiente de enfermeros.”³⁷¹ Este departamento se ubicó en la planta baja del edificio de Servicios Generales frente al viejo Asilo.³⁷² **(Figura 208)**

³⁷¹ ALVAREZ, R. *Op. cit.*, p. 405.

³⁷² Mientras se realizó la construcción del Hospital Psiquiátrico, en 1935 el Asilo de Enajenados fue objeto de remodelaciones y reconstrucciones para mantenerlo en funcionamiento. Los trabajos estuvieron a cargo del ingeniero Carlos Luis Ferrero. El informe de estos trabajos se encuentra detallado en: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1937). *Memoria*, pp. CXXV-CXXVII.



Figura 208. Aspecto de una de las salas del Hospital Municipal Psiquiátrico. **Fuente:** *Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal*. (1938), No. 12, p. 477.

La segunda etapa tuvo lugar en 1936, a cargo del ingeniero Carlos Luis Ferrero. Contempló el departamento de mujeres con 15 celdas, 2 baños, corredores y patios con jardines; el planteamiento y preparación del lugar donde funcionaría el lavadero del Hospital; la construcción “sobre la planta baja de un salón de 125 metros cuadrados de superficie para servicio General de Mujeres con sus respectivos anexos, y un salón de trabajo de 11 ms x 6 ms donde las enfermeras atienden varios oficios domésticos”³⁷³. Se construyó “el departamento de mujeres, depósito general de aguas, los chiqueros, la enfermería de hombres, horno de panadería, campo de deportes, gallinero modelo, local del cine y los mejoramientos introducidos en el abastecimiento de agua potable.”³⁷⁴

En 1937 durante la gestión de Luis Bello Caballero como Ministro de Obras Públicas se concluyeron los trabajos del nuevo departamento de mujeres, ubicado en la planta alta del edificio construido en 1934. En un espacio de 14 por 60 metros se organizó un *hall* recibidor, comedor, escaleras, celdas para enfermos y enfermeras y un dormitorio general para 50 camas.

³⁷³ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1937). *Memoria*, p. CXXVII.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. CXLIII.

En el informe de las obras ejecutadas por parte del MOP presentado por el ingeniero Caballero quedó registrada la ejecución de la obra de ese año, que citamos *in extenso* por su valor descriptivo:

Este departamento estaba totalmente construido en su obra estructural, y fue necesario concretarse a sus remates complementarios para entregarlo a la dirección médica del instituto, quien lo puso en uso desde octubre próximo pasado (...) Inmediatamente que hicimos entrega de esta obra, procedimos a trabajar en la prolongación de este mismo departamento de planta alta, con una extensión de 14 x 40; estas obras se anexarán al departamento entregado; contienen un nuevo dormitorio para 40 personas, sanitarios, celdas, y un salón de juegos, y un corredor con orientación Norte a todo lo largo para descanso y esparcimiento (...) Estos locales de planta alta se unen a los terrenos altos, inmediatos al Norte, por un puente que facilitará su uso para las distracciones de los enfermos (...) En las obras que se han ejecutado con mano de obra pagada por la dirección médica del instituto, y materiales suplidos por ese despacho, tenemos en primer (sic) lugar la conclusión de la enfermería de hombres, con laboratorio, clínica, patio y dos salas dormitorios, una de ellas (sic) especial para tuberculosos; conclusión del local para teatro con todas sus dependencias; modificación de la cocina general del edificio, abriéndose luces para su mejor ventilación e iluminación, instalándose aparatos apropiados, pisos de mosaico y zócalos de porcelana. Puente de peatones para la escuela comedor que funciona sostenida por el Instituto; y construcción e instalación de los chiqueros y gallineros modelos (...) Para completar los ensanches de los departamentos de mujeres, que es la obra ordenada por este despacho, sólo falta rematar el cuerpo descrito de la planta baja, y vestir y rematar el correspondiente de planta baja, obra que aspiramos ateniéndose a las disposiciones del Ministerio hasta la fecha, concluirla totalmente para mayo próximo.³⁷⁵

Esta descripción y de acuerdo al proyecto construido muestra que el primer edificio fue el de Servicios Generales, que en un primer momento funcionó como sitio de hospitalización. Posteriormente, con la construcción del resto de edificios, el servicio de hospitalización se trasladó a los lugares apropiados para ello y en Servicios Generales se ubicó la administración y el alojamiento del personal médico y enfermero.

³⁷⁵ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo I, p. 7-D.

Con las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Municipal, el MSAS y el MOP resolvieron los requerimientos médicos modernos: espacios que facilitan la separación de los enfermos de acuerdo al sexo, al nivel de enfermedad volcados hacia generosos patios, en donde se ensayaron modernas prácticas de curación; se planteó un teatro para el disfrute del paciente así como otros lugares para actividades al aire libre fue una forma de utilizar las mencionada terapias de Esquirol y Pinnel. **(Figura 209)**



Figura 209. Teatro del Hospital Municipal Psiquiátrico. Laborterapia. **Fuente:** *Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal.* (1938), No. 12, p. 479.

Con la propuesta por parte del Estado del Hospital Psiquiátrico, el Asilo de Enajenados:

ha dejado de ser “casa de locos”, en él ya ha tomado asiento la Psiquiatría Nacional, bajo la influencia de los trabajos científicos de sus Jefes de Servicios y sus Médicos Adjuntos y sus Internos, la ciencia Psiquiátrica devolverá la salud a la mente de nuestros enfermos y como resultado de las labores de todos los que trabajamos en esta Institución, el arte psiquiátrico lo reintegrará a la vida activa para que vuelvan a ocupar su lugar en la sociedad.³⁷⁶

El Hospital Psiquiátrico fue una respuesta desde la institucionalización de la medicina. Sin embargo, el valor de este edificio también se puede encontrar como propuesta arquitectónica de vanguardia en la historia de la arquitectura moderna en Venezuela.

El proyecto de Villanueva se produce en uno de los momentos transitorios de su carrera profesional, en donde el eclecticismo característico de la arquitectura venezolana de esos años y el clasicismo propio de sus estudios en la Escuela de Bellas Artes de París se materializó en un Hospital Especial. Esta transición se muestra en la tensión entre el uso de patios y corredores, con la fluidez espacial en atención a la función de cada uno de los espacios, es decir, se rescatan las clásicas técnicas de composición fusionadas con criterios de simplicidad volumétrica y ornamental.

Al predio asistencial se accede entre los edificios de Servicios Generales y el previsto para las Hermanas de San José de Tarbes. Por lo tanto, el acceso a los espacios de hospitalización era controlado por las autoridades médicas del Hospital. El edificio de Servicios Generales, en dos pisos, consideró las habitaciones de descanso para el personal médico y enfermero, junto con las oficinas administrativas. Todos los espacios se ordenan alineados frente a un corredor abierto, delimitado por columnas. Sobre este pasillo se disponen de dos núcleos de circulación vertical. **(Figuras 210-212)**

³⁷⁶ ALVAREZ, R., *Op. cit.*, p. 417.

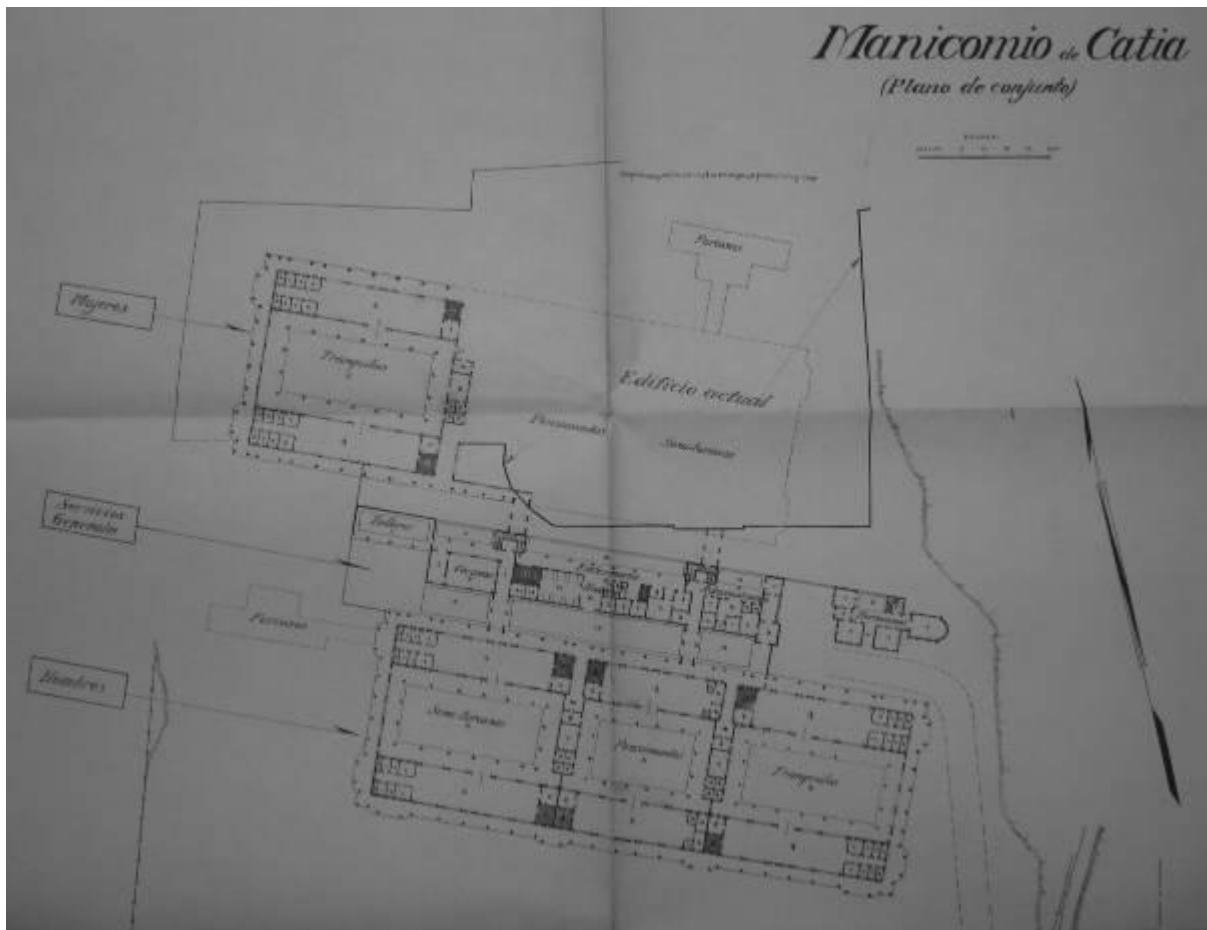


Figura 210. Nuevo Manicomio de Catia. Plano de conjunto. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 64.

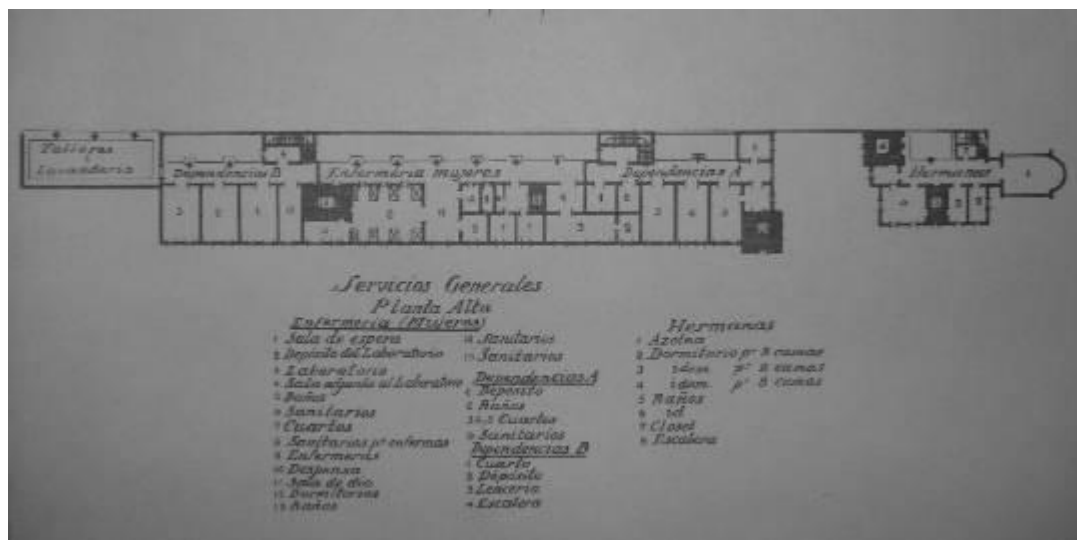


Figura 211. Nuevo Manicomio de Catia. Servicios Generales. Planta Alta. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 64.



Figura 212. Entrada al actual Hospital Municipal Psiquiátrico. **Fuente:** *Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal.* (1938), No. 12, p. 473.

Por medio de tres patios ubicados frente a cada una de las fachadas principales del edificio de Servicios Generales se separó de los edificios de hospitalización y el viejo Asilo; en los patios se disponen de dos pasillos y puentes para peatones cubiertos que facilitan la comunicación entre ellos (**Figura 213**). El edificio de hospitalización para hombres se organizó de forma asimétrica, alrededor de tres patios delimitados por columnas de fuste circular con base y capitel sencillamente decorado. El exterior del edificio está igualmente delimitado por columnas que definen un corredor techado.



Figura 213. Hospital Psiquiátrico Municipal. **Fuente:** FUENTE: VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1938). *Memoria*, tomo 1, p. 6-D

El edificio de hospitalización de mujeres se ordenó alrededor de un patio irregular, delimitado en una de sus partes por un muro que, por adaptarse a los límites del terreno, se realizó en forma semicurva; el resto del patio está flanqueado por corredores cubiertos que se repiten hacia el exterior.

Los espacios para la hospitalización fueron ordenados a partir del requerimiento médico de separar a los pacientes de acuerdo a su grado de “peligrosidad” y de tener ambientes al aire libre para la realización de laborterapias y otros tratamientos; en tal sentido, alrededor de cada patio se ubicaron los enfermos de acuerdo a su clasificación en: tranquilos y dementes; los pensionados o de servicio especial, y, los enfermos semifuriosos; y, un edificio aislado del resto para los enfermos agitados o furiosos.

Los patios y los corredores cumplieron dos funciones, mientras el lugar abierto se convirtió en el centro del mundo para el enfermo, el lugar ideal que

separó al enfermo de aquel que le produce la enfermedad, los corredores funcionaron para la laborterapia y los ejercicios físicos. Es decir, dentro de la heterotopía que representó el Hospital Psiquiátrico en la capital caraqueña, se construyó otra dentro de él, representada en los lugares ideados para el reconocimiento de los desconocidos por el resto de la sociedad, los enfermos mentales. **(Figuras 214 - 216)**



Figura 214. Grupo de enfermas durante el trabajo. Laborterapia. **Fuente:** *Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal.*(1938), No. 12, p. 478.



Figura 215. Un aspecto del Salón de Billar del Hospital Municipal Psiquiátrico. **Fuente:** *Boletín de los Hospitales Civiles del Distrito Federal.* (1938), No. 12, p. 481.



Figura 216. Grupo de enfermos del Hospital Psiquiátrico, durante los ejercicios matinales Gimnoterapia. **Fuente:** *Boletín de Hospitales Civiles del Distrito Federal.* (1938), No. 12, septiembre, p. 483.

Mientras el conjunto asistencial fue organizado con elementos de la arquitectura clásica como el patio y los corredores, con otros de la arquitectura moderna se construyó un lenguaje internacional en el edificio, evidenciando el eclecticismo en las obras del arquitecto Villanueva de los primeros años de 1930, al tiempo que con este lenguaje se representó en poder de las instituciones públicas, en este caso, el MSAS y su empeño por la modernización de la asistencia a los enfermos excluidos.

Los tradicionales corredores fueron combinados con el edificio dispuesto como una caja sobre pilares en los cuales se apoyaba una banda continua que funcionó como alero; en los edificios de hospitalización, de una planta, una banda ancha funcionaba como protección de la cubierta plana visitable, en los edificios de dos plantas el elemento se repitió marcando la separación entre ellas, y simulando dividir en dos partes el cuerpo de la segunda planta. **(Figura 217, ver Figura 213)**

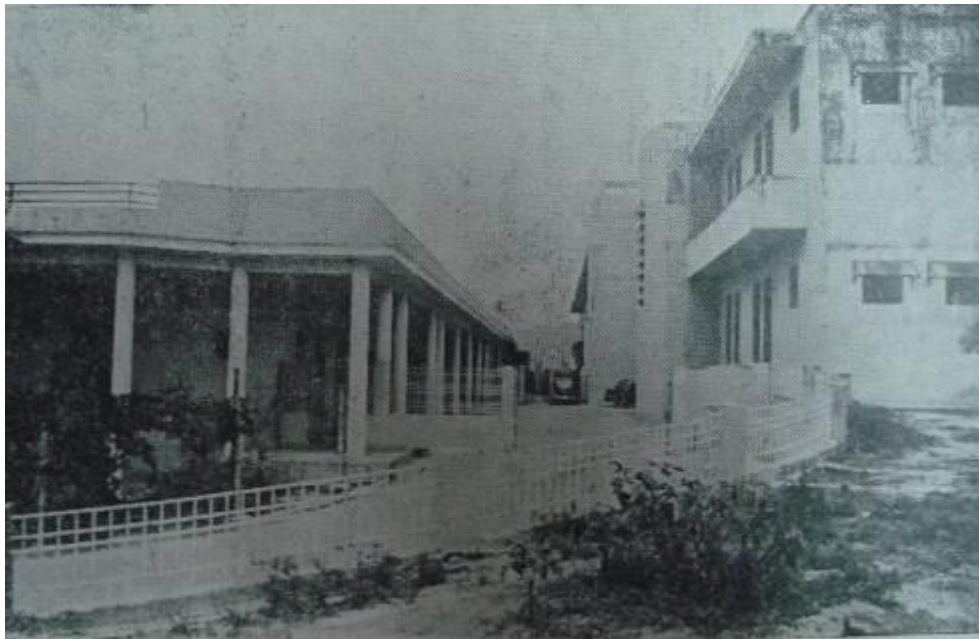


Figura 217. Hospital Municipal Psiquiátrico. **Fuente:** ALVAREZ, Ricardo. (1942). *La psiquiatría en Venezuela*, p. 404.

Otros elementos utilizados en los edificios de hospitalización fueron altas y alargadas ventanas de romanillas de tipo industrial, cubiertas planas y superficies sin adornos; es decir, confluyen en los edificios la ideología corbuseriana y la simplicidad loosiana en una versión de la arquitectura moderna en Venezuela. **(Figura 218)**

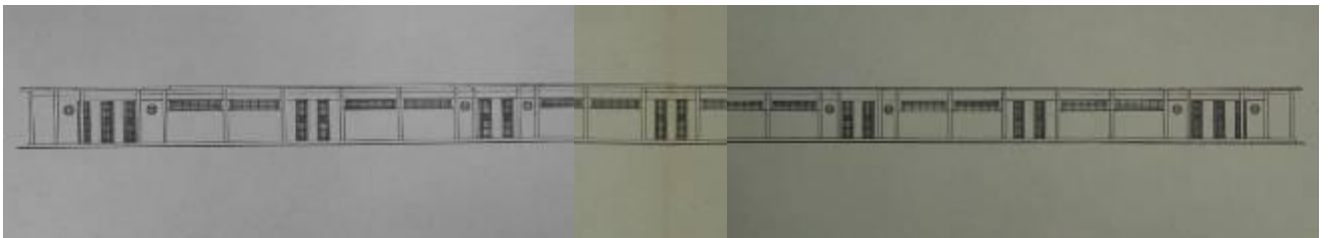


Figura 218. Manicomio de Catia. Fachada Sección Hombres. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1933). *Memoria de planos*, plano No. 66.

En el edificio de Servicios Generales, el lenguaje moderno se empleó a través del uso de balcones de acentuada horizontalidad, alargados aleros planos, superficies lisas con alargadas ventanas dispuestas regularmente de forma vertical. En la composición de las fachadas se diluyen los elementos estructurales a diferencia de la desnudez estructural en el resto de los edificios. **(Figura 219)**



Figura 219. Vista del de Servicios Generales del Hospital Municipal Psiquiátrico, c. 1951. **Fuente:**<http://yv5mm6.blogspot.com/2011/06/Venezuela-antigua-1-colección-de-fotos.html>. 5 de junio de 2011, hora: 3:50 pm

La construcción del Hospital Municipal Psiquiátrico fue una de las primeras expresiones significativas del ejercicio del poder del Estado Venezolano. La impecable participación del MSAS y del MOP para asistir a un grupo de venezolanos con insania logró no sólo un espacio moderno, sino un lugar donde los tratamientos y prácticas de curación encontraron acogida en espacios especiales para ello, alejándose de las viejas prácticas coercitivas. Sin embargo, aún quedaba mucho por hacer, así lo revelaron las cifras:

En 1947 el número total de enfermos internados en establecimientos era de 1.930 (1.020 en Establecimientos ajenos a la División, públicos y privados, y 910 en los pertenecientes a ésta). En el presente año el número de enfermos alojados en Institutos públicos y privados, ajenos a la División, es de 800, en números redondos, y el de enfermos asistidos en Institutos dependientes de ésta ha ascendido a 2.090. Existen por tanto, 2.890 camas para agudos y crónicos, de las cuales exclusivamente 2.200 son técnicamente aceptables.³⁷⁷

Para superar la brecha existente, el Estado emprendió en 1947 una de las obras de mayor envergadura en el país para la atención de los enfermos mentales, la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. A continuación, la descripción y análisis del proyecto y construcción de este predio asistencial.

- **Colonia Psiquiátrica Bárbula, Valencia, 1947**

El MSAS en el Plan Nacional de Asistencia, a través de la División de Higiene Mental del Ministerio, consideró la construcción de una Colonia Psiquiátrica en la Zona Central, con una capacidad para 1.200 enfermos crónicos; “el proyecto de esta obra fue ejecutado totalmente por la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social”³⁷⁸ desde

³⁷⁷ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria*, p. 219.

³⁷⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1948). *Memoria y cuenta*, p. 529.

1947, como parte del trabajo mancomunado de la Comisión Interministerial de Obras Públicas y Sanidad y Asistencia Social.

El conjunto se emplazó entre las poblaciones de Naguanagua y La Entrada, cercanas a la ciudad de Valencia, en un terreno de “200 hectáreas [que] gozan de inmejorables cualidades climatológicas y agrícolas”³⁷⁹. El terreno fue adquirido por el Gobierno Nacional y estaba conformado por el fondo de “Bárbula”, del cual proviene su nombre; “en él se delimitó la zona en la que ha ubicado dicha colonia, y en la que asimismo lo serán otras Instituciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.”³⁸⁰ El lugar estaba suficientemente alejado del centro de la ciudad, como para cumplir con la función de comunidad aislada contemplada en los planes y los tratamientos médicos para la insania, así como en un contexto agreste que facilitó la organización del predio a partir del principio de Colonia. Por lo tanto, además de ser el “lugar sin lugar” para la curación, tendría la función de educar y ocupar al enfermo sin hogar o peligroso en diversas actividades. El enfermo, a partir del control farmacológico y terapéutico, dejó de estar recluido individualmente. Por lo tanto, el lugar donde se ubicó la Colonia facilitó el aislamiento con relación a la ciudad. No obstante, el paciente podía, bajo control médico, desplazarse por los diferentes espacios y lugares que la conformaban. **(Figura 220)**

³⁷⁹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1948). *Memoria y cuenta*, p. 529.

³⁸⁰ *Idem*. Las otras instituciones a que se hacen referencia son los Antituberculosos Tipo “A” y “B” mencionados en el apartado anterior, los cuales compartieron la gran extensión del terreno con la Colonia Psiquiátrica de Bárbula.

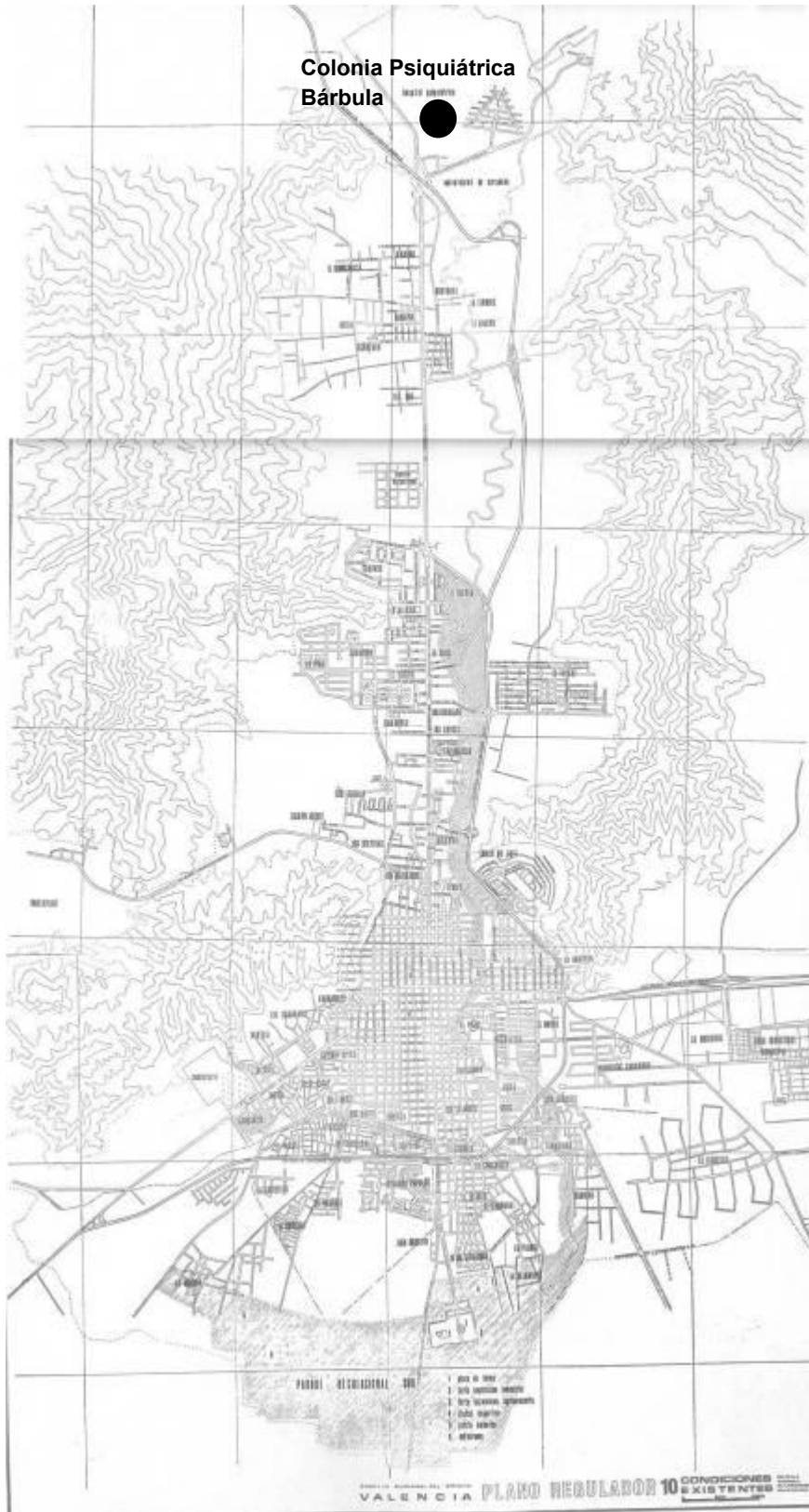


Figura 220. Plano Regulador. Valencia. **Fuente:** Consejo Municipal del Distrito Valencia. Archivo personal Ana E. Fato O.

La mitad de la superficie del lote, en el orden de 100 hectáreas se destinó a las actividades agrícolas, en aprovechamiento de “agua abundante, buenas vías de acceso, clima aceptable.”³⁸¹ Entre los espacios para la siembra, las actividades deportivas y otras al aire libre, el proyecto contempló la construcción de varios edificios utilizando la tipología de pabellones independientes, de acuerdo a los diferentes niveles de enfermedades mentales y por sexo.

Adicionalmente el predio asistencial contó con otros pabellones donde funcionaron la lavandería, la cocina, los talleres y garajes, la administración, la iglesia, la sala de fiestas, la morgue y residencias para personal médico, enfermero y obrero, zona residencial independiente y varios campos deportivos.

La obra fue inaugurada el 9 de diciembre de 1951 “con la puesta en funcionamiento de (...) 400 camas (...) con 15 de los 30 edificios que poseerá una vez terminada”³⁸². El conjunto asistencial fue ordenado en una estructura particular (**Figura 221**); tal organización fue descrita de forma detallada en la Memoria del MOP, por lo tanto resulta pertinente citarla *in extenso*:

El proyecto está dispuesto en forma de triángulo isósceles con su altura orientada hacia el norte, marginando los dos lados que concurren al vértice superior, están los edificios de hospitalización, los cuales son cuatro (4) edificios para enfermos tranquilos, cuatro (4) para semi-agitados, dos (2) para agitados, dos (2) para gatistas, culminando en el vértice superior con un gran edificio para atender a los niños anormales. En el interior del triángulo, están ubicados los edificios destinados a los servicios generales, tales como el edificio para la lavandería, edificio para cocina, edificios para sala de máquinas, edificio administrativo, dos edificios para empleados principales, edificio para sirvientes, edificio para empleados, edificio para garaje, sala de fiestas, depósito, administra-

³⁸¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1948). *Memoria y Cuenta*, p. 108.

³⁸² VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria*, p. 220.

ción y vigilancia, morgue, dos edificios para depósitos y tres casetas para transformadores³⁸³

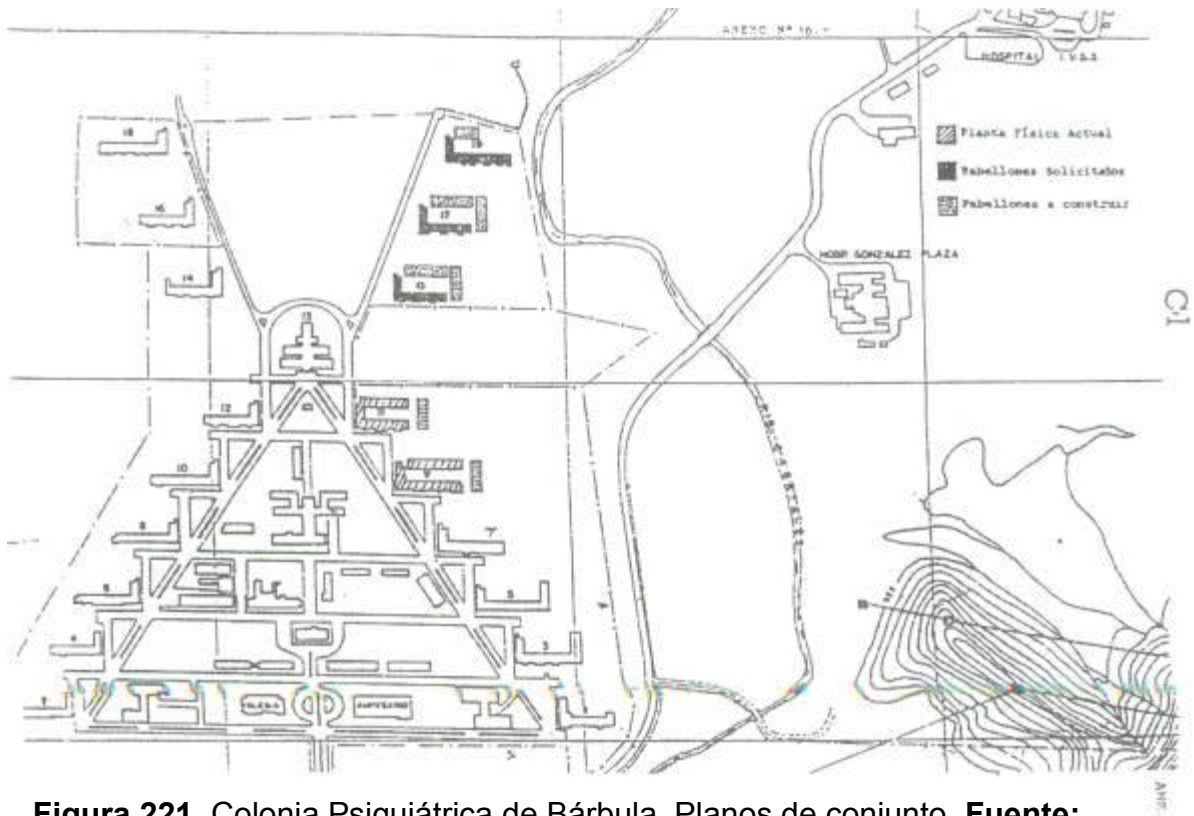


Figura 221. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Planos de conjunto. **Fuente:** TÉLLEZ CARRASCO, Pedro J. (2005). *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*, p.52

El uso del triángulo denota un primer acercamiento a la intencionalidad de jerarquizar las funciones asistenciales dentro de la Colonia. La organización de los edificios en forma ascendente, ubicando en el vértice más alto la vivienda del director, reafirmó su condición de máxima autoridad dentro del centro asistencial.

Este novedoso esquema, a parte de sus connotaciones de aparato de control y vigilancia, tiene sus antecedentes a finales del siglo XIX, cuando en el Hospital Lincoln de Washington, Estados Unidos, se dispuso una decena

³⁸³ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, Vol. I, p. 74.

de barracas para los enfermos en dos de los lados del triángulo y los servicios en varios edificios en su interior, comunicados por un simétrico juego de calles. (Figura 222)



Figura 222. Lincoln Hospital Washington. D. C. **Fuente:** THOMPSON, John; GOLDIN, Grace. (1975). *The hospital: a social and architectural history*, p. 176.

Nuevamente, el ordenamiento, la comunicación y el aislamiento de los edificios en la Colonia de Bárbula se realizaron en una organización urbana autónoma apartada de la complicada vida de la gran ciudad, con una clara intención de rodearse de la naturaleza, y, de esta forma, recuperar los valores campestres que las actividades de la naciente metrópoli hizo tender a desaparecer y se asume como un factor causantes de las enfermedades mentales.

La avenida periférica que configura el trazado y las calles representaron un protagónico papel en el conjunto urbano: el novedoso trazado de la avenida bordea el complejo asistencial y el resto son calles secundarias parale-

las a la base de éste, en algunos tramos se forman glorietas complementadas con elementos ornamentales de equipamiento urbano. Fue por medio de dichas calles que los edificios aislados se comunicaron entre sí, dispuestos en pabellones a lo largo de las vías como unidades funcionales independientes. **(Figura 223)**



Figura 223. Vista de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** *Realizaciones durante el segundo gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre de 1953 – 19 de abril de 1955, p. 59.

Los trabajos fueron realizados de forma continua hasta 1956 con la construcción de los edificios necesarios para cubrir la capacidad solicitada por el MSAS. El objetivo fue “mejorar los servicios que [La Colonia] presta y se llevan más a cabalidad los fines que el Gobierno Nacional persigue.”³⁸⁴

³⁸⁴ *Revista Técnica del MOP.* (1955). Vol. 3. No. 3, p. 30.

Posteriormente a la inauguración de los primeros edificios (1952) en el centro del conjunto se levantaron “el Pabellón de Admisión, que podrá recibir directamente enfermos agudos del Estado Carabobo, y al fondo de las mismas un Pabellón para niños anormales ineducables”³⁸⁵, los cuales fueron inaugurados en 1955. El primero de ellos estaría ubicado en el centro del interior del triángulo como un pabellón para recibir y atender enfermos agudos; el segundo, en la parte superior. **(Figura 224)**



Figura 224. Colonia Psiquiátrica de Bárbula, edificio especial para servicio de admisión y vigilancia de enfermos mentales. **Fuente:** *Revista Técnica del MOP*. (1955). Vol. 3. No. 3, p. 30.

Junto con estos edificios se proyectó y construyó la capilla y el teatro. Ambos edificios se plantearon en correspondencia con los tratamientos de terapia ocupacional: ludoterapia y socioterapia. Por lo tanto se proyectó como un centro religioso-social-deportivo. La construcción de los edificios fue

³⁸⁵ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria*, p. 220.

reforzada con la creación de un Club Deportivo llamado con el mismo nombre de la Colonia. Se creó el Centro de Amigos de Bárbula, “entre cuyos miembros directivos figuran pacientes, que ha sido instalado en el segundo piso del teatro de la Colonia y dispone de variados recursos recreativos y culturales”³⁸⁶

En 1954 se amplió la capacidad de la Colonia con la construcción “de dos pabellones para adultos, un pabellón para niños anormales, un edificio para centralización de servicios de la Colonia Psiquiátrica y el Sanatorio Antituberculoso, salón de fiesta, casa del Médico-Director y obras de pavimentación y electrificación”³⁸⁷ (**Figura 225**)



Figura 225. Uno de los nuevos Pabellones para adultos en la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Forma parte del conjunto de ampliaciones realizadas en dicha Colonia durante el segundo año del Gobierno que preside Marcos Pérez Jiménez. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 288

³⁸⁶ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1956). *Memoria*, p. 305.

³⁸⁷ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. II.

En 1955 se mejoraron los servicios en la Colonia ampliando la capacidad de 504 camas a 816³⁸⁸. También se inauguró el Pabellón de Laborterapia junto con un nuevo plan de tratamiento denominado servicio de Semi-internado:

Este tipo de asistencia libre permite que los enfermos reciban toda clase de tratamiento y, a la vez, no pierdan contacto con el medio familiar y social. Entran al establecimiento a las 6 de la mañana y salen a las 6 de la tarde. Tal procedimiento de atención psiquiátrica facilita notablemente, cuando puede ser empleado, la recuperación y rehabilitación de los enfermos³⁸⁹

El edificio fue inaugurado en 1956 junto con la ampliación de los pabellones de hospitalización. **(Figuras 226-227)**



Figura 226. Pabellones de Laborterapia construidos en la Colonia Psiquiátrica de Bárbula e inaugurados junto con el Pabellón de morgue en diciembre de 1956. Estas edificaciones con su equipo constaron Bs. 1.958.330. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1957). *Memoria*, p. 288

³⁸⁸ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1956). *Memoria*, p. 303.

³⁸⁹ VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1956). *Memoria*, p. 305.



Figura 227. Otra vista de los nuevos pabellones edificados en la Gran Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Estado Carabobo. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1957). *Memoria*, p. 289.

Veamos cómo se estructuró el conjunto partiendo desde el vértice superior, donde se ubicó la residencia del Director de la Colonia, máxima autoridad del centro asistencial.

La residencia del Director se proyectó en dos pisos. Arquitectónicamente, como se ha visto en casos anteriores, se fusionan elementos de la arquitectura tradicional con otros del lenguaje internacional: el uso de cubiertas a 4 aguas con tejas articuladas con la terraza visitable que funcionó como techo del garaje, la disposición de ventanas en variadas formas atendiendo la función de la vivienda, el acceso definido por un porche que contiene un par de columnas circulares las cuales sostiene el balcón dispuesto en forma de “L” (**Figura 228**). Interesante volumetría en la cual los espacios privados se localizan en el segundo cuerpo. Tipológicamente separados del primer cuerpo, en donde se desarrollan la actividad social y los servicios, con accesos separados de peatones y vehículos.



Figura 228. Residencia del Médico Director. **Fuente:** *Realizaciones durante el segundo gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre de 1953 – 19 de abril de 1955, p. 58.

De la residencia del Director hacia el sur se ordenan a lo largo de la avenida 12 pabellones de hospitalización, 6 en cada cara del triángulo, distribuidos de la siguiente manera:

4 pabellones para enfermos tranquilos con capacidad de 100 plazas cada uno; 4 pabellones para enfermos semi-agitados que sirve para 50 plazas cada uno; 2 pabellones para alojar y atender 60 niños anormales cada uno; 2 pabellones para admisión y vigilancia continua para 70 plazas cada uno. La mitad de estas dependencias está prevista para hombres y la otra mitad para mujeres³⁹⁰

³⁹⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1948). *Memoria y Cuenta*, p. 108.

Los pabellones en forma de “L” están volcados hacia un patio interno. En dos pisos se ubicaron los espacios de servicios y hospitalización. En el acceso se encuentran el consultorio médico y el servicio de enfermería; al traspasarlos un ancho corredor frente al patio permite en una de sus caras el ordenamiento de las habitaciones en dos pisos con ventanas rectangulares y otras alargadas altas en la cabecera de las camas y amplios ventanales hacia el frente de éstas. En la otra cara del corredor la cocina y el comedor en un solo piso; la consideración de estos últimos espacios facilitó el funcionamiento independiente de los pabellones de hospitalización. **(Figuras 229-232)**



Figura 229. Pabellon de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1953). *Memoria Gráfica, s/p.*



Figura 230. Pabellón de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 231. Pabellón de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula Comedor. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 232. Pabellón de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Habitaciones. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.

El pabellón para la hospitalización de niños, con capacidad de 60 camas, se organizó en un solo piso en dos cuerpos, con cubiertas independientes y un único acceso central. **(Figura 233)**



Figura 233. Pabellón de Niños en la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Capacidad 60 plazas. Inaugurado, con otras obras de importancia en la misma Colonia, en diciembre de 1954. Por primera vez en la historia de la asistencia psiquiátrica en el país se construye una obra de este tipo exclusivamente destinada a enfermos mentales infantiles. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1955). *Memoria*, p. 290

En el lenguaje arquitectónico de los pabellones de hospitalización prevaleció el uso de elementos tradicionales, como cubiertas inclinadas que recuerdan a las viejas casonas coloniales que se complementaron con el patio como elemento ordenador. Sin embargo, otros elementos modernos se dejan ver, como superficies en fachadas lisas, aleros planos sostenidos sobre delgadas columnas que protegen los accesos, delgadas molduras bordeando las ventanas ubicadas, más por atender el funcionamiento de los pabellones que por componer la fachada, y, de manera especial en el pabellón de Laboratorio, el uso de bloques calados como elementos para control climático en respuesta a la consideración de la geografía.

En el interior del triángulo se construyeron los pabellones de servicios: comedor y la lavandería, así como el centro religioso-cultural integrado por la capilla y el teatro. La lavandería y el comedor compartieron el pabellón, de forma alargada, en un piso, con un único acceso central y a cada lado en naves separadas los servicios independientes. **(Figuras 234 y 235)**



Figura 234. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Comedor y lavandería. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria Gráfica*, s/p.



Figura 235. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Lavandería.
Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria Gráfica*, s/p.

La capilla y el teatro se encuentran frente a la avenida que representa la base del triángulo y el acceso a ellos se realiza mediante una bifurcación de calle que forma una glorieta de forma ovoide. La capilla fue descrita de la siguiente manera:

fue proyectada en forma de Cruz, donde están dispuestos simétricamente bancos con capacidad para diez (10) personas a todo lo largo del cuerpo central. El pedestal de la Cruz está formado por amplios porches, los cuales envuelven tres entradas principales y dos laterales. Los brazos de la misma con sendas entradas, dan lugar a los presbiterios menores con espacios bastante amplios. Hacia la cabeza de la Cruz se dispuso al Altar Mayor, a ambos lados la Sacristía y una sala para almacenar los implementos de ceremonia; a continuación de ésta se dispuso el cuarto de aseo, así como también en el extremo opuesto a la Sacristía. En esta obra se aplicaron los mismos elementos constructivos empleados para el resto de la Colonia, de acuerdo con el clima reinante y las características del edificio, lográndose a la vez amplia ventilación, aun conservando el ambiente de recogimiento que debe presentar un edificio de esta naturaleza. En el cuerpo que constituye la nave central,

se eliminaron las columnas para dar un efecto de mayor amplitud mediante una luz de 16 metros libres³⁹¹

En la capilla no se escatimaron esfuerzos arquitectónicos por construir una tradición a partir del rescate del pasado. Todos los elementos utilizados forman parte del patrimonio edificado colonial venezolano: cubiertas inclinadas de madera, de caoba y teja criolla, ventanas enrejadas, uso de corredores abiertos con columnas y arcadas de medio punto bordeando el edificio. Posiblemente, con el edificio religioso se procuró la exaltación de las tradiciones, de las costumbres y de la construcción de una conciencia nacional en la sociedad. **(Figuras 236-238)**



Figura 236. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Capilla. **Fuente:** TÉLLEZ CARRASCO, Pedro J. (2005). *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*, p.55

³⁹¹ VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. (1953). *Memoria y Cuenta*, Vol. I, p. 60.



Figura 237. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Lateral de la Capilla. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 238. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Lateral de la Capilla. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.

El teatro, propuesto como un lugar para las terapias ensayadas por Esquirol y referidas anteriormente, se encuentra frente a la iglesia y comparte el escenario urbano de la glorieta. Está emplazado en una gran extensión de área verde, en una nave cubierta a dos aguas en dos niveles y ordenado a partir de tres corredores delimitados por columnas de fuste liso y circular en grupo de dos. Las columnas sostienen una cubierta inclinada que protege los corredores que funcionan como distribuidores a los accesos del teatro. **(Figuras 239 y 240)**

Al traspasar el acceso principal un *hall* antecede las entradas a la sala de espectáculos; en el *hall* un núcleo de circulación vertical permite el acceso al segundo piso. El teatro, al igual que la iglesia se compone de elementos arquitectónicos tradicionales; cubiertas inclinadas de teja, corredores y una sencilla composición se hace presente en este edificio.



Figura 239. Teatro de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** *Realizaciones durante el segundo gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez.* 2 de diciembre de 1953 – 19 de abril de 1955, p. 58.



Figura 240. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Teatro. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.

Los edificios que rodean este centro religioso cultural corresponden con la administración, los consultorios, los depósitos, las cocinas, los comedores, el lavadero y el Hospital Somático; en pabellones independientes de uno y dos pisos de altura con el mismo esquema de organización se estructuran en una sola nave con cubiertas a dos aguas, ventanas enrejadas de forma rectangular. Las variaciones se generan en los accesos, que en algunos casos se encuentra por la cara más larga de la nave, y en otros, por la más corta; en otros casos un largo corredor techado permite el acceso a las dependencias dispuestas frente a él. **(Figuras 241-245)**

La unidad estilística la forman los elementos moldurados dispuestos alrededor o debajo de cada ventana, la uniformidad en la ubicación de estas y

en las pendientes de los techos, los materiales de construcción, los acabados de las superficies.



Figura 241. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1953). *Memoria Gráfica*, s/p.



Figura 242. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 243. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 244. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. **Fuente:** Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.



Figura 245. Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Edificio Administrativo.
Fuente: Fotografía Ana E. Fato O. Agosto, 2011.

Esta experiencia es una clara representación arquitectónica del diálogo entre la modernidad y la tradición, al tiempo que constituye uno de los ensayos modernos de asistencia médica para los enfermos mentales. Con esta Colonia Psiquiátrica, el Estado, a través del MSAS, demostró los alcances de la institucionalización de la medicina y su proyección con la construcción de uno de los conjuntos urbanos asistenciales más importantes en la modernización del país. En los espacios de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula se reconocen los avances de la medicina, de la farmacología y de los modernos tratamientos para la curación de la insania en un gran predio, rodeado de abundantes áreas verdes con lugares para la producción agrícola (Pinnel), la producción artesanal, actividades deportivas, teatrales (Esquirol) y terapéuticas para los llamados “locos” o excluidos de la sociedad. Podría reconocerse como el lugar ideal o el “lugar sin lugar” para el hombre sano o incluido.

Conclusiones

Los resultados del cuidado de la salud en Venezuela a mediados del siglo XX son un indicador fundamental del éxito del proceso de modernización en el país. Pasar de una inversión de Bs. 2.952.616,25 en 1934 a Bs. 162.236.643,00 en 1954³⁹², son números que reflejan el nivel de la modernización del sistema asistencial que incluyó la infraestructura destinada a la atención de la salud en general y a las enfermedades especiales: lepra, tuberculosis y mentales, en particular.

Los objetivos que el Estado propuso como parte del proyecto de modernización en temas como la educación, la vivienda, las comunicaciones y la salud fueron cumplidos. Desde la perspectiva de la historia de la arquitectura, sin lugar a dudas, que la arquitectura moderna en las obras públicas tuvo en el Estado a uno de los más significativos campos de acción. Junto con ello, la forma como el Estado asumió el proyecto de modernización consideró propuestas arquitectónicas no ensayadas anteriormente, fue así como la búsqueda de nuevas tipologías de viviendas colectivas y hospitales para el aislamiento se incorporaron como parte de los equipamientos colectivos.

La necesidad de progreso tuvo como correlato directo la organización y la planificación de la atención de enfermedades especiales. Indudablemente, los niveles de progreso estaban estrechamente vinculados con la capacidad productiva de los habitantes del país, por lo tanto mejorar el sistema de atención médica, como una forma de ejercicio del poder del Estado, garantizó la incorporación de aquellos que no gozaron de buena salud paulatinamente al ciclo económico productivo.

³⁹² Datos tomados de: "Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela". *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*. (1955). No. 7, enero-abril, p. 41.

Las gestiones del Estado venezolano se apoyaron en la colaboración de otras instancias internacionales, una de ellas fue la Fundación Rockefeller y el intercambio profesional con otros países de Latinoamérica. Los arquitectos e ingenieros se prepararon en el exterior para aplicar todos sus conocimientos en la reorganización del sistema asistencial formando parte de los intelectuales del MSAS y del MOP. Arquitectos como Fernando Salvador, Carlos Raúl Villanueva y Carlos Guinand Sandoz asumieron un compromiso profesional en el ensayo de modernas tipologías arquitectónicas hospitalarias. La presencia de este grupo de profesionales garantizó la transformación de la infraestructura hospitalaria en tanto se transformaron las edificaciones para la atención de enfermedades especiales. Los viejos edificios adecuados para la atención hospitalaria fueron sustituidos por modernas infraestructuras proyectadas y construidas especialmente para ello.

Al mismo tiempo este grupo de profesionales reveló con la práctica proyectual de los hospitales especiales que la arquitectura puede entenderse como un acto creativo colectivo, es decir, en él pudieron participar diferentes actores de la vida nacional; así, el arquitecto proyectó a partir de un trabajo conjunto entre médicos e ingenieros del MSAS y del MOP.

Tanto el MSAS como el MOP tuvieron un papel protagónico por tener la capacidad técnica, intelectual y organizativa de atender las exigencias de un Estado deseoso por garantizar la aplicación de modernas políticas. Por una parte, el MSAS estructuró el sistema médico-asistencial a partir de articulaciones, jerarquías y especializaciones de las dependencias a su cargo con lo cual alcanzó la institucionalización de la medicina. Este proceso se consolidó con la construcción de una red institucional de la que formaron parte las Divisiones de Lepra, Tuberculosis e Higiene Mental; por otro lado, el MOP atendió la materialización de ese sistema con la proyección, evaluación de proyectos y construcción de las edificaciones que componían la red institucional. Incluso las alianzas institucionales arrojaron la formulación de planes y pro-

gramas médicos por parte de cada una de las divisiones que tuvieron su correlato construido en hospitales especiales: las colonias agrícolas como leproserías, los antituberculosos y las colonias psiquiátricas.

Importante fue el papel que asumió el MSAS como proyectista de los edificios incluidos en los planes y programas. Con este nuevo rol, el Ministerio aseguró que las estrategias y los tratamientos médicos para las enfermedades especiales fueran trasladadas a las propuestas arquitectónicas, mientras que el MOP actuó como evaluador y constructor de las mismas.

Las funciones asumidas por el MOP y el MSAS constituyen “mecanismos disciplinarios” del Estado sobre las condiciones de la salud del venezolano; el individuo deja de alguna manera de tener “soberanía” familiar e individual para ser atendido de manera controlada por el Estado a través de instituciones que acogieron, regularon y normaron la asistencia médica en la población, en tanto ésta representó parte del aparato productivo del país.

Los hospitales especiales se emplazaron en las principales capitales del país, los programas y planes valoraban las zonas más vulnerables a las enfermedades y su cercanía con otras ciudades de importancia, al tiempo que la articulación y jerarquización del sistema de salud tenía un carácter complementario de acuerdo a los diferentes niveles de la red institucional, así la asistencia médica se desarrolló entre los servicios ambulatorios y la internación en hospitales, entre los que se encontraban los especiales. En la medida en que los tratamientos médicos y la terapéutica farmacológica arrojaron resultados positivos, las propuestas arquitectónicas fueron evolucionando hasta ser objetos en donde la simplicidad de los elementos que los componen, se ubicaron en un ambiente para la curación agradable, fresco, pero al mismo tiempo con un carácter efímero para su usuario en correlato con la garantía de sanación por los tratamientos. En tal sentido, la alianza entre los tratamientos médicos y la arquitectura se planteó como un instrumento del Estado capaz de transmitir mensajes prácticos y civilizatorios.

Se mostró un palpable cambio en los tratamientos aplicados a los pacientes de las enfermedades especiales: la aplicación de la vacuna B.C.G. en los tuberculosos, la superación de la atención de los leprosos en lugares aislados y abandonados y la sustitución de tratamientos bárbaros y coercitivos (la camiseta de fuerza, el baño de chorro) en enfermos mentales por el reposo, el aire y la luz. Fueron recursos producto de los avances de la ciencia que influyeron en las respuestas arquitectónicas de los establecimientos asistenciales.

La arquitectura constituyó un instrumento más de curación, tuvo un papel relevante en el proceso mismo de la sanación a través de la separación de los enfermos de acuerdo al nivel de enfermedad, por sexo y en la posibilidad de ofrecer espacios para la preparación y formación de los pacientes durante la internación como en las colonias como leproserías y como psiquiátricos. La buena disposición de los espacios fue un asunto médico al cual los arquitectos debieron plegar todo su ingenio y creatividad; los hospitales especiales debieron responder a un “funcionalismo moral”³⁹³, para hacer el lugar lo menos penoso para el paciente durante el padecimiento de la enfermedad. Por lo tanto, con este trabajo se amplía la visión de considerar la medicina y los médicos como los únicos medios para lograr la curación; la arquitectura fue un instrumento terapéutico de la medicina, los hospitales especiales fueron el lugar donde se identificó y se trató al paciente de la enfermedad, con el fin de hacerlo un individuo en condiciones normales, fue de esa manera como los edificios tuvieron el carácter de “máquinas para curar”.

Los planes y programas planteados para la salud mantenían un mismo norte: garantizar, en una estructura estatal moderna, las condiciones sanitarias de los habitantes de un país; tanto países latinoamericanos como Argentina, Brasil, México y Venezuela y europeos como España, Italia establecie-

³⁹³ GONZÁLEZ RUANO, Cesar (1960). “Arquitectura y Hospitales”. *Arquitectura*. Año. 3. No. 19. julio 1960, p. 18.

ron esquemas comunes que fueron ajustados a las condiciones particulares de cada país.

En el emplazamiento de los hospitales se recurrió a comunidades suburbanas, alejadas de las conflictivas condiciones de la gran ciudad, eran lugares donde el criterio que prevaleció fue la recuperación de los valores perdidos en el ambiente de la gran ciudad: rodear los edificios con abundantes áreas verdes, cercanos a la montaña, favoreciendo la entrada de luz y de ventilación natural en las habitaciones, lugares de fácil acceso con los servicios necesarios disponibles.

En cuanto a lo arquitectónico propiamente dicho, los códigos atendieron a un lenguaje internacional articulado con otros de la tradición. Es decir, la arquitectura de los hospitales especiales mostró la tensión entre la tradición y la innovación. Cada edificio se construyó como una heterotopía, como el “lugar sin lugar”, aquel que se diferencia de otros edificios, que se reconoce en el paisaje urbano, pero al que ninguno quiere pertenecer por su condición de lugar contagioso, desagradable y peligroso por lo que él contiene.

En este trabajo se estudiaron los siguiente casos: la colonia agrícola como leprosería, los sanatorios antituberculosos únicos como El Algodonal (Guinand), Venezuela (Villanueva), los modelos de Cumaná (Fernando Salvador), la colonia psiquiátrica de Bárbula (División de Ingeniería Sanitaria del MSAS), ellos mantienen criterios urbanos y arquitectónicos comunes: la organización de los edificios responden a las solicitudes médicas en cuanto a espacios y localización de estos en el predio asistencial; colocación de patios internos y externos como elementos ordenadores con rasgos evidentes de racionalización moderna.

Finalmente, los resultados de esta investigación sobre objetos arquitectónicos poco estudiados desde la perspectiva de la historia de la arquitectura y del urbanismo dejan un camino abierto para otras investigaciones. El panóptico aplicado como una forma de aislamiento y vigilancia de edificación

nes hoteleras (lugares que se ubican alejados de las conflictivas metrópolis), o centros de reclusión en general no han sido estimados desde la perspectiva histórica.

Con este trabajo creemos se evidenció que los campos de estudio en la historia de la arquitectura venezolana son tan amplios y ricos que merecen ser conocidos y valorados, y, saber que “la historia comienza cuando los hombres empiezan a pensar en el trascurso del tiempo, no en función de procesos naturales –ciclo de las estaciones, lapso de vida humana-, sino en función de una serie de acontecimientos comprometidos conscientemente y en los que conscientemente pueden influir”³⁹⁴. Fue así como conocer, identificar y describir la arquitectura para el aislamiento en Venezuela permitió conocer parte los acontecimientos de mediados del siglo XX.

³⁹⁴ CARR H. Edward (2003). *¿Qué es la Historia?*, p. 218.

Bibliografía

ACOSTA, Wladimiro (1936). *Vivienda y ciudad. Problemas de arquitectura contemporánea*. Edición de autor, Buenos Aires.

ACOSTA, Wladimiro (1976). *Vivienda y clima*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

ADAGIO, Nohemí; MÜLLER, Luis (2008). *Wladimiro Acosta. Del City Block a La Pampa. Plan de Salud de la Provincia de Santa Fe 1938-1942*. Colegio de Arquitectos de la Provincia de Santa Fe, Argentina.

AGUIRRE BAZTÁN, A; RODRIGUEZ CARBALLEIRA, A. (Edit) (1995). *Patios abiertos y patios cerrados*. Alfaomega, Marcombo.

ALEGRIA, Ceferino (1964). *Historia de la medicina en Venezuela*. Cuaderno 4. Hospitales. El más antiguo de los actuales hospitales en Venezuela, Caracas.

ALEGRIA, Ceferino (1964). *Historia de la medicina en Venezuela*. Cuaderno 5. Fundación de Estudios Médicos protomedicatos y protomédicos en Venezuela, Caracas.

ALEGRIA, Ceferino (1966). *Educación sanitaria en el campo de la tuberculosis*. Publicación de la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

ALONSO, Alberto Mateo (1974). *Evolución de la Higiene Mental en Venezuela*. UCV, Caracas.

ALVAREZ, Ricardo (1942). *La Psiquiatría en Venezuela desde la época precolombina hasta nuestros días*. En el Cincuentenario de la fundación del Hospital Municipal Psiquiátricos, 17 de septiembre 1892-1942, S/E, Caracas.

ALZUGARAY, R. A (1988). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional / 1*. Centro editor de América latina. Buenos Aires.

AMUCHÁSTEGUI, Rodrigo Hugo (2008). *Michel Foucault y la visoespacialidad. Análisis y derivaciones*. Tesis Doctorado. Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires.

ARCHILA, Ricardo (1956). *Historia de la Sanidad en Venezuela*. Imprenta Nacional. 2 tomos, Caracas.

ARCHILA, Ricardo (1966). *Historia de la Medicina en Venezuela*. ULA Ediciones del Rectorado, Mérida

ARCHILA, Ricardo (1973). *Luis Razetti. Introitos a sus obras completas*. Ediciones del Congreso de la República, Caracas.

ARCHILA, Ricardo. *Las reuniones interinidades Sanitarias en Venezuela*. Imprenta Nacional. Caracas.

ARCILA FARIAS, Eduardo (1974). *Centenario del Ministerio de Obras Públicas. Influencia de este ministerio en el desarrollo, 1874-1974*. Ministerio de Obras Públicas, Caracas.

ARELLANO, Alfonso (2001). *Arquitectura y urbanismos modernos en Venezuela y en El Táchira 1930-2000*. FEUNET, San Cristóbal.

ARELLANO, Alfonso (2005). *La Unidad de Diseño en Avance Del Banco Obrero: vivienda, técnica y metrópoli, 1961-1969*. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Arquitectura, Trabajo de Grado, mimeo, Caracas.

ARMUS, Diego (compilador) (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 – 1970*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

ARMUS, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870 – 1950*. Ensayo Edhasa, Argentina.

ATIENZAR, Sara (1998). *Informe de investigación histórica y valoración del edificio*. Proyecto de restauración y rehabilitación del Hospital Rafael González Plaza. Bárbula, Valencia, estado Carabobo (mimeo).

BAKER, A (1963). *Servicios psiquiátricos y Arquitectura*. Organización Mundial de la Salud. Cuadernos de Salud Pública No. 1. Ginebra.

BAKER, A; DAVIES, R.L; SIVADON, P (1963). *Servicios psiquiátricos y arquitectura*. Cuaderno de Salud Pública No. 1. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

BARQUIN, Manuel (1972). *Dirección de hospitales. Organización de la atención Médica*. INTERAMERICANA, México.

BAUMAN, Zygmunt (2000). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica, Argentina

BAUMAN, Zygmunt (2006). *En busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI, España.

BELMATINO, Susana; BLOCH, Carlos; CARNINO, María Isabel; PERSELLLO, Ana Virginia (1991). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940 – 1960*. Organización Panamericana de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana Regional. Organización Mundial de la Salud, Argentina.

BENCHETRIT, A. (1935). *El problema de la lepra en Colombia*. Minerva, Bogotá.

BENCHETRIT, A. (1956). *Curación de la lepra en Venezuela*. Actuación de la Dra. Benchetrit en el problema de la lepra en Venezuela. 1era parte. Minerva, Bogotá.

BERMUDEZ, Guido (1993). *Diccionario del arquitecto*. Edición Venezolana, Caracas.

BERNAL, John D. (1964). *Historia Social de la Ciencia. La Ciencia en la Historia*. Ediciones Península, 2 tomos, Barcelona.

BETANCOURT, Rómulo (1978). *Venezuela política y petróleo*. Obras selectas 1. Editorial Seix Barral, España.

BROWNE, Enrique (1988). *La otra arquitectura en América Latina*, Gustavo Gili, México.

BULLRICH, Francisco (1969). *Nuevos caminos de la arquitectura latinoamericana*. Blume, Barcelona.

BURIAN, Edwards (1998). *Modernidad y Arquitectura en México*. Gustavo Gili, México.

BUTLER, Charles; ERDMANN, Addison (1946). *Hospital Planning*. F. W. Dodge Corporation, United State.

CALINESCU, Matei. (1991). *Cinco caras de la modernidad. Modernismo, vanguardia, decadencia, kitsch, posmodernismo*. Tecnos, Madrid.

CALVO ALBIZU, Azier. *Venezuela y el problema de su identidad arquitectónica*. (2007) Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Caracas.

CARR H. Edward (2003). *¿Qué es la Historia?* Editorial Ariel, Barcelona.

CARRERA DAMAS, Germán (1984). *Una Nación llamada Venezuela*. Monte Ávila, Caracas.

CARRILLO, Ramón (1951). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Departamento de Talleres Gráficos. Ministerio de Salud Pública de la Nación.

CARRILLO, Ramón (1974). *Teoría del hospital. Obras completas I, II*. EU-DEBA. Argentina.

CARRILLO, Ramón (1975). *Planes de salud pública 1952-1958*. Obras completas IV. Editorial universitaria de Buenos Aires, Argentina.

CARRILLO, Ramón (2006). *Política sanitaria argentina. Textos elegidos*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la Nación, Buenos Aires.

CASTRO PEÑALVER, Pedro. E. (1996). *La salud mental*. Monte Avila, Caracas.

CASULLO, Nicolás (1989). *El debate modernidad pos-modernidad*, Punto Sur, Buenos Aires.

CASULLO, Nicolás (1998). *Modernidad y cultura crítica*. Paidós, Argentina.

CETTO, Max (1961). *Arquitectura moderna en México*, F. A. Praeger, New York.

COLLAZO PLATA, Patricia (2011). *La Arquitectura de la Escuela Nueva en Venezuela. "La Escuela Experimental Venezuela". 1937-1938*. Trabajo de Ascenso para optar a la categoría de Asistente. Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

COLMENARES, José Luis (1989). *Carlos Guinand Sandoz*. Colección "Documentos para la historia de la arquitectura contemporánea", Claderca, Caracas.

CONTINI, Aristide (1980). *El hospital en la historia*. Universidad de Mendoza. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Editorial Idearium, Argentina.

CURIEL, Edmundo *Notas sobre ingeniería sanitaria en Venezuela*. Centro de Ingenieros del estado Carabobo y Secretaria de Educación y Cultura del estado Carabobo.

CURTIS, William (1987). *Le Corbusier ideas y formas*. Hermann Blume, Madrid, España.

DÁVILA, Dora (2000). *Caracas y la gripe española de 1918. Epidemias y política sanitaria*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

DE FUSCO, Renato (1981). *Historia de la arquitectura contemporánea*. Hermann Blume, 2 volúmenes, Madrid.

DE-SOLA RICARDO, Irma (1967). *Contribución al estudio de los planos de Caracas*. Ediciones del Comité de Obras Culturales del Cuatricentenario de Caracas, Caracas.

Diccionario Biográfico de Venezuela (1953). Garrido Mezquita y Cía, 1º edición, Madrid.

Diccionario de Historia de Venezuela (1997) Fundación Polar, 3 tomos, Caracas.

El libro del hospital moderno (1940 – 41). The Modern Hospital Publishing Company. Inc. Chicago, Illinois E. U. de A..

FEBRES-CORDERO, Beatriz (2003) *La arquitectura moderna en Mérida*. CDCH, ULA, Mérida.

FITTE, Raúl E (1935). *Sanatorio de Altitud*. Editorial Arte y Técnica-Baires. Buenos Aires.

FOUCAULT, Michel (1960). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

FOUCAULT, Michel (1997). *La arqueología del saber*. Siglo XXI editores, España.

FOUCAULT, Michel (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*. Vol. II. Paídos, Buenos Aires.

FOUCAULT, Michel (2005). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

FOUCAULT, Michel (2010). *El cuerpo utópico. Las heterotopias*. Nueva Visión. Buenos Aires.

FRAMPTON, Kenneth (1981). *Historia crítica de la arquitectura moderna*. Gustavo Gili, Barcelona.

FUNDACIÓN GALERÍA DE ARTE NACIONAL-FGAN (1998). *Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época*. La Fundación, Caracas.

GARCÍA, Lorenzo (1954). *Planificación sanitaria. Problemas y soluciones*. Ministerio de Educación de la Nación. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe.

GIMENEZ PUGA, Francisco (1940). *Guía General de Mendoza 1940*. Compendio de las actividades de la provincia. Guillermo Kraft limitada, Buenos Aires.

GOFFMAN, Erving (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*. Amorrortus Editores, Argentina.

GONZÁLEZ GUERRA, Miguel (2009). *Pertinencia y prestancia de la Academia Nacional de Medicina. Reflexiones en su primer centenario* Editorial Ateproca, Caracas.

GONZÁLEZ, Lorenzo (1997). *Modernidad y la ciudad: Caracas 1935-1958*. Trabajo de ascenso presentado para optar a la Categoría de Asociado, Universidad Simón Bolívar, mimeo, Caracas.

GRALNICK, Alexander (compilador) (1974). *El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico*. Paidós, Buenos Aires.

GUERRERO, Emilio C. (1943). *El Táchira físico, político e ilustrado*. Caracas, Venezuela, Editorial Cecilio Acosta.

GUEVARA, Manuel (2010). *Luis Razetti*. Biblioteca biográfica venezolana, El Nacional, Caracas.

GUEVARA, Manuel (2010). *Luis Razetti*. Editora El Nacional, Caracas.

HABERMAS, Jürgen. (1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. Taurus, Buenos Aires.

HADJINICOLAU, Nicos (1974). *Historia del arte y luchas de clases*. Siglo XXI editores, México.

Hospital dos Servidores do Estado. Un patrimônio de Saúde, Arquitetura e História (2007). Ministério Saúde Brasil, Gobierno Federal.

Hospital Universitario de Maracaibo. 40 años de historia (2000). Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Ediciones Astro Data S.A. Maracaibo.

I Congreso Venezolano de Salud Pública y III. Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias. 19 – 25 de noviembre 1956 (1957). Imprenta Nacional, Caracas.

IGLESIAS PICAZO, Pedro (2011). *La habitación del enfermo. Ciencia y arquitectura en los hospitales del Movimiento Moderno*. Fundación Caja de Arquitectos, Barcelona.

Inventario 200 obras de Patrimonio Arquitectónico de Santa Fe. Universidad Nacional del Litoral, Talleres de Edición Cortada, Imprenta Lux, 1993.

KANT, Emmanuel (1998). *Filosofía de la historia*. FCE, Colombia.

KOSTOF, Spiro (1977). *El arquitecto: historia de una profesión*. Madrid, Ensayos arte cátedra.

LIERNUR, Jorge Francisco (1987). *Wladimiro Acosta 1900 - 1967*. Homenaje organizado por la Cátedra Wladimiro Acosta y el Centro de Estudiantes de Arquitectura, Diseño Industrial y Gráfico de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de Buenos Aires, FAU-UBA 29 de octubre al 20 de noviembre.

LIERNUR, Jorge Francisco (2001). *Arquitectura en la Argentina del siglo XX. La construcción de la modernidad*. Fondo Nacional de la Artes, Buenos Aires.

LIERNUR, Jorge Francisco (2002). *Acerca de la actualidad del concepto simmeliano de metrópoli*. Organizado por la materia "George Simmel" de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, en conjunción con la *Forschungsgruppe Simmel* de la Universidad de Bielefeld; con el apoyo del Instituto Goethe, el instituto de Cooperación Iberoamericano, el Centro Franco-Argentino y la Universidad de Buenos Aires. Mayo, pp. 89-103.

LIERNUR, Jorge Francisco (2004). *Diccionario de Arquitectura en la Argentina. Estilos, Obras Biográficas, Instituciones, Ciudades*. Clarín, Arquitectura, Artes Gráficas.

LION MURARD, Francois Fourquet (1978). *Los Equipamientos del poder. Ciudades, territorios y equipamientos colectivos*. Barcelona, Gustavo Gili, Colección Punto y Línea.

LOUIS BINET, Jacques. *Les Architectes de la médecine*. Les editions de l'imprimeur.

MARTÍN FRECHILLA, Juan José (1994). *Planes, planos y proyectos para Venezuela: 1908-1958*. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico-

Universidad Central de Venezuela, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, Caracas.

MARTÍN FRECHILLA, Juan J y TEXERA, Yolanda. (1999). *Modelos para desarmar. Instrucciones y disciplinas para una historia de la ciencia y la tecnología en Venezuela*, Universidad Central de Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, Caracas.

Medicina e historia (1978). *El pensamiento de Foucault*. Organización Mundial de la Salud, Estados Unidos.

Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Tomo 43, Agosto 1945. Fascículo 1.

MEZA, Beatriz (1996-a). "Los inicios de la arquitectura moderna en Venezuela" <Trabajo de Ascenso>. *Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad Central de Venezuela, Caracas*.

MÜLLER, Luis (Comp); ESPINOZA, Lucia; TARCHINI, María; PARERA, Cecilia; ACOSTA, Martina (2008). *Arquitectura moderna en Santa Fe (1935-1955). Ciudad, modernización y sociedad en la práctica arquitectónica santafesina*. UNL, Santa Fe.

MUÑOZ DELGADO, Juan Jacobo. *El primer hospital de América y otros relatos médicos*. Instituto Caro y Cuervo. Bogotá.

NATIN, Isaac (1931). *El dispensario antituberculoso*. (Tesis. Año 1930. No. 4501). Universidad Nacional de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas. La Semana Médica. Imprenta de obras de E. Spinelli. Córdoba.

NIETZSCHE, Friedrich (2004). *La genealogía de la moral*. Biblioteca Edfaf, Chile.

NÚÑEZ, Enrique Bernardo (1988). *La ciudad de los techos rojos*. Monte Ávila Editores, Caracas.

OJEDA OLAECHEA, Alonso (1999). *Dos nombres. Una vida de acción y pasión*, Monte Ávila Editores Latinoamericana, Caracas.

ORFILA, Juan Antonio (2005). *Habilitación y organización del Hospital Central*. Edición 60 aniversario. Inauguración Hospital Central 1945 – 2005. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, Mendoza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1957). SERIE DE INFORMES TÉCNICOS. No. 122. *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1958). SERIE DE INFORMES TÉCNICOS. No. 134. *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*. OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1961). SERIES DE INFORMES TÉCNICOS No, 223. *Preparación de programas de higiene mental*. Décimo informe del Comité de Expertos en Salud Mental. OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1965). INFORME DEL DIRECTOR GENERAL. *Programa de investigaciones médicas de la OMS 1958-1963*, Ginebra.

OROPEZA, Pastor (1961). *25 años de sanidad venezolana. 12 Cuadernos*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación. Escuela de Periodismo. Caracas.

OWEN, Joseph Karlton (1963). *Concepto moderno sobre administración de hospitales*. Interamericana. México.

Pensamiento Político Venezolano del siglo XX (1983). Documentos para su estudio. Congreso Nacional, Caracas.

PERERA, Ambrosio (1951). *Historia de la medicina en Venezuela*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Imprenta Nacional, Caracas.

PEREZ RANCEL, Juan José (2009). *Carlos Raúl Villanueva*. Biblioteca Biográfica Venezolana, Vol. 108. El Nacional, Fundación Bancaribe, Caracas.

PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España, Gustavo Gili.

PICO, Josep (1988). *Modernidad y Postmodernidad*. Alianza, Madrid.

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

PIELTÁIN, Alberto (2007). *Arquitectura para la sanidad pública en España 1942-1977*. Colección editorial de publicaciones de INGESA, Artegraf, S. A, Madrid.

PIELTÁIN, Alberto (2007). *Arquitectura para la sanidad pública en España 1924-1977. Construcción de la red de hospitales*. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Catalogo General de Publicaciones Oficiales, Madrid.

POLANCO ALCÁNTARA, Tomás (1987). *El general de tres soles. Biografía del general Eleazar López Contreras*. Fundación Polar, Guardia Nacional, Caracas.

PONTE, Jorge Ricardo (2005). *El Carmen hospital de la filantropía 1895-2005. El tránsito de la caridad a la seguridad social*. Gráficos Morel, Mendoza. (Unidad ciudad u territorio del INCIHUSA – CONICET).

POSANI, Juan; GASPARINI, Graziano (1969). *Caracas a través de su arquitectura*. Fundación Fina Gómez, Caracas.

Primer libro venezolano de la Literatura, Ciencias y Bellas Artes. Ofrenda al Gran Mariscal de Ayacucho. Tip. El Cojo. I parte; Tip. Moderna II parte. MDCCCXCV, Caracas.

PROYECTO INVENTARIO DEL PATRIMONIO CULTURAL (s/f). Edificaciones. Código No. BI.061.003, pp. 1-17.

RAFFA, Cecilia (2004). “Manuel y Arturo Civit: el arribo de la Vanguardia racionalista a Mendoza”. Pp. 22 – 35. En: *Seminario primero arquitectos modernos en el cono sur*. Rosario 5 al 7 de agosto de 2004. Fondo documental de Lorenzi. Documentos de trabajo. Laboratorio de Historia Urbana.

REGGIANI, Héctor (1999). *La desaparición del manicomio*. Editorial Dunken, Buenos Aires.

RODRIGUEZ RIVERO (1931). *Historia médica de Venezuela hasta 1900*. Parra León Hermanos Editores, Caracas.

ROMERO LOBO, Francisco (2004). *Historia de la medicina en el estado Táchira*. BATT, marzo, San Cristóbal.

ROMERO, Telmo (1885). *El Bien General*. Colección de secretos indígenas y otros que por medio de la práctica han sido descubiertos. Caracas.

ROSENFELD, Isadore (1965). *Hospitales. Diseño Integral*. Continental. México, diciembre.

SEGNINI, Yolanda (1990). *Los caballeros del postgomecismo*. Alfadil ediciones, Caracas.

SEMOLRILE, Adolfo; MARTIN DE CODONI, Elvira; ROSSINI, Lelia Cano; PUIG LOPEZ, Marcos, LARIA, Salvador (1988). *Historia de la medicina en Mendoza*. Mendoza, Argentina, noviembre, 2T.

SEVLEVER, David (1938). *El Hospital*. Universidad Nacional del Litoral. Facultad de Medicina. Rosario.

SIMMEL, George (1977) *Sociología 2. Estudios sobre las formas de socialización*. Madrid, Alianza Universal.

SINGER, Charles; UNDERWOOD, Asnwort (1966). *Breve historia de la medicina*. Ediciones Guadarrama, Madrid.

SOLARI, Benjamin T (1938). *Escritos Científicos*. Talleres Optimus. Buenos Aires.

SONIS, Abraan (1984). *Medicina sanitaria y administración de salud*. Tomo II. Atención de la salud. El Ateneo. Buenos Aires.

SONIS, Abraan (1985). *Actividades Técnicas de Salud Pública. Medicina sanitaria y administración de salud*. Tomo I. Atención de la salud. El Ateneo. Buenos Aires.

Táchira 1547-1947 (1947). Homenaje de la Junta Pro-Conmemoración de Cuarto Centenario de Descubrimiento del Táchira. San Cristóbal, 14 de agosto, publicaciones CASBER

TAFURI, Manfredo (1972). *Teoría e historia de la arquitectura*. Celeste ediciones Laia, Barcelona.

TÉLLEZ CARRASCO, Pedro J. (2005). *Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001)*. Universidad de Carabobo, Dirección de Medios y Publicaciones, Valencia.

THOMPSON, John; GOLDIN, Grace (1975). *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London, Yale University.

TOPOLOSKI, Jerzy (1992). *Metodología de la historia*. Ediciones Cátedra, España.

TONO MARTÍNEZ, José (1986). *La polémica de la posmodernidad*. Ediciones Libertarias, España.

TOURAINÉ, Alain (2000). *Crítica de la modernidad*. Fondo de Cultura Económica, Argentina.

20 Aniversario 1943 – junio – 1963. Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Colonia psiquiátrica “Dr. A. Irigoyen Freyre”. Oliveros.

VARIOS AUTORES (s/f). *De la vanguardia a la metrópoli, Crítica radical a la arquitectura*. Gustavo Gili, Barcelona,

VARIOS AUTORES (1976). *Les Machine à guerir (aux origines de l' hôpital moderne)*. Architecture + Archives / Pierre Mardaga.

VARIOS AUTORES (1979). *Venezuela moderna. Medio siglo de historia 1926-1978*. Ariel, Caracas.

VARIOS AUTORES (1985). *La soledad del hombre*. Monte Ávila Editores, Caracas.

VARIOS AUTORES (1992). *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Paidó, Argentina.

VATTIMO, Gianni (2000). *El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*. Gedisa, México.

Venezuela bajo el nuevo Ideal Nacional. Realizaciones durante el gobierno del coronel Marcos Pérez Jiménez. 2 de diciembre – 19 de abril de 1954. Publicaciones del servicio de información venezolano. 2 Tomos.

VICENTE GARRIDO, Henry (Dirección) (2007). *Arquitecturas desplazadas. Arquitectura del exilio español*. Ministerio de la Vivienda, España.

VILLANUEVA, Paulina; Pintó, Maciá (2001). *Carlos Raúl Villanueva*. Alfadil ediciones, Caracas.

WAISMAN, Marina (coordinadora) (1984). *Documentos para una historia de la arquitectura argentina*. Ediciones Summa, Buenos Aires.

ZAWISZA, Leszek (1988). *Arquitectura y obras públicas en Venezuela. Siglo XIX*. Ediciones de la Presidencia de la República, Caracas.

Hemerografía

Actualités. Sante Publique (junio-julio 1959), Paris.

Aisthesis (2006). Instituto de Estética- Pontificia Universidad de Chile. 20, No. 40, Chile.

Anales de la Universidad Central de Venezuela. (junio, 1944). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

A & V. Monografía de Arquitectura y Vivienda. (1994) Buenos Aires, Argentina.

Arquitectura (1960, Julio), Buenos Aires, Argentina.

Boletín del Asilo de Alienados en Oliva. Dirección y Administración Oliva. F. C. C. A. Córdoba, Argentina. Año VI. Enero-diciembre 1938. Nos. 19 – 22.

Boletín de Investigaciones Históricas y Estéticas (1994, 1996-b). Universidad Central de Venezuela, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Caracas.

Boletín de Hospitales Civiles del Distrito Federal (1938 septiembre, No. 12), Caracas.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (diciembre, 1935; octubre, 1936; octubre, 1937; julio, 1938, diciembre, 1939; noviembre, octubre, 1940; octubre, 1941; octubre, 1943; abril, diciembre, 1944; abril, 1945; abril, 1946; octubre, 1948; diciembre, 1955), Washington.

Boletín de los Hospitales (1936, septiembre); (1948, enero-abril); (1952, enero- febrero-marzo)

CHACÍN, ITRIAGO L. G. "Organización de la Higiene Pública en Venezuela". *Informe presentado a la Primera Conferencia Panamericana de los Directores de Servicios de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas*, reunida en Washington el 27 de septiembre de 1926.

Cuadernos Lagoven. Serie siglo XXI, (septiembre, 1985), editorial Arte, Caracas.

Cuadernos Lagoven. Serie Repúblicas (1988), editorial Arte, Caracas.

Cuadernos Lagoven, Serie Medio Milenio (1992), editorial Arte, Caracas.

Diario El Litoral (1940, Enero 1), Santa Fe, Argentina.

Educación Sanitaria en el Campo de la tuberculosis (1966), Publicación de la División de Educación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

El Centinela (1947, enero 28; 1947 junio 30; 1947, julio 10) San Cristóbal, Venezuela.

Entre Rayas. La Revista de Arquitectura (julio-agosto 2010). Caracas.

Estudio de la Organización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Informe presentado en 1952 (1971). Publicado con motivo del XXXV Aniversario del Ministerio. Caracas.

GOSEN, Alfredo. *El 23 de enero*. (1990). Colección Rescate. Serie “Caracas toma Caracas” No. 4. FUNDARTE, Impresión Municipal, Caracas.

La Hora (1958, agosto 8) San Cristóbal, Venezuela.

Materiales. Programa de Estudios Históricos de la Construcción del Habitat, (1983), agosto, Buenos Aires.

PINEDO, Lucía. “El Estado, la conquista de la salud y la educación”. *Apreciaciones del proceso histórico venezolano*, (1985). Vol. II. Publicación de la Universidad Metropolitana. Enero-julio.

Primeras Jornadas de Investigación Histórica (1991). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Revista Colegio de Ingenieros de Venezuela (abril, mayo, junio, 1940; abril, junio, 1941), Caracas: Colegio de Ingenieros de Venezuela.

Revista de la Gobernación del Distrito Federal, nº 3, mayo 1938, s/p.

Revista de la Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina. (1953, enero-abril; 1955, enero-abril; 1956; 2008), Caracas.

Revista de Sanidad y Asistencia Social (junio, octubre, 1940; junio, 1944: agosto-octubre, 1944; mayo-agosto, 1949; 1951; enero-abril 1955;), Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.

Revista del Colegio de Arquitectos de Venezuela, (abril, 1986; diciembre 1988 – enero 1989, Caracas.

Revista Nacional de Hospitales (1951, julio). Publicación del Instituto de Hospitales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y de la Dirección de Edificaciones Médico-Asistenciales del Ministerio de Obras Públicas.

Revista Politeia (2000) Instituto de Estudios Políticos, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Revista Punto (1983) No. 65, Caracas.

Revista Técnica del Ministerio de Obras Públicas (septiembre, 1932; agosto, 1936; abril, diciembre 1937; febrero, junio 1938; febrero, junio, 1939; mayo 1940; noviembre, diciembre 1955), Caracas.

Salud Pública (1954, 1956). Publicada por la Sociedad Venezolana de Salud Pública.

Segundas Jornadas de Investigación Histórica (1993). Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Semana de la lepra 1941. (1943). Celebrada en Caracas y en los estados Mérida, Trujillo y Táchira. Organizada por la junta a favor de los leprosos en Venezuela y sus afiliadas en dichos estados. Editorial Bolívar, Caracas.

Semana Internacional de Investigación (2008). Memorias. Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

SUMMA (mayo, 1981; agosto-septiembre, 1971; abril, mayo 2002)

SOFFITTA, Andrea (2008).” I Dispensari Antitubercolare. L’Architettura della prevenzione”. En: *Il bello che cura. L’Achtitture dei dispensari antitubercolare e dei sanatori tra le due guerri*, marzo – junio, año 2, número 2/3.

Tecnología y Construcción (1998, 2007). Instituto de Desarrollo Experimental de la Construcción, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Tierra Firme (enero-marzo, 1986; enero-marzo, 1991).

Vanguardia (1946, diciembre 22; 1947, enero 24) San Cristóbal.

Publicaciones Oficiales

ARGENTINA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS DE LA NACIÓN. *Boletín de Obras Públicas de la República Argentina*. (1936).

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1971). *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.

SOTO-RIVERA, Jorge (1955). *Documentos de la comisión de programas de edificios sanitarios 1951-1954*. Vol II, MSAS, imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE AGRICULTURA Y CRÍA. *Memoria*. 1933. Imprenta Nacional, Caracas

VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria*. 1934, 1937, 1938, 1939, 1941. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria y cuenta*. 1930-1931, 1944, 1945, 1948, 1953, 1954. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria gráfica*. 1953. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria de planos*. 1933. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Memoria*. 1938, 1948-1952, 1953, 1955, 1956, 1957. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Memoria gráfica*. 1948, 1953. Imprenta Nacional, Caracas.

VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Memoria y Cuenta*. 1938, 1941, 1942, 1945, 1946, 1947, 1948, 1959, 1960. Imprenta Nacional, Caracas.

XII Conferencia Sanitaria Panamericana.(1946). Cuadernos Amarillos publicación de la Comisión Organizadora. No. 2, No. 6. Editorial Grafolit. Caracas.

Entrevistas

Arquitecto Miguel Salvador. Hijos del arquitecto Fernando Salvador, arquitecto de Ministerio de Obras Públicas. Realizada en Caracas, 25 de agosto de 2007

Doctor Oscar Pellegrini. Coordinador de abordaje territorial de problemáticas subjetivo sociales. Ministerio de la Salud Provincial. Provincia de Santa Fe. Realizada por Ana Elisa Fato Osorio en Santa Fe, Argentina el día 06 de mayo de 2009.

Leyes y decretos

GACETA OFICIAL 21451. 6 de julio de 1944. Decreto No. 145, 5 de julio de 1944, p. 143.759.

Ley de Sanidad Nacional 1938. Eduven

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIAL SOCIAL (1967). *Legislación Sanitaria Nacional. Acuerdos, leyes, decretos, reglamentos y resoluciones sobre sanidad nacional*. Vol. II, Editorial Jurídica Venezolana, Caracas.

Infografía

AUTOR DESCONOCIDO. En:

<http://roadtriptogotham.tumblr.com/post/22635513516/bonniesin Clyde-hospital-clinico-universitario> . 11 de Julio de 2012, hora: 3:30 pm.

AUTOR DESCONOCIDO. Memoria Urbana del México de Ayer. En: <http://memoriaurbana.foroactivo.com/t91p60-hospitales?highlight=hospital> 11 de Julio de 2012, hora: 3:35 pm.

AUTOR DESCONOCIDO. Venezuelatuya.com. En: <http://www.venezuelatuya.com/biografias/convit.htm>. 4 de junio de 2010, hora: 11:00 am.

AUTOR DESCONOCIDO. *Venezuela: Muere Francisco Antonio Risquez*. En: <http://encontrarte.aporrea.org/efemerides/e2356.html>. 4 de junio de 2012, hora: 11:00 am.

AUTOR DESCONOCIDO. Arquitectos.do. En: <http://www.arquitectos.do/archives/44>. 25 de enero de 2012. Hora 10:00 am.

CHIARENZA, Daniel Alberto. En: <http://profesor-daniel-alberto-chiarenza.blogspot.com/2009/12/27-de-diciembre-de-1906-fallecimiento.html> 20 de enero de 2012. Hora 10:15 am.

DE MICHELI, Alfredo. *En torno a la evolución de los hospitales*. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000100010 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am.

Docomomo Venezuela. En: http://docomomovenueuela.blogspot.com/2011/06/docomomo-iscregisters_7670.html. 03 de marzo, 8:08 am.

El Colegio Nacional. Villagrán García, José. En: <http://www.colegionacional.org.mx/SACSCMS/XStatic/colegionacional/template/content.aspx?se=vida&te=detallemiembro&mi=190>. 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am.

GÓMEZ, Ana Verónica. *Medio siglo comprometido con la salud de los venezolanos*. En: <http://www.tiempo.uc.edu.ve/tu504/paginas/8.htm> . 26 de enero de 2010. Hora: 10:32.

Google Earth. Vista aérea. En: https://mailattachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=422477338f&view=att&th=137eec43d3d819a6&attid=0.1&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B_P. 17 de junio, 8:15 am.

HERNANDEZ, Alberto. *Las Obras Humanísticas del Sabio Torrealba*. En: http://sanjuandelosmorros.blogspot.com/2009_10_21_archive.html 4 de junio de 2012, hora: 10:00 am.

IBARRA PÉREZ, Carlos. *Cátedra de cirugía de tórax Donato G. Alarcón*. En:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852006000400012&script=sci_arttext 10 de octubre de 2011, hora 8:00 pm.

LEÓN, Ernesto (moderador). Viejas fotos actuales. Grupo de discusión en línea. 14 de junio de 2012, hora: 7:30 am.

PAU Z. Álbumes web de Picasa. En:<https://picasaweb.google.com/lh/photo/Gdjhmp9zxm70L3QfUAeuSw>. 19 de febrero de 2010. Hora 10:14 am.

Selección Cronológica de Obras y Proyectos. Primera Modernidad. http://www.centenariovillanueva.web.ve/Arquitecto/Inventario/Inventario_Momento_2.htm. 20 de febrero de 2010. Hora, 9:12 am.

VICENTE, Henry. *De Venezuela. La ficticia ilusión del destierro*. Parte I. En:<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/11.128/3545>, 02 de febrero de 2012, hora: 8:11 am.

ZERECERO, Maribel. José Villagrán García. En:<http://www.oocities.org/maribelzerecero/villag.html>. 28 de enero de 2012, hora: 8:30 am.

CD

Archivo Fotográfico Shell (1996). *Historia y cotidianidad 1950-1964*. Universidad Católica Andrés Bello.

Archivos

Archivo Arquitectura del Táchira. A22-1. Historia de la arquitectura asistencial. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachireño. Universidad Nacional Experimental del Táchira. UNET

Archivo de las oficinas de mantenimiento del Sanatorio Venezuela, Mérida, estado Mérida.

INFODOC-Facultad de Arquitectura y Urbanismo-Universidad Central de Venezuela.

Luis Müller. Ciudad Santa Fe. Argentina

