

HP-4

**LA ARQUITECTURA SANITARIA EN SAN CRISTÓBAL:
USO Y MORFOLOGIA EN OBRAS PÚBLICAS**

Fato, Ana
Universidad Nacional Experimental del Táchira, Venezuela.
anae71@cantv.net – aefato@hotmail.com

La creación, en 1936, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y la consolidación del Estado venezolano como principal gestor en la ejecución de obras públicas y organizador de las ciudades venezolanas, sentó las bases para la atención de la salud durante la modernidad. Se formuló un plan de higiene y de asistencia social con el fin de responder a los problemas que detenían la capacidad productiva de la población y reducir sus enfermedades.

Desde el gobierno de Eleazar López Contreras (1936) con la propuesta del *Programa de Febrero* y *El Plan Trienal*, hasta el de Marcos Pérez Jiménez (1952), fue primordial el tema de la salud pública. Los cambios que se dan en esta materia dan cuenta de un proceso de transición, cuyo objetivo es alcanzar rasgos de modernidad. Se reorganizan las estructuras administrativas y las diversas dependencias asistenciales, en algunos casos, esa reorganización se trasladó a las propuestas arquitectónicas de la tercera y cuarta década del siglo XX.

La capital del estado Táchira, San Cristóbal, presencié profundas transformaciones urbanas durante este proceso de transición en respuesta a la reestructuración socio-económica, al mismo tiempo que, el aumento de la población fue atendido con el ensayo de algunos programas en materia de salubridad, la promoción y construcción de obras públicas. La especial atención a una de las capitales de los estados Andinos, se debió en primer lugar, por su condición de estado natal de los presidentes venezolanos desde 1908 hasta 1958; en segundo lugar, por estar ubicada estratégicamente en la región fronteriza con Colombia, con un incremento en las actividades comerciales, sociales, culturales y con una dinámica en la movilidad urbana que, se expresó con considerables diferencias al resto del país.

Es por ello que el Táchira, en la primera mitad del siglo XX, se ubicó en los primeros lugares de las estadísticas con población mas enferma¹, sobre todo con enfermedades como la lepra y la tuberculosis, para las cuales se construyeron entre 1936 y 1958 edificios especiales. Identificar estas edificaciones en el paisaje urbano como tipo arquitectónico a partir de las condiciones necesarias para el tratamiento médico, es el objetivo de esta presentación. Se trata de mostrar de manera parcial los avances de una investigación de mayor alcance referida a las Obras públicas y modernización en Venezuela, específicamente el Programa de edificaciones sanitarias.

El nacimiento de la arquitectura sanitaria

La organización de la asistencia médica venezolana durante la modernización en Venezuela respondió a una red de edificaciones dispuestas, estratégicamente, a nivel nacional con el fin de sustituir el sistema tradicional de atención médica por un sistema articulado y jerarquizado: “ningún ciudadano 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”.²

Al interior de esta organización una nueva visión de la especialización se hizo latente, no sólo en el ámbito profesional, como sucede con las diferentes formas de ejercer la ingeniería, por ejemplo, sino que también se trasladó al ámbito funcional y estético de las edificaciones. En la consciente producción del objeto arquitectónico por parte de los arquitectos e ingenieros se pactó con la función y las relaciones en el mundo moderno, mientras que la valorización que ellos hacen de la ciudad contemporánea, acusó de una expresión viva y oportuna por recuperar las condiciones perdidas de la ciudad. El objeto arquitectónico fue una oportunidad para demostrar el fortalecido Estado venezolano y de reconocer la madurez de los usuarios al enfrentarse a un lenguaje arquitectónico adaptado a la función.

En algunos tipos de edificios asistenciales se combinaron elementos que añoran el cuidado de los enfermos en el núcleo familiar y la libertad que proporcionan los espacios libres. La proyección de los edificios se realizó tomando en cuenta las recomendaciones médicas en tanto las condiciones necesarias para la atención de los enfermos, 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.”³

Entre las intervenciones modernas del Estado estaba incluir todas estas edificaciones en un sistema de red sanitaria, en el cual se consideraba de manera jerárquica los edificios asistenciales y sus funciones. La Medicatura Rural era la célula básica para la atención médica, allí se aplicaron tratamientos preventivos y curativos para las enfermedades, sin embargo, muchas de estas instalaciones funcionaron en viejas casonas acondicionadas para ello. Entre las funciones de este tipo de centro asistencial era mantenerse en contacto con otros elementos de la red dedicados a la atención de otras enfermedades.

De acuerdo a los tratamientos y los tipos de dolencias se fueron creando los centros especializados. Un ejemplo de ello, fue el fisiológico que formó parte “de un programa que comprende: pesquisa, visita de casos, cita de contacto, enseñanza de la profilaxia, pruebas tuberculínicas y vacunación B. C. G.”⁴ En estos centros se atendían pacientes con tuberculosis exclusivamente, al tiempo que se fueron estableciendo las normas elementales de saneamiento, construcción y ubicación en el paisaje urbano de las ciudades de edificios especiales para esta enfermedad.

Estas normas fueron propuestas en conjunto por las distintas disciplinas involucradas con la sanidad en el país: médicos venezolanos y extranjeros, ingenieros y arquitectos definieron las directrices básicas para el funcionamiento de la red sanitaria y su infraestructura. Ingenieros y arquitectos respondieron a las recomendaciones de los médicos en la proyección de los edificios. Es por esta fusión de conocimientos que surge el término arquitectura sanitaria. La especialización se hace desde el momento en que le "corresponde a la Ingeniería el proyectar y construir caminos y puentes para el servicio de edificios sanitarios, el drenaje y saneamiento de terrenos (...) [y] le corresponde a la Arquitectura el proyecto y construcción de todos los edificios de carácter y uso sanitario, desde un sencillo Dispensario Rural al Hospital Policlínico más complicado."⁵

Esta especialización se puso en práctica cuando se unieron las actividades del MSAS con el Ministerio de Obras Públicas (MOP). Ciertas alianzas institucionales entre ellos facilitaron la separación de las actividades de ingenieros y arquitectos, se crearon al interior de cada ministerio otras dependencias como la División de Ingeniería Sanitaria (1937); la Dirección de Salubridad Pública (1937); la Comisión Mixta Planificadora de Obras Asistenciales, formada por representantes del MOP y del MSAS (1946); la División de Ingeniería Sanitaria (1940); la División de Hospitales en el MSAS; la Dirección de Edificaciones Médico-Asistenciales en el MOP (1949); la Dirección Especial de Hospitales en el MOP (1950); entre otras. Todas se dedicaron particularmente a la planificación, la proyección y la construcción de edificios asistenciales.

De esta forma un grupo de arquitectos venezolanos, con el apoyo de otras disciplinas, realizaron un especial estudio de las necesidades de cada tipo de edificios produciendo, posiblemente, con referencias del extranjero tipologías propias que caracterizan la arquitectura moderna venezolana.

En la División de la Ingeniería Sanitaria, se creó la sesión de Arquitectura:

"Su labor ha sido, muchas veces, informar acerca de los edificios que han de construirse; otras, aprobar peticiones de construcción; otras aconsejar, proporcionar esquemas funcionales, hacer correcciones sobre propuesta de proyectos. Pero la labor más interesante ha sido crear una verdadera conciencia arquitectónica-sanitaria e intentar estudiar un tipo apropiado al medio venezolano."⁶

La formulación del "tipo" en la arquitectura sanitaria venezolana fue una estrategia adoptada por los proyectistas durante la modernidad. En las diferentes dependencias se proyectó una tipología edificatoria de acuerdo a la enfermedad. Esta especialización tiene antecedentes en el siglo XIX, cuando se comenzaron a proyectar en Europa los hospitales para tratar cada dolencia separadamente. Al mismo tiempo otras variantes iban siendo consideradas, como lo fue el uso de pabellones, idea utilizada desde el siglo XVIII para un hospital naval en Inglaterra (Figura 1) y más adelante fue utilizado en París, en el Hospital Lariboisiere, en 1839 (Figura 2). El uso de pabellones en los hospitales se convirtió en el último tercio del siglo XIX en "un signo de

una autoridad progresista, así como de un arquitecto progresista.”⁷ Mientras que los pabellones permitían la relación entre el interior de las habitaciones con el ambiente natural, la ventilación natural y cruzada de los espacios, facilitaba la separación de los pacientes por sexo, tipo y grado de enfermedad.

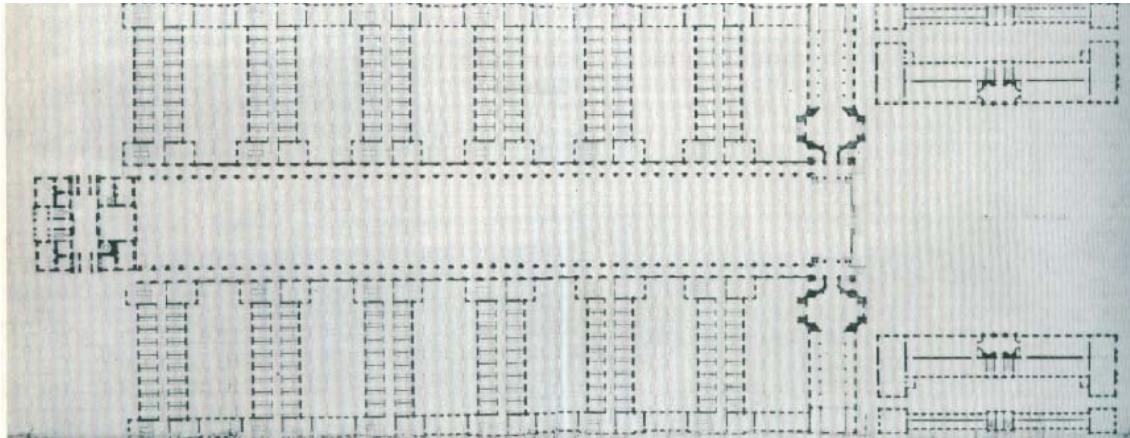


Figura 1: Sir Christopher Wren, proyecto para el Real Hospital Naval, Greenwich, anterior a 1702. Fuente: PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España, Gustavo Gili. P. 175

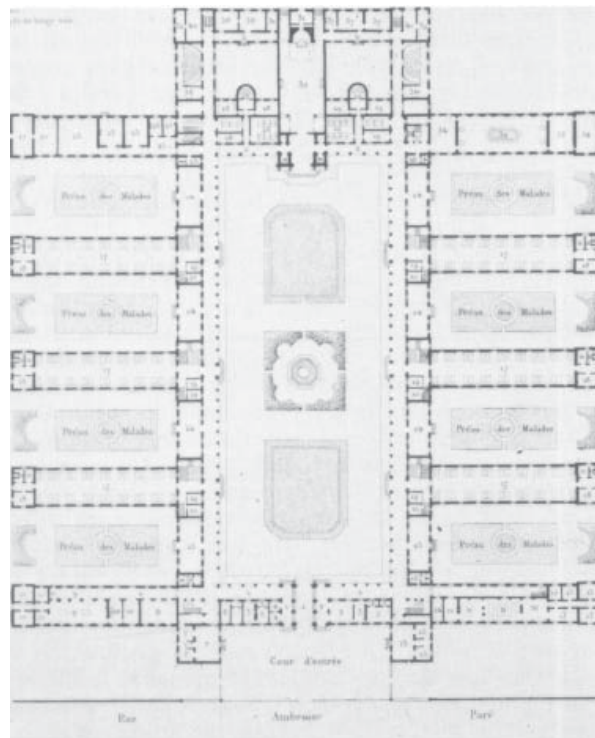


Figura 2: Paris, Hospital Lariboisière, 1839-1854, de Gauthier Fuente: PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España, Gustavo Gili. P. 185

Otra de las tendencias en la construcción de hospitales fue la de bloque en altura, el uso de pabellones o de edificios extendidos a lo largo de una superficie de terreno, dejó de ser utilizada para minimizar recorridos y maximizar los espacios.

En los proyectos para edificaciones asistenciales del MOP y del MSAS, los arquitectos venezolanos dieron cuenta de la utilización de fórmulas ya probadas internacionalmente, con las cuales se representó el progreso y los programas de modernización del Estado.

En las particularidades de la arquitectura sanitaria en Venezuela se encuentra la reconciliación entre las viejas y nuevas formas de organización del espacio. En las soluciones de arquitectura se rescatan las clásicas técnicas de composición, que fusionadas con criterios de simplicidad volumétrica y ornamental unifican las edificaciones sanitarias del país.

San Cristóbal, una ciudad con prioridad en asistencia médica

La población urbana aumentó considerablemente en todo el país desde 1936. El Táchira no escapó a tal situación, según puede estimarse por referencia de Emilio Constantino Guerrero desde los censos realizados a partir de 1839 “la población del Táchira aumenta en una proporción mayor que la de Venezuela en general”⁸, la condición de región fronteriza propició el regreso de una buena parte de la población que había huído por la situación política del período gomecista y decide regresar por las nuevas condiciones que anunciaron el tránsito hacia la llamada Venezuela “democrática”, lo cual repercutió en la configuración de una heterogénea, y cada vez más especializada, población tachirense, al tiempo que se explica una de las razones por las que el Táchira tiene un mayor número de población enferma con relacional resto del país.

El viejo Hospital Vargas, construido en la primera década del siglo XX, se hizo insuficiente para atender la demanda de pacientes provenientes de la región. Una de las primeras intervenciones que hace el Estado fue a través del Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Honorio Sígala en el año 1937, quien emprendió una lucha en contra de la tuberculosis creando nuevos dispensarios para su atención. De esta manera se puso en funcionamiento en San Cristóbal un dispensario antituberculoso. Un año más tarde, cuando se ejecutó *El Plan Trienal* y se promocionó “la higienización del hombre y del medio en que vive (...) y la construcción de hospitales y centros de asistencias”⁹ se planificaron construir pabellones especiales para la atención antituberculosis en el futuro hospital a construirse en la ciudad.

Las condiciones de la salud en la población fue objeto de estudios y cuantificaciones, se realizaron estadísticas que permitieron conocer el número de enfermos en la ciudad. En el año 1942, San Cristóbal tenía 32417 habitantes, y la mortalidad por cualquier forma de tuberculosis era de 283,8 y contaba con 55 médicos por cada 100000 habitantes. Existían un total de 6

camas por cada 1000 habitantes, de las cuales no se contemplaba ninguna para enfermedades mentales y para enfermos de tuberculosis 0.6 por cada 1000 habitantes.¹⁰

En el año 1948, previo al anteproyecto realizado por la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS, el MOP contrato al Ing. Willy Ossot para la elaboración del proyecto del Sanatorio Antituberculoso tipo "B" de las ciudades de Maracay, Valera y San Cristóbal. El proyecto tipo tuvo una capacidad para 150 camas y de acuerdo con los criterios médicos este "tipo" de edificio tenía como función el aislamiento de los enfermos más peligrosos para la sociedad.¹¹

Las características tipológicas del sanatorio tipo "B", era con pabellones en forma de peine con corredores abiertos con doble función: de circulación y de solarío, rodeado de grandes zonas de jardines y patios entre los pabellones, de esta forma se crearon ambientes tranquilos e íntimos. Con cubiertas de teja en pendiente, sostenidas por sencillas columnas que delimitan los corredores. Elementos que recuerdan a las viejas casonas coloniales, en donde los patios funcionan como elementos principales y organizadores del conjunto arquitectónico. (Figuras 3 y 4)

De acuerdo a las propias recomendaciones médicas, este tipo de edificio debía estar ubicado en zonas suburbanas "para reducir los costos de construcción y especialmente de funcionamiento (...) el mejor sitio será aquel donde se pueda resolver fácilmente los servicios de vías de acceso, suministro de agua abundante y desagüe, y donde estén aseguradas todas las fuentes de aprovisionamiento."¹²

El sanatorio antituberculoso de San Cristóbal se ubicó en el norte de la ciudad, en la zona de expansión natural, no en la de ensanche, porque el sector no mantuvo el trazado tradicional sino que se configuró de acuerdo al primer trazado de la carretera Central del Táchira, construida entre 1911y 1914.



Figura 3
Antituberculoso. San Cristóbal
Foto: Ana Elisa Fato O. Junio 2008



Figura 4
Antituberculoso. San Cristóbal
Foto: Ana Elisa Fato O. Junio 2008

La zona podría considerarse suburbana, tal como la describe el Dr. Baldó. Entonces, tanto en su configuración arquitectónica como en el emplazamiento urbano, para la proyección y construcción del antituberculoso de San Cristóbal se respetaron las recomendaciones médicas establecidas.

El antituberculoso de San Cristóbal fue la materialización del Programa de Edificaciones Especiales emprendido por el Estado venezolano, formó parte de una tipología edilicia destinada a la atención de una dolencia específica siguiendo los esquemas impuesto por la modernización en Venezuela.

En la medida en que fue evolucionando la atención médica para las enfermedades especiales se fueron proyectando nuevas tipologías edificatorias. Los modernos edificios proyectados en forma de bloque en altura, debieron contar con espacios especiales para la atención de la tuberculosis y la lepra.

Entre estos tipos de edificios asistenciales están los ejecutados durante el gobierno de Marcos Pérez Jiménez. En su período de gobierno se mantuvo como política la construcción de una red de hospitales a nivel nacional, "las nuevas construcciones médico asistenciales están a la altura de las mejores de su índole en las naciones más adelantadas y se llevan a cabo mediante un plan coordinado, el cual ha resultado de cuidadosos estudios por los despachos de Obras Públicas, Sanidad y Asistencia Social."¹³

En San Cristóbal se construyó el Hospital General con el objeto de atender a sus 55000 habitantes y el resto de la población de la región. El proyecto realizado en 1951 y su construcción reunieron los aportes técnicos de ingenieros, arquitectos y especialistas de la medicina. Allí las diversas especialidades fueron atendidas en un único edificio siguiendo un programa que consideró la funcionalidad, la simplicidad volumétrica y decorativa. (Figuras 5 y 6)

El edificio principal respondió a la tipología de bloque, en altura, ubicado en el sureste de la ciudad, en el sector la Concordia. En 10 pisos se alojaron las áreas de hospitalización, tratamientos, admisión, emergencias y servicios anexos.

Las características arquitectónicas de este hospital respondieron a la exploración funcional de los arquitectos e ingenieros del Ministerio de Obras Públicas, la renuncia a cualquier elemento decorativo, la simplicidad de las formas y la persistencia en la horizontalidad y la simetría. Esta vez la arquitectura estaba desprovista de cualquier elemento tradicional: pintoresquista o neocolonial.



Figura 5

Fachada principal del Hospital Central. San Cristóbal.

Fuente: Trabajo titulado "Ala oeste del Hospital Central" Archivo Arquitectura del Táchira. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirense. UNET



Figura 6

Fachada principal del Hospital Central. San Cristóbal.

Fuente: Trabajo titulado "Ala oeste del Hospital Central" Archivo Arquitectura del Táchira. Programa de Historia de la Arquitectura y del Urbanismo Venezolano y Tachirense. UNET

El Hospital General respondió a otra de las tipologías utilizadas en la arquitectura sanitaria venezolana. Constituyó una muestra del progreso y de la evolución alcanzada durante la modernización en el campo médico, arquitectónico e ingenieril. El edificio dio cuenta de la aceptación de las transformaciones en la capital del Táchira, se concentraron en él todas las funciones y actividades asistenciales, mientras que expresó funcionalismo e impecable relación con al estructura urbana.

Conclusiones

La situación política del país desde 1936 incidió notablemente en la organización institucional de las dependencias del Estado. La creación del MSAS sentó las bases para la institucionalización de la medicina y con ello el ensayo de constructivo en obras públicas para su funcionamiento.

La ciudad de San Cristóbal fue atendida con la construcción de obras públicas asistenciales desde la cuarta década del siglo XX, los ensayos arquitectónicos se realizaron de forma simultánea que en otras ciudades del país. Éstos se identifican de acuerdo a los "tipos" propuestos por ingenieros y arquitectos en tanto correspondencia con los criterios médicos respectivos para cada enfermedad. El Antituberculoso y el Hospital General responden a los criterios de la arquitectura sanitaria venezolana, tanto en la solución programática, funcional, estructural y arquitectónica que los hacen identificables en el proceso de institucionalización sanitaria y de la formación de la incipiente arquitectura moderna venezolana.

Bibliografía

BALDÓ, José Ignacio (1951). Plan de asistencia hospitalaria al tuberculoso en Venezuela. *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Volumen XVI, Nos. 1 y 2, pp. 93-123.

GUERRERO, Emilio C. (1943). *El Táchira físico, político e ilustrado*. Caracas, Venezuela, Editorial Cecilio Acosta

GUZMAN DIAZ, J. A. (1954) "Incorporación de las medicaturas rurales al trabajo integral de Salud Pública". *Salud Pública*. Sociedad venezolana de salud pública. Vol. I., No. 2

LOPEZ CONTRERAS, Eleazar (1938). "La sanidad en Venezuela". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 17, No. 7

Memoria del Ministerio de Obras Públicas (1953). V. 1, No. I, p. VI.

PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España, Gustavo Gili.

I Congreso Venezolano de Salud Pública y II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias. (1957). 19-25 de noviembre 1956, Caracas, Imprenta Nacional.

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

(1945). "Índices sanitarios para las principales ciudades de Venezuela". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Pp. 311-327.

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

-
- 1 En el I Congreso Venezolano de Salud Pública, celebrado en noviembre de 1956 se muestra que en el Estado Táchira habían 1768 casos de lepra, del total de 8732 en todo el país, equivalente al 5,20 por mil habitantes, es decir, el estado con mayor número de casos de esta enfermedad. Ver: *I Congreso Venezolano de Salud Pública y II Conferencia Nacional de Unidades Sanitarias* (1957). 19-25 de noviembre 1956, Caracas, Imprenta Nacional, p. 886.
 - 2 GUZMAN DIAZ, J. A. (1954) "Incorporación de las medicaturas rurales al trabajo integral de Salud Pública". *Salud Pública*. Sociedad venezolana de salud pública. Vol. I., No. 2, p 231.
 - 3 BALDÓ, José Ignacio (1951). "Plan de asistencia hospitalaria al tuberculoso en Venezuela". *Revista de Sanidad y Asistencia Social*. Volumen XVI, Nos. 1 y 2, p. 104.
 - 4 *Ibidem.*, p. 234
 - 5 *XII Conferencia Sanitaria Panamericana* (1946). Cuadernos Amarillos. Publicaciones de la Comisión Organizadora. No. 6, p. 5, 6.
 - 6 *XII Conferencia Sanitaria Panamericana* (1946). No. 6, p. 3.
 - 7 PEVSNER, Nikolaus. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, España, Gustavo Gili, p. 185.
 - 8 GUERRERO, Emilio C. (1943). *El Táchira físico, político e ilustrado*. Caracas, Venezuela, Editorial Cecilio Acosta, p. 68
 - 9 LOPEZ CONTRERAS, Eleazar (1938). "La sanidad en Venezuela". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 17, No. 7, pp. 588-589.
 - 10 "Índices sanitarios para las principales ciudades de Venezuela". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Abril 1945, pp. 310-329. En este documento se encuentran las estadísticas de otras ciudades del país, por ejemplo, en Caracas la mortalidad por cualquier forma de tuberculosis era de 237,2; en Maracaibo de 204,7; en Barquisimeto de 237,70. Para ampliar la información sobre los índices de población sana y enferma por tipo de dolencia, ver: ZUÑIGA CISNERO, M. (1955). Papel de la medicina en el reciente progreso de Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*. Vol. III, No. 7, pp. 35-52.
 - 11 Ver: BALDÓ (1951). "Plan de asistencia"...Pp. 104-106.
 - 12 Ver: BALDÓ (1951). "Plan de asistencia"...p. 107.
 - 13 Memoria del Ministerio de Obras Públicas (1953). V. 1, No. I, p. VI.