

ARQUITECTURA, AISLAMIENTO, TRADICIÓN Y MODERNIZACIÓN EN VENEZUELA, 1936-1956

ARCHITECTURE, ISOLATION, TRADITION AND MODERNIZATION IN VENEZUELA, 1936-1956

Resumen

En Venezuela se muestran logros en la arquitectura asistencial construida por el Estado entre 1936 y 1956. El objetivo es valorar, desde la perspectiva de la historia de la arquitectura, cómo los elementos arquitectónicos de la tradición: el patio, el corredor y la naturaleza, fueron recursos utilizados para la curación de los enfermos mentales y de tuberculosis; el resultado advierte que la arquitectura fue un instrumento utilizado para la curación de estos enfermos.

Palabras clave

Arquitectura, Hospital especial, Modernización, Venezuela.

Ana Elisa Fato Osorio

Universidad Nacional Experimental del Táchira (UNET), San Cristóbal, Venezuela.

Doctora en Arquitectura. Magíster Scientiarum en Historia de la Arquitectura y del Urbanismo, Arquitecta. Investigadora-Docente del Decanato de Investigación, en la categoría de titular. Participación como ponente en congresos, convenciones y simposios nacionales e internacionales vinculados con la historia de la arquitectura, del urbanismo y la conservación del patrimonio. Actividades de investigación con publicaciones de artículos divulgativos y arbitrados.

ISSN 2254-7037

Fecha de recepción: 26/III/2020
Fecha de revisión: 01/VI/2020
Fecha de aceptación: 26/VI/2020
Fecha de publicación: 30/VI/2021

Abstract

In Venezuela, achievements are shown in the healthcare architecture built by the State between 1936 and 1956. The objective is to assess, from the perspective of the history of architecture, how the architectural elements of tradition: the courtyard, the corridor and nature, were resources used for the cure of mentally ill and tuberculosis patients; the result warns that architecture was an instrument used for the healing of these sufferers.

Key words

Architecture, Modernization, Special hospital, Venezuela.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/quiroga.v0i19.0007>

ARQUITECTURA, AISLAMIENTO, TRADICIÓN Y MODERNIZACIÓN EN VENEZUELA, 1936-1956

En 1936, a pocos meses de la muerte de Juan Vicente Gómez¹ se consolidó el proceso de modernización en Venezuela; el Estado invirtió recursos para la construcción de una infraestructura destinada a la atención y el cuidado de la salud mediante el aislamiento, que da cuenta del uso de algunos de los elementos arquitectónicos de la tradición como el patio, el corredor y el contacto directo con la naturaleza. Este trabajo, es producto de una investigación sobre la historia de la arquitectura asistencial, con énfasis en aquella producida para la atención de enfermedades especiales: tuberculosis y mentales. El objetivo es reconocer cómo estos elementos arquitectónicos, a partir de las terapias médicas, fueron recursos utilizados por los arquitectos para el aislamiento y la curación de esas enfermedades.

La gran ciudad o la metrópoli es el lugar donde se realizaron estas propuestas de arquitectura; fue desde 1936 cuando las ciudades se abrieron paso a una nueva dinámica, caracterizada por la multiplicidad y las fluctuaciones de la vida urbana moderna, un marcado crecimiento de la población, la intensificación de las relaciones sociales, la vida nerviosa, la economía monetaria y la homogeneización de los valores². Por lo tanto, la arquitectura para el aislamiento dio

cuenta en rigor de dos condiciones vinculantes: la primera de ellas, responder a los tratamientos para la curación de los enfermos especiales, los cuales se producen en condición de separación y exclusión del entorno; la segunda, construir una infraestructura acorde con la vida moderna, de manera tal que representara una ruptura con los lugares inhumanos del pasado.

Una de las coordenadas utilizadas en este trabajo es la heterotopía, “un lugar sin lugar”, terminología sugerida por el filósofo contemporáneo Michel Foucault, quien la definió como la construcción de un espacio ideal o “un espacio de ilusión que denuncia como más ilusorio aún todo el espacio real”³ 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.

Con ello se descubre cómo con los edificios asistenciales se procuró darle pertenencia al objeto arquitectónico en el contexto nacional, al tiempo de ofrecer la posibilidad de ubicar a un integrante de la sociedad enfermo en algún

lugar identificable, pero a la vez “lugares que están fuera de todos los lugares”⁴ y cómo con esta arquitectura se reconocen parte de los procesos políticos, sociales, económicos y culturales de Venezuela; la atención de los temas de la salud se fue transformando, tanto al ritmo de la institucionalización de la práctica de la medicina como en la respuesta arquitectónica acorde con los cambios en los tratamientos médicos.

1. PROYECTO DE MODERNIZACIÓN VENEZOLANO Y SALUD

En Venezuela el proceso de modernización se inició, paulatinamente, desde el siglo XVIII y se fue reforzando con importantes intervenciones guzmancistas⁵ a finales del XIX y otros avances gomecistas a principios del siglo XX, cuando se comenzó a construir un escenario para la vida moderna: una incipiente transformación a partir de algunos avances científicos e industriales, en una economía constituida por las explotaciones agrícolas y pecuarias, nuevas formas de planificación, organizaciones urbanas y sistemas de comunicación, habitación, educación, asistencia capaces de atender y organizar a la muchedumbre que fue incorporándose desde los años veinte a la metrópoli.

Es así como el Estado formuló un ideario de programas y planes para responder a las profundas transformaciones metropolitanas. Durante los gobiernos de Eleazar López Contreras (1935-1941), Isaías Medina Angarita (1941-1945) y el denominado Junta Revolucionaria presidido por Rómulo Betancourt (1945-1947, conformado por civiles y militares), los programas emprendidos tenían 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 acciones específicas para cada sector.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936 se inició la modernización en el ámbito de la salud, independizándose de otros temas nacionales. Entre las estrategias para abordar el mejoramiento de las condiciones del país, estaba la planificación en la construcción de edificios asistenciales, con los cuales se debió cubrir todas las regiones y, así controlar la salud pública en respuesta a las exigencias de un Estado afanado en atender los problemas que detenían la capacidad productiva de la población.

Con la planificación 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.

En el MSAS se organizó una moderna estructura institucional que, junto con los avances científicos venezolanos, dan muestra de vanguardia en el campo de la medicina. Entre 1936 y 1949 la planificación de este ministerio contempló la incorporación de planes asistenciales dedicados a cada tipo de enfermedad, y para ello, la creación de divisiones dedicadas a solventar los problemas de cada una de ellas, así fue como se creó la División de Tuberculosis (1936) y la División de Higiene Mental (1946).

Entre el personal de estas divisiones estaban los médicos con la experiencia necesaria en el diagnóstico y los tratamientos, que junto con la incorporación de arquitectos e ingenieros del Ministerio de Obras Públicas (MOP) y otros al servicio del propio MSAS, se abocaron a dar soluciones arquitectónicas para el aislamiento necesario de los pacientes.

Por lo tanto, se dio inicio a la construcción de hospitales especiales, considerados como aquellos que se destinarán únicamente para la atención de tuberculosis e insania, y los cuales se incorporaron al Plan de Construcción de Hospitales del MSAS de 1947. Entre las condicio-

nes que caracterizaron estos hospitales estaba aprovechar las condiciones climáticas, por lo tanto la selección de las zonas de montaña y costeras fue uno de los criterios que prevaleció en su ubicación; así el espacio debió estar en consonancia con la función y desencadenó en el planteamiento de proyectar un lugar ideal con lo que se pretendió construir una heterotopía, con “un espacio perfecto” donde alojar a todos aquellos individuos cuya dolencia era inapropiada para el resto de la sociedad.

Se recurrió a todos aquellos elementos que facilitarían la construcción de ese lugar ideal, en especial, aquel que distanciaba al enfermo del entorno en donde, posiblemente, contrajo la enfermedad. Entre los elementos más antiguos está el jardín, y junto con él, todo lo que facilite el contacto con la naturaleza, como el patio y el corredor; en ellos se construye una respuesta

opuesta a los efectos que produce la metrópoli caracterizada por el sociólogo Simmel y el rescate de los valores de la “vida rural y aldeana”.

Así podemos encontrar en la primera mitad del siglo XX la proyección de los sanatorios anti-tuberculosos en atención a un complejo programa de funciones nunca antes desarrolladas en este tipo de edificio. 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*”⁶. 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.

En los edificios para atender a los dementes, se expresaron los objetivos de la institucionaliza-

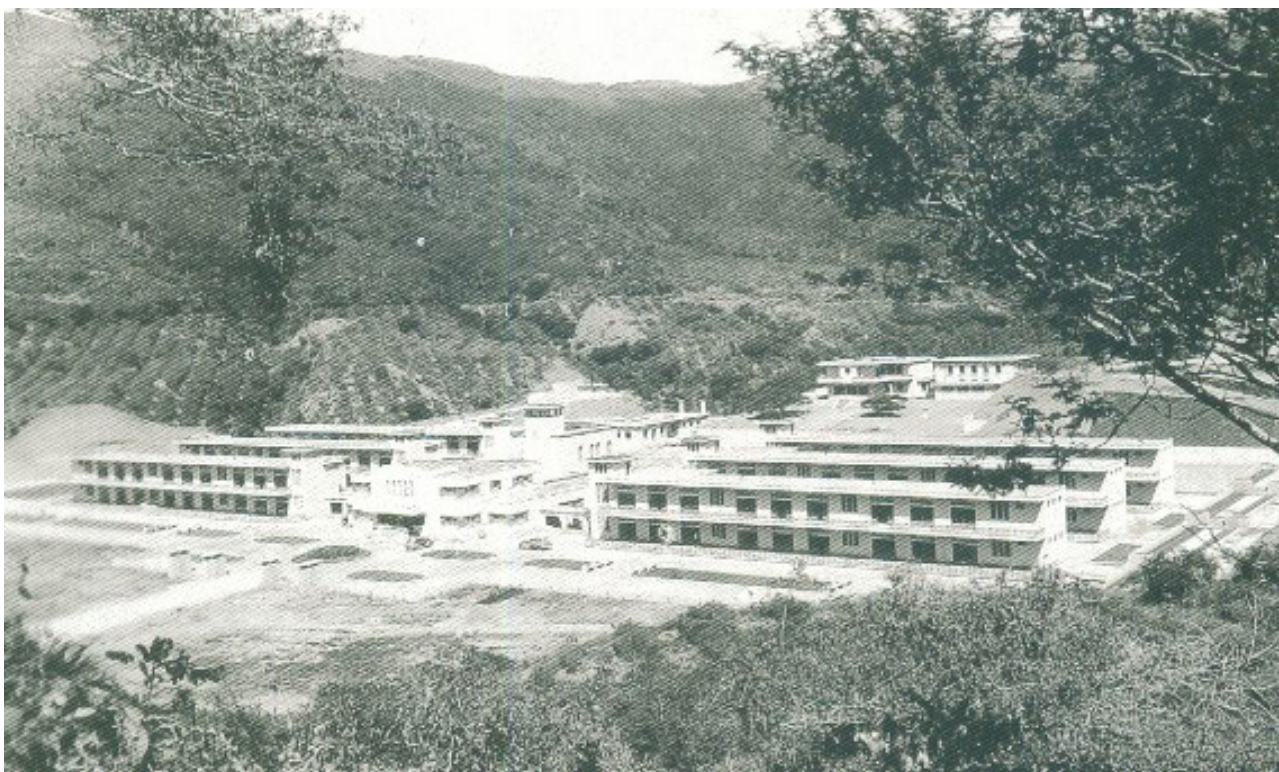


Fig. 1. Vista aérea del Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. Caracas. Venezuela. xFuente: Fundación Galería de Arte Nacional-FGAN. (1998). Wallis, Domínguez, Guinand. *Arquitectos pioneros de una época*. Caracas, Venezuela: FGAN, pág. 59.

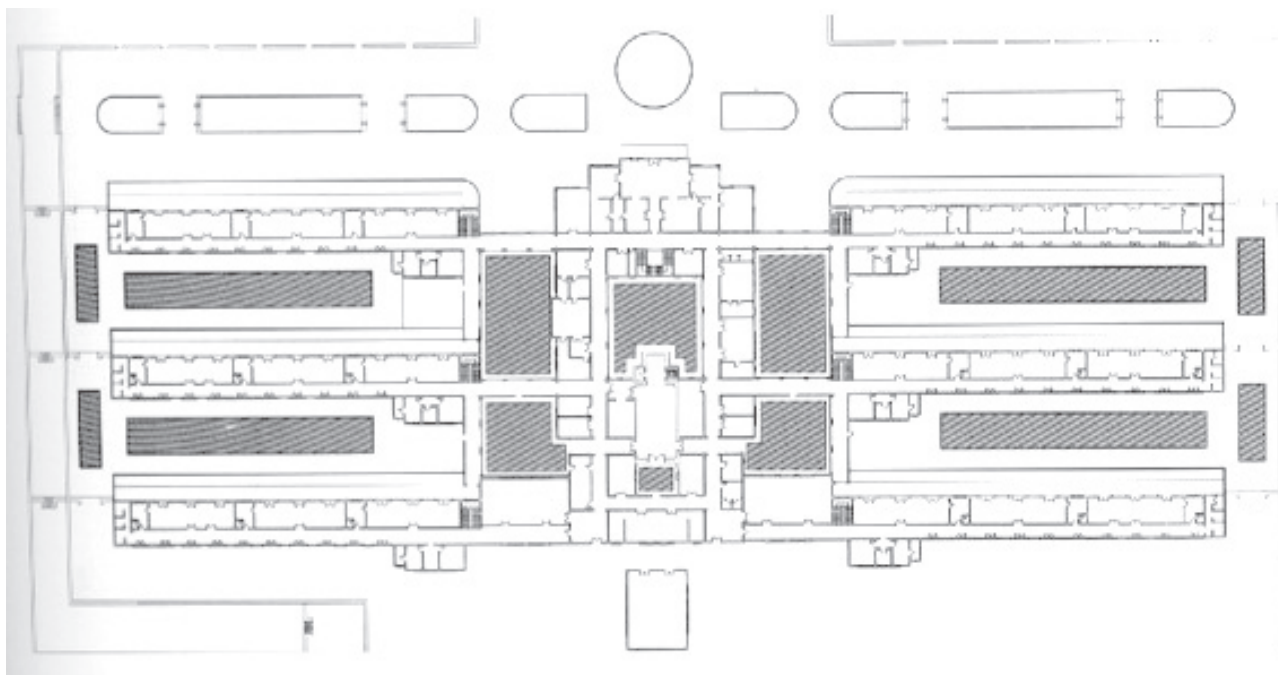


Fig. 2. Planta principal del Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. Caracas. Venezuela. Fuente: Fundación Galería de Arte Nacional-FGAN. (1998). Wallis, Domínguez, Guinand. *Arquitectos pioneros de una época*. Caracas, Venezuela: FGAN, pág. 56.

ción de la asistencia psiquiátrica en el país, los cuales consideraban: luchar en la transformación de las prácticas curativas rudimentarias, antihigiénicas y carcelarias aplicadas a los enfermos mentales y, mejorar la infraestructura, la disponibilidad de camas, vestido, alimentos y personal destinado para el cuidado de los enfermos, utilizar modernos tratamientos terapéuticos y novedosos fármacos.

En los años cuarenta 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. Se utilizó *“una habitación sencilla y no muy grande donde pueda aislarse y tener cierta sensación de independencia”*. De acuerdo al tratamiento, el paciente tendría la libertad para *“realizar algún trabajo o para hacer vida social”*⁷, fueron propuestas habitaciones donde se realizaban ejercicios sencillos; pequeños talleres para trabajos de pintura, modelado, manufactura de objetos y, otros más

grandes donde se elaboraban piezas en hierro y madera. Todos estos espacios y lugares tenían como objetivo crear ambientes óptimos para los médicos y demás personal, acordes para el restablecimiento de la salud y, facilitar los sistemas de vigilancia y control.

En consecuencia, los resultados arquitectónicos fueron producto de un pacto entre arquitectos y médicos, quienes llegaron a construir un vínculo entre la función y las relaciones de la vida moderna en edificaciones asistenciales especiales. Realizaron interpretaciones de la modernidad, de la tradición, de la arquitectura y de la medicina, que se expresaron en los proyectos de la Sección de Arquitectura Sanitaria y de la División de Ingeniería Sanitaria del MSAS.

2. ARQUITECTURA, TRADICIÓN Y SALUD

Los edificios para el aislamiento en Venezuela se encuentran distribuidos en varias ciudades; en especial, fueron seleccionadas aquellas cerca-

nas a las zonas de montaña y costas, por ser uno de los criterios médicos que prevaleció para su ubicación: el aprovechamiento de las bondades naturales y el alejamiento de las complicadas condiciones de la gran ciudad.

En Caracas, la capital del país y, Valencia capital del estado Carabobo, se realizaron dos de los ensayos arquitectónicos representativos de la arquitectura para el aislamiento; forman parte del paisaje urbano de estas ciudades, integran el legado arquitectónico y guardan relación con el proceso de modernización, estos edificios son el Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar (1939) y la Colonia Psiquiátrica de Bárbula (1947).

En estos edificios se sustituye la imagen del viejo hospital desagradable por esquemas organizados a partir de su ubicación con relación a la gran ciudad y, con el objetivo de ayudar a la

naturaleza a vencer la enfermedad. Los espacios exteriores organizaron los conjuntos urbanos asistenciales a partir del uso de áreas libres para la jardinería, agricultura o construcción, e incluso, actividades deportivas. Las terapias modernas organizadas en hospitales convertían a los enfermos en mano de obra productiva 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 estos hospitales fue el patio, en cualquiera de sus versiones: abierto y cerrado. Aquí recordamos lo que Foucault denominó como heterotopía, en tanto el patio se convierte en el “espacio utópico”, en el lugar más próximo al lugar del cual fueron excluidos y aislados los pacientes. Se usó en representación del “centro del mundo” (...) el “patio



Fig. 3. Vista de las alas laterales del Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar destinadas a las habitaciones. Caracas. Venezuela. Fuente: Fundación Galería de Arte Nacional-FGAN. (1998). Wallis, Domínguez, Guinand. Arquitectos pioneros de una época. Caracas, Venezuela: FGAN, pág. 59.

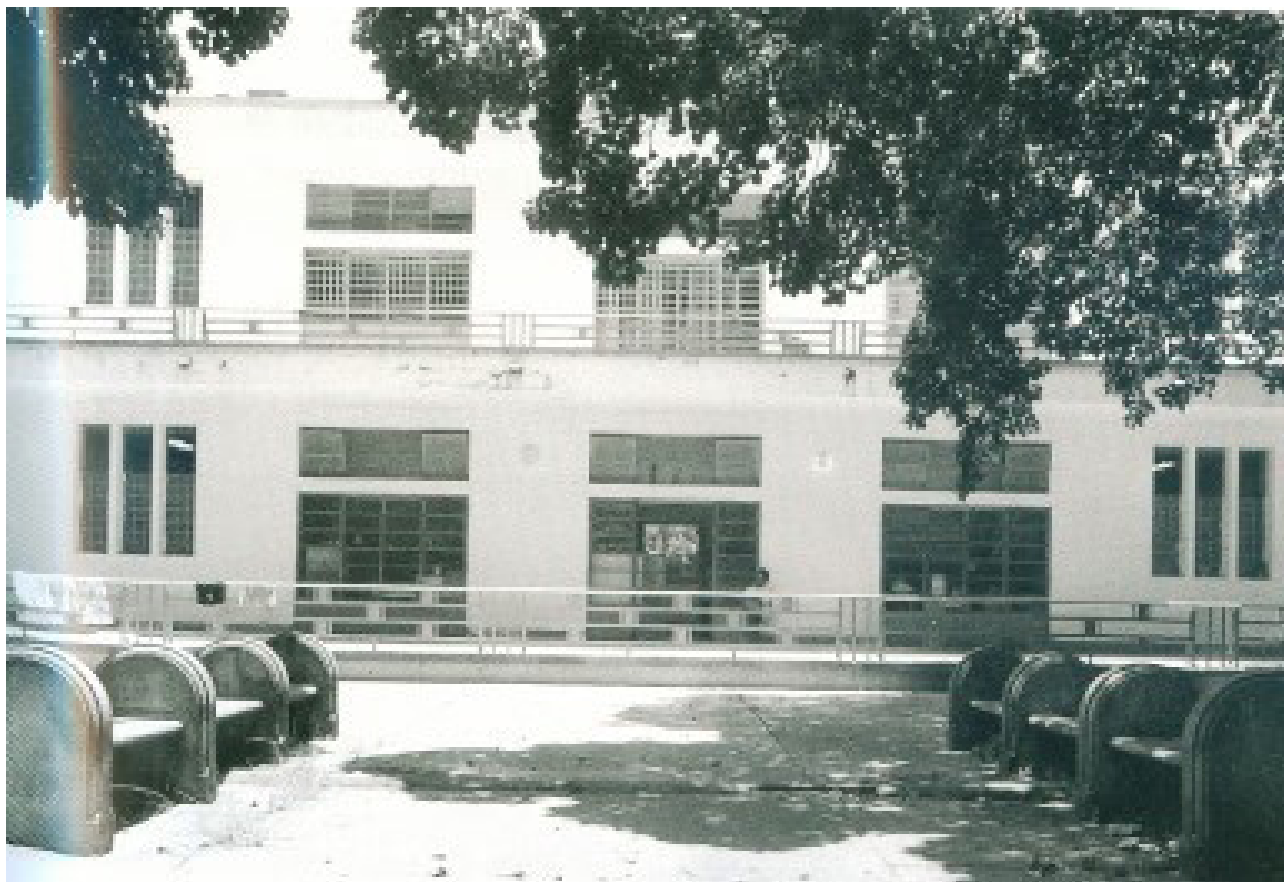


Fig. 4. Detalle de la fachada principal del pabellón de hospitalización Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. Caracas. Venezuela. Fuente: Fundación Galería de Arte Nacional-FGAN. (1998). Wallis, Domínguez, Guinand. *Arquitectos pioneros de una época. Caracas, Venezuela: FGAN, pág. 57.*

central” es la plaza (...) En el patio interior se “forma”, se desfila, se realizan todos los rituales de la utopía paranoide”⁸. Este lugar permite el contacto con la naturaleza, la exposición a la intemperie y la delimitación que de él se hace con los corredores, las habitaciones y los talleres lo hacen el “centro del mundo” del enfermo.

El corredor se convirtió en la transición entre el lugar de internación y el patio. Este espacio, que tiene su origen en la *estoa* de la ciudad griega y, utilizado posteriormente, en las viejas casonas coloniales, ha sido un recurso incorporado en la arquitectura moderna por lo conveniente para realizar diversas actividades en él, por su condición de lugar construido, que protege

de la intemperie sin perder el contacto visual y directo con la naturaleza: “es una extensión lógica de la idea de un lugar abierto de reunión, capaz, al mismo tiempo, de ofrecer sombra y protección a la gente reunida (...) en esencia, un pórtico extendido”⁹. El corredor, incluso, techado y delimitado por columnas se percibe como una extensión del interior al exterior y viceversa.

Este elemento arquitectónico orientado de acuerdo a la luz del sol y la dirección de los vientos, se utilizó para atender la solicitud de los médicos de un lugar ubicado estratégicamente para la toma de sol y, posteriormente, se destinó para realizar alguna actividad como laborterapia o ejercicios físicos.

Tanto el patio como el corredor son componentes que promueven la construcción de la heterotopía, son espacios rodeados de toda la vegetación ejemplar, donde el enfermo en aislamiento podría recuperar su salud. Son espacios donde se desliza una utopía que pretende rescatar, en controlados centros asistenciales, la mítica unión entre la naturaleza y el alma de un sector de la sociedad perdido por la enfermedad. Basta recordar que el contacto con la naturaleza se aplicó como terapia desde finales del siglo XVIII, cuando el doctor Samuel Tuke¹⁰ recuperó los valores de lo primitivo en una suerte de retorno a la naturaleza como algo básicamente mágico, aplicando los tratamientos para la insania en lugares denominados cuáqueros, como un mecanismo de oposición a las prácticas arbitrarias de curación. Estos tratamientos y espacios forman parte de los hospitales especiales, construidos como una heterotopía para desconocer a un grupo de la población “contaminante” y “peligrosa”, así fue visto el tuberculoso y el demente, respectivamente.

Con esta arquitectura se debió construir una imagen particular al paciente, por el largo tiempo de internación y, al resto de la sociedad. El hospital especial debió mostrar la calidez de un “transitorio” hogar para el enfermo, así como también cumplir con la atención de la medicina institucional. Tanto los antituberculosos como 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 semi-familiar”*¹¹. Además, *“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”*¹² y, por ende se incluyen, deliberadamente, lugares para ello en los esquemas arquitectónicos y urbanos modernos.

Veamos cómo se utilizaron los recursos tradicionales de la arquitectura en el Sanatorio Antitu-

berculoso Simón Bolívar y la Colonia Psiquiátrica de Bárbula.

Para atender la tuberculosis, los edificios tendrían como función: educar al enfermo, de manera que se comportara acorde con su condición de tuberculoso, aprender a toser, comer, hablar; facilitar las prácticas médicas como la quirúrgica, donde se realicen intervenciones especiales y, la orientación profesional, la cual comprende la preparación del enfermo en algún oficio que le permita incorporarse a alguna actividad económica productiva.

El Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar, tiene la significación de ser el pionero dentro del conjunto urbano asistencial denominado El Algodonal. Su nombre se debe a la celebración del sesquicentenario del nacimiento del Libertador, Simón Bolívar, el diseño estuvo coordinado en el MOP y, fue asignado al arquitecto Carlos Guinand Sandoz¹³, por contar con experiencia en proyectos de edificios asistenciales.

El lugar seleccionado fue un valle de cincuenta hectáreas al norte de la carretera de Antímamo, a cinco kilómetros del centro histórico de la capi-



Fig. 5. Sanatorio Antituberculoso Simón Bolívar. Caracas, Venezuela. Fotografía: Ana E. Fato O. Abril, 2010. Caracas, Venezuela.



Fig. 6. Vista de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia. Fuente: Venezuela bajo el Nuevo Ideal Nacional. Caracas, Venezuela: Publicaciones del Servicio Informativo Venezolano. 1954, s/p.

tal venezolana, con masas de árboles de diferentes especies aprovechadas en los tratamientos, 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”*¹⁴.

El edificio se construyó 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. El programa para el proyecto se realizó en acuerdo con médicos especialistas, quienes sugirieron las condiciones que el antituberculoso debía mostrar: no concebirlo como un simple edificio asistencial, sino como escuela para alojar, preparar al personal y, como centro de investigación en el área.

El arquitecto Guinand *“construyó con todos los requerimientos que la técnica moderna de hospitales exige”*¹⁵, organizó el edificio en pabellones, sobre ejes y simetrías consiguiendo un efecto de continuidad entre el edificio y el exterior; independizó los servicios de los seis pabellones, tres a cada lado, de dos pisos, con capacidad para 300 enfermos, todos volcados hacia alargados patios con vistas a la naturaleza circundante.

El edificio de servicio fue concebido como distribuidor y organizador del sanatorio, marca un eje central de simetría; cuenta con cinco patios, uno central flanqueado por todos sus espacios y cuatro que fungen de separadores de los pabellones de hospitalización. Detrás del patio central se ubicó la capilla. Las tres habitaciones de cada pabellón, de 8 camas, fueron dispuestas hacia el sureste sobre largos corredores en planta baja, que mantienen continuidad hacia los jardines y balcones en la segunda planta. La estratégica

ubicación atiende la recomendación médica de la toma de sol matinal, por lo tanto, los corredores y balcones, en una versión moderna, eran elementos que facilitaban seguir los tratamientos para la tuberculosis.

El conjunto asistencial se complementó con la construcción de un pabellón para enfermeras y uno de servicios, su ubicación 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”*¹⁶.

Mientras la organización respetó “los principios técnicos del caso”, la aceptación de las formas y las técnicas nuevas se mostraron en la composi-

ción de las fachadas Art-Decó, perteneciente al Estilo Internacional; en los pabellones demostró la necesidad de satisfacer los requerimientos funcionales de un sanatorio para tuberculosos: se utilizó la celosía como protector solar y de ventilación; ventanas y puertas dispuestas de forma regular, ordenada y repetitiva hacia los patios y balcones uniformizan el exterior del conjunto asistencial. 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.

Para atender a los dementes, el Plan Nacional de Asistencia formulado por el MSAS a través de la División de Higiene Mental, consideró la construcción de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula, en la zona central del país, con una capacidad para 1.200 enfermos, *“el proyecto de esta obra fue ejecutado totalmente por la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social”*¹⁷.

El conjunto se emplazó en terreno adquirido por el Gobierno Nacional, conformado por el fundo



Fig. 7. Pabellón de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia, Venezuela. Fuente: Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria Gráfica, Imprenta Nacional, 1953, s/p.



Fig. 8. Pabellones de Laborterapia de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia. Venezuela. Fuente: VENEZUELA. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1957). Memoria y cuenta. Caracas, Venezuela: Imprenta Nacional. pág. 288

de “Bárbula”, del cual proviene su nombre entre las poblaciones de Naguanagua y La Entrada, cercanas a la ciudad de Valencia, en “200 hectáreas [que] gozan de inmejorables cualidades climatológicas y agrícolas”¹⁸.

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; quien, a partir del control farmacológico y terapéutico, dejó de estar recluso individualmente y podría desplazarse por los diferentes espacios y lugares que la conformaban.

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”¹⁹. 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 enfermedad y por sexo.

El conjunto asistencial fue ordenado en forma de triángulo isósceles, orientado hacia el norte, con lo cual se 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.

Nuevamente el ordenamiento, la comunicación y el aislamiento de los edificios en el psiquiátrico 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 la dinámica de la naciente metrópoli tendió a desaparecer y se asume como un factor causante de las enfermedades mentales.

La avenida periférica que configura el conjunto y las calles representaron un protagónico papel:

el novedoso trazado en forma de triángulo de la avenida bordea el complejo asistencial y el resto son calles secundarias paralelas 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.

La prioridad de espacios abiertos expuestos al entorno natural directamente obedeció a las consideraciones médicas: *“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 enfermos”*²⁰.

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 lisas en fachadas, aleros planos sostenidos sobre sencillas columnas que protegen los accesos, delgadas molduras bordeando las ventanas, más por atender el funcionamiento de los pabellones que por componer la fachada y, de manera especial en el pabellón de Laborterapia, el uso de bloques calados como elementos para control climático en respuesta a la consideración de la geografía.

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. Aquí nos interesa el teatro como elemento terapéutico utilizado desde el siglo XIX en tratamientos aplicados por Etienne Dominique Esquirol²¹,

con los cuales demostró que la actuación desconectaba al enfermo del mundo que lo excluía y 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 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 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”*²².

La experiencia de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula 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. En estos espacios 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 como recuperación de los ambientes naturales de forma primitiva (Tuke), 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.

3. 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 y del empeño del Estado por intervenir de forma planificada sobre los



Figura 9. Teatro de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula. Valencia, Venezuela. Fuente: Venezuela bajo el Nuevo Ideal Nacional. (1954). Caracas, Venezuela: Publicaciones del Servicio Informativo Venezolano. s/p.

ámbitos de interés nacional; fueron veinte años en los cuales, de manera sostenida, los diferentes gobiernos se dedicaron a mejorar las condiciones de salud de la población y, construir un sistema asistencial especial para atender la tuberculosis y la insania.

En la medida en que los tratamientos médicos arrojaron resultados positivos, las propuestas arquitectónicas fueron evolucionando hasta ser objetos cuya característica fue la simplicidad de los elementos que los componen; los edificios para atender a los enfermos especiales, se ubicaron en ambientes propios para la curación,

de condiciones particulares en cuanto al clima y la vegetación, pero al mismo tiempo en lugares con un carácter efímero para el enfermo, la permanencia en ese “lugar sin lugar” especial estaba condicionada hasta el momento en que el tratamiento en él, hiciera efecto. 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, el paciente podrá gozar del privilegio de permanecer en ese lugar hasta alcanzar su curación y poder incorporarse a las actividades productivas de una gran ciudad en proceso de modernización.

En la arquitectura del Antituberculoso Simón Bolívar y el Psiquiátrico de Bárbula se mostró la relación entre la tradición y la innovación. Cada edificio se construyó como una heterotopía, como el lugar ideal donde se promueve el intercambio entre los pacientes con actividades controladas para su sanación, con una configuración arquitectónica 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 y peligroso por lo que él aloja. El patio, el corredor y el contacto directo con la naturaleza, fueron recursos arquitectónicos que permitieron el aislamiento de los enfermos, pero al mismo tiempo hicieron de un lugar ajeno para ellos, el hogar del cual fueron apartados, en donde encontraron formas de distracción y de ocupación mientras se aplicaron los tratamientos para su sanación.

86

NOTAS

¹Juan Vicente Gómez gobernó entre 1908 y 1935, tuvo como prioridad crear y mejorar el Ejército Nacional, integrar geográficamente el país a través de la construcción de carreteras y atender la instrucción pública, la salud y la vivienda.

²El sociólogo Georg Simmel afirmó en 1903 que la metrópoli gira “en torno de la intensificación del estímulo nervioso que resulta del rápido e ininterrumpido intercambio de impresiones externas e internas”, los cambios en el ritmo de percibir imágenes, situaciones y relaciones, contrastan con los de la “vida rural y aldeana”.

³FOUCAULT, Michel. *Estética, ética y hermenéutica*. Buenos Aires: Paidós, 1999, pág. 440.

⁴Ibídem, pág. 435.

⁵El gobierno de Antonio Guzmán Blanco durante dieciocho años se caracterizó por integrar a Venezuela al proceso de modernización de Europa a finales del siglo XIX. Se dividen en: el *Septenio* (1870-1877), el *Quinquenio* (1879-1884) y el *Bienio* (1886-1888).

⁶“Tuberculosis”. *Revista de Sanidad y Asistencia Social* (Caracas), 5 (Octubre 1940), págs. 1092-1109.

⁷BAKER, Alex, DAVIES LLEWELYN, Peter y SIVADON, Paul. *Servicios psiquiátricos y arquitectura*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1963, pág. 11.

⁸AGUIRRE, Ángel y RODRÍGUEZ, Álvaro (Eds.). *Patios abiertos y patios cerrados. Psicología cultural de las instituciones*. Barcelona: Marcombo, 1995, pág. 21.

⁹MARTIENSSEN, Rex. *La idea del espacio en la arquitectura griega*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1967, pág. 38.

¹⁰Samuel Tuke (1784-1857) nació en York, Inglaterra, le dio importancia al trabajo humano a partir de lo que denominó “tratamiento moral”, publicó las formas como debían ser construidos y administrados los asilos de alienados.

¹¹BAKER, Alex, DAVIES LLEWELYN, Peter, SIVADON, Paul. *Servicios psiquiátricos...* Op. cit., pág. 45.

¹²LION, Francois. *Los equipamientos del poder. Ciudades, territorios y equipamientos colectivos*. Barcelona: Gustavo Gili, 1978, pág. 109.

¹³Carlos Guinand Sandoz (1889-1963) 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 en residencias multifamiliares, edificios comerciales y públicos.

¹⁴MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria y cuenta*. Caracas: Taller Offset, 1938, pág. 33-D.

¹⁵Ibídem.

¹⁶Ibíd.

¹⁷MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS. *Memoria y cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional, 1948, pág. 219.

¹⁸MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Memoria y cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional, 1948, pág. 529.

¹⁹Ibídem, pág. 108.

²⁰MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Memoria y cuenta*. Caracas: Imprenta Nacional, 1956, pág. 305.

²¹Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), uno de los principales estudiosos de los trastornos de la conducta en los individuos. Estudió profundamente la locura e identificó la melancolía, uno de los síntomas más antiguo en los hombres.

²²FOUCAULT, Michel. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: S. XXI editores, 2005, pág. 386.