

Historia social y mentalidades:

Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales

Eduardo Kingman Garcés*

Al momento de hacer una historia del pensamiento social ecuatoriano no siempre se han tomado en cuenta las vertientes que se desarrollan al margen de sus canales legitimados o “naturales” de producción (los de la Sociología, la Antropología, las Ciencias Políticas). Me refiero a las formas de pensamiento que han acompañado y acompañan las prácticas cotidianas de organización de la vida social: la escuela, la institución familiar, la racionalización del trabajo en la fábrica, el salubrismo público, las labores de control y vigilancia de la ciudad.

El objetivo de este artículo es el de llamar la atención sobre un aspecto específico dentro de este campo: los discursos de los higienistas quiteños a finales del siglo XIX e inicios del XX y su relación con un *habitus*.

Lo que me interesa de los higienistas (o salubristas, como los llamaré ocasionalmente) son sus propuestas de manejo de la ciudad y los individuos; me gustaría además, relacionar esas propuestas con los cambios que se produjeron en las mentalidades, y de manera más específica, con las ideas de *ornato* y decentamiento urbanos, tal como funcionaron en Quito desde la segunda mitad del siglo XIX. Mi perspectiva no es tanto la de la historia de la medicina o de la urbanística, tam-

poco la de la historia de las ideas, como la de la historia social y sus imaginarios.¹

La medicina social en Europa y en los Andes

Las políticas salubristas se instauraron y desarrollaron en Europa desde el siglo XVIII, pero su incidencia en los Andes y en Ecuador en concreto, fue mucho más tardía. A pesar de existir antecedentes (escritos, propuestas) de este tipo en Quito, desde los años mismos de las reformas borbónicas y durante el siglo XIX, como parte de las preocupaciones de las capas ilustradas, el salubrismo no pasó a constituir una tendencia coherente de acción social sino en los años 30 del siglo pasado.

El problema no consiste, en todo caso, en mostrar la relación del salubrismo (o higienismo) con respecto a modelos europeos, sino en saber cómo funcionaba como corriente de intervención social en una ciudad de los Andes; de qué modo fue utilizado, cómo fue modificado con relación a nuestro propio contexto; o lo que es mejor aún: intentar entender por qué se hizo uso de sus dispositivos, desde qué fines prácticos y de qué modo.

El higienismo ha sido estudiado en Europa como un sistema disciplinario: con el desarrollo de la manufactura y en lo posterior

* Profesor-Investigador de FLACSO-Ecuador.

¹ En este texto me limitaré a sintetizar algunas ideas de una investigación más amplia realizada hace algunos años, que sólo ha circulado en versión mecanográfica.



Blanca Yoder - Inauguración de la Cruz Roja, Quito, hacia 1920

con el de la industria fabril, la urbanización y la constitución de formas modernas de soberanía, la higiene de las poblaciones comenzó a formar parte de las políticas de Estado. Se trataba de una preocupación que iba más allá del campo estrictamente médico y se orientaba, de acuerdo a Foucault, en la línea de una anatomopolítica y una biopolítica.

Tengo dudas sin embargo, en cuanto a que este dispositivo moderno hubiese podido ser aplicado del mismo modo en los Andes y en Europa. En primer lugar, se trataba de un modelo surgido en el contexto de determinadas dinámicas de urbanización y de desarrollo industrial que no alcanzaban nuestros países; en segundo lugar, hablamos de climas distintos desde los puntos de vista intelectual y moral. Si bien las elites se habían orientado en la idea del progreso, no abandonaban su carácter rentístico y un *habitus* marcado por criterios de distinción racial, decencia y privilegio. Las urbes, al mismo tiempo que pretendían modernizarse, seguían siendo en términos de su configuración social y de los tratos y relaciones cotidianas, ciudades en gran medida “señoriales” o de “antiguo régimen”. En ellas tenían aún un gran peso formas embozadas de servi-

dumbre, así como vínculos patrimoniales y sistemas de organización social corporativos. Se trataba de una “ciudad de mercado”, estrechamente relacionada con el agro, en la que predominaba la pequeña producción manufacturera; aunque habían surgido algunas fábricas, el desarrollo del capital industrial era muy débil. En ese contexto existía una gran cantidad de población flotante ligada al peonazgo urbano y semiurbano, a la servidumbre, así como al pequeño comercio, el vagabundaje y a una gran diversidad de oficios.

¿Hasta qué punto podemos hablar en ciudades de este tipo, del surgimiento de un asalariado moderno (en el sentido de Marx) que hubiese requerido pasar por un proceso de disciplinamiento? ¿En qué medida las relaciones cotidianas no estaban aún fuertemente marcadas por la “costumbre”, al punto de que las propias innovaciones se veían condicionadas por ello? A lo mejor, sólo podemos hablar de una modernidad incipiente de la cual estaban excluidas (para bien o para mal) amplias capas sociales. Y si esto fuese así, ¿cuál pudo haber sido el rol de una tecnología disciplinaria como la que habían desarrollado en Europa los higienistas?

El cuidado de la ciudad y la “policía”

Las ordenanzas, disposiciones y correspondencia del Cabildo de Quito registran, a lo largo de todo el siglo XIX, acciones en el campo de la salud pública; pese a ello, no se

puede hablar de salubridad o de higienismo en un sentido moderno. Me refiero a las medidas asumidas frente a las pestes, o aquellas adoptadas para el control de los “lázaros” o de los locos que deambulaban por la ciudad, así como para el cuidado de las acequias, quebradas, calles, plazas, edificaciones públicas, los mercados, carnicerías, etc.



Se trataba de medidas que respondían por un lado, a la idea de ornato, pero por otro, a la idea de beneficencia, tanto en un sentido amplio referente al cuidado de la ciudad, de la familia, de los presidios urbanos, de los abastos y los medios de transporte, como en sentido restringido, de asistencia a los pobres (de protección y vigilancia). De hecho, las medidas salubristas estaban ligadas a las acciones de la Policía, sin que formasen un cuerpo doctrinario propio ni fuesen objeto de preocupación de organismos especializados, menos aún de organismos técnicos; la noción de *policía* era, en todo caso, más amplia que la actual.

El cuidado de las plazas, calles y demás lugares públicos, así como de los abastos y la moral pública dependía tanto de la acción de los organismos de Policía² como de los pobladores. En el siglo XIX no existía *policía* fuera

de la población, su acción partía de las redes organizadas en su interior: barrios, gremios o familias patriarcales.

No todas las acciones que la Policía promovía eran voluntarias, pero la mayoría de ellas tenían un asidero en el “sentir de la gente”. No existía al mismo tiempo, un acuerdo sobre todas las acciones. Se esperaba que la gente participase en el cuidado de los espacios públicos y en el control de las pestes denunciando, entre otras cosas, a los leprosos y a los apestados, pero en muchas ocasiones, sobre todo en los llamados barrios, era la propia gente la que se ocupaba de ocultarlos.

Era ese sentido común ciudadano (del que habla Guerrero) lo que llevaba a utilizar, de modo natural, a los indígenas y no a los blancos, en cualquier tarea relacionada con la salubridad pública. En marzo de 1876 la Dirección de Policía aclaraba que “cuando existía la Contribución de Indígenas, por estar exonerada de esta contribución, los pueblos de Zám-biza y Nayón, eran éstos los únicos llamados al aseo público, ganando medio real por su trabajo y que una vez eliminada esta contribución, se distribuyó el trabajo del aseo a los pueblos de las cinco leguas, abonándoles el jornal que gana cualquier peón”. La nota aclaraba además, que los pobladores de esas parroquias no podían eximirse del trabajo cuando les tocaba su turno o “cuando había necesidad de atender con mayor número a las obras públicas”³. A inicios del siglo XX los indígenas de la parroquia de Zám-biza seguían comprometidos con este servicio: Harto conocido por usted es la preferente atención que ha de menester el cuidado del aseo de la ciudad ya que interesa a todos de una manera general y esa parroquia es la única que provee de la cuadrilla acostumbrada (50 brazos) para el indicado objeto⁴

2 Cuando hablo de Policía me refiero a la institución policial, mientras que la idea de *policía*, en el sentido de gobierno de la ciudad, la he tomado de los documentos coloniales y del siglo XIX, aunque lógicamente bajo una lectura foucaultiana.

3 Archivo Nacional de Historia, Archivo de la República, Vol No 527, 1876, f. 44

4 ANH, Archivo de la República, Vol No 527, 1902, f. 34



Fotógrafo: G. Illescas © Archivo Histórico del Banco Central del Ecuador

Barrenderos indígenas, Quito, hacia 1920

Los indígenas no sólo se ocupaban de la limpieza de las calles y del cuidado de las acequias, sino del manejo de los miasmas y el traslado de los muertos y de los enfermos durante las pestes. En eso compartían tareas con los indigentes y los llamados “vagos”.

Un segundo momento en este cuidado de la ciudad, se produce a finales del siglo XIX con la aparición de los primeros higienistas; me refiero a hombres públicos como Manuel Jijón Bello y Gualberto Arcos. Se trataba de un higienismo práctico que acompañaba a las medidas municipales y de Policía. Los términos higienistas de su discurso se confundían aún con los de los publicistas, así como con el sentido común ciudadano. Una muestra de esto es la “Reseña Higiénica de Quito”, publicada en 1902 por el Doctor Manuel Jijón Bello en la que pasa revista sin establecer diferencias, a cuestiones médicas y de salubridad, ordenanzas municipales, leyes y reglamentos, asuntos relacionados con el ordenamiento social.

Un tercer momento se produce en las primeras décadas del siglo XX. Si durante el si-

glo XIX el interés de las políticas urbanas se afincó en el desarrollo de un cuerpo legal que permitiera el gobierno de la ciudad, a partir del siglo XX los que comienzan a predominar son criterios técnicos de normatividad: crecimiento normal de la ciudad y de la población. Es en este contexto donde se inscribe la segunda generación de salubristas. Así como en el siglo XIX, las reformas introducidas por García Moreno en los hospitales permitieron una integración entre el saber médico y la práctica médica hospitalaria (visitas por las salas, autopsias y experimentación con los enfermos), el control de las pestes dio, desde inicios del siglo XX y aún antes, la ocasión de experimentar en el campo de la medicina social. Este tipo de prácticas se desarrolló más tempranamente en la ciudad portuaria de Guayaquil que en Quito. Existe, en todo caso, una gran diferencia entre la primera generación de salubristas y la segunda, a la que se hará referencia en el siguiente acápite, ya que mientras los unos mezclaban parámetros médicos con jurídicos y morales, propios del pu-

blicismo, los segundos harían prevalecer los criterios científicos de la moderna medicina social.

Pablo Arturo Suárez y la medicina social

A Pablo Arturo Suárez (destacado médico y hombre universitario) se le deben las primeras observaciones sistemáticas sobre las condiciones de vida de las poblaciones, y particularmente de los sectores populares. Se trataba de estudios fundamentados en observaciones y estadísticas, dirigidos a medir las potencialidades de la población y a proponer disposiciones de mejoramiento social, encuadradas en el campo de la medicina social. Gran parte de los estudios fueron realizados con grupos de estudiantes de la Universidad Central, que contaban con muy escasos recursos para el efecto. Suárez fue uno de los primeros en utilizar información cuantitativa, obtenida directamente, como fundamento y principio de autoridad de sus observaciones. La realidad era concebida por Suárez, en términos de “laboratorio social”, sujeta a mediciones y comprobaciones médicas y sociales:

Como fundamento imprescindible de una labor médico-social en el Instituto de Previsión, debía no sólo concretar mi primera labor a ir estableciendo dispensarios, laboratorios y otras dependencias como órganos de investigación y de defensa de la salud de los asegurados; sino establecer datos numéricos e índices que reflejen el estado de crecimiento y desarrollo económico-social, valor biológico o vital, capacidad de rendimiento y estado higiénico-sanitario de las poblaciones (Suárez 1937: 8).

Se trataba de un “examen de conciencia de cada población” que permitía calcular el ciclo vital de sus habitantes, saber “cuántos somos, cuántos mueren de cada grupo de edad, cómo vivimos (alojamiento, alimentación), qué volumen de dinero pasa por nuestras manos, qué grado de instrucción elemental tenemos, cuál es en fin, la mayoría de una población pues, es

esa mayoría la que determina el valor moral y físico de una población” (Ibid.). En todo esto existía, además, una preocupación por encontrar una causalidad a partir de evidencias empíricas. Las estadísticas permitían establecer una correlación entre la tuberculosis y el clima de Quito, o medir el aire que respiraban los obreros en las manufacturas. El Doctor Suárez había trabajado antes como médico en el Hospital San Juan de Dios y sostenía la posibilidad de experimentar con cierta categoría de enfermos. También el espacio social era asumido como un ámbito apropiado para el conocimiento y la experimentación.

Para Pablo Arturo Suárez había pasado la hora de lamentarse por la suerte del indio y del obrero y de especular sobre su situación; de lo que se trataba era de “meditar y en especial de obrar, pero sobre bases reales”. En condiciones de crisis en donde todo se redefinía, tanto el mundo rural como el urbano necesitaban ser redescubiertos; además, ahora eso era posible, gracias a las perspectivas abiertas por la ciencia positiva.

En sus observaciones de la ciudad intenta el doctor Suárez, establecer una “división clasista, no étnica, de los sectores populares” ya que “no tenemos generalmente en cuenta las razones de orden económico-social que agrupan a los hombres en clases sociales” (Suárez 1934: 80). No obstante, las clases no eran asumidas en términos de relaciones de producción o de trabajo, sino de niveles de ingreso y condiciones de vida.

El criterio expuesto en líneas anteriores conducía a hablar de “dos tipos de clase obrera” al interior de la ciudad de Quito: la que agrupaba a jornaleros, cargadores, barrenderos, vendedores ambulantes de comestibles, pequeños oficiales de taller, todos ellos con ingresos menores a 30 sucres; y la que se refería a albañiles, modestos artesanos, comerciantes de ínfima categoría, obreros industriales, con ingresos todos estos que oscilaban entre los 30 y 100 sucres. Las condiciones de vida de estos sectores semejaban en múltiples aspectos, a las de los campesinos indígenas. Las familias del primer tipo vivían en cuartos

con piso de tierra, que a más de servir como habitación y cocina, eran utilizados en ocasiones como talleres y depósitos. En estas habitaciones el aire era viciado por la ausencia de aseo personal, por la acumulación de desperdicios, la utilización de fogones y la convivencia con los animales. Apenas el 25% de los miembros de esa población estaba en condiciones de sobrevivir (Ibid.).

En lo que se refiere a los obreros industriales, los datos que consigna Suárez de las principales ciudades del interior, muestran que constituían un ínfimo porcentaje de la población. Compárese, por ejemplo en el caso de Quito, el número de obreros fabriles (1.651, es decir el 4.6% de la población de la ciudad) con los obreros de taller (el 10%), los trabajadores autónomos (el 23.5%) o los sirvientes (21.1%). El 90% de los trabajadores laboraba aproximadamente 11 horas diarias y no se hallaba sujeto a ninguna protección industrial (Ibid.).

Existía una estrecha relación entre factores médicos y sociales: de acuerdo a Suárez, en nuestros países se vivían condiciones de “anemia económica”, “pobreza general”, “miseria biológica”. Se daban situaciones negativas de salubridad relacionadas con las condiciones sociales y culturales de la población. El 31% de los nacidos morían antes de cumplir los veintiún años. Sólo en Quito, morían 1.300 niños menores de tres años, el 69% de los fallecidos era de “la clase inferior” (Ibid.: 82). Todo esto formaba parte de “la vorágine destructora de una nacionalidad” (Suárez 1937: 11). La preocupación no se centraba ya en los expósitos (como en el siglo XIX) sino en los niños y niñas de clase trabajadora, en sus altas tasas de mortalidad y en sus taras endémicas:

La debilidad de una raza se proclama por su inutilidad creadora: hijos que mueren a la primera infección, hijos débiles y retrasados, hijos anormales y deformados, hijos nacidos muertos, hijos prematuros y abortos espontáneos (Suárez 1934: 54).

En la concepción de Pablo Arturo Suárez hay un proceso degenerativo de los sectores popu-

lares en el cual “cada generación engendra otra más débil y menos capaz”; por eso la primera condición para integrar a los obreros a la civilización consiste en colocarlos en condiciones mínimamente humanas. Desde su perspectiva de estudioso de la medicina social, cualquier acción previa en el camino de la reforma social, no tenía sentido (en sus planteamientos había una crítica implícita a las posiciones socialistas que se hicieron presentes en esos años):

Antes de colocar a estas clases en posiciones doctrinarias y ejecutivas que requieren salud mental y corporal, es necesario situarlas en posiciones de reconstrucción, de curación verdadera. Nuestro país debe constituirse, por el momento, más que en un laboratorio de experimentación social, en un gran asilo o casa de salud. La labor de las clases dirigentes debe ser, ante todo, tutelar, previsiva y justa, eminentemente proteccionista (Ibid.: 69).

Objetivo (no siempre explícito) de los higienistas era buscar condiciones mínimas para la formación de un asalariado urbano. Para esto el Estado debía asumir un rol previsor en las fábricas, en los barrios obreros; pero había también un tipo de preocupación moral, la de determinar los límites de lo aceptable en materia de trabajo, salud, alimentación. Suárez y sus discípulos plantean una serie de propuestas prácticas en ese sentido, dirigidas por ejemplo, a la creación de panaderías municipales y comedores populares. En Quito existían 60 panaderías, la mayoría de las cuales estaba en manos de gente del pueblo, en ellas se elaboraba el pan en condiciones nada higiénicas y es que se trataba, de acuerdo al mismo Suárez, de negocios pequeños, que trabajaban con medio, uno, o a lo mucho, dos quintales de harina, lo que no dejaba margen para hacer inversiones que mejorasen su calidad, mientras que la municipalidad podría favorecer a través de instalaciones modernas e higiénicas, las necesidades de la población.

Suárez utilizaba la metáfora del asilo, de la casa de salud; pero su sentido no era tanto el del encierro como el de la cura. El asilo como algo tutelar, previsivo, justo; al mismo tiempo

permite ejercer un control. El asilo era percibido como protección, pero no en el sentido clásico de encierro, orientado a “dejar morir”, sino, por el contrario, a “permitir vivir”. En los higienistas seguidores de Suárez la mirada estaba puesta sobre la ciudad, en la constitución de ciudadanos, y esto suponía un sentido clasificatorio, pero también la posibilidad de incorporar e integrar capas de la población, de modo selectivo. No se trataba de una ciudadanía basada en aspectos raciales, como en diversos “estilos de vida”.

Los hábitos son los que permiten establecer gradaciones sociales y éstos pueden ser modificados (hábitos de alimentación, de higiene, de trabajo, también costumbres). La diferenciación se establece con respecto a un sector no urbanizado, no incorporado; con respecto a lo que al interior de la propia ciudad (y al interior de cada uno) subsiste como no urbanizado, no incorporado. José Tavares habla de “colonización de la vida cotidiana” y de la producción de una “revolución blanca” al interior de la casa (Tavares 1993: 751). Igual se puede hablar de incorporación ciudadana. Se trata de todo un proceso de formación de la subjetividad, basado en la interiorización de estructuras significantes, en la generación de sistemas de disposiciones. Sabemos con Bourdieu, que los hábitos son estructurados y estructurantes: generadores de prácticas y de esquemas de percepción y apropiación. Éstos pueden ser modificados a través de medidas higiénicas.

La higienización se basaba en pautas universales de comportamiento e incluía tanto el mejoramiento de los cuerpos como la modificación de las costumbres. Estas ideas se generalizaron en los años 30 y 40 del siglo XX y abarcaron ámbitos tan diversos como la educación y protección de la infancia, la salud, el ordenamiento urbano. Antes que un mestizaje en términos de blanqueamiento, lo que se buscaba era el mejoramiento biológico y cultural. Todo esto pasaba por cambiar las condiciones de vida de la “clase obrera”, o por lo menos, de una parte de ésta. Objetivo (no siempre explícito) de los higienistas era bus-

car condiciones mínimas para la formación de un asalariado urbano. Para esto el Estado debía asumir un rol previsor: en las fábricas, en los barrios obreros. Así, la construcción de casas especiales, casas obreras, en las que fuera factible llevar una “vida sana”. “Casitas ventiladas y claras, rodeadas de anchas avenidas y jardines, para que el aire puro y la luz economicen drogas e intervenciones médicas” como se decía de modo lírico en un diario.⁵ En Quito, esto no sólo preocupaba a los organismos estatales y a los salubristas especializados, sino a publicistas y filántropos y estaba orientado a una “urbanización de las costumbres”. Existía una estrecha vinculación entre las políticas habitacionales y las de protección del hogar, mejoramiento de las costumbres, promoción cívica.

El doctor Pablo Arturo Suárez realizó un estudio del estado de las viviendas populares y apoyó los primeros programas de construcción de casas obreras del Instituto de Previsión Social. De acuerdo a Suárez, las condiciones de la vivienda obrera, tal como estaban, no contribuían a brindar salud ni sosiego a sus habitantes, eran una suerte de “antros de la miseria”, instigadoras de vicio y disgusto permanentes. Su tono no era moralista, sino más bien objetivo, se basaba en evidencias. Formaba parte de las preocupaciones positivistas por la suerte de la parte útil de la población:

Todo lo que se haga por ofrecer al obrero de hoy una habitación sana, debe considerarse como de incalculable trascendencia para el progreso de un País, cuyas bases son capital humano sano y de mentalidad normal y trabajo de rendimiento eficiente” (Suárez s/f).

Existía preocupación por la distribución interna de las casas y por su aseo. Las viviendas obreras eran modelos reducidos de las viviendas de clase media. Al igual que éstas reproducían el modelo de la “casa-jardín”, e intentaban desarrollar en la distribución de sus espacios, la idea de privacidad. Igualmente se

5 *El Día*, 26 de febrero de 1926.

buscaba una mayor circulación del aire con el fin de impedir la propagación de las enfermedades, principalmente de aquellas de tipo respiratorio. En Quito, no siempre se hablaba de “casas para obreros” sino más bien de “habitaciones higiénicas”. En la práctica, la mayoría de los programas de vivienda obrera fueron a parar en manos de las clases medias, las únicas que podían pagarlas.

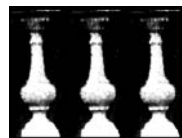
Este conjunto de disposiciones prácticas fueron haciendo permeables patrones de conducta “ciudadanos” y contribuyeron al proceso civilizatorio. De hecho, se establecía un puente entre las preocupaciones médicas y las preocupaciones urbanísticas y sociales. Los programas de vivienda no sólo favorecen a la higiene y la modificación de las costumbres, sino que promueven el ahorro. Se dice que lo primordial en este tipo de programas será la higiene. Ahora bien, la habitación higiénica era percibida como “el secreto para que la nacionalidad prospere y la raza se fortifique”⁶ Este conjunto de disposiciones y prácticas fueron haciendo permeables una serie de patrones de conducta “ciudadanos” y contribuyeron a un proceso civilizador.

Lo interesante de este tipo de políticas civilizatorias era que tomaban a la familia como referente, pero la familia como una entidad sujeta a sospecha y control, así como a reforma. La familia jugaba un papel fundamental en la organización de la vida cotidiana en esos años, pero se trataba de familias ampliadas al interior de las cuales se daban los patrones básicos de socialización. El modelo que trataba de incorporarse, por el contrario, tomaba como referente la familia nuclear y la metáfora del hogar y de la casa. Es posible que en las capas medias el ideal de los individuos comenzase a asimilarse a la vida en familia, “y que la propia familia tendiese a asociarse a la idea de una casa limpia y bien equipada” (Beugin citado por Tavares 1993: 751). Al mismo tiempo, se desarrollaba la imagen de la familia obrera y de la casa obrera, así como de la cultura obrera, como formas “decentes” de existencia popular.⁶

Salubrisimo y ornato

Por último, quiero relacionar higienismo y *ornato*. A finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX, el cuidado de las ciudades andinas estaba directamente relacionado con el *ornato*. No me refiero sólo a las reformas introducidas en la ciudad a partir de los criterios de “ordenamiento”, “adecentamiento” y “ornamentación”, sino a una tendencia o forma de percepción impulsada por las elites a partir de sus propias prácticas de exclusión y separación, que había pasado a dominar el ambiente social de la época. La cultura, antes que como producción, o como una forma de acumulación de un tipo de capital específico, era percibida, desde el sentido común de las elites, como adorno o como buenas costumbres.⁸

El *ornato* era una institución que modelaba los sentidos, las formas de percepción, condicionaba los gustos. El ornato público de una ciudad, así como proporcionaba comodidades a sus habitantes, podía servir para medir su grado de cultura y para establecer distancias con respecto a lo “no-culto”. El *ornato* era, a su vez, parte importante de la “arquitectura”



Las disposiciones prácticas introdujeron patrones de conducta "ciudadanos" y contribuyeron al proceso civilizatorio. Se establecía un puente entre las preocupaciones médicas y las preocupaciones urbanísticas y sociales. Los programas de vivienda favorecieron la higiene, modifican las costumbres y promueven el ahorro

6 *El Día*, 2 de febrero de 1934.

7 Los propios obreros asumen la cultura obrera, así como el papel de la familia obrera desde parámetros distintos a los del Estado. Eso es lo que colijo de mis entrevistas al Gremio de Albañiles de Quito.

8 El propio Gonzalo Zaldumbide como representante de una tendencia aristocrática poseedora de un capital cultural y no sólo de un capital de prestigio, criticaba ese reduccionismo.



Archivo Guillermo Echeverría

Jóvenes, Quito, hacia 1920

ectura social”, ya que normaba el comportamiento y las relaciones de las elites, así como sus criterios de distinción, diferenciación y separación con respecto a los otros. Las ideas de reordenamiento y de separación eran los patrones que marcaban las relaciones urbanas en ese entonces.

Durante el siglo XIX no se desarrollaba aún una preocupación por el cuerpo individual y social como fuerzas productivas, tampoco por una racionalización del espacio de la ciudad en función productiva. ¿En qué medida esto se modificó con el desarrollo de relaciones salariales y hasta qué punto el higienismo constituyó una forma moderna de preocupación por lo urbano, sustitutiva del *ornato*, en el contexto de estas nuevas relaciones? ¿Cuáles eran las vinculaciones entre higienismo y *ornato*? ¿Se trata de lenguajes paralelos, yuxtapuestos o de dos formas radicalmente distintas de percibir las relaciones sociales? Cuando hablo de higienismo me refiero a una corriente

médico-social que buscaba ordenar el funcionamiento del espacio social y físico a partir de criterios positivistas, como la salud y el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, cuando intento relacionar el higienismo con el “clima moral” de la sociedad quiteña en esa época, me nace la sospecha de que en la vida cotidiana, las enseñanzas de la moderna medicina social se intercalaban con los sentidos incorporados del *ornato* y el adecentamiento urbanos.

Si en “cada cultura existen una serie coherente de líneas divisorias” o “actos de demarcación” en el sentido foucaultniano (Foucault 1990:13), habría que ver en qué medida las propuestas supuestamente objetivas del higienismo eran incorporadas a las demarcaciones ciudadanas hasta pasar a ser parte de su sentido común. De modo tentativo me atrevería a afirmar que la diferencia fundamental entre las prácticas del *ornato* y las del higienismo radica en que mientras el primero separa, el segundo desarrolla prácticas de *urbanización* y de *ciudadanización*, modela los *habitus*, intenta civilizar el cuerpo de los individuos y el cuerpo social. Ahora bien, en el caso de Quito las ideas del *ornato* entraban en juego con las del salubrismo al momento de organizar la limpieza de las calles y de las plazas, o de prohibir la crianza de animales, chicherías, curtiembres (consideradas a partir de determinado momento como actividades no urbanas). E igual sucedía con la clasificación de los barrios para la generación de políticas salubristas o con las campañas dirigidas a expulsar y encerrar a los indigentes y a los llamados ‘vagos’.

En principio, los higienistas planteaban pautas de mejoramiento de las condiciones de habitabilidad y de vida en los barrios, al interior de las casas, las fábricas, los espacios públicos; se basaban para el efecto, en elementos objetivos como el control de las pestes y enfermedades así como del mejoramiento de la población. En la práctica, los que primaban eran los mecanismos de percepción cotidianos, marcados por la exclusión y la separación. Incluso, buena parte de los criterios salubristas fueron asimilados por el sentido común ciudadano desde la perspectiva racista, inherente

a su *habitus*. Así, la prohibición de expender productos alimenticios mientras se usaran vestidos indígenas, o la negativa a que viajaran indígenas en el tranvía o que se comercializaran productos de indígenas y para indígenas en determinados sitios considerados “públicos”. Las oposiciones planteadas por los higienistas entre salud y enfermedad, suciedad y limpieza, se convirtieron en recursos para pensar lo social en un momento de tránsito de la ciudad señorial a la “moderna”. Muchos de los criterios salubristas (referentes al contagio de enfermedades, por ejemplo) contribuyeron a acrecentar el recelo frente al Otro y particularmente el recelo de los cuerpos⁹. Por otra parte, los criterios médicos de los higienistas sirvieron de base (y aún sirven) a las acciones de la Policía dirigidas a desalojar a los sectores populares y sobre todo, a “los usos populares” del centro de la ciudad y de otros espacios decentes o en proceso de readecentamiento.

¿Significa esto que el sentido disciplinario de los higienistas, no tuvo ningún efecto? Si nos limitamos a mirar la coyuntura de ese entonces, debemos concluir que sus acciones fueron limitadas, cuando no cayeron en el vacío; pero si intentamos mirar desde el largo plazo y desde las transformaciones que este tipo de acciones han producido y continúan produciendo en la vida cotidiana y en la rela-

ción entre las clases, nuestra perspectiva de análisis puede ser distinta. Buena parte de las acciones de los salubristas, al igual que las que se desarrollaron con los niños y niñas en las escuelas “modernas”, o los enfermos y marginales en los hospitales y centros de beneficencia, tenían un carácter experimental; sin embargo, que no funcionasen de manera masiva no elimina su interés histórico. Al mismo tiempo, cada acción disciplinaria (al igual que cada acción excluyente) se vio acompañada por tácticas de resistencia. O como dice el mismo Foucault, todas las demarcaciones son ambiguas: “desde el momento en el que señalan los límites, abren el espacio a una transgresión siempre posible” (Foucault Ibid.: 13)

Bibliografía

- Guerrero, Andrés, 2000, *Etnicidades*. Quito: FLACSO.
- Bourdieu, Pierre, s/f, *El Sentido Práctico* (fotocopia).
- Foucault, Michael, 1990, *La vida de los Hombres Infames*, Madrid: Editorial Altamira.
- Suárez, Pablo Arturo, 1934, *Contribución al estudio de las realidades entre la clase obrera y campesina*. Quito: Imprenta de la Universidad Central.
- _____, 1937, “Estudio numérico y económico-social de la población de Quito”, en *Boletín del Departamento Médico Social del Instituto Nacional de Previsión Social* N° 1: 8.
- _____, s/f “La casa colectiva para obreros” *Boletín del Departamento Médico social n. 3*
- Tavares, José, 1993, “A construação da casa popular no Recife (década de 30)”, en *Análise Social, Revista do Instituto de Ciências Sociais*, Universidad de Lisboa.

9 Las enfermedades de la piel eran las que más preocupaban, éstas debían ser erradicadas con “medios sanitarios” y con una reordenación de las costumbres. Existía una preocupación cotidiana, que se veía corroborada por la opinión de los médicos, por los factores de contagio: el contacto con los cuerpos de los virulentos, mendigos y gente del campo, “el roce de los vestidos toscos infectados”, la manipulación de billetes de banco, las peluquerías, la confusión de la ropa en el lavado: “en nuestro país no se lava aún en agua hirviendo ni con substancias químicas: primax, bórax, sosa o potasa; y en la misma piedra en la que lavó ayer una mujer de cuartel, se lava hoy ropa que va a casas sanas y cuidadosas” (*El Día*, 31-VII-1925: 1).