

LA COLONIZACIÓN OLFATIVA DE LA MEDICINA

CUERPOS Y ESPACIOS URBANOS

Artículo de investigación

SECCIÓN CENTRAL



Cristina Larrea Killinger

Universidad de Barcelona / clarreakillinger@gmail.com

Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. En 1996 ingresó en esta universidad como profesora asociada, en el año 2001 ganó la plaza de profesora titular de Antropología Social. Ha sido profesora visitante en la Universidad Católica de Guayaquil (Ecuador), la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (México), la Universidad Andina Simón Bolívar (Quito) y la Universidad Federal de Bahia (Brasil). También ha colaborado en las áreas de investigación o docencia en otras instituciones como el Instituto Nacional del Niño y la Familia (Ecuador), el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH Morelos, México), el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, México), la Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasilia, Brasil), la Universidad Tecnológica de Pereira (Colombia), la Universidad Distrital de Bogotá (Colombia), el Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Libre de Berlín (Alemania) y el Laboratorio Central de Farmacología de la Universidad de la Habana (Cuba). Su investigación doctoral se centró en un estudio etnohistórico sobre las topografías médicas en Cataluña. Desde 1994 ha realizado un trabajo de campo en áreas urbano-marginales de Brasil y Ecuador, y ha abordado principalmente los temas de salud, desarrollo, saneamiento y violencia. Ha investigado también sobre medicinas tradicionales en México y Cuba. Entre sus publicaciones se destacan el libro *La cultura de los olores: una aproximación a la antropología de los sentidos*, resultado de su tesis doctoral, diversas colaboraciones en libros, y varios artículos en revistas nacionales e internacionales.

RESUMEN

Este artículo se centra en la cosmovisión olfativa que la medicina ha desarrollado durante la modernización y, en concreto, en el proceso de colonización olfativa impulsado por el movimiento higienista, obcecado en el control de los olores. Toma como punto de partida la instauración del desarrollo del conocimiento miasmático de la enfermedad y la aplicación de medidas higiénicas que se dieron entre los siglos XVIII y XIX. Concluye con la colonización de los trópicos y el cromatismo olfativo de la limpieza frente a la utopía higiénica de la asepsia. Desarrollado en tres partes, en primer lugar se detiene en realizar un recorrido histórico —entre los siglos XVIII y XIX— por los fundamentos epistemológicos del sentido olfativo y su papel práctico en la medicina europea, con ejemplos de topografías médicas catalanas. En segundo lugar, se concentra en desvelar los mecanismos de reconocimiento miasmático en el trópico brasileño de la medicina del XIX y su influencia en la colonización olfativa. En tercer lugar, apunta hacia un análisis incipiente sobre el cromatismo olfativo de la limpieza actual, frente a la utopía higiénica de la asepsia en el trópico brasileño, con ejemplos etnográficos de las representaciones y prácticas olfativas en Salvador de Bahía.

PALABRAS CLAVES

colonización, medicina, olfato, olores

THE OLFACTORY COLONIZATION OF MEDICINE. BODIES AND URBAN SPACES

ABSTRACT

The main subject of this article is the olfactory world view that medicine brought about since the beginning of modernity; more concretely, the process of olfactory colonization promoted by a hygiene movement that has been blinded by the desire to control smells. It opens with the development of the miasmatic theory of disease and the hygienic measures that were first applied in the XVIII and XIX centuries, and ends with the colonization of the tropics and the olfactory chromaticism of cleanliness facing the hygienic utopia of asepsis. The article is developed in three sections: first, an historical overview (XVIII to XIX centuries) of the epistemological basis of the sense of smell and its practical role in European medical practice, with examples taken from Catalanian medical topographies. Second, an investigation of the mechanisms of miasmatic reconnaissance used in XIX century medical practice in the Brazilian tropic, and its influence in olfactory colonization. Finally, an introductory analysis of the olfactory chromaticism of current cleanliness, as compared to the hygienic utopia in the Brazilian tropic, with ethnographic examples of olfactory representations and practices in Salvador da Bahia.

KEY WORDS

Brazil, colonization, medicine, scents, sense of smell, tropics

LA COLONISATION OLFACTIVE DE LA MÉDECINE. CORPS ET ESPACES URBAINS

RÉSUMÉ

Cet article se concentre en la cosmovision olfactive que la médecine a développé pendant la modernisation et, concrètement, au processus de colonisation olfactive stimulé par le mouvement hygiéniste, entêté au contrôle des odeurs. Son point de départ est l'instauration du développement de la connaissance miasmatique de la maladie et l'application de mesures hygiéniques qu'il y eut entre le XVIII et le XIX siècle. Il conclut avec la colonisation des tropiques et le chromatisme olfactif de la propreté, face à l'utopie hygiénique de l'asepsie. Développé en trois sections, le texte fait d'abord un parcours historique —entre le XVIII et le XIX siècle— à travers les fondements épistémologiques du sens de l'odorat et son rôle pratique dans la médecine Européenne, avec des exemples de topographies médicales Catalanes. Deuxièmement, il se concentre en dévoiler les mécanismes de reconnaissance miasmatique au tropique Brésilien de la médecine du XIX siècle et son influence sur la colonisation olfactive. Troisièmement, il vise à une naissante analyse au sujet du chromatisme olfactif actuel sur la propreté, face à l'utopie hygiénique de l'asepsie au tropique Brésilien, avec des exemples ethnographiques des représentations et pratiques olfactives à Salvador de Bahia.

MOTS-CLÉS

colonisation, médecine, odeurs, odorat

A COLONIZAÇÃO OLFATIVA DA MEDICINA. CORPOS E ESPAÇOS URBANOS

RESUMO

Este artigo se centra na cosmovisão olfativa que a medicina tem desenvolvido durante a modernização e, em concreto, com o processo de colonização olfativa impulsionado pelo movimento higienista, obcecado no controle dos odores. Toma como ponto de partida a instauração do desenvolvimento do conhecimento miasmático da doença e a aplicação de medidas higiênicas que se desenvolveram entre os séculos XVIII y XIX. Conclui com a colonização dos trópicos e o cromatismo olfativo da limpeza perante a utopia higiênica da assepsia. O texto está dividido em três partes, na primeira parte faz referência ao percurso histórico, entre os séculos XVIII e XIX, pelos fundamentos epistemológicos do sentido olfativo e seu papel prático na medicina européia, com exemplos de topografias médicas catalães. Em segundo lugar, se concentra em desvelar os mecanismos do conhecimento miasmático no tropico brasileiro da medicina do século XIX e sua influência na colonização olfativa. Em terceiro lugar, assinala para uma análise incipiente sobre o cromatismo olfativo da limpeza atual, perante a utopia higiênica da assepsia no trópico brasileiro, com exemplos etnográficos das representações e práticas olfativas em Salvador - Bahia.

PALAVRAS-CHAVE

colonização, medicina, odores, olfato

CHI ASNAIPA AMBICHIYPA YUYAIPA KICHUSKA KUTIJPI NUKAJKAIKUNA CHISUYU ATUN LLAJTAKUNAPI

PISIACHISKA

Kai killaska chajpichimi atunpacha kauaska asnaskata ima chi ambichiyka ka tangachiska chasapi chi musururachiskapi, kauachispauan, chi rurachiyka yuyaipa kichuska kutijpi asnaipa katichiska chi pichachiska muyuchiymandata, jirru katichispa chipi pakakungapa asnaikunata. Apimi ima suyu kallariyka chi churachiska tangachiyka yachaykuspa jirru unguchiskata chiuan churachingapa pichachiska ambiykuna imami karankuna chajpi Chunga Pusag Chunga Iskun uan patsakutij kunapi. Tukuri chi yuyaipa kichuska kutij indi suyukunapajpi chi kuichisinauan asnaipa pichachingapa ñauipi muskui pichachiska chi timbuchiykasina. Tangayachiska kimsa pitekunapi, suj suyu kallariska sayarimi rurachiyka suj purichiska katirimaska —chajpi Chunga Pusag Chunga Iskun uan patsakutij kunapi— chi kallariyka yachajkunapa asnaipa samai kikin apaipauan yachaska chi europea ambichiyka, yachachiykunaua catalanas alpakuna ambichiykamanda. Iskaipi suyu, suglla yuyaymi ka kauachingapa kuyuchiykunaua yuyariskata unguchiyka chi brasileño indisuyu ambiyka Chunga Iskunpi kikin llasaipa chi yuyaipa kichuska kutijpi. Kimsapi suyu, kauachimi sugma suj kallariskalla kauakui aualla chi kuichisina asnaipa kaipi pichachiskata, ñauipi muskui pichachiska chi timbuchiykasina chi brasileño indisuyupi, kikinruna yachachiykunaua chi killachiskunaua asnaï rurachiykunauan Salvador Bahiapi.

RIMAIKUNA NIY

ambiyka, asnaikuna, singa, yuyaipa kichuska kutijpi

Recibido el 20 de febrero de 2010

Aceptado el 30 de mayo de 2010

2004

DE



GO

ODDIO

LA

Partimos del concepto de "colonización olfativa" para referirnos a la conquista del universo de los olores por parte de la medicina, y su influencia en el desarrollo de la higiene, el urbanismo y la estética. Esta colonización abre un proceso interno y externo de legitimación de los significados socioculturales que se reproducen en torno a la experiencia olfativa en una sola dirección: alcanzar la utopía higiénica, basada en un nuevo orden moral. Decimos que es "interno" porque se trata de aplicar el conocimiento higiénico a favor del control olfativo en la misma sociedad, a través de la deslegitimación de los saberes populares. Sin embargo, es al mismo tiempo "externo", porque este proceso se da en otros contextos culturales, como veremos en las segunda y tercera partes de este texto.

I. Epistemología médica miasmática

Los hedores siempre desvelan lugares sospechosos, espacios donde la suciedad convive con el bullicio humano, ciudades donde la acumulación de podredumbre se confunde con el hacinamiento y descubre el desorden social. En Europa, entre los siglos XVIII y XIX, la medicina estableció un modelo de dominación de los espacios y de los cuerpos. El desarrollo de las hipótesis miasmáticas, la medicina social y la divulgación de los preceptos higiénicos favorecieron una vigilancia permanente del hacinamiento humano, una obsesión por otear las impurezas deletéreas presentes en instituciones y espacios públicos, y una insistencia en crear una nueva moral, basada en el control de los cuerpos. Debido al proceso de secularización del conocimiento, el desarrollo de las políticas sanitarias y el crecimiento de nuevos proyectos de urbanización en las grandes ciudades europeas, la medicina consiguió transformarse en un saber hegemónico en el campo de la ideología y la política.

A. Los fundamentos del conocimiento olfativo de la enfermedad

La etiología médica se enfrentó al problema de la clasificación olfativa de las enfermedades hasta que el descubrimiento experimental del microbio reemplazó definitivamente el conocimiento miasmático. Los miasmas eran definidos por los médicos como las exhalaciones y emanaciones olfativas responsables de las enfermedades infectocontagiosas. Caracterizados por su mal olor, tenían la capacidad de producir y transmitir las enfermedades a través del aire. Los médicos, atados a su obcecación empírica por la observación de los fenómenos ambientales y su relación con la enfermedad y la salud humana, desplegaron un complejo dispositivo cognitivo-sensorial en el que el olfato jugó un papel fundamental en la estructuración de las ideas y prácticas médicas. Las enfermedades conformaban un universo olfativo que había que observar, diseccionar, clasificar, controlar y destruir.

Precisamente en un periodo histórico en el que la mayoría de los filósofos consideraban que los sentidos jugaban un papel secundario en el desarrollo de la razón, la medicina se encontró en una encrucijada epistemológica irresoluble. Mientras que los filósofos se desprendían del olfato en el campo del entendimiento humano, y lo expulsaban de la razón para relegarlo a la intuición, algunos médicos lo consideraban apropiado para el desarrollo científico (Larrea, 1994 y 1996). Al ser la medicina erigida como una ciencia del progreso, se esperaba que se desprendiera de los sentidos como fuente de conocimiento, sobre todo del sentido más primario e intuitivo, el olfato. ¿Cómo hacerlo, cuando tenía la virtud de identificar los centros de infección? ¿Cómo se podía transformar un sentido primario en un instrumento de conocimiento científico? Al mismo tiempo, otro problema fundamental y mucho más profundo se ponía en cuestión: las relaciones entre naturaleza y cultura. ¿Cómo



▲ “El Limbo II y III”, dibujo, Camilo Cuervo, 2009.

podía el ser humano desprenderse de esa naturaleza animal, evocada constantemente a través del despliegue de sus más “bajos” instintos?

La importancia del sentido olfativo en la medicina procede ante todo de dos fuentes, una filosófica y otra propiamente médica. La primera provenía del pensamiento filosófico de John Locke y Étienne Bonnot de Condillac. La segunda influencia procedía del conocimiento médico de P.J.G. Cabanis, Claude-Nicolas Lecat y los osfresólogos —especialistas en la clasificación olfativa de las enfermedades—, así como de la tradición médica clásica de exploración clínica —auscultación, percusión, palpación, observación—, donde el olfato era un sentido más en la actividad diagnóstica. La medicina se había visto influida por el papel que había tenido la filosofía en el proceso de estructuración jerárquica sensorial, y el lugar que le había conferido al sentido olfativo en comparación con el sentido visual. Mientras que el primero era una percepción relegada a la condición animal y atávica del ser humano, la segunda era un sentido abocado a la perfección estética y moral (Larrea, 1994 y 1996).

La civilización y la cultura eran percibidas como los únicos proyectos de alcance moral y humano capaces de superar nuestra animalidad atávica; y la educación del olfato del médico la que permitía conseguir un instrumento diagnóstico eficaz para controlar los focos infecciosos. Esta educación era la que separaba a los humanos de los animales, porque en aquella época la capacidad sensorial del hombre era reconocida como superior a aquella de los animales. Sin embargo, los médicos del XIX no se ponían de acuerdo sobre el papel que jugaban los sentidos para saber cuál era la naturaleza de la enfermedad.

Mientras había quienes defendían que el rol de todos era imprescindible para la elaboración del método diagnóstico, otros opinaban que eran insuficientes. Adan Raciborski (1841) dividió el conocimiento de exploración clínica entre los llamados “métodos sensoriales” —reconocidos como primarios y primitivos—, y los “métodos intelectuales” —como los únicos apropiados para el razonamiento y la interpretación. Entre los “métodos sensoriales”, la observación se erigía como el acto más eficaz para reconocer los signos y síntomas,

y establecer un primer diagnóstico, a pesar de que el sentido olfativo podía acercarse a la inteligencia cuando éste se afinaba.

En cambio, el higienista catalán Juan Giné y Partagás (1880) no aceptaba del filósofo Condillac la idea de que las facultades intelectuales dependieran en sí mismas de las sensaciones. Para él, la inteligencia era una facultad (potencia, aptitud) y las sensaciones los “excitantes”, estableciéndose así la separación entre inteligencia y sensibilidad. A la influencia externa de las sensaciones, Giné y Partagás añadía el dominio de las pasiones, que jugó un papel fundamental en la transformación de los olores del cuerpo.

La superioridad olfativa de los hombres dependía del lugar de residencia —siendo mayor la de los habitantes del campo que aquella de los de la ciudad—, de la idiosincrasia individual, del modo de vivir y del grado de civilización. El doctor Ernest Monin (1903), que insistía en que el sentido olfativo se encontraba más desarrollado entre los salvajes que entre los civilizados, por ser éste un sentido más arraigado a la animalidad, creía en la posibilidad del perfeccionamiento olfativo civilizador mediante el desarrollo de la educación olfativa. La educación del olfato era delicada, e incluso penosa, ya que se especializaba en mayor medida en los olores desagradables que en los buenos olores, al caracterizarse el olfato por ser un “centinela avanzado”.

El médico Pierre Jean Corneille Debreyne (1856) atribuía dos capacidades distintas al sentido olfativo: una pasiva, cuando simplemente recibía los olores, y una activa, en el caso de aplicarse la voluntad (Larrea, 1996). Así, el acto de otear, oler, husmear y olfatear correspondía a la capacidad activa del olfato, mientras que recibir las sensaciones odoríferas sin voluntad tenía que ver con la pasividad del sentido olfativo. La especialidad profesional le permitía al médico desarrollar una mayor capacidad olfativa, que gracias a la educación perfeccionaba aquello que la intuición solamente podía percibir.

La experiencia clínica era la que enseñaba a juzgar cuáles eran los olores excesivos. Como era difícil formarse una idea clara y distinta de cada olor, Augustin Jacob Landré-Beauvais (1813) recomendaba memorizar una tabla exacta de todos los olores que emanaban de los enfermos. Las dificultades para diferenciar los olores de la salud de aquellos de la enfermedad tenían que ver con las subdivisiones y combinaciones infinitas que se generaban. Sólo era fácil distinguir los dos

extremos fijos e invariables: el olor agrio y la infección pútrida. Todos los estados intermedios dependían de los olores más o menos fuertes de ácidos y alcalinos, o de ambas combinaciones. El olor de los humores más característicos durante el periodo de salud se dividían según la etapa del crecimiento: en el nacimiento había un olor más agrio; en la pubertad uno más fétido, en especial en el hombre; y en la vejez el olor alcalino se transformaba en el olor agrio de la infancia. Durante la enfermedad, los olores que se desarrollaban en los humores eran los pútridos, en lugar de los ácidos. La fermentación pútrida se encontraba en el olor cadavérico de las deyecciones en las disenterías malignas, en los últimos periodos del escorbuto y, sobre todo, en las supuraciones cancerosas (Larrea, 1994 y 1996).

El olor corporal expresaba el equilibrio entre salud y enfermedad, mientras que los hedores de las calles anunciaban el peligro de las enfermedades, el hacinamiento humano y las revueltas sociales. El control de los sentidos encontró un espacio abonado en la reconfiguración de las barreras sociales. Mientras que el olfato estaba asociado al mundo de la enfermedad, el desorden y la inmoralidad de campesinos y obreros, la vista era el sentido privilegiado de la estética y del arte promovido por la nobleza y la burguesía. Una manera determinada y unívoca de ver y sentir las cosas se imponía en el ámbito estético, para diferenciar las clases sociales, y la jerarquización sensorial se consolidaba como expresión de este proceso.

B. La cartografía olfativa de los espacios urbanos

En el espacio público, los miasmas configuraron una cartografía de la insalubridad. En las topografías médicas catalanas (Larrea, 1994, 1996 y 2005) se observó cómo los médicos describían olfativamente los espacios donde se hacinaban los individuos, así como las inmundicias que se multiplicaban a partir de su confinamiento. Con la legitimación científica de los miasmas, y las reconocidas vinculaciones empíricas entre el hedor y la enfermedad, la vigilancia olfativa se detuvo en especial en los espacios del hacinamiento urbano, como las calles, las escuelas, los hospitales, las cárceles, las tabernas y las iglesias. La insalubridad y la “sobresaturación” olfativa de las emanaciones hediondas procedentes de los hacinamientos contrastaban con una nueva imagen de ciudad sana. La separación entre espacios insalubres y espacios higiénicos dividía dos imágenes urbanas distintas, que diferenciaba el mundo antiguo del moderno.

El sentido olfativo debía actuar, además de como centinela médico, en una percepción estética y moral. El hedor se transformaba en la metáfora atávica del mundo que quedaba atrás, de la ciudad sucia, hacinada, ingrata. La eliminación del hedor urbano auguraba la imagen de una ciudad moderna, próspera, en progreso ascendente. Que el hedor fuera o no insoportable respondía, además de los criterios patológicos reconocidos, a los condicionamientos morales. Iba mucho más allá de su nocividad, pues "molestaba", "incomodaba" y "asqueaba", observaban los médicos catalanes. La insalubridad y la inmoralidad formaban el eje de las denuncias higiénicas. La "medicalización" de la suciedad generaba un nuevo modelo de limpieza, donde la higiene se erigía como el nuevo discurso moral fundacional del progreso. Desodorizar y lavar eran actividades imprescindibles de la limpieza pública, la estética urbana y la moral moderna.

Los médicos e higienistas consideraban que mediante la educación se conseguiría sensibilizar a la población a favor de un mayor control olfativo. Eliminar la presencia de hedores era una obsesión higiénica que, además de mejorar la salud, reducía la incultura y el desorden social. Concentrados los médicos en otear estos olores del confinamiento, se detuvieron en vigilar los efectos nocivos del hacinamiento. Albergaron la esperanza de reducir las costumbres insalubres a la mínima expresión, al responsabilizar a los confinados de la expansión epidémica. Sin embargo, no siempre alcanzaron sus objetivos. La pervivencia de las costumbres, cuyas dificultades de ser eliminadas a corto plazo eran tan evidentes, requería de una mayor labor educativa del higienista.

En esta geografía de la insalubridad, los espacios principales de olfacción fueron el campo, los pueblos, las villas y las urbes. En el campo, los médicos consideraban que los campesinos trabajaban en condiciones atmosféricas mejores que los obreros de las fábricas, confinados estos últimos en espacios reducidos y hacinados. Trabajar bajo la influencia de la naturaleza era mejor para la salud, aunque no por ello se desconocían algunos peligros. Por ejemplo, la gran concentración de heces en los estercoleros tenía la ventaja de estar expuesta a la ventilación excesiva de los campos, pero el riesgo, al encontrarse junto a las casas, aumentaba el peligro miasmático. A pesar de que el excremento tenía un valor económico para la fertilización de los campos, y que tanto las heces de los estercoleros como las de las comunas eran imprescindibles para el crecimiento agrícola, los higienistas recomendaban situarlos alejados de las casas.

En los pueblos, villas y urbes la situación era más deplorable y desoladora. Con la expansión de los humos de las fábricas, las exhalaciones de los curtidos, los tintes de los tejidos y aquellas de los estercoleros, y las emanaciones meffticas de las calles, la transformación de los centros urbanos fue para los higienistas algo más que un sueño obsesivo. Fue un hecho que sólo llegaron a alcanzar a partir del momento en que los urbanistas emprendieron sus reformas. Razones higiénicas influyeron en las decisiones higienistas. Había que abrir la ciudad hacia la periferia, destruir los muros, ensanchar las calles y achatar las esquinas, así como trasladar las fábricas, los hospitales, las cárceles y los cementerios.

En la Cataluña del siglo XIX la saturación olfativa de la hediondez de las calles, que el médico criticaba, había llegado a su límite. En todas las poblaciones se anunciaban reformas y cambios que ya habían comenzado a perfilarse en las grandes urbes. En los centros urbanos donde la industrialización comenzaba a desarrollarse, el obrero vivía hacinado y expuesto a los peligros miasmáticos. Los médicos dejaron impresa en las topografías la huella del cambio. El olfato era el centinela de las concentraciones humanas: el mercado, el hospital, la cárcel, el teatro, la taberna, el puerto y la fábrica. Todos esos lugares se caracterizaban por un hedor que se inhalaba por doquier y se adhería a los objetos, las mercancías y los cuerpos. La gravedad del hedor guardaba una relación directa con el tipo de confinamiento. En el hospital, el lugar más nocivo por antonomasia, las emanaciones hediondas procedían de los enfermos. En la cárcel, las emanaciones putrefactas de los criminales e indeseables transgredían las barreras de los muros. La taberna y el teatro hedían a hombres que conspiraban y se divertían efusivamente. La iglesia, a pesar de considerarse protegida en cierta medida por el olor de los santos sepulcros, estaba sujeta al sudor y al aliento de los feligreses, quienes, apiñados, tenían el inconveniente de emanar hedores, sobre todo si entre ellos se encontraba algún enfermo, con el agravante de sumarse a las exhalaciones cadavéricas expelidas a través de las losas. En ese caso la epidemia estaba asegurada.

Los espacios más insalubres se dividían en dos: por un lado, los itinerarios donde circulaban las personas (calles, mercados), las inmundicias (calles, cloacas) y las aguas fecales (cloacas, alcantarillado); y, por otro, los lugares donde las personas permanecían hacinadas (iglesias, tabernas, teatros, viviendas) y confinadas (hospitales, cárceles, cementerios). Algunas descripciones extraídas de las topografías médicas contribuyeron a fijar estas imágenes olfativas.

En el caso de las representaciones sobre la presencia de inmundicias en las calles, elegimos la descripción del pueblo catalán de García realizada por el doctor Enrique Raduá en 1891, en la que se destacaba la falta de cuidado en la vía pública, a causa de la costumbre de arrojar todos los desperdicios, los despojos, las aguas servidas y las basuras a la calle:

La higiene de la población exige no sea convertida en retrete la vía pública al cual vayan á parar aparte de otras cosas aguas de todos los calibres: en García por la razón de no tener retretes la mayoría de casas, por carecer de corral algunos y por exceso de limpieza interior por parte de algunos vecinos, lo que durante el día se ha recogido convenientemente se esparraman por la noche tornando la vía pública en pozo sucio de la vecindad. (citado en Larrea, 2006: 67)

Por otro lado, esta imagen de la topografía médica de Reus, realizada por el doctor Miguel Aluja en 1887, denuncia la deplorable situación de la ciudad debido a la falta de atención en la limpieza de la vía pública:

(...) otra de las más apremiantes mejoras que reclama la cultura é higiene de esta ciudad es la modificación en la manera de extraer las materias fecales, pues todavía se verifica por el antiguo é indecoroso sistema de los barrales que apesar de ser de noche su extracción, es insoportable la fetidez que se percibe desde larga distancia; por lo tanto, hora sería ya de sustituir este repugnante procedimiento por el nuevo sistema inodoro como se practica en la mayoría de las poblaciones amantes del progreso. También es de primera necesidad la instalación de letrinas y sumideros públicos en los sitios más concurridos de la ciudad, mejora que agradecerían de un modo especial el gran número de forasteros que diariamente nos visitan. (citado en Larrea, 2006: 70)

Los miasmas que resultaban del confinamiento en instituciones públicas eran los más peligrosos; y aquellas que requerían de una mayor vigilancia eran los hospitales, sobre todo por el miedo y aversión que los habitantes tenían a la hora ingresar en ellos. Miedo que no sólo se manifestaba por la virulencia contagiosa de los miasmas de los enfermos, sino por la existencia de miasmas nosocomiales que se adherían a las sábanas y a los colchones. Por ejemplo, en el caso de la casa de caridad de Reus, descrita por el doctor Aluja en 1887, existía la costumbre de alquilar la cama para depositar

el cadáver del difunto, tradición que implicaba que, después de retirado el cadáver, los niños podían contagiarse al entrar en contacto con las sábanas y colchones u otro tipo de utensilios que habían estado en contacto con el difunto. Las desinfecciones recomendadas, como en el caso del hospital de Mataró en 1880, consistían en soluciones fenicadas y vapores de gas sulfuroso nitroso (Larrea, 2006: 70).

Los cementerios nunca reunían las condiciones higiénicas adecuadas, sobre todo respecto a los riesgos de las exhalaciones procedentes de los nichos. Por eso la única solución favorable para prevenir que la población fuera afectada por los miasmas que se escapaban de entre las lápidas era trasladar el cementerio a las afueras de la ciudad. A pesar de que en el Concilio de Braga del año 561 se prohibió enterrar cadáveres dentro de las iglesias y que luego, en el siglo XVIII, se comenzaron a trasladar los cementerios fuera del núcleo urbano, hubo resistencias populares contra la exhumación de cadáveres de los camposantos junto a las iglesias.

Por su lado, las habitaciones donde se hacinaban los obreros y los jornaleros eran lugares de donde emanaban miasmas y efluvios meffíticos, a raíz de la combinación del hacinamiento humano, los olores de las cocinas, las comunas, las letrinas, los corrales y los establos que, junto a una falta de ventilación y de luz, así como tras un exceso de humedad, convertían estos espacios en un peligro público. Las descripciones que los médicos llevaron a cabo sobre el aire confinado de las habitaciones nos dan una cierta idea de cuáles eran las condiciones de vida de la clase obrera y jornalera; y nos arrojan cierta luz sobre la compartimentación del espacio privado, en el que las letrinas, los excusados, las comunas y las cocinas eran por antonomasia los lugares de atención higiénica (Larrea, 1994, 1996 y 2006).

Aparte de la nocividad de los miasmas, las emanaciones hediondas eran desagradables al olfato y constituían el colofón de la imagen de ciudad sucia e inculta. Los hedores eran tan insoportables en la Seu d'Urgell que, según Miguel Aluja en 1886, eran capaces, incluso, de producir: "(...) náuseas á los forasteros y repugnancia a los vecinos de la misma", que tenían que "(...) taparse las narices al pasar por sus calles, pues la pituitaria menos sensible no puede resistir la hediondez que despiden la mayor parte de ellas" (citado en Larrea, 2006: 76).

Toda esta falta de limpieza, que incomodaba olfativamente a los más sensibles, representaba la imagen de pueblo bárbaro e inculto, que en Castelltersol el higienista Narciso de Carreras y Piñana tan bien describía en 1892: "Respecto á su limpieza, ya que nadie será osado a negar que estamos á la altura de los pueblos más incultos y sucios (...)" (citado en Larrea, 2006: 75).

Para los higienistas, la limpieza estaba asociada al orden y al trabajo. Por eso, los jornaleros cuidados y limpios eran los más competentes y, por ende, decentes. En palabras del doctor Arrió, que describió la situación de los jornaleros en Caldas de Malavella en 1876, la imagen habla por sí misma: "Mal alojado, mal vestido, sin limpieza en su persona, el jornalero pierde todo respecto a si mismo", por lo que "un jornalero cuidado de su persona es un buen trabajador y tiene sus útiles y muebles en buen orden y estado. No se ve el lujo en su aposento, pero nada afecta a la vista y al olfato" (citado en Larrea, 2006: 75).

Las afecciones olfativa y visual eran las señales más significativas del desequilibrio higiénico. Mientras que el sentido olfativo evocaba la proximidad sensorial que la civilización debía contener, la percepción visual ostentaba la perfección estética que la cultura tendría que alcanzar. La polaridad sensorial "próximo-distante" condenaba a los dos sentidos a mantenerse unidos en la construcción de la experiencia, pero separados en las disquisiciones epistemológicas. Las imágenes olfativas de las enfermedades, la suciedad de las ciudades y las exhalaciones de los cuerpos son prueba de ello.

II. La colonización olfativa de los trópicos

En la empresa colonial, esta abundancia olfativa de los espacios y los cuerpos descrita por la medicina encontró en los trópicos americanos mayores peligros. Mientras que la exuberancia del clima reavivaba las infecciones, el calor de los cuerpos invitaba al mestizaje.

La literatura médica brasileña del siglo XIX mostró una obsesión por retratar la virulencia miasmática de los trópicos y sus efectos en la salud humana. Este miedo al desorden ambiental y social quedó reflejado en las descripciones olfativas de la medicina tropical. Brasil era un país ejemplar donde a la medicina se le depa-raba la fuerza de los miasmas tropicales y la necesidad de imponer un orden higiénico a los cuerpos atraídos por una sexualidad ardiente proclive al mestizaje. ¿Qué

papel jugó el sentido olfativo en el campo médico y estético en un contexto colonial, como en el caso brasileño y, en concreto, en la ciudad de Salvador de Bahía, donde la esclavitud, el mestizaje y el rigor del trópico sometían a los médicos a escudriñar los peligros del desorden mórbido y moral?

Una lectura de los fondos antiguos de la Facultad de Medicina de Salvador de Bahía nos proporciona una mirada representativa sobre la higiene y la moral en el trópico brasileño (Tavares-Neto, 2004). Tras un análisis pormenorizado de la documentación primaria procedente de las tesis doctorales del siglo XIX e inicios del XX se observa la importancia del determinismo climático de los trópicos y su influencia en la constitución epidémica, el carácter y la moralidad de sus gentes. El calor canicular y la preponderancia de lluvias estacionales llegaban a producir consecuencias ambivalentes en el carácter de las personas. Mientras que la excitación de las pasiones humanas en el trópico podía formar el carácter de grandes genios literarios y poéticos, también influía en la lascivia, el fanatismo religioso y la superstición.

Los climas tropicales, como señaló João Americo Garcez Froes en su tesis de 1895, estimulaban ilimitadamente el poder imaginativo y creativo de la naturaleza humana, generando una fuerza constante de creación literaria, poética, artística, religiosa, festiva y supersticiosa. En las zonas tropicales, sus gentes —continúa señalando este autor— eran piadosas, apasionadas, caritativas, liberales y solidarias, porque la fertilidad de sus tierras les proveía de lo más necesario. Por ser su inteligencia más intuitiva que reflexiva, los sentidos se desplegaban como el motor de la inspiración y de la formación de los grandes genios. Tanto es así, que João Americo Garcez Froes afirmaba que la acción del clima tropical había contribuido a la integración nacional literaria, gracias a la difusión sentimental del lirismo.

En Bahía esta conexión íntima entre la formación del genio y la influencia climática había permitido convertir a la región en la cuna de los mayores genios brasileños. El sentido visual, por ser el más prominente del orden jerárquico sensorial, ejercía una influencia mayor que los demás sentidos en el proceso de inspiración, aunque no por ello éstos dejaban de jugar su papel. Insistía este autor en que lo que se producía, sobre todo en el calor de los trópicos, era la incubación natural de todas las religiones. En este mundo las pasiones solían dominar a la razón y promover un equilibrio

BOGOTA DC



FUNDIGOR

2006

mental inestable. Las relaciones entre las pasiones amorosas y religiosas explicaban la debilidad de la razón y la tendencia a los delirios fanáticos.

Estas ideas, sustentadas por el determinismo climático, expresadas por este autor en 1895, coinciden con las de muchos otros médicos de la misma época residentes en otros países, para quienes la influencia climática influía en la constitución del carácter de los pueblos, con sus debilidades o fortalezas. El paradigma ambientalista también dominó el pensamiento médico americano, ya que el discurso higienista elaboró un único modelo interpretativo del orden de pueblos y ciudades, y de la moralidad y carácter de sus gentes, que iba más allá del estudio de la enfermedad y la muerte.

Pocas diferencias se observan al comparar descripciones de la misma época realizadas en ciudades de continentes distintos. Salvador o los diferentes pueblos y ciudades de Cataluña en el siglo XIX tenían los mismos problemas de suciedad en las calles; de exhalación de restos de frutas y animales putrefactos alrededor de los mercados; de concentración miasmática en hospitales, cárceles, escuelas e iglesias; de efluvios mefíticos de pantanos; y de vapores nauseabundos en habitaciones húmedas y hacinadas. El mal de las ciudades se extendía por todo el mundo, pagando el precio de la modernización. Las diferencias fundamentales no se daban en términos del espacio físico que ocupaban estas ciudades y su relación con el modo de usarlo, sino en la organización social y las características culturales.

En el Salvador de Bahía del siglo XIX, una sociedad estructurada en torno al sistema de explotación esclava, se encontraban los señores y los esclavos. Separados racialmente en blancos, negros y mulatos, los blancos reproducían elementos culturales procedentes de los países europeos, y los negros de su tradición cultural africana (Mattoso, 1992). En Barcelona, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, surgió una burguesía industrial pujante que compitió con la nobleza. En el otro lado de la estructura social había obreros industriales y campesinos.

En esta época, la deplorable situación de las calles, instituciones, mercados y plazas era similar, pero la cultura de los pueblos, el carácter de sus gentes y la situación de los climas eran bien diferentes. Estas diferencias, a excepción del clima, eran las que menos espacio ocupaban en los tratados médicos antiguos, en comparación con las descripciones que se hacían

del uso social del espacio a partir de las actividades económicas y la vida de sus habitantes. Cuando se comparan los tratados higiénicos de Cataluña con los documentos de Salvador, se observan mayores diferencias en las costumbres y la organización social que en las actividades y el uso del espacio. Mientras que la mirada médica se detenía en la observación del clima, la vegetación, el terreno, el estado de las calles, los mercados, las instituciones y las habitaciones de modo parecido, la vida social y cultural de estas ciudades era bien distinta. Si aquello que se ve es parecido, lo que se huele, se escucha y percibe adquiere matices muy diferentes.

En el caso más extremo encontramos que la atención a la salud de los esclavos fue un asunto médico poco tratado por los higienistas brasileños del siglo XIX (Porto, 2006). Apenas tres manuales dirigidos a los propietarios de los ingenios azucareros describían las condiciones sociales y las principales enfermedades a ellas asociadas. En estos manuales no se planteó en ningún caso la creación de un servicio de tratamiento a la salud de los esclavos. La advertencia sobre el origen y desarrollo de las enfermedades no estaba relacionada con la creación de un servicio para atajarlas.

En España no había esclavitud ni tampoco plantaciones de azúcar. La producción agraria era bien diferente y, por eso, se produjeron modos distintos de vivir y relacionarse socialmente. Aunque al comparar ambas ciudades el clima templado contrastaba con el clima tropical, la proximidad del mar, la situación de los pantanos, las inmundicias y la suciedad producida por detritus de animales y vegetales, el hacinamiento en habitaciones e instituciones, las humedades y las características miasmáticas eran similares.

Las personas que vivían cerca de los pantanos solían sufrir de fiebres intermitentes a los dos lados del Atlántico. Era en los miasmas palustres donde las similitudes eran mayores; éstos se encontraban en muchos lugares del mundo (Menezes, 1873) y eran especialmente peligrosos (Pimentel, 1856). En cambio, pocos matices se daban en ambos lugares, a no ser que los climas tropicales fomentaban con más brío el origen miasmático, debido a una vegetación abundante y a un calor ardiente (Menezes, 1873: 15).

En especial el exceso de calor del trópico era un asunto que preocupaba a los médicos bahianos por aquel entonces. Concentrados en observar el dominio de su influencia, describían las condiciones de vida de

sus habitantes y difundían sus ideas higienistas relacionadas con el orden del espacio y de los cuerpos. Aquejados de la poca atención que las administraciones concedían a los principios higiénicos, y horrorizados con el modo de vivir de los pobres ciudadanos y campesinos, los médicos dedicaban sus esfuerzos a describir cómo las condiciones sociales, afectadas por los climas, contribuían a la proliferación y persistencia de las enfermedades.

En Salvador de Bahía, Luiz de Oliveira Almeida (1908: 12) criticaba la ignorancia de los pobres, por continuar agueridos a las supersticiones y no acogerse a los beneficios de la práctica higiénica. Negados a construir sus casas con una ventana para favorecer la ventilación, o ignorantes al desconocer los beneficios de examinar la posición del terreno o sus relaciones con el agua, el aire, etcétera, se convertían en víctimas de las molestias producidas en el lugar. A su vez, sus propias condiciones de vida repercutían negativamente en el clima, cerrando un círculo vicioso que los sometía a los avatares de la inmundicia por no ser fieles a los preceptos higiénicos. Luiz de Oliveira Almeida responsabilizaba a los pobres de la producción de inmundicia, sin profundizar en las condiciones estructurales que favorecían que éstos continuaran viviendo en la misma situación.

En una magnífica descripción de la ciudad de Salvador ofrecida por Otávio Torres da Silva en 1908, se observa cómo vivían sus habitantes en los inicios del siglo XX. El autor estaba escandalizado por cómo las inmundicias presentes en las calles y plazas, la putrefacción de materia orgánica en charcos dispares, los hedores insostenibles y la irregularidad de las habitaciones alejaban la ciudad del ideal estético higiénico.

En el centro de la ciudad, en lugares concurridos, existen calles y plazas donde se podían crear cangrejos, patos u otros animales, que de los pantanos iban a sacar sus alimentos, sea de los gusanos que había, sea de las materias orgánicas que se encontraban allí en estado de descomposición; y otras donde el aire atmosférico, raras veces podía reemplazar el aire contaminado y pestilente debido a la largura, a las irregularidades de las habitaciones, a la falta de alineación en las construcciones, etc., causas necesarias para el embellecimiento, y exigidas por la estética y la higiene. (Da Silva, 1908: 1) (traducido del portugués por la autora)

La excelente descripción de este higienista no deja de sorprender por las similitudes entre ciudades como Salvador y las poblaciones catalanas. El recorrido olfativo de los pueblos de Cataluña y las ofensas que los higienistas denuncian por la falta de moralidad de sus pueblos está presente también en descripciones higiénicas de otras latitudes. Por ejemplo, el problema del uso de los urinarios públicos continúa siendo una preocupación moral y de salubridad para este médico bahiano: "Esos urinarios destacan por la porquería y por la inmoralidad, porque no es raro encontrarse individuos clandestinamente satisfacer sus necesidades sin dar la más mínima importancia a lo que se llama respeto a la sociedad" (Da Silva, 1908: 2) (traducido del portugués por la autora).

La desidia con la que los ciudadanos bahianos actúan en contra del decoro y la moralidad es para este higienista peor que la de muchos otros pueblos. La imagen ideal de un pueblo que debe seguir los preceptos higiénicos contrasta con uno que los contraviene por la costumbre de continuar almacenando suciedad en las calles. Esta situación reproduce la imagen de una población atrasada que el higienista siente la responsabilidad de denunciar:

El bahiano debe sentir, de veras, la crítica mordaz que los argentinos y otros pueblos hacen a esta capital, pero desgraciadamente no es exagerado lo que dicen, aunque no por eso concurren todos los habitantes sino solamente los encargados de la administración pública. Se reconoce que el clima de esta ciudad es húmedo, y sabiendo esto, juntando esas degradaciones apuntadas y además el estado atrasadísimo de nuestra población de esfera inferior, que no se asusta con satisfacer sus necesidades corpóreas en plena calle y amontonarlas, lanzando todo tipo de inmundicias, tenemos un record vivo y palpitante de desprecio al progreso de la higiene pública, tan alabado y respetado entre otros pueblos. (Da Silva, 1908: 4) (traducido del portugués por la autora)

Enfadado por la falta de atención que las autoridades municipales prestaban a la salud pública, este autor confiaba en que estas observaciones pudieran contribuir a llamar la atención para tomar providencia; la salubridad era una misión higiénica, pero al mismo tiempo estética. Sin embargo, a diferencia de otros higienistas que consideraban al pueblo responsable de sus propios males, Torres da Silva los exoneraba y lamentaba los abusos a los que sus gentes estaban sometidas. Los

PRENSA DE ACIUM
2000
D.C. DE BOGOTA D.C.



METACOL BOGOTA

miasmas se expandían por doquier, entre calles y habitaciones infectas, repletas de personas que sobrevivían a pesar de los altos precios del alquiler.

Este autor insistía en la necesidad de contribuir al progreso de la ciudad y, para ello, el municipio tenía que controlar la potabilidad del agua y construir un sistema de alcantarillado. Comparando esta situación a la de la Edad Media, cuando se trataba de observar la situación en la que vivían las prostitutas, este autor se detiene en describir la costumbre de rociar el aire con perfumes para combatir los malos olores. En otras habitaciones, en las que vivían los pobres, reconocía la ausencia de letrinas higiénicas que, en caso de existir, por lo general eran ubicadas en un sucio patio dentro de una garita nauseabunda, o dentro de las cocinas donde se condimentaban los alimentos. En el peor de los casos, en los patios se excavaban unos agujeros donde se depositaban las heces. Los gases mefíticos de estos lugares infectos producían enfermedades y trastornaban a quienes usaban estos agujeros improvisados.

Pero la falta de cloacas que condujeran los restos fecales representaba, una vez más, escaso progreso científico e higiene. La costumbre de arrojar en la ciudad estas inmundicias a través de los canales de evacuación de las aguas de los tejados, o de lanzar el agua utilizada para bañarse desde la ventana a la calle, eran males que aquejaban a esta ciudad. Este higienista solamente valorizó la misión caritativa de las autoridades al revertir el estado “atrasado” en el que se encontraba la higiene de la población; pero esta misma situación se encontraba en las iglesias, donde preocupaban en especial la superstición delirante y las alteraciones psicopáticas. De ahí que la civilización y el progreso se vieran comprometidos en esta ciudad al no cumplirse con los preceptos higiénicos.

Los efluvios, emanaciones pútridas y miasmas originan las infecciones, definidas como “la alteración especial de la atmósfera por ciertos principios heterogéneos produciendo una molestia” (Brioso, 1867: 9) (traducido del portugués por la autora). Los focos infecciosos varían conforme a las estaciones y los climas; durante la puesta de sol las emanaciones son más peligrosas, porque al haberse dispersado en el aire durante el día, caen con el frío de la tarde y se depositan en la superficie de la tierra.

A diferencia de los efluvios, que son el resultado de la descomposición de materia animal y vegetal en condiciones particulares de calor y humedad, o las

emanaciones pútridas, que se producen a partir de las sustancias animales en descomposición, los miasmas son “exhalaciones que se desprenden del cuerpo humano, sea en estado de salud o de enfermedad (molestia), en espacios circunscritos, cuyo aire difícilmente es renovado” (Brioso, 1867: 9) (traducido del portugués por la autora). Lugares como las prisiones y los hospitales son especialmente susceptibles de producir focos miasmáticos.

En el caso de los miasmas nosocomiales, Policarpo Antonio Araponga do Amaral realizó en 1853 una descripción pormenorizada de las condiciones de los hospitales de Salvador. Por ejemplo, en el Hospital de la Caridad, a pesar de los esfuerzos de la administración y del cuidado de los empleados, el mal olor continuaba asolando todas las enfermerías del edificio, a causa del gran número de letrinas mal ubicadas. El autor proponía como solución el cierre de aquellas letrinas innecesarias y desatascar las utilizadas. Para facilitar la salida de los miasmas aconsejaba abrir pequeños huecos en la pared y, de ese modo, aumentar la salubridad.

En cambio, la situación del Hospital Militar era mucho peor. Los enfermos contaban con un cuarto en el que se bañaban y otro en el que defecaban en cubos de madera, pues no existía letrina alguna. La ausencia de limpieza se hacía notoria por la falta de ventilación y un hedor terrible que se apropiaba de todo el edificio. Situación similar se encontraba en el Hospital de la Policía, donde una letrina mal construida, sin tubo de salida de las heces, concentraba gran cantidad de miasmas, extendiéndose por toda la enfermería. Por último, la misma situación se daba en el Hospital de São Cristóvão dos Lázaros. Junto a la escalera de la enfermería de mujeres había tanta inmundicia, que el higienista responsable de esta tesis expresó que sentía horror al describir el lugar al ver que no había letrina alguna.

III. El cromatismo olfativo: cuerpos olorosos contra espacios hediondos

Detengámonos por un momento en la actualidad. Nos encontramos en el siglo XXI. Barcelona y Salvador son dos ciudades modernas que tratan de mantener la salubridad de sus playas y la limpieza de sus calles para incentivar el turismo. Realizan esfuerzos municipales para embellecer sus ciudades, pues la suciedad siempre está asociada ideológicamente al desorden, la incivilización y, por extensión, a la incultura. Estas imágenes todavía no han cambiado. La modernización

de las grandes ciudades continúa relacionándose con la utopía aséptica. Actividades como limpiar las calles, esconder las aguas fecales, apartar las basuras y controlar el agua potable continúan ejerciendo una misión civilizadora. La limpieza evoca las ideas de orden y progreso de una ciudad.

En el año 2003 la ciudad de Salvador de Bahía consiguió implementar su sistema de alcantarillado y reducir la presencia de inmundicias y canales de aguas residuales a cielo abierto. Las intervenciones públicas en saneamiento, iniciadas en 1997, permitieron disminuir la presencia de aguas fecales y basuras. Gracias a la extensión de la cobertura de alcantarillado en más de un 70% del total de la población, los hedores han disminuido. Sin embargo, todavía continúan asolando la vida de muchas personas que viven en los suburbios de la ciudad, debido a los problemas de extensión del sistema y de mantenimiento de la red.

Barcelona es una ciudad que cuenta con un sistema de alcantarillado desde el siglo XIX, pero la reciente laxitud municipal del sistema de limpieza urbana ha permitido que la acumulación de basuras en algunos barrios centrales de la ciudad produzca exhalaciones insostenibles. La falta de urinarios en Barcelona, como en Salvador, ha influido en la expansión del hedor a orina, sobre todo durante el verano. Debido a la falta de urinarios públicos, los fuertes olores a amoníaco emanados en paredes y esquinas evocan la imagen de una ciudad sucia y depravada.

En ambas ciudades la paradoja aséptica como delirio higiénico sigue persistiendo en la ideología civilizadora actual, con una diferencia: ya no son los médicos higienistas los únicos que se preocupan por estas condiciones de insalubridad, también los economistas, los paisajistas urbanos, los publicistas y los constructores de edificios persiguen y reproducen imágenes asépticas y naturalistas para vender sus proyectos urbanos y estéticos.

Veamos cómo las personas combaten los hedores urbanos. Me centraré en algunos datos etnográficos de un trabajo de campo realizado en la ciudad de Salvador de Bahía para reflexionar sobre el cromatismo olfativo practicado por sus gentes, principalmente por las mujeres.

En primer lugar, destaca el contraste entre las emanaciones olfativas pestilentes del espacio urbano (aguas servidas, basuras, aguas fecales, putrefacción animal y

vegetal...) con el celo cromático de fragancias para el tratamiento de sus cuerpos. El saber local reconoce que los malos olores producen enfermedades. Para la mayoría de las personas en el suburbio los malos olores del cuerpo y del espacio público siempre han sido sospechosos de infección —a pesar de la demostración científica de la inexistencia miasmática—, y continúan creyendo que los buenos olores de sus cuerpos las protegen del riesgo de los hedores de la calle, preservándolas de los peligros de la suciedad, la enfermedad y la maldad.

Las exhalaciones de charcos putrefactos o de aguas estancadas son consideradas las más peligrosas, y por eso evitan atravesarlos a no ser que se coloquen un pañuelo o la mano en la nariz, para protegerse de sus efectos. Aunque la mayoría de las personas reconoce en el barrio que el dengue es una enfermedad transmitida a través de los huevos depositados por el mosquito *aedes aegypti* en agua limpia, sospechan que aquellos que atraviesan aguas estancadas son más virulentos y originan un dengue más grave. Los hedores de las basuras, sobre todo de animales muertos y heces de adultos, son más peligrosos. Y ciertos malos olores continúan orientando el diagnóstico olfativo popular de ciertas infecciones. Las prácticas más comunes para combatirlos son evitar su inhalación directa, e impedir que entren a sus casas y tomen el olor de sus cuerpos.

La obsesión por los buenos olores se concentra especialmente en los cuerpos y la casa. La atención es más obsesiva con el cuerpo. El descuido de la calle contrasta con el cuidado extremo de los cuerpos y los lugares de la casa donde el cuerpo se prepara: "El olor sabroso, olor de perfume, olor de limpieza es importante",¹ reconoce Rosa, una señora de más de sesenta años. Embellecerse es atender el cuerpo, limpiarlo, acicalarlo, mantener la ropa limpia, el lavabo perfumado y la casa aseada. Bañarse es una práctica frecuente y, además, signo de hospitalidad. Uno se baña para salir a la calle y para entrar en la casa. El agua, además de arrancar la suciedad, purifica de los peligros de la calle y de la brujería, protege de la enfermedad. Es el elemento que resguarda de los males, tanto materiales como espirituales, pero que no puede actuar aisladamente, necesita de la presencia de aromas más fuertes y fragancias perfumadas que combatan los malos olores, para restituir el equilibrio al aire y eliminar la suciedad. En el sentido material,

¹ Entrevista realizada a Rosa (seudónimo), del barrio Nova Constituinte en el año 2006 (traducido del portugués por la autora). En adelante se hará referencia a Rosa (2006).

para limpiar es necesario desodorizar y desinfectar. Por ejemplo Rosa, que trabajó limpiando un hospital, es celosa con el cuidado de su casa y el lavabo. Insiste en que el agua por sí sola es incapaz de arrancar la suciedad. Necesita de productos detergentes:

Si lavas la casa solamente con agua no limpia. El polvo se queda por encima y no se limpia. Una debe coger el trapo para fregar mezclando un poco de "qboa" (marca de lejía), o hasta lavavajillas se puede mezclar con el agua para fregar. Así queda más limpio. El lavabo principalmente. No sirve fregar el lavabo solamente con agua. (Rosa, 2006)

Los riesgos de la vida entran por los orificios de la casa y del cuerpo, y el cromatismo olfativo juega su papel protector y purificador. Ejemplos de la protección religiosa los encontramos en la apertura de los rituales de candomblé con la purificación del "agua de cheiro". Las mujeres sostienen en sus cabezas un ánfora de barro o cerámica con esta agua, la cual esparcen por encima de las cabezas de los fieles al inicio del ritual.

Cuando hablé con las mujeres, afirmaron que elegían primero sus productos de limpieza a través del olor. Era frecuente observarlas destapando frascos de perfume, desodorantes y productos de limpieza en los supermercados, para inhalar su fragancia. Por ejemplo, Marta me decía: "(...) yo generalmente compro en el mercado porque está permitido (oler los productos). No se puede si está todo embalado, no se puede abrir, pero sí se puede oler".² A pesar de que su preferencia olfativa fuera diversa, elegían olores florales que evocaran imágenes de limpieza. Así Marta insiste en la preferencia olfativa para cuidar de su casa:

Compro por el olor, porque hay olores que son más fuertes. Eucalipto. Hay olores más fuertes, para el lavabo principalmente. A veces huele muy fuerte y es difícil aguantar un olor así, un mal olor en el lavabo, por eso el olor a rosa es el más apropiado para la casa. Para el lavabo está bien, pero no tanto como es para la casa, porque es pequeña y cuando el sol entra emana ese olor sabroso de mañana con el sol frío y el viento entra en la casa y se queda ese olorcito sabroso de rosas, de chicle, eso me gusta. (Marta, 2006)

2 Entrevista realizada a Marta (seudónimo), del barrio Nova Constituinte en el año 2006 (traducido del portugués por la autora). En adelante se hará alusión a Marta (2006).

Las imágenes olfativas reproducen una sinestesia que culturalmente vincula los colores con los olores. El gusto por la variedad cromática se traslada a la diversidad olfativa, formando una metáfora, con mayor fuerza en el campo de la limpieza y la suciedad. Así, la percepción visual, un sentido distal del cuerpo, y el olfato, una percepción próxima carnalmente, actúan juntas en la construcción simbólica de los olores. Como ejemplo, contamos con las palabras de Marta: "El (olor) del lavabo es verde y el de la casa es rosa. El del lavabo es un poco higienizado, el lugar donde uno se baña, se limpia los dientes, donde uno hace sus necesidades y, por eso, el olor debe ser más fuerte para evitar ese olor de orina, heces, esas cosas. En la casa es diferente" (Marta, 2006).

Las mujeres anhelan proteger sus hogares de la agresión olfativa de las heces, de los hedores de alcantarillas en mal estado, de los vertederos clandestinos, de la presencia de pequeñas basuras por doquier, y de las aguas estancadas. Una extensa industria de desinfectantes reproduce olores vegetales para emular la limpieza. Incluso, una fabricación ilegal de desinfectantes, más baratos y olorosos, que se compran en los barrios del suburbio, compite con esta producción industrial. Detergentes verdes que huelen a eucalipto, de color rosa que huelen a chicle, o amarillos que exhalan un ligero tono de huevo. Todos estos productos son utilizados separadamente en las casas. Prefieren el verde para el lavabo y el rosa para la casa.

Del mismo modo perciben los cuerpos, al igual que los espacios de la casa, como compartimentos diferenciados que se integran en una sola unidad. Cada fragancia está indicada para una determinada parte del cuerpo. El cuerpo queda dividido en diversas partes: el cuero cabelludo, la cara, las orejas, el cuello, las axilas, las manos, el tronco, el sexo, el ano, las piernas y los pies. Atenciones diferenciadas se conceden durante el baño y después de él. Un corolario de cremas, aceites, jabones, según la disponibilidad económica, se acumula en las casas. Durante el baño, el jabón del cuerpo es distinto al champú y al acondicionador para el cabello. Las fricciones del cuero cabelludo, así como el tratamiento especial de determinadas partes del cuerpo, denotan una atención diferenciada. Toda una policromía olfativa atiende la cabeza, los pies, las axilas y el sexo. Estas mujeres buscan diferenciarse entre sí a través de la combinación y el equilibrio olfativo. Desodorantes, cremas, perfumes, colonias, jabones y champús forman una batería cosmética

imprescindible para cuidar del cuerpo, tanto femenino como masculino.

Cuerpos embellecidos olfativamente evocan las imágenes tropicales asociadas a la pasión humana y a la sexualidad, esta última evocada de forma sugestiva por las melodías olfativas, ha impregnado el lenguaje musical, la industria del carnaval y el sabor culinario. Las mujeres buscan hombres que huelan bien, y viceversa, pues es un valor muy significativo en el mundo del amor y del sexo. Al igual que en el campo de la sexualidad, el mercado musical y culinario utiliza inspiraciones olfativas para vender sus productos: "cheiro de amor" (grupo musical de carnaval) y "cheiro de pizza" (cadena de pizzerías), son dos ejemplos de estos discursos. ¿Serán estas evocaciones las que compiten con la colonización olfativa médica a favor del mercado olfativo de las diferencias? La publicidad es otro dominio discursivo que merece considerarse en un futuro. Pero eso ya es tema para otro artículo. Estos lenguajes olfativos configuran una nueva manera de relacionarse con el mundo de los olores, donde en la actualidad el discurso publicitario reemplaza el alegato higienista, asumiendo los significados socioculturales de la salud.

Referencias

Almeida, Luiz de Oliveira (1908). *Hygiene das pobres*. Tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de Bahía.

Da Silva, Otávio Torres (1908). *A cidade do Salvador perante a Hygiene*. Tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de Bahía.

Debreyne, Pierre Jean Corneille (1856). *Compendio de fisiología humana para servir de introducción á los estudios de la filosofía y de la teología moral, seguido de un breve tratado de higiene práctica, obra destinada especialmente al clero y á los seminarios*. Barcelona: Imprenta de Pons y Cía.

Froes, João Americo Garcez (1895). *A função intelectual nos climas tropicaes*. Tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de Bahía.

Giné y Partagás, Juan (1880). *Curso elemental de higiene privada y pública*, volúmenes I, II y III (precedido de un prólogo del Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez en el volumen I). Barcelona: Juan y Antonio Bastinos.

Landré-Beauvais, Augustin Jacob (1813). "Des signes tirés des odeurs", en *Semiotique ou traité des signes des maladies*. París: J.A. Brosson.

Larrea, Cristina (1994). *Los miasmas: análisis antropológico de un concepto médico*. Tesis doctoral de la Universidad de Barcelona.

_____ (1996). *La cultura de los olores*. Quito: Abya-Yala.

_____ (2006). "Ensumar la ciutat: anàlisi antropològica de la construcció olfactiva sobre les condicions de salubritat a Catalunya en el segle XIX", en *Revista d'etnologia de Catalunya*, Nº 26.

Mattoso, Kátia M. de Queirós (1992). *Bahia, século XIX. Uma província no Império*. Río de Janeiro: Nova Fronteira.

Menezes Junior, João José de Souza (1873). *Influencia dos miasmas palustres sobre a saúde do homem*. Tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de Bahía.

Monin, Ernest (1903). *Les odeurs du corps humain. Causes et traitements*. París: Doin.

Pimentel, José Ignácio de Barros (1856). *Acção dos efflúvios pantanosos*. Tesis de doctorado en la Facultad de Medicina de Bahía.

Porto, Angela (2006). "O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas", en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. 13, Nº 4.

Raciborski, Adan (1841). *Resumen práctico y razonado del diagnóstico, que comprende la instección, medición, palpación, depresión, percusión, auscultación, olfacción, gustación, reactivos químicos, la interrogación de los enfermos, la descripción de las enfermedades de la piel, boca, garganta, partes genitales, de las alteraciones de la sangre, de las afecciones del sistema nervioso, del aparato respiratorio, circulatorio, digestivo, urinario, etc*. Madrid: Jordan e Hijos.

Tavares-Neto, José (ed.) (2004). *Gazeta médica da Bahia*, Vol. 74, Nº 1.



FABRICADA EN

1970

INDUSTRIA COLOMBIANA

POR SIDERURGICA

GORRADINE

600 ml
Coca-Cola

EL FARMACO
NOVEDAD PARA
LA SALUD