

“Durant l’espantós regnat del còlera a Nova York vaig acceptar la invitació d’un parent a passar quinze dies al seu confortable cottage, a la riba del Hudson. Allà teníem tots els habituals mitjans de diversió estivals. Passejant pels boscos amb els nostres quaderns de disseny, navegant, pescant, nedant, amb la música i els llibres hauríem passat un temps plaent si no hagués estat per les terribles notícies que arribaven cada matí de la populosa ciutat. No passava un dia sense que ens portéssim noves de la mort d’un o altre conegut. Amb l’augment de la mortalitat, vam aprendre a esperar diàriament la pèrdua d’algun amic. El mateix aire del sud semblava impregnat de mort”. (Poe, 2002 [1846]: p.423).

La relació entre salut i paisatge és avui dia un lloc comú tan acceptat que ha esdevingut ja un tòpic. D’una banda, l’associació entre determinats paisatges i la idea de la bona salut, entesa en termes de benestar tant individual com col·lectiu, ha estat tan reiterada que ja es pot suggerir la seva conversió en un element publicitari més en el context d’una societat contemporània que tendeix a transformar, cada vegada més, elements de la realitat física en productes estètics, sotmesos a les regles d’un mercat progressivament necessitat de nous nínxols de consum. D’altra banda, aquesta qualitat de vida màxima que representa el concepte abstracte de salut s’entén com reafirmada a partir de la vivència, el gaudi o l’estada en determinats paisatges configurats com extensions, igualment estetitzades, de tot allò que actualment es considera com saludable o salutífer pel fet que ens apropa a la natura: del menjar amb fibra als massatges amb pedres vernacles, dels hàbits esportius a l’aprenentatge de la filosofia zen o l’audició de composicions *new age*. Una estetització que porta implícita, en realitat, una banalització del paisatge que és present en una multiplicitat d’escales de manera que el paisatge, ja sigui una vall de muntanya o un jardí interior al centre de la ciutat, s’acaba ade-

quant a les imatges prèviament creades per adaptar-se a aquest consum de salut entès com un producte més. Així, tan banal resulta el “pessebrisme” que caracteritza algunes experiències de gestió del paisatge en àrees rurals com la utilització, indiscriminada i reduccionista, del fengshui al disseny d’interior més urbà.

Els ràpids o els suaus meandres als rius, les últimes franques de costa nua de construcció, les valls verdes, els horitzons de vinya, els mosaics agrícoles, els camins rurals però també els indrets de tranquil·litat, els cels amb nits estrellades i el mateix aire “pur”, per oposició als llocs sorollosos i amb contaminació lumínica o atmosfèrica, són tots ells elements distintius de paisatges de mar, de muntanya o, senzillament, del camp. La seva percepció no depèn únicament del seu valor paisatgístic sinó que s’efectua en termes de salut a partir d’aquesta esteticització del consum. Es tracta de tota una sèrie de qualitats físiques i atributs antròpics que encara caracteritzen els territoris tradicionalment idealitzats pel fet de no trobar-se urbanitzats. En altres paraules, els bons paisatges, els que proveeixen de millor salut i benestar, són aquells definits per l’absència d’urbanització.

En realitat, aquesta és una percepció col·lectiva que no ha d’estranyar, ja que va ser a la ciutat on la relació entre paisatge i salut es va fonamentar, amb més claredat, en el decurs del segle XVIII i, sobretot, del XIX. Aquesta associació entre paisatge urbà i mala salut té les seves arrels en elements objectius molt clars, com les quatre epidèmies de còlera que van patir les ciutats europees al segle XIX. No obstant això, es relaciona, també, amb algunes claus ideològiques, com el desenvolupament d’un discurs antiurbà que té el seu origen en la idealització del camp com a resposta al procés de gestació d’una nova societat urbana industrial, realment molt convulsa.

És d’aquesta manera que la cura de malalties clarament modernes en sentit culturalista, com la tuberculosi, es va associar als espais de fora de la ciutat. La tranquil·litat del camp, la brisa del mar o l’aire pur de la muntanya es contraposaven, així, als gravats de Gustave Doré o George Cruikshank, que reflectien

amb cruesa o ironia imatges d'unes ciutats literalment ofegades pel creixement urbà. Succeïa en un moment en què la terapèutica mèdica, presonera encara del paradigma hipocràtic, estava obsessionada per la qualitat de l'aire. És també així que es es va desenvolupar una primera sensibilitat burgesa, relacionada amb la salut i el bany, que explica l'aparició d'espais urbans concrets, com els banys públics o un primer turisme fundacional a determinats indrets costaners, clarament identificats amb aquella imatge de benestar, com Brighton o Biarritz.



Imatge 1. La cerca de la salut i el benestar motiven l'arribada dels primers turistes a determinats indrets costaners com Brighton.

Per tant, l'associació estètica entre paisatge sense urbanitzar i salut, tan present avui dia a les anomenades societats post-industrials, entronca amb una tradició molt anterior. Es tracta d'una associació que, tot i fonamentar-se en elements de coneguda diagnosi que mostren els riscos que per a una bona salut representa l'hàbitat urbà (de la pol·lució atmosfèrica a la contaminació acústica o la derivada dels mateixos materials de construcció), ignora dues qüestions que semblen clau. En primer lloc, les diferències entre individus els quals es consideren en iguals termes pel que fa a les seves necessitats i requeriments de salut i, per tant, se suposa que reben el mateix benefici del gaudi o l'esta-

da en paisatges salutífers, quan semblaria obvi que no és així. En segon lloc, en considerar els individus a partir d'un perfil únic, elements tan essencialment definidors dels llinars de salut, com és el cas de la renda disponible, queden fora d'estudi. S'oblida, d'aquesta manera, el fet que, a igualtat de condicions de base genètica o biològica i de salut individual, un habitant urbà de renda alta tindrà, de ben segur, millor accés a una bona salut que un habitant no urbà de renda baixa, independentment de les qualitats del seu paisatge.

La conclusió, per tant, és que generalment la relació entre paisatge i salut és, en realitat, una associació que considera merament aspectes físics del territori i deterministes de la relació entre individu i medi, mentre que deixa de banda qüestions socials que es revelen com radicalment crucials per explicar la salut dels individus i col·lectius. Tant la noció de paisatge com la de salut serien, en conseqüència, conceptes culturalment construïts i susceptibles de ser analitzats en clau ideològica, política i social.

Aquest capítol explora, mínimament, l'origen d'aquest estat de coses i posa l'atenció sobre aquell moment fundacional en què la relació entre paisatge urbà i salut precària queda fonamentada com la base del discurs antiurbà al segle XIX. Aquest és un moment històric en què les ciutats presenten tal multiplicació de situacions insalubres que acabaran sent definides a partir de la màxima de les ansietats possibles des del punt de vista del benestar: el risc de mort.

Natura i cultura, *ruris i urbis*: les fronteres del risc urbà

Des del segle XVIII, els poders il·lustrats havien institucionalitzat una visió de la relació entre societat i natura configurada a partir de la idea de felicitat humana. Sobre aquest objectiu s'articularen polítiques que afectaran àmbits diversos de la vida urbana. Elsa Malvido ha resumit de manera clara el que anomena el "somni il·lustrat":

“[...] una població treballadora nombrosa, ben distribuïda, connectada per camins, ports i ponts, sana i disponible... tot això feia indispensable per a un bon govern saber quants, on, de quin sexe, color (ètnia), mida, força i qualitat, eren els seus súbdits [...]” (Maldivo, 1993: p. 301-320).

Dins d'aquest paquet de requeriments destaca la salut com un eix important pel que fa a les incipients polítiques de benestar públic: “Policia, riquesa, felicitat, salut i seguretat estan, a finals del segle XVIII, tan íntimament unides que són difícils de distingir.” (Álvarez Uría, 1983: p. 66).

Així, des de mitjan segle XVIII i en el decurs del segle XIX, es desenvoluparà a Europa una línia de pensament sobre la salut, entesa com un objectiu i una necessitat col·lectius. Durant aquest període, dos elements constituïran la base de les argumentacions per la seva oposició material a la consecució d'aquest ideal tècnic de salut: la ciutat i l'epidèmia. La malaltia contagiosa, i més concretament el còlera, es codificarà des del saber científic i la gestió tècnica a partir del referent urbanístic.

Abans de plantejar, però, amb suficient detall, les qüestions referides és imprescindible assenyalar que l'explicació d'aquesta representació negativa de la ciutat no es pot simplificar fent únicament referència a les onades epidèmiques i a la caracterització de la ciutat a partir del risc de malaltia o de mort. En realitat és un tema força més complex on la creació d'estereotips relacionats amb la contraposició entre el medi rural i la seva antítesi, la ciutat, juga un paper força rellevant. Es tracta de tòpics, institucionalitzats culturalment, a partir de l'expansió global del procés d'industrialització i, més enllà del que passava a les fàbriques, en funció de la progressiva taylorització de la vida urbana.

Les polítiques de salut i la taylorització de la ciutat

Les aportacions de Frederik Winslow Taylor defensaven la necessitat d'una racionalització del treball industrial i van començar a ser aplicades, dirigint ell mateix el procés, a partir de la dècada del 1880. L'anàlisi dels moviments realitzats pels obrers i l'eficient gestió del temps necessari per a l'execució dels diferents treballs als tallers van iniciar, així, un procés que acabaria amb la determinació científica de la duració que havia de correspondre a cada feina:

“Es pretenia definir per a cada una d'elles un mètode exemplar, el millor i l'únic, *the one best way*, que s'hauria de difondre entre els instructors a la fàbrica i guanyar tots els establiments conquerits per l'organització científica.” (Friedmann, 1977: p. 100).

Dins d'aquesta anàlisi dels moviments sobresurt especialment la introducció del cronòmetre i del *time-study-man*, literalment, “l'home que estudia els temps”, (Friedmann, 1977). Aquesta nova organització del treball industrial als tallers i les fàbriques donarà posteriorment lloc al que Benjamin Coriat anomenà la “disciplina de fàbrica”, una disciplina basada en el conjunt de gestos que acabaran per convertir-se primer en codi i més tard en comportament estandarditzat.

Apareixen, així, requeriments nous. En primer lloc, es produeix la limitació de la mobilitat i la fixació de la mà d'obra al territori a partir de l'organització estable de les condicions de treball. Aquest és un escenari on les assegurances socials i les ordenances de salut i higiene associades a les millores dels habitatges tenen importància en tant que estratègies destinades a sedentaritzar una massa treballadora que fins aleshores es caracteritzava per la seva flexibilitat, imprevisibilitat i nomadisme. En segon lloc, es produeix l'acomodació de la mà d'obra a una situació inèdita marcada per imperatius productius igualment nous com la

regularitat, la continuïtat en la producció o la permanència al lloc de treball. És en aquests aspectes on la disciplina de fàbrica adquireix tot el seu sentit.

També és des de la perspectiva d'aquestes noves necessitats que s'entenen situacions que avui dia contradirien qualsevol plantejament de política col·lectiva de salut com, per exemple, el treball infantil. El nen podia, certament, ser retingut a l'espai de la manufactura de forma permanent sense por que els ritmes de les collites i el treball agrícola (que formava part simultània de la vida laboral d'aquelles primeres generacions de treballadors industrials) o les crides de l'exèrcit, deixessin el taller buit de braços.

En paraules de Coriat (1982), els nens asseguraven la continuïtat de la producció industrial entre el ritme de les estacions. Giorgio Piccinato (1993) arriba a la mateixa conclusió quan afirma que “era gairebé impossible transformar en obrers eficients de fàbrica les persones que havien superat els anys de la pubertat, si provenien de l'agricultura o dels oficis artesanals” (Piccinato, 1982: p. 41).

La taylorització de la producció industrial, però, no s'ha d'entendre com un procés merament circumscrit al marc productiu ni a l'escenari fabril. En realitat, depassa la mera organització econòmica per fer-se present a d'altres esferes de la vida urbana. El que s'estava gestant era, més aviat, una taylorització de les relacions urbanes enteses en sentit ampli, la qual cosa acabarà per encabir la producció de l'espai urbà dins les mateixes coordenades de la racionalitat científica que havien inspirat el canvi en l'organització del treball i la gestió del temps a l'espai de la manufactura.

Es pot caracteritzar, així, l'espai de la ciutat industrial com una successió de territoris progressivament “tayloritzats”: primer el taller, la manufactura i la fàbrica; després la ciutat fora del marc estrictament productiu, de la gestió de la circulació a la nova construcció de parcs i serveis urbans; finalment, l'habitatge, on la pròpia vida domèstica acabarà igualment fagocitada per l'ideari taylorista, fins arribar a la cuina, l'espai de major activitat fami-

liar i, per tant, allà on més gestos, moviments, comportaments i maneres de fer havien de ser objecte de la nova disciplina, la nova racionalitat associada a l'eficiència productiva. Es tracta d'elements clarament presents fins i tot als manuals que mostraven a l'època la correcta organització del treball a la cuina:

“[...] deu procurar lo cuyner que cada un de aquells (dels utensilis) estiga en son propi lloch, per evitar tota confusió y també per ahorrarse treball, cuydant de tornarlos á sos puestos despres de haberlos usat; porque está clar que si lo cuyner es deixat ó pererós en tornar las cosas á sos llochs determinats, resulta que cuant se va per ellas, no las troba tan facilment, sent motiu de doblar lo treball anant de assí y de allà lo que sol succehir cabalment en las ocasions de mes ocupació y treball [...]” (Anònim, 1982 [1851]: p.107-108).

En aquest context general definit per la taylorització de la ciutat, les primeres polítiques de salut urbana s'han d'entendre clarament vinculades a la gestió de la força de treball industrial. Així, per exemple, les lleis sobre el treball infantil i la mateixa pressió de metges i demògrafs des de finals del segle XIX en la seva lluita per reduir les taxes de mortalitat infantil, no s'han de pensar estrictament com iniciatives de salut en el sentit contemporani de l'expressió, sinó com mesures certament associades a l'administració de la força de treball en un moment on les màquines encara necessitaven braços per garantir la producció a la manufactura. Així, la limitació del nombre d'hores de treball dels infants i les lleis d'escolarització garantiran, en paraules de Coriat (1982), la formació de “cossos protegits d'un desgast precoç, caps pacientment sotmesos a les xifres i a les lletres en el recinte dels murs de la classe.” (Coriat, 1982: p. 20).

Variacions sobre el discurs antiurbà

La contraposició entre els medis rural i urbà s'exaltarà progressivament en el decurs del segle XIX, a partir de la idealització del camp. Així, al mateix temps que s'afirma la superioritat de la cultura urbana, en termes de modernitat, de consum i de cultura burgesa, el que no és ciutat s'entén com un camp idíl·lic, un ambient desconnectat de la nova realitat productiva. Aquest ambient serà entès, progressivament, com un món a part, bressol i reserva dels valors originals del lloc i de les seves tradicions, en contraposició amb l'eficiència productiva i la racionalitat del maquinisme que dominaven el procés de taylorització urbana.

Aquesta ideologia contra la ciutat s'insereix dins una tradició latent on s'inclouen visions tan llunyanes en el temps com les concepcions organicistes de la filosofia natural i la medicina galènica que, durant el Renaixement, havien assimilat la ciutat al cos humà, de manera que la idea de malaltia del cos podia fàcilment ser traslladada a l'escenari urbà (Barona Vilar, 1992). És a dir, que des d'alguns segles abans, ja hi havia un medi privilegiat per vehicular aquests tipus d'ansietats antiurbanes. En el decurs del segle XIX, el concepte d'higiene, en les seves múltiples variants (higiene pública, privada, social) estructurarà la branca especialitzada de la medicina encarregada de donar forma i canalitzar un determinat discurs contra la ciutat. Aquest discurs, d'una banda, prendrà com a referència els dèficits de salut i entendre l'espai urbà com un lloc de risc, de malaltia i de mort, associat en termes explicatius a la densitat urbana; d'altra banda, entendre la ciutat com un lloc de dissolució, que aigualeix els vincles morals i familiars entre individus.

A diferència de moments històrics anteriors, però, al segle XIX la ciutat era ja l'indret privilegiat d'acumulació de capital, ja que, en un moment d'eficiència encara molt baixa dels transports i comunicacions, la necessària concentració dels factors productius de l'economia industrial feia necessari mantenir viu i en creixement el territori urbà.

Al mateix temps, però, els conflictes generats per la concentració de població, l'excessiva densitat i el creixement certament explosiu dels vells centres urbans, projectava dubtes sobre l'estabilitat social que la moral aristocràtica, primer, i burgesa, més tard, defensava com a igualment bàsica per garantir aquell procés econòmic d'acumulació (Casals, 1992). La solució a aquests dilemes no va ser una altra que la invenció de la natura. La contraposició entre cultura i natura, entre ciutat i camp, entre cultura urbana i cultura rural, va ser el primer pas per tal que la densitat urbana s'entengués com l'atribut més representatiu de la ciutat i el fet diferencial que esdevindria explicatiu de la situació de crisi higiènica de l'espai urbà. La manca d'higiene, física i social, serà assimilada per la retòrica del discurs antiurbà com un límit real a la salut concebuda tant en termes de benestar individual com de pau social col·lectiva. Com s'explicarà més tard, és a partir d'aquestes coordenades que s'entén l'èxit de la idea de la "reforma" urbana, una ambició que acabarà inspirant el primer urbanisme europeu de les grans avingudes i eixamples i que proposarà, com a objectiu principal, la reducció de les condicions de densitat urbana com a requeriment essencial per aconseguir una ciutat higiènica i saludable.



Imatge 2. L'associació entre densitat urbana i mortalitat donà lloc a la reforma urbana a través de la construcció de grans avingudes i eixamples.

Des de començaments del segle XIX, el discurs antiurbà trobarà el seu aliment en les evidències mèdiques empíriques que demostraven els riscos de salut pública a la ciutat. Una mateixa defensa unirà, així, metges, arquitectes o enginyers, a la medicina galènica i a l'incipient urbanisme: l'associació entre densitat i mortalitat urbanes. En altres paraules, l'explicació dels majors riscos per a la salut, concretats a partir dels elevats llistats de mortalitat urbana, es justificava a partir de l'excessiva densitat que definia l'espai urbà, que es manifestava de diverses formes: augment exponencial de la població en un mateix espai intramurs; subdivisió intensiva de les propietats que donaven lloc a habitatges de superfície progressivament més reduïda; increment general de l'alçada dels immobles com a conseqüència de l'escassetat de nou sòl per construir; sobreocupació dels habitatges existents; manca d'espais públics en un nucli urbà definit per l'aglomeració i la inexistència d'infraestructures i serveis urbans.

En aquesta caracterització negativa de la ciutat com un espai de risc i alhora en risc, la medicina, per tant, juga un paper primordial en la mesura que serà al metge a qui correspondrà gestionar l'ansietat pel risc de malaltia i de mort. A continuació ens referirem a les teories mèdiques sobre la malaltia, en particular a aquella de tipus epidèmic, vigents als segles XVIII i XIX. Es constatarà com és que a partir d'elles es prenen en consideració determinats atributs de la ciutat per alimentar el discurs antiurbà.

Medicina i gestió del risc urbà: les ansietats de la ciutat higienista

L'herència de l'hipocratismes caracteritzava encara la medicina al segle XVIII i, de manera més matisada, també va ser molt present a la del segle XIX. L'orientació ambientalista derivada d'aquest enfocament plantejava el concepte d'isonomia o equilibri com l'estat òptim de la salut (Barona Vilar, 1992). Aquest equilibri

humoral del cos es podia veure afectat per qualsevol aspecte de l'hàbitat extern a l'individu com la temperatura, la humitat, el clima i, en definitiva, l'entorn físic. La malaltia es manifestava, precisament, per l'alteració d'aquest equilibri que suposava el predomini d'unes substàncies sobre unes altres.

Aquesta concepció de la malaltia, certament determinista, venia igualment reforçada per la concepció de l'aire, encara vigent, a la medicina del segle XIX. Així, l'aire s'entenia com el contenidor de totes les substàncies expel·lides pels cossos i les matèries, tant orgàniques com inorgàniques. Una alteració en la composició d'aquest aire podia ser perjudicial, atès que l'individu no havia d'ingerir necessàriament substàncies en descomposició per veure's afectat per aquestes; n'hi havia prou amb que tingués contacte amb l'aire contaminat. L'agent que assegurava aquesta contigüitat i transmissibilitat entre l'aire i l'individu era el miasma.¹ D'aquesta manera, l'ambient proper a l'individu podia provocar la malaltia o bé modificant la resistència del mateix (a partir de la ruptura de l'equilibri humoral) o bé actuant directament com a medi de cultiu per al contagi (Urteaga, 1985-1986).

L'obsessió "aerista" de què parla Alain Corbin a *El perfume o el miasma* (1987) és el resultat d'aquesta concepció mèdica i en destaquen dos elements principals: la idea de la confusió de les emanacions existents a l'atmosfera i la necessitat del moviment i circulació de l'aire com a imperatius higiènics. Les teories mecanicistes van matisar aquesta concepció miasmàtica de la malaltia però encara insistien en la lluita contínua entre els extrems de putrefacció i cohesió de manera que la pudor era entesa com a part integrant del procés de desorganització de la matèria que conformava els cossos (Corbin, 1987). En conseqüència, la presència de pudor era l'element que verificava tant la desintegració de la matèria orgànica com, posteriorment, la corrupció de l'aire, la inevitable transmissió de la malaltia i, finalment, el contagi de l'individu.

¹ Nota dels editors: el miasma era l'efluvi o l'exhalació perjudicial que es desprenia de cossos malalts, de substàncies en descomposició o d'aigües estancades.

S'establirà així una creixent afició dels metges higienistes per territorialitzar la ciutat tot assignant qualitats diferenciades als diversos espais urbans.² Tot un seguit d'ansietats, perfectament ressenyades per Corbin, aniran apareixent a la visió urbana del metge-detectiu higienista. En primer lloc, les emanacions tel·lúriques, el forat fet a terra, el pou o el mateix treball agrícola podien fer emergir el contingut subterrani, els miasmes del passat, pertanyents a la matèria orgànica ja no existent. Com es pot apreciar, aquest tipus d'ansietat vinculada al símil orgànic representava més negativament el camp que no la ciutat. Les metàfores, però, remetien immediatament a l'espai urbà i, així, les primeres imatges de les quals fa ús la retòrica higienista comparen la ciutat amb el dipòsit de fems o la sínia a cel obert.

A l'obsessió per la terra, la segueix la mirada atenta sobre la pedra. En efecte, parets i murs protegeixen, però, alhora, constitueixen un autèntic magatzem de miasmes acumulats. Tant és així que una part del debat sobre la destrucció de les muralles urbanes, que definí la segona meitat del segle XIX, té, justament, a veure amb l'argument higiènic. L'aigua succeeix l'aire en l'escala de les nocivitats i, amb ella, la humitat apareix com el rastre que cal seguir en la localització dels focus de contagi i malaltia. Però potser la metàfora més reeixida i que, de forma més reiterativa, apareix al discurs antiurbà del segle XIX és la del pantà. El pantà és, d'una banda, la màxima representació de la humitat i, de l'altra, el lloc privilegiat on habita el miasma, ja que al seu interior hi ha la màxima desorganització, barreja i confusió de matèries. L'ansietat higiènica sobre les zones pantanoses se situa, de fet, en l'origen d'una de les primeres polítiques de salut pública més practicades al segle XIX: la dessecació de pantans i llacunes (Urteaga, 1985-1986). El pantà serà, finalment, la metàfora perfecta de la ciutat: l'acumulació de brutícia i excrements o la densitat i la concentració de cossos en espais reduïts als habitatges obrers.

² L'informe de la Comissió sobre l'epidèmia del còlera a París, de 1832, dependent del Consell de Salubritat del Sena assenyala que s'havien enregistat més morts a les parts baixes i humides de París (Zubiri Vidal et al, 1980: p. 37-64).

Tots ells seran atribuïts que, per analogia, consolidaran aquesta representació de la ciutat com a focus de malalties i lloc desorganitzat i confús.

La densitat com l'origen i la causa de la sobremortalitat urbana

La mirada de l'higienista no tan sols considera els espais urbans, sinó també els seus habitants, amb una atenció especial sobre el malalt. L'aproximació mèdica a la malaltia basada sobre la concepció de l'aire és l'origen d'una altra política de salut comuna a l'època: la localització d'hospitals fora del recinte urbà, ja que els miasmes dels malalts vicien l'aire de la ciutat. Serà així, doncs, en relació amb els hospitals, que apareixerà per primera vegada la crítica a la densitat urbana. L'excessiva densitat, en uns casos, o la convivència amb els residus orgànics, en uns altres, anirà posant així sota la vigilància olfactiva del metge higienista espais com el mercat, el cementiri, el vaixell, la tenda de campanya del soldat, la presó i les seves cel·les, fins arribar als mateixos habitatges i a determinats espais domèstics com la cuina, els patis i celoberts o la comuna.

Entre mitjan segle XVIII i mitjan segle XIX tots aquests espais seran objecte de l'assaig de mesures higièniques i de disciplines sanitàries que més tard prendran la forma de polítiques de salut a la ciutat. És a l'exèrcit on comencen a estipular-se les primeres mesures en aquest sentit. El vaixell, per exemple, serà objecte d'una dura persecució higiènica com ja s'observa clarament als diaris de bord dels viatges del capità Cook (Grenfell Price, 1985):

Abril de 1769, “Fins al moment hem tingut molt pocs homes a la llista de malalts, i solament per ferides. La tripulació, en general, es manté molt saludable gràcies, en gran mesura, al xucret (*sauerkraut*), a

la sopa envasada i a la malta; dels dos primers, l'un se serveix els dies en què hi ha carn i l'altre quan toquen figures de les pagodes. S'ha preparat la infusió de malta no fermentada, que se subministra sota prescripció mèdica a tots els que presentin el més mínim símptoma d'escorbut; d'aquesta manera, i amb les cures i atencions de Monkhouse, el metge, s'impedeix que aquesta malaltia posi el peu al vaixell." (Primer viatge, 1768-1771) (Grenfell Price, 1985: p. 169).

Maig de 1773, "Coneixedor que en aquest canal es podia trobar api i altres verdures que, en bullir-les amb blat o pèsols i sopa envasada, constituïen una dieta molt nutritiva i sana, en extrem beneficiosa per guarir i prevenir l'escorbut, en fer-se de dia vaig anar a buscar-ne algunes i vaig tornar a l'hora del desdèjuni amb una gran càrrega." (Segon viatge, 1772-1775) (Grenfell Price, 1985: p. 169).

Però serà la casa, en particular l'habitatge obrer, l'indret que millor representarà l'objecte últim del desig burgès d'higienització. És a l'habitatge obrer on acabaran confluint les angoixes d'aquesta nova sensibilitat. Friedrich Engels, en una sèrie d'articles reimpressos conjuntament al 1887, transcriu la descripció que fa el setmanari de Manchester, *Weekly Times*, respecte a un barri obrer de la ciutat després d'una important inundació. Les metàfores utilitzades són força reveladores:

"El vianant, [...] pot passar-hi sense sospitar que allí, sota els seus peus, en unes coves, viuen éssers humans. El pati escapa a la mirada del públic i només és accessible a aquells a qui la misèria obliga a buscar un refugi en el seu aïllament sepulcral. Qualsevol xàfec pot obligar aquestes aigües horriblement pútrides

a remuntar desaigües i canalitzacions, i fer emanar en els habitatges gasos pestilents... La impressió que produeixen aquest pati i els seus habitants, enterats com si estiguessin en una tomba prematura, és d'una desesperança extrema [...]” (Engels, 1887: p. 374).

En efecte, els subratllats³ no deixen lloc a cap dubte. Junta-ment amb la brutícia, la manca d'aire o l'embussament apareixen referències força explícites a la claveguera o la tomba. Aquestes metàfores, com la del pantà, conduïen la mirada higienista a destacar especialment la confusió de gèneres, matèries i residus orgànics com l'origen de la malaltia que després afectaria tota la ciutat. Això representava, en realitat, identificar la densitat com la causa primera i suficient d'aquella confusió que originava el risc de contagi. Només caldrà, així doncs, un petit últim pas per a acabar associant la sobremortalitat urbana a les condicions d'excessiva densitat. L'arribada d'episodis de mortalitat de fort impacte, com serà el cas de les quatre grans epidèmies de còlera que delmaran la població de les principals ciutats europees entre la dècada del 1830 i pràcticament el final de segle, farà més fàcil establir aquest lligam. El còlera sacsejarà els encara febles fonaments de la política de salut d'estats i ciutats però, sobretot, qüestionarà la capacitat del saber mèdic per gestionar la salut urbana.

La crisi de la gestió higienista de la ciutat i de la salut urbana

El gran problema per a la medicina del moment va ser l'evident incapacitat per descobrir les causes de la malaltia epidèmica. Seguint Kunitz, els higienistes es movien en el terreny de les

³ Nota dels editors: les paraules subratllades són obra de l'autor del capítol.

“causes dèbilment suficients”, és a dir, de causes que només de vegades eren seguides per un efecte específic, a diferència de les causes suficients, que sempre porten a un efecte concret i determinat. No serà fins als descobriments de Robert Koch, ja al final del segle XIX, que apareixerà la noció de causa necessària de la malaltia, en identificar-se’n els diferents agents patògens (Kunitz, 1991). El metge professional havia aconseguit, després de segles de lluita contra els “empírics”, de reservar-se un espai de domini específic, la gestió de la malaltia. Encara que, com assenyala Foucault, “[...] a finals del segle XVIII existeix tot un corpus tècnic referit a la curació que ni els metges ni la medicina mai no han dominat [...]” (Foucault, 1976: vol. 2, p. 94). Això no obstant, els mateixos professionals mèdics utilitzaran aquest sector “folk” de la medicina popular (Stolberg, 1993) i, per extensió, la mateixa població, com excusa, de manera continuada, durant les epidèmies. Així, durant la campanya de vacunació contra la verola a finals del XIX a Alacant, el fet que nens vacunats resultessin infectats és disculpat perquè les vacunes van ser administrades per “no metges”, o sigui, per “barbers i mans inexpertes” (Perdiguero i Bernabeu, 1996).

Però, al marge d’aquestes estratègies, la incapacitat de la professió mèdica davant del còlera era clarament perceptible i això es reflectia als debats interns, com passava amb l’enfrontament entre les posicions contagionistes i les anticontagionistes. Totes dues visions sobre la malaltia representaven, en realitat, concepcions diferents de la ciutat i estratègies igualment diverses per fer front a la crisi de salut que significava. Les idees contagionistes proposaven l’aïllament dels sospitosos i sostenien una concepció de la ciutat com a sistema urbà, entenent la ciutat com un node dins d’una xarxa d’intercanvi de béns, població i també malalties. Les mesures es referien, doncs, a la limitació de la circulació en sentit ampli.⁴

⁴ Així, per exemple, Andalusia va ser aïllada militarment, l’octubre de 1800, arran de l’epidèmia de febre groga. La sortida de la zona era prohibida, independentment de l’estat de salut o de l’anterior realització de quarantena del viatger (Rodríguez Ocaña, 1987).

En aquesta concepció, el risc s'origina, doncs, dins del mateix funcionament de la ciutat moderna, entesa com un sistema en equilibri inestable (Dourlens i Vidal-Naquet, 1992). En canvi, l'òptica anticontagionista negava el contagi d'individu emissor a individu receptor i partia d'una concepció topològica dels focus de la malaltia i de les condicions ambientals de la ciutat, tot acceptant, per tant, les teories miasmàtiques de la malaltia i proposant una tasca de reconeixement territorial urbà, d'inspecció d'espais, objectes i persones amb la pretensió de supervisar possibles focus de miasmes. Les tesis contagionistes partien de la constatació de la importància de les comunicacions en la difusió del còlera. Els anticontagionistes, en canvi, criticaven la ineficàcia de llaterets i cordons sanitaris i negaven el contagi. Mentre que la primera aproximació emfatitzava el perill extern a la ciutat, la segona feia tot el contrari.

El rerefons econòmic de les mesures aïllacionistes, les traves al lliure comerç i al moviment de persones eren, sens dubte, molt presents en l'arrel d'aquest debat (Rodríguez Ocaña, 1983). De fet, el còlera s'ha definit, amb raó, com la malaltia de la civilització industrial. A diferència de plagues anteriors, el còlera no assolía nivells de mortalitat tan elevats però, en canvi, la seva velocitat era molt gran i podia arribar a diferents ciutats en setmanes i recórrer distàncies que les anteriors malalties endèmiques assolien en un any (Kearns, 1989).

De tota manera, les mesures implementades des d'ambdues posicions no van aconseguir controlar mai el còlera, en part, perquè no es duïen a terme de manera correcta, però, sobretot, a causa del desconeixement absolut de l'etiologia, és a dir, de les causes de la malaltia. D'altra banda, considerant les condicions de vida de la majoria de la població, la manca d'higiene i d'infraestructures sanitàries, amb clavegueres a cel obert i sense distinció entre els circuits de l'aigua neta potable i la bruta, probablement importava poc si una ciutat optava per un enfocament o un altre, ja que hi havia abundant material humà i no humà per a la generació i la transmissió de la malaltia (Burnett, 1991). En

aquestes circumstàncies, eren més aviat les pressions de determinats grups amb poder econòmic, com els comerciants,⁵ i els interessos polítics els que anaven definint, segons els casos, l'estratègia que calia seguir.

En aquest sentit, no pot oblidar-se la diferent rendibilitat econòmica, política i social de les dues opcions. Si bé les mesures aïllacionistes paralitzaven la vida comercial, proporcionaven, en canvi, la coartada perfecta per al control policial del transport de mercaderies i de persones (Rodríguez Ocaña, 1987). Al contrari, l'adscripció al no contagionisme permetia un control disciplinari de la població, la justificació de la inspecció autoritzada de les brigades de desinfecció i, en alguns casos, la legitimació de l'eliminació física de la "ciutat infectada"⁶ (Burnett, 1991).

Un cas paradigmàtic d'intrusió dels interessos polítics i econòmics per sobre de les opinions i del coneixement mèdic va ser el d'Hamburg, ciutat que va arribar a patir una última epidèmia de colera l'any 1892, quan ja feia vuit anys que Robert Koch havia descobert el vibrió del còlera. La constatació de realitats com aquesta ha portat alguns autors a plantejar-se el fet que potser els avenços mèdics no constitueixen per ells mateixos la qüestió principal que explica l'apaivagament de les infeccions epidèmiques urbanes, sinó que la gestació d'una nova sensibilitat social vinculada a les ansietats higièniques és un element d'igual importància.

Independentment, però, que el saber mèdic fos tingut en compte per l'autoritat política, la veritat és que fins als descobriments de la microbiologia a l'última dècada del segle XIX, la professió mèdica es va veure ultrapassada per la problemàtica del còlera. No només les solucions terapèutiques s'havien mostrat completament ineficaces, sinó que les possibles solucions que

⁵ Les queixes es dirigien principalment contra el sistema de quarantena, contra els elevats "impostos de salut" i per les constriccions que s'imposaven en l'ús dels vaixells. Les crítiques van començar primerament contra els impostos per acabar acusant les mateixes mesures aïllacionistes (Bourdelaïs, 1991).

⁶ Encara que més tardanament, durant l'epidèmia de grip de 1918, a Alacant es van enderrocar un total de 80 habitatges en dos dies (Bernabeu Mestre, 1992).

s'albiraven quedaven cada vegada més lluny de l'àmbit professional estrictament mèdic i s'aproximaven, en canvi, al terreny del coneixement tècnic, en particular al de l'enginyeria.

La solució tècnica a la salut urbana

Una de les conseqüències derivades de la concepció de l'aire que inspirava la teoria mèdica dels miasmes era la necessitat de lluitar contra l'estancament del fluid, ja que aquest era l'element clau en la generació i transmissió de les malalties. No és, per tant, estrany que es destinessin no pocs esforços a estudiar el moviment de l'aire i a proposar maneres de propiciar la seva circulació. Al mateix temps que es desenvolupen monografies i estudis comparatius de ciutats que estableixen indicadors, avui dia, sorprenents, com el volum d'aire respirable per estança als habitatges, els treballs i estudis sobre ventilació es desenvolupen de forma vertiginosa, sobretot a Anglaterra. Va ser per aquesta via que altres especialistes com enginyers i arquitectes van començar a participar en la gestió de la malaltia i les mesures de salut urbana. Així, als llocs classificats negativament per les idees higienistes en termes de salubritat, com presons i hospitals, és on es comencen a assajar les primeres solucions tant d'enginyeria (la instal·lació de ventiladors de força centrífuga, que aconseguien un corrent d'aire regular) com d'arquitectura (la construcció de voltes o l'engrandiment de portes i finestres).

La progressiva tecnificació de les solucions culminarà amb una proposta que resultarà definitiva en tant que vindrà inspirada i legitimada pels criteris de racionalitat científica i eficiència mecànica, que s'havien gestat a l'espai de la manufactura i que, com s'ha explicat, s'havien anat estenent a tota la ciutat. Aquesta solució serà la construcció del clavegueram:

“Per l'aigua, i només per l'aigua, la feina d'aquest aparell, d'aquesta màquina, exercirà sobre l'habitatge

i sobre les seves habitacions, i en darrer terme sobre tota la ciutat, la seva acció benefactora d'eliminació, de purificació i, encara, d'immunització del medi en què desenvolupa, en general, la seva activitat la vida humana. Atès que, en un pur concepte de principi, la xarxa, com a aparell, no és altra cosa que la disposició d'un mitjà amb què es busca que l'aigua rendeixi un coeficient màxim de treball purificador d'eliminació, canalitzant-ne l'acció. [...] La fossa sèptica constitueix ja un òrgan més complex, de funció més perfecta, més completa i acabada; ja no és solament un pou decantador, no es limita la seva acció a la primitiva funció redemptora de les matèries més grolleres i sedimentoses, sinó que s'estén a la depuració i destil·lació dels líquids residuals.” (Anònim, 1917: p. 369-394).

Com s'aprecia clarament a la retòrica de l'època, és, així doncs, la màquina la que fa possible que l'aigua pugui ser aprofitada de forma eficient, de manera que no només neteja, sinó que a més a més depura i dilueix amb regularitat i continuïtat, igual que les màquines treballen al taller industrial. És evident que era el saber de l'enginyer, i no el del metge, el que havia de gestionar aquest nou domini.

Ara bé, juntament amb la implementació d'aquestes solucions tècniques que milloraven la circulació de l'aire i de l'aigua, la revolució lavoisieriana, en privilegiar l'anàlisi física i química per sobre de la impressió sensorial, que era el que havia guiat la medicina higienista en la proposta de solucions, també va contribuir molt a allunyar el saber mèdic de l'època de les solucions terapèutiques posteriorment implementades per les polítiques de salut.⁷ La construcció del clavegueram a les principals ciutats

⁷ La competència entre metges i químics era ja antiga i ambdues professions ja venien rivalitzant en la determinació dels nivells de qualitat de rius, pantans i zones de la ciutat, és a dir, en l'assignació dels llindars del risc urbà.

europèes en el decurs de l'últim quart del segle XIX coincidirà en el temps amb la seqüència final en aquest procés de distanciament del saber mèdic higienista de les polítiques sanitàries: la revolució pasteuriana. Els descobriments de Louis Pasteur van continuar el camí ja avançat per la química lavoisieriana i el seu interès pel que fa a la gestió de la salut urbana rau en dues qüestions principals.

En primer lloc, s'acota el perquè de la malaltia en aïllar-se la causa de les infeccions en funció de determinats agents patògens, els microbis. Es passarà així de la detecció de l'agent que contagia la malaltia a partir de l'olor, que determinava la presència o no del miasma, a la identificació del microbi mitjançant l'observació a través del microscopi. En aquesta transició del miasma al microbi la doctrina higienista perd moltes coses però, sobretot, deixa definitivament de banda la reflexió ambiental (Urteaga, 1985-1986). La microbiologia naixent indueix així un canvi paradigmàtic: l'individu s'entendrà com una unitat en ell mateix sense relacions de contigüïtat amb el seu entorn. L'emergència del malalt com a realitat biològica suposa, així, l'abandonament definitiu del corpus teòric que havia caracteritzat la medicina des de feia més de dos segles. En segon lloc, la recerca pasteuriana introdueix un canvi radical pel que fa a les metodologies de la ciència mèdica. De l'exploració sensorial de la ciutat i del comptatge estadístic es passarà a les tècniques d'investigació al laboratori.

Dos moviments coincideixen així en el temps: d'una banda, l'enginyeria s'encarregarà progressivament de gestionar les solucions higièniques als problemes de salubritat urbana en tant que es tractarà de la implementació de polítiques urbanes i d'obres públiques concretes, com el clavegueram, que requeriran d'un saber tècnic. D'altra banda, la nova medicina bacteriològica s'allunyarà de la ciutat per posar l'atenció sobre l'individu i acabarà orientant la investigació no cap al coneixement i la classificació dels espais urbans, sinó cap a la prevenció de les infeccions i la producció industrial del medicament com la principal terapeùtica contra aquestes infeccions. La ciència mèdica higiènica,

després d'un segle i mig de definicions al voltant dels grans principis del problema urbà, deixava així la posada en pràctica de les solucions en altres mans. En aquest sentit, la vacuna serà la metàfora de l'acció del metge-bacteriòleg, de la mateixa manera que la màquina sintetitzarà la de l'enginyer-urbanista.

La institucionalització de la higiene i els protocols de salut pública urbana

Serà a partir d'aquesta doble orientació que s'implementaran de forma estable els primers protocols de salut pública urbana comuns a la majoria de ciutats. Així, la gestió de la salut urbana es sustentarà en dos pilars bàsics des de finals del segle XIX: d'una banda, en un conjunt d'avenços com el clavegueram, la pavimentació de carrers i la seva neteja sistemàtica, i els abastaments i conduccions d'aigua potable; de l'altra, en la implementació de programes de vacunació, la progressiva disponibilitat de medicaments i la consolidació de programes i serveis de salut orientats a la prevenció de les malalties.

Aquesta institucionalització de les polítiques de salut pública no ha estat possible, així doncs, fins que no ha existit la possibilitat i, sobretot, la seguretat de curar. És a partir d'aquest moment que la medicina consolidarà el seu domini en la tasca de prevenció de la malaltia i serà l'hospital el lloc que millor representarà aquesta possibilitat de preveure el risc i, per tant, la capacitat per gestionar-lo.

Aquesta orientació de la medicina exigia, per consolidar l'èxit de les polítiques de salut urbana, un últim element: que la població assimilés les normes i pautes higièniques. L'hospital serà el lloc privilegiat per a l'assaig de l'aprenentatge d'un nou tipus de disciplina: la disciplina de la higiene. Més endavant, de la mateixa manera que havia passat amb la disciplina de la fàbrica, l'educació higiènica serà traslladada a la resta d'espais i temps de la ciutat i significarà el començament d'un procés de progressiva

medicalització de la vida urbana que s'anirà consolidant ja en el decurs del segle XX.

Així, la introducció de reglaments de funcionament als hospitals, la distribució de les seves sales en funció del tipus de malalt, segons edat, sexe i malaltia; la classificació, en definitiva, de l'espai a partir de criteris de racionalitat científica i d'eficiència tècnica; i, sobretot, el control i la gestió del temps són exemples d'aquest nou protocol d'higiene. El control del temps de l'hospital, en concret, explica força bé la natura del que serà un nou model d'hospital jerarquitzat, on els facultatius aniran progressivament substituint les religioses, i que tindrà el seu màxim exponent als sanatoris per als malalts de tuberculosi. Una descripció exhaustiva d'aquesta regulació dels comportaments i la complementària gestió del temps la proporciona Thomas Mann a *La muntanya màgica*. Tots els atributs de la disciplina higiènica (la reglamentació, la prescripció de temps i espais, la rutina) caracteritzen l'estada del protagonista, Hans Castorp, a l'hospital:

“No sabia quanta estona havia passat així. Arribat el moment, sonà el gong. Però encara no avisava per anar a dinar immediatament, només per tenir temps d'arreglar-se, com Hans Castorp ja sabia, i així, doncs, restà ajagut fins que el retronny metàl·lic va sonar i es va perdre per segona vegada. Quan Joachim va anar al balcó per recollir-lo, Hans Castorp va voler canviar-se de roba, però Joachim ja no el va deixar. Odiava i menyspreava la manca de puntualitat. Com s'havia de tirar endavant i recobrar la salut per poder fer el servei, va dir, si no es tenia ni el coratge de respectar les hores dels àpats.” (Mann, 1993 [1924]: p. 96).

“La jornada estava clarament dividida i organitzada amb tota previsió, de seguida s'agafava rutina i soltesa en incorporar-se al pla de cada dia. Però, dins el

marc de la setmana i en espais de temps més amplis, els dies sofrien certes modificacions regulars que s'anaven descobrint de mica en mica, algunes es veien després que unes altres ja s'haguessin repetit.” (Mann, 1993 [1924]: p. 133).

L'aprenentatge de la disciplina de la higiene serà exportat a la resta de la ciutat fins a arribar, finalment, a l'habitatge. De la mateixa manera que havia passat també amb la lògica taylorista, la necessitat d'higiene urbana pública acaba traduint-se en l'exigència d'higiene domèstica privada:

“També deu tenir sempre present tot bon cuyer, que la primera y mes apreciable prerogativa del seu estat, es lo asejo y limpieza en tot, [...] per consegüent tindrà sempre alguns devantals de cánem blanchs, en los quals per coneixerse mes facilment las tacas, podrá advertir mes comodament cuant se degan mudar... escombrará la cuyna no una ni dos vegadas sino sempre que hi haja necessitat, no permetent que quede dins de ella ni per un sol instant, cualsevol género de basura ò escombrarias per los grans perjudicis que de aqui resultan com son lo perill de lliscar y cáurer á motiu de trepitjarlas, atraurer i cridar las moscas, cuchs y altres insectos en perjudici de las viandas, y per últim infeccionar y corrompre lo ayre en dany de la salut domèstica.” (Anònim, 1982 [1851]: p. 108-109).

La solució urbanística a la sobremortalitat: la reforma urbana

L'aprenentatge dels nous protocols d'higiene pública i domèstica havia de negociar, però, amb la crua realitat de la degradació de les

condicions de salubritat associada al procés de densificació i de sobreocupació dels habitatges que caracteritzen la ciutat europea en el decurs del segle XIX. Era, doncs, força difícil plantejar-se un projecte global d'higienització física i social de la ciutat en un context urbà caracteritzat per la malaltia i les elevadíssimes taxes de mortalitat causades, segons s'entenia, per l'excessiva densitat. Tal com es formulava el problema, la institucionalització de la higiene exigia, per tant, la millora de les condicions de densitat a l'espai urbà. És en aquest context que la idea de la reforma urbana prendrà força i s'acabarà traduint en operacions com la destrucció del teixit urbà més densificat per obrir grans avingudes i bulevards. Una altra fórmula d'intervenció serà la de l'ampliació de la ciutat existent amb eixamples on tant l'edificació com el disseny de la xarxa viària i l'espai públic responien als nous criteris d'higiene i salut. Elements com les condicions d'asolellament i circulació de l'aire als habitatges, la presència d'espais enjardinats o la previsió de densitats baixes seran a l'agenda dels projectes de transformació urbana ja des de mitjan segle XIX.

La reflexió més radical, en aquest sentit, i que més influència tindria posteriorment sobre l'urbanisme contemporani, correspon, sens dubte, a la *Teoría general de la urbanización* (1867), que Ildefons Cerdà escriu com a treball justificatiu i legitimador de la seva proposta d'eixample per a la ciutat de Barcelona. La *Teoría general* de Cerdà planteja una explicació de les formes d'habitar que han caracteritzat l'evolució de l'ésser humà en el decurs de la història. Aquesta obra conclou amb una crítica ferotge a les condicions de vida de la població a la ciutat industrial pel que fa, sobretot, al procés de subdivisió de la propietat i de sobreocupació dels habitatges.

A la famosa monografia de dades estadístiques que acompanya el tercer volum de l'obra, a banda de diverses informacions de detall pel que fa a l'estructura física de la ciutat (com percentatges de superfície arbrada o d'espai públic per habitant), o en relació amb les condicions de vida dels treballadors industrials (amb informacions exhaustives sobre hores de treball, salaris o

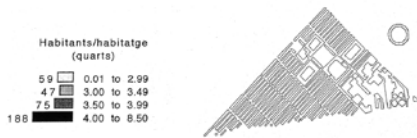
fins i tot la seva alimentació) també es recull una estadística de la població resident a cadascun dels habitatges de la ciutat, pis a pis, replà a replà, porta a porta. Es tracta d'una informació valuossíssima que també mostra dades concretes de mortalitat general i de l'epidèmia de còlera que va afectar la ciutat el 1865. Amb motiu de l'exposició "Cerdà, urbs i territori", celebrada l'any 1994, amb la doctora en geografia humana Anna Cabré, vam analitzar aquesta informació i vam produir la cartografia de la densitat i la mortalitat que, en el seu dia, Cerdà no va poder incorporar al seu treball (Cabré i Muñoz, 1994; 1997).

Els mapes de densitat i mortalitat (vegeu els mapes 1, 2 i 3) en alçada que es van elaborar permeten comprovar que, efectivament, s'enregistraven diferències importants pel que fa a les pautes de mortalitat en funció del nivell o planta on vivia la població. Així, els entresòls, on acostumava a habitar el propietari de la finca, mostren les taxes de mortalitat més baixes mentre que la mortalitat a partir del primer pis fa evident un increment exponencial que arriba a ser generalitzat en el cas d'aquelles illes de carrers d'edificis amb un cinquè pis.





Mapes 1, 2, 3. Densitat d'ocupació dels habitatges a Barcelona, 1859. Font: Cabré i Muñoz, 1994.



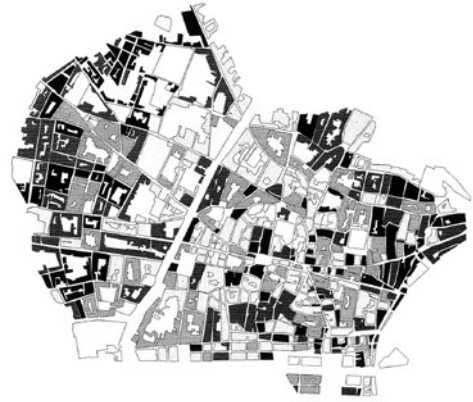
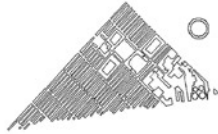
Aquesta diferència en alçada de les condicions de mortalitat es correspon amb un patró molt similar pel que fa a la distribució de les densitats d'ocupació dels habitatges de manera que es constata un procés de densificació selectiva i en alçada a la Barcelona del 1859 (vegeu els mapes 4, 5 i 6).

Resulta evident, als ulls de l'observador actual, que la causa de l'elevada mortalitat dels pisos superiors estava relacionada amb la densitat només de forma indirecta. En canvi, segurament es relacionava molt més amb el fet que la progressiva subdivisió de les finques i els pisos (la "tritració" dels espais habitats, en paraules de Cerdà), havia fet que els habitacles de les plantes superiors, de menor superfície i per tant més econòmics, fossin ocupats per una població amb menys recursos i completament dependent dels seus braços per mantenir un salari que, com el mateix Cerdà assenyala en la seva monografia de la classe obrera, no li permetia menjar proteïnes, i encara menys de forma regular. No és estrany, per tant, imaginar que seria la població més vulnerable i la més afectada no tan sols per les malalties, sinó per mortalitats d'impacte tan fort com la causada per les epidèmies.



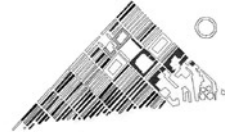
**TBMx 1856-65
(entresols)**

119	0.01 to 19.99
22	20.00 to 24.99
24	25.00 to 29.99
56	30.00 to 120.00



**TBMx 1856-65
(primers)**

172	0.01 to 19.99
82	20.00 to 24.99
103	25.00 to 29.99
131	30.00 to 125.00

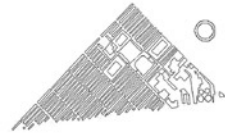


Mapes 4, 5 i 6. Mortalitat als habitatges de Barcelona, 1856-1865. Font: Cabré i Muñoz, 1994.



**TBMx 1856-65
(quarts)**

86	0.01 to 19.99
61	20.00 to 24.99
87	25.00 to 29.99
129	30.00 to 300.00



Es pot imaginar l'evident necessitat de compartir els habitatges i la seva sobreocupació que revelaven les dades de densitat, però és igualment clar que les causes de la malaltia i de la mort presenten una arrel molt més econòmica i social que no mèdica o urbanística. A mitjan segle XIX, però, la responsabilitat de la densitat sobre les elevades taxes de mortalitat urbana venia legitimada, d'una banda, per tota la tradició de la teoria miasmàtica, basada, com s'ha explicat, en la qualitat de l'aire com agent conductor del contagi. D'altra banda, l'associació entre densitat i mortalitat permetia justificar la necessitat d'eixamplar les ciutats en un moment en què les pressions per urbanitzar els terrenys agrícoles immediats als nuclis antics no només tenien a veure amb la necessitat de més sòl per a les fàbriques industrials i els habitatges obrers.

En primer lloc, les solucions tècniques al problema de la higiene, com el clavegueram, van obrir un nou camp pel que fa a la introducció de xarxes de serveis urbans que a partir de llavors haurien de ser implementats a les noves construccions. En segon lloc, les expectatives d'urbanització alimentaven, igualment, una ambició per assajar noves tipologies edificatòries i d'espais, tant de caràcter públic com de consum, difícils de ser construïdes al cor urbà antic. Les noves avingudes resseguint les antigues muralles o els bulevards i passatges comercials representaven, en realitat, precises incisions al territori encara per urbanitzar que, abans o després, anaven acompanyades de noves construccions d'habitatges. Finalment, la urbanització més enllà de les antigues muralles s'associava, en molts casos, a la introducció de nous sistemes de transport com ferrocarrils i tramvies o a la construcció de noves infraestructures. És innegable, doncs, la petjada que ha deixat la dinàmica descrita en el paisatge urbà que distingeix moltes de les nostres ciutats a l'actualitat i que ha estat cabdal dins la seva evolució històrica.

El procés de producció urbana, en definitiva, havia canviat irreversiblement de forma, però, sobretot, de magnitud, i les demandes de nou sòl per ser urbanitzat eren un denominador

comú a la majoria de ciutats. En totes elles, la justificació higiènica va permetre generar consensos sobre el creixement urbà i accelerar el trànsit entre la ciutat constreta a l'espai intramurs i la nova urbanització dels eixamples i grans vies. Aquest paisatge urbà, a cavall entre la vella i la nova ciutat, és la viva expressió de la concepció higienista que triomfa, que té una traducció física clara i que s'entén com a part de la solució als compromesos problemes vinculats a la salut que encara han de resoldre les aglomeracions humanes decimonòniques.

No és gens estrany, així doncs, que fins i tot ja iniciat el segle XX la coartada de la teoria miasmàtica i la manca de condicions higièniques encara apareguessin acompanyant la crítica contra la densitat, com ho mostra aquest fragment de l'*Anuari Estadístic de la ciutat de Barcelona* de 1902:

“En general, el vestíbul, que havia de servir per ventilar i donar llum a les habitacions, és el principal focus de les malalties epidèmiques, perquè allí s’hi amunteguen els trastos vells, allí s’hi crien gallines i coloms en galliners molt reduïts i serveix de recipient de les escombraries del veïnat. Allí, en aquestes estances, és on té el seu origen la major part de les malalties infeccioses que després es propaguen a tota la ciutat i causen gran nombre de víctimes.” (Anònim, 1902: p. 90-93).

Tampoc no sorprèn que la solució al problema de la densitat i la higiene urbana es presentés conjuntament amb la mateixa justificació racional i científica que ja havia legitimat anteriorment l'exportació de l'organització taylorista de la manufactura a l'espai urbà, primer, i dels nous codis d'higiene de l'hospital a la vida urbana, més tard:

“Fins als cascós dels suprimits termes dels afores s'estén el bell Eixample, que reuneix millors con-

dicions higièniques que la part antiga, perquè els seus carrers són amples i tots amb arbrat, formant un immens tauler d'escacs les vies del qual van des del mar fins a la muntanya les unes, i les altres perpendiculars del Besòs al Llobregat, amb dues grans vies transversals que segueixen matemàticament les direccions del meridià i del paral·lel.” (Anònim, 1902: p. 90-93).

La raó científica, clarament representada per l'urbanisme de l'eixample, aconseguia així redimir l'espai desorganitzat i confús de la ciutat densificada, el “pantà” que obsessionava els higienistes. A partir de la imatge racional dels escacs, de la quadrícula, els apel·latius de científicitat dibuixen un crescendo des dels adjectius “perpendicular” i “transversal” fins a la màxima d'ajustar-se, de manera precisa, a la triangulació del globus terrestre.

De la ciutat higienista a la ciutat moderna

Serà aquesta nova ciutat, construïda d'acord amb les necessitats de la indústria, del ferrocarril i de l'incipient urbanisme de les xarxes (del clavegueram a l'enllumenat elèctric), la que finalment permetrà la consolidació de les polítiques de salut i el procés de medicalització de la vida urbana en el decurs del segle XX. Una interessant paradoxa apareix quan s'analitza aquesta història: l'urbanisme modern, definit per Cerdà i per la tradició urbanística posterior com l'art de fer ciutats, no pot deslligar el seu origen d'una reflexió que, en realitat, no es referia tant a les característiques dels elements de la urbanització i el disseny urbà, sinó que tenia molt més a veure amb aquella crítica higienista, exhaustiva i meticulosa que arribà al seu punt àlgid a mitjan segle XIX i que representava, precisament, una crítica sense paliatius a la ciutat.

Els eixamples, però, no van aconseguir mantenir millors condicions de densitat urbana per gaire temps. A partir de les

primeres dècades del segle XX a les vores dels eixamples van aparèixer nous barris densificats, on es concentrava la mà d'obra que treballava a les fàbriques, més enllà de l'antic espai intramurs. La mortalitat urbana, d'altra banda, va assolir, de nou, valors extrems, atès que noves epidèmies, encara que sense la virulència ni la continuïtat del còlera al segle XIX, van tornar a afectar severament les poblacions urbanes com és el cas de la grip de 1918. No obstant això, hi haurà un parell de variables que ajudaran a arraconar definitivament el discurs higienista que associava densitat i mortalitat en termes de causalitat. Aquestes són, d'una banda, la moderna sociologia, que donarà rellevància a la desigualtat, pel que fa a les condicions de vida, a l'hora d'explicar les diferències de mortalitat; de l'altra, els progressius avenços en la medicina bacteriològica, que identificaran, cada vegada més, agents patògens i facilitaran la disponibilitat de vacunes i d'altres tractaments eficaços.

El fet que s'aconseguís minvar els valors de la mortalitat independentment de les condicions de densitat urbana, actuant sobre altres paràmetres com el control de les infeccions i la posada en pràctica de sistemes de prevenció i assistència mèdica, va contribuir, sens dubte, a aquest canvi de paradigma i va permetre donar progressivament forma a les polítiques de salut pública tal com les coneixem avui dia. L'urbanisme, intensament alimentat pel procés d'industrialització i per les primeres dinàmiques de metropolitanització, tampoc necessitava ja la justificació higienista, ja que estava suficientment legitimat pels imperatius del desenvolupament econòmic associat al procés de producció del sòl urbà.

De totes maneres, molts elements d'aquell vell discurs anti-urbà, que representava amb metàfores, negativament, qualsevol atribut de la ciutat relacionat amb la densitat i la urbanització, van arrelar amb prou força a la cultura urbanística. Tan cert és això que, malgrat la superació de l'escassa salubritat que va caracteritzar les ciutats europees durant el segle XIX i les primeres dècades del segle XX, els clixés sobre la salut aniran apareixent de forma constant i es mantindran fins a les primeres ciutats-jar-

dí construïdes en el període d'entreguerres. Així, es conformen uns tòpics que, associats als atributs que actualment dibuixen la imatge de marca del benestar (la tranquil·litat, l'harmonia, la qualitat de vida), es manifesten de diverses maneres. No tan sols afloren en el procés d'estetització dels paisatges no urbans al qual es feia esment al començament, sinó, fins i tot, en fenòmens ben actuals, de natura i magnitud diversa, com el consum de paisatges naturals, la importància creixent del turisme rural o la intensitat actual de la urbanització dispersa.

Referències bibliogràfiques

ANÒNIM (1902). "Hacinamiento urbano", dins *Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, p. 90-93.

--- (1917). "Proyecto de saneamiento e higienización de las Casas de Barcelona", dins *Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, p. 369-394.

--- (1982). *La cuynera catalana. Reglas útiles, fáciles seguras y económicas per cuynar bé*. Barcelona: Alta Fulla. [Facsimil de l'edició de 1851]

ÁLVAREZ-URÍA, Fernando (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets. (Cuadernos Infimos; 106).

BARONA Vilar, Josep Lluís (1992). "Analogies entre la ciutat i el cos humà en la cultura reinaxentista", dins *Ciencia e Ideologia en la Ciudad. I Coloquio interdepartamental, Valencia 1991*. València: Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports de la Generalitat Valenciana, vol. 2, p. 103-110.

BERNABEU Maestre, Josep (1992). "Les societats urbanes davant les crisis epidèmiques. Alacant i l'epidèmia de grip de 1918", dins *Ciencia e Ideologia en la Ciudad. I Coloquio interdepartamental, Valencia, 1991*. València: Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports de la Generalitat Valenciana, vol. 2, p. 249-262.

BOURDELAIS, Patrice (1991). "Cholera: a victory for medicine?", dins Roger Schofield; David Reher; Alain Bideau (eds.). *The decline of mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, p. 118-130.

BURNETT, John (1991). "Housing and the decline of mortality", dins Roger Schofield; David Reher; Alain Bideau (eds.). *The decline of mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, p. 158-176.

CABRÉ, Anna; MUÑOZ, Francesc (1994). "Ildefons Cerdà i la insuportable densitat urbana: algunes consideracions a partir de la cartografia i anàlisi de les estadístiques contingudes en la *Teoria general*", dins *Cerdà. Urbs i Territori, una visió de futur*. Madrid: Electa, p. 37-46.

--- (1997). "Evolució demogràfica", dins Jaume Sobrequès (dir.) *Història de Barcelona, vol. 8. El segle XX: del creixement desordenat a la ciutat olímpica*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; Enciclopèdia Catalana, p. 107-113.

- CAPEL, Horacio; TATJER, Mercè (1991). "Reforma social, serveis assistencials i higienisme a la Barcelona de final de segle XIX (1876-1900)", dins *Cent anys de salut pública a Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal de la salut, p. 31-73.
- CASALS, Vicente (1992). "El bosque urbano: ideología de la naturaleza y proyecto pedagógico en la España finisecular", dins *Ciencia e Ideología en la Ciudad. I Coloquio interdepartamental, Valencia, 1991*. València: Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports de la Generalitat Valenciana, vol. 1, p. 117-136.
- CERDÀ, Ildefonso (1968). *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Barcelona: Instituto de Estudios Fiscales.
- CORBIN, Alain (1987). *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social: siglos XVIII y XIX*. Mèxic: Fondo de Cultura Económica.
- CORIAT, Benjamin (1982). *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. Madrid: Siglo XXI.
- DOURLENS, Christine; VIDAL-NAQUET, Pierre (1992). *La ville au risque de l'eau. La sécurité dans les secteurs de la distribution de l'eau et de l'assainissement pluvial*. París: L'Harmattan. (Logiques Sociales).
- ENGELS, Friedrich (1980). *Contribución al problema de la vivienda*. Moscú: Progreso. [Títol original *Zur Wohnungsfrage* de 1887].
- ESTIVILL, Jordi (1993). "Casa y trabajo: entre la reclusión y la itinerancia", *Sociología del Trabajo*, núm. 17, hivern, p. 147-173.
- FERNÁNDEZ Sanz, Juan José (1990). 1885: *El año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*. Madrid: Fundación Ramón Areces.
- FOUCAULT, Michel (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. Breviarios. Mèxic: Fondo de Cultura Económica. [Ed. original de 1964].
- FRAILE, Pedro (1992). "Urbanismo y control social en los tratados de policía", dins *Ciencia e Ideología en la Ciudad. I Coloquio interdepartamental, Valencia 1991*. València: Conselleria d'Obres Públiques, Urbanisme i Transports de la Generalitat Valenciana, p. 133-146.
- FRIEDMANN, Georges (1977). *La crisis del progreso. Esbozo de la historia de las ideas (1895- 1935)*. Barcelona: Laia.
- GRENFELL-PRICE, Archibald (ed). (1985). *Los viajes del capitán Cook (1768-1779)*. Barcelona: El Serbal.
- KEARNS, Gerard (1989). "Zivilis or Hygaeia: urban public health and the epidemiologic transition", dins Richard Lawton (ed.). *The rise and fall of the great cities. Aspects of urbanization in the western world*. Londres: Belhaven Press, p. 96-124.
- KUNITZ, Stephen J. (1991). "The personal physician and the decline of mortality", dins Roger Schofield; David Reher; Alain Bideau (eds.). *The decline of mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press, p. 248-265.
- MALVIDO, Elsa (1996). "Las reformas borbónicas y las políticas de la población en la metrópoli y la Nueva España", dins David Sven Reher (coord.). *Actas do III Congresso da ADEH*. Oporto: Edições Afrontamento, vol. 2, p. 301-320.
- MANN, Thomas (1992). *La muntanya màgica*. Barcelona: Proa. [Ed. original de 1924].
- MARTÍN, Eduardo; COMELLES, Josep Maria; ARNAU, Marina (1993). "El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: El caso del Pío Hospital de Valls", *Dynamis*, núm. 13, p. 201-234.
- PERDIGUERO, Enrique; BERNABEU, Josep (1996). "Prevención de la enfermedad y sociedad: La vacunación antivariólica en el Alicante del siglo XIX", dins *Actas do III Congresso da ADEH*. Oporto: Edições Afrontamento, vol. 2, p. 257-284.
- PICCINATO, Giorgio (1993). *La construcción de la urbanística. Alemania 1871-1914*. Barcelona: Oikos-tau. (Urbanismo; 12).
- POE, Edgar Allan (2002). *Tots els contes*. Barcelona: Columna. [Títol original *The Sphinx* de 1846].

RODRÍGUEZ Ocaña, Esteban (1983). *El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social*. Granada: Universidad de Granada.

--- (1987). "El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII", *Dynamis*, núm. 7-8, p. 145-170.

STOLBERG, Gunnar (1993). "Industrialization and the construction of health risks in german worker's autobiographies from the late 19th and Early 20th Centuries", *Dynamis*, núm. 13, p. 235-246.

TORRES i Capell, Manuel de (1987). *El planejament urbà i la crisi de 1917 a Barcelona*. Barcelona: UPC edicions.

URTEAGA, Luis (1985-1986). "Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica", *Dynamis*, núm. 5-6, p. 417-426.

ZUBIRI Vidal, F.; ZUBIRI de Salinas, R. (1980). *Epidemias de peste y cólera morbo-asiático en Aragón*. Saragossa: Institución Fernando El Católico, p. 37-64.