

VI Trobades

Seminari d'Estudis sobre la Ciència



Homenatge a
Joan Pellicer

*Ximo Guillem-Llobat i
Gabriel Garcia Frasset*
(editors)

**Salut, alimentació i
cultura popular al
País Valencià**

Salut, alimentació i cultura popular al País Valencià

Edita: CEIC Alfons el Vell

www.alfonsell.com

© Dels textos: Els autors

© D'aquesta edició: CEIC Alfons el Vell, 2009

Composició: Buena letra

Dibuix de coberta: Retrat de Joan Pellicer, aquarel·la de Pere Devesa Peiró

Impressió: Gráficas Papermuro

ISBN: 978-84-96839-27-4

DL:

Salut, alimentació i cultura popular al País Valencià

VI Trobades del Seminari d'Estudis sobre la Ciència:
“Medicina rural i cultura popular al País Valencià:
Homenatge a Joan Pellicer i Bataller”
Gandia, 5-7 de febrer de 2009

Ximo Guillem-Llobat i Gabriel Garcia Frasquet, editors



Gandia, 2009

ÍNDIX

| | |
|--|-----|
| PRÒLEG | 9 |
| PONÈNCIES | |
| Josep L. Barona, <i>La sanitat rural, una qüestió d'estat</i> | 13 |
| Enrique Perdiguero Gil, <i>Pluralismo asistencial: de la etnobotánica a las medicinas alternativas o complementarias</i> | 39 |
| Ximo Guillem-Llobat i Jesús E. Alonso i López, <i>Mètodes, debats i fonts per a una història de l'alimentació</i> | 77 |
| Josep Bernabeu-Mestre, <i>La transició alimentària de la població valenciana: progrés o retrocés?</i> | 111 |
| COMUNICACIONS | |
| Història de l'alimentació i de la salut | 131 |
| Joan Iborra Gastaldo, <i>Alimentació i normes higièniques a la Corona d'Aragó durant la tardor medieval: el Tractat de les viandes e dels beures</i> | 133 |
| Mercedes Pascual Artiaga, <i>El reto de la alimentación en una ciudad mediterránea: Alicante en el siglo XIX</i> | 151 |
| Enric Cerdà Capuz, Isabel Castelló Botia, Javier Sanz-Valero, Carmina Wanden-Berghe, <i>Els farmacèutics titulars i la salut rural: funcions relacionades amb la higiene dels aliments (1904 a 1987)</i> | 169 |
| Vicent Olaso, <i>Hospital, malaltia i aliments a la Gandia de l'Antic Règim</i> | 179 |
| Josep X. Esplugues i Pellicer, Rosa E. Fornés Oliver, Antoni Bañuls i Pérez, Ma. Carme Roda Abad, <i>Transició alimentària i salut en un poble mariner del País Valencià: el cas de Moraira</i> | 187 |
| Rosana Prats Frau i María José Báguena Cervellera, <i>Respuestas científicas y sociales ante el brote de cólera de 1884 en Beniopa</i> | 199 |

| | |
|--|-----|
| Etnobotànica | 211 |
| S. Ríos, M. L. Lorenzo, V. Martínez-Francés, <i>Els minxos: l'ús de les verdures silvestres en temps de fam</i> | 213 |
| V. ^a Martínez-Francés i S. ^a Ríos Ruiz, <i>Tisanes i altres preparats herbals emprats en la medicina popular de certes comarques d'interior valencianes (l'Alcoià, el Comtat i la Vall d'Albaida) durant períodes epidèmics dels segles XIX-XX</i> | 223 |
| M. T. Pretel i C. Obón, <i>Propiedades beneficiosas de plantas comestibles silvestres de la provincia de Alicante</i> | 239 |
| Francesc Devesa i Jordà, Joan Pellicer i Bataller, Abdul Borghol Hariri, Josep Ferrando Ginestar, Andreu Nolasco i Bonmatí, <i>Consum popular d'herbes medicinals en pacients de digestiu de la Safor: espècies botàniques, indicacions i usos no documentats</i> | 253 |
| M ^a Concepción Obón de Castro, Rocío Martínez, Juan Francisco Giner, Diego Rivera Núñez, <i>Las plantas comestibles recolectadas en la provincia de Alicante, estudio comparativo entre la Marina Alta y el Bajo Segura</i> | 279 |
| M ^a Concepción Obón de Castro, Diego Rivera Núñez, Andreu Alonso i Macià, Francisco Alcaraz Ariza, Emili Laguna Lumbreras, <i>Etnobotànica de la palmera datilera y especies próximas (Phoenix, Arecaceae) en la Comunidad Valenciana</i> | 295 |
| Homenatge a Joan Pellicer | 313 |
| Emili Laguna Lumbreras, <i>Etnobotànica i conservació a les terres valencianes: l'aportació de Joan Pellicer</i> | 315 |
| Francesc Devesa i Jordà, <i>Joan Pellicer i la medicina</i> | 327 |
| Daniel Climent i Giner, <i>Joan Pellicer: semblança biobibliogràfica</i> | 339 |

Ximo Guillem-Llobat
Gabriel Garcia Frasset

Salut, alimentació i medi rural, uns temes de gran actualitat, constituïren els tres eixos fonamentals de les VI Trobades del Seminari d'Estudis sobre la Ciència, titulades en aquesta edició "Medicina rural i cultura popular al País Valencià", que tingueren lloc a Gandia al febrer de 2010.

Historiadors, arxivers, metges i etnobotànics hi sumaren esforços per analitzar les interaccions entre salut i alimentació, tot mostrant un especial interès en la diversitat de pràctiques i coneixements alimentaris i sanitaris que han coexistit, i coexisteixen, en el nostre medi rural.

Després de vora quinze anys, les Trobades continuen mostrant clarament aquell esperit antidogmàtic i plural amb què iniciaren el seu camí. Un esperit que s'ha vist plasmat en la interdisciplinarietat que sempre les ha caracteritzades. En aquesta ocasió encara s'hi va aprofundir més amb la destacada incorporació d'un nou col·lectiu acadèmic: els etnobotànics.

Tant pel tema com pel lloc de celebració, la comarca de la Safor, les jornades significaren un reconeixement a la figura de Joan Pellicer, que tan importants contribucions efectuà a aquest àmbit del saber. Així, el programa s'encetà amb una conferència dedicada als estudis etnobotànics en el marc del País Valencià, a càrrec d'Antoni Aguilera, i va finalitzar amb una jornada dedicada a l'etnobotànic de Bellreguard, els actes principals de la qual foren una excursió guiada per l'ecosistema de la marjal de Gandia i una taula redona que tractà la seua trajectòria i la seua obra, les intervencions de la qual es recullen, en part, en aquest llibre.

L'èxit d'aquesta convocatòria es va evidenciar tant en el nombre de participants i assistents com en la qualitat de les ponències i les comunicacions que s'hi van presentar. Els editors volem agrair les brillants aportacions de cadascun dels que hi intervingueren. Tanmateix, per diverses raons, en aquesta publicació col·lectiva només hem pogut comptar amb una selecció

dels treballs presentats. Uns textos que, d'altra banda, s'han vist desenvolupats i reordenats per tal d'aconseguir una major coherència i unitat entre els diferents capítols i apartats.

El volum s'obri amb les quatre ponències centrals. Primer s'hi analitza el binomi sanitat-medi rural en la història recent; després s'aprofundeix en l'emergència d'un nou pluralisme assistencial (que constitueix la via principal per a la incorporació de l'etnobotànica i altres medicines alternatives a la medicina científicooccidental); i finalment s'aborda la història de l'alimentació des de dues perspectives fonamentals: tant a través de l'anàlisi crítica de la transició alimentària de la població valenciana com amb l'exposició dels principals mètodes, debats i fonts d'aquest àmbit d'estudi.

A continuació hi ha dos grans apartats que inclouen el gruix de les comunicacions. El primer incorpora diversos treballs que, des de la història de l'alimentació i la salut, analitzen tota una sèrie d'estudis de cas que reflexionen al voltant dels eixos temàtics susdits. El segon prolonga aquesta línia amb unes aproximacions des de l'etnobotànica.

I per finalitzar, el lector trobarà tres comunicacions centrades en la vida i l'obra de Joan Pellicer. La primera tracta la seua valuosa aportació a l'etnobotànica del territori diànic, la vindicació que efectuà dels seus paisatges naturals i el seu extraordinari treball divulgatiu. La segona aborda la relació que mantingué amb la medicina oficial i la seua postura a favor d'una medicina integradora. I per últim, una semblança biobibliogràfica que ens l'apropa com a persona: l'esperit que l'animava, els seus mètodes de treball, els ponts que bastí entre natura i cultura, i els seus llibres, que tant han contribuït a conèixer-les i estimar-les.

PONÈNCIES

Josep L. Barona

Institut d'Història de la Medicina i de la Ciència López Piñero
(UVEG-CSIC)

Els orígens de la intervenció de l'Estat en els assumptes de salut es troben vinculats a la ideologia higienista i al pensament de la Il·lustració. Des de la seua manifestació inicial, l'higienisme incorporava una pluralitat de dimensions que abraçaven des de l'interés pel territori i el medi ambient, fins a la salut, els hàbits de vida, els espais socials i laborals o l'habitatge. En general, l'higienisme s'interessava per les interaccions entre els individus, el medi natural i la societat. Als higienistes els interessava analitzar l'impacte de les condicions mediambientals i de les condicions de vida sobre la salut i el benestar dels ciutadans. L'anàlisi crítica de les deficiències en la salubritat dels barris obrers i del medi rural des d'aquesta nova mentalitat es va veure reforçada per la nova teoria microbiana del contagi i per la capacitat d'anàlisi de la medicina de laboratori. El gran impacte de l'estadística sanitària, que ofería un panorama terrible de la mortalitat i les malalties de la població, va transformar l'higienisme en un poderós moviment internacional d'acció social multidimensional. El present treball aspira a mostrar el procés històric que va transformar la salut en una qüestió política de primer ordre en els països occidentals, i de quina manera el reformisme i els moviments socials van propiciar a Espanya la intervenció de l'Estat en la gènesi d'una administració sanitària.

L'higienisme es va manifestar amb força a tot el món occidental a finals del segle XIX com una ideologia aglutinadora dels conceptes de progrés i modernitat. Fortament arrelada a l'estil de pensament de les burgesies urbanes,¹ a partir de la idea d'higiene va anar desenvolupant-se un

1. El concepte *d'estil de pensament* va ser proposat per l'immunòleg Ludwik Fleck durant el període d'entreguerres aplicat a la sociologia del coneixement científic en la seua obra (Fleck, 1986).

programa de transformació social que abraçava no només aspectes com la salut, l'urbanisme, l'alimentació o l'escola, sinó que aspirava a transformar els valors i a regular les conductes en el sentit que ha definit el sociòleg alemany Norbert Elias quan fa referència al "procés de la civilització" com a transformació interna de les societats occidentals (Elias, 1988). D'acord amb aquesta perspectiva, el moviment salubrista (l'higienisme i les polítiques de salut pública) va crear una nova cultura del cos i de la vida quotidiana, de la malaltia, la brutícia i la neteja com a valors associats a la salut, en un sentit no sols material, sinó també simbòlic. Una ideologia que va generar prohibicions que aviat serien interioritzades per la població i que va originar normes i regulacions legals i morals, nous valors i programes de transformació social.

LA SALUT DE LA POBLACIÓ I LES REFORMES LIBERALS A ESPANYA

La situació de la salut de les societats europees a mitjan segle XIX es trobava fortament marcada per l'elevada incidència de malalties infectocontagioses. És ben conegut que una gran part d'aquestes malalties tenia com a via de transmissió i contagi l'aigua (còlera, tifus, diarrees, paludisme...) i aquest fet, reconegut per les autoritats polítiques i sanitàries, va donar lloc a estratègies d'índole diversa per millorar la salubritat de les aigües, separar les netes de les contaminades i lluitar així contra aquesta plaga endèmica que suposava un impediment per a la modernització. El medi rural es trobava especialment mancat de recursos i infraestructures. Aquesta era també la situació de la societat valenciana. Al nostre país, les primeres dècades del segle XX coincidiren amb l'inici del que s'ha anomenat transició sanitària i demogràfica, un procés caracteritzat per l'increment de la població, la disminució de la mortalitat general i especialment la infantil, la substitució de les tradicionals epidèmies com malalties socials dominants per malalties infeccioses cròniques com la tuberculosi, el paludisme, les malalties venèries o la febre tifoïda i els moviments migratoris, especialment des del medi rural cap a les ciutats.²

2. Pel que fa als municipis valencians, les successives reunions que des de 1994 s'han dut a terme a Forcall, Benissa i Alcoi han donat com a fruit la publicació de successives monografies de la col·lecció *Trobades del Seminari d'Estudis sobre la Ciència*, com ara: Barona i Micó (1995); Bernabeu, Esplugues i Robles (1997); Beneito, Blay i Lloret (1999), Barona, Cortell i Perdiguero (2002).

A tot Europa durant la segona meitat del segle XIX les autoritats públiques van començar un procés d'intervenció sanitària tant a nivell normatiu com d'acció social, que estava emparat pel discurs legitimador dels higienistes. Les administracions públiques van començar a invertir en infraestructures i en mesures preventives. El moviment higienista es mostrava molt actiu a convèncer els governants de la conveniència de conscienciar la societat de la importància de la salut, difondre els conceptes i les pràctiques de la higiene privada i també millorar les condicions dels habitatges en els barris obrers i al medi rural. Edwin Chadwick i el *Sanitary Movement* britànic, inspirat en la ideologia utilitarista de Jeremy Bentham, van posar en relleu la importància dels factors socials en la distribució de la salut i la malaltia entre els grups de població i van articular mecanismes per analitzar científicament el fenomen: van institucionalitzar l'estadística sanitària i van realitzar enquestes sobre les condicions de salut de la població obrera a Gran Bretanya (1842) (Rosen, 1993). William Farr va publicar el 1839 unes *Vital Statistics* en la magna obra de McCulloch *A Statistical Account of the British Empire* i va ser l'impulsor de conceptes com esperança de vida (Rosen, 1993).

A Espanya el pensament higienista va estar des dels inicis vinculat al liberalisme reformista i comptà entre els seus representants amb Mateo Seoane, liberal exiliat a Anglaterra, autor d'unes *Consideraciones generales de estadística médica* (1837) inspirades en el moviment sanitarista britànic. Malgrat aquesta aportació ben incipient, el fracàs de moltes polítiques liberals a l'Espanya del segle XIX va fer que el *Boletín de Estadística Demogràfica-Sanitaria de la Península e Islas Adyacentes* no tinguera continuïtat fins al 1879. No obstant això, va ser Marcelino Pascua, socialista, pensionat de la Fundació Rockefeller en la *Johns Hopkins School of Public Health*, director general de sanitat en el primer govern republicà, exiliat després de la Guerra d'Espanya i màxim responsable de la secció d'estadístiques de l'OMS, qui va implantar un sistema modern de recollida de dades d'epidemiologia sanitària a començament dels anys 1930.

La preocupació per les condicions higièniques del medi rural va manifestar-se de manera especialment clara a finals del segle XIX. Les topografies mèdiques van proliferar en molts països europeus en aqueixa època des d'una concepció ambientalista de la salut i la malaltia (Barona, Cortell, Perdiguero, 2002). Eren informes sobre l'estat de salut de les poblacions

rurals, elaborats pels metges rurals, que foren impulsats per les acadèmies de medicina i altres institucions professionals. L'higienisme va promoure topografies i també els primers informes sobre la dieta i el seu impacte sobre la salut, les primeres actuacions d'higiene municipal, informes sobre les condicions de salut de col·lectius socials específics (obrers, nens, institucions d'acollida, escoles). En general, les condicions de vida dels llauradors apareixien davant la mirada dels metges rurals com a terribles i deplorables. Els avanços de les ciències mèdiques i el progrés i la modernització social –eixos del procés de civilització– serien inútils si no s'aconseguia conduir els camperols cap a la mateixa senda. Els patrons de neteja estaven canviant i també la responsabilitat política de protegir la salut dels ciutadans, de manera que l'Estat va començar a assumir la responsabilitat de proveir la població d'unes condicions de vida saludables.

Ja a l'inici del segle XVIII, la pesta de Marsella (1720) havia provocat una convulsió tan gran que va ser el principal factor d'impuls a la creació d'una administració sanitària en la majoria dels països occidentals. A més, les doctrines econòmiques “mercantilistes” i “fisiocràtiques”, com també el liberalisme polític van destacar la importància de la salut com a factor d'equilibri social, de creació de riquesa i de reducció de les desigualtats. La Declaració dels Drets de l'Home dels revolucionaris francesos va ser el punt de partida de la creació a França d'un Comitè de Salubrité (1790) encarregat de la vigilància de la sanitat, de l'estat higiènic de les poblacions i de la salut dels ciutadans. Un dels seus membres, Louis René Villermé, va publicar en l'Académie de Medicine i en l'Académie des Sciences Morales et Politiques diversos estudis que demostraven les arrels socials de les malalties. Va analitzar dades epidemiològiques de les presons, dels barris de París, de les malalties que patien els indigents i de la degradació física i moral de les classes obreres. Els seus treballs van establir vincles incontestables entre pobresa, malaltia i mortalitat. No obstant això, el liberalisme decimonònic normalment exclouïa la intervenció de l'Estat en qüestions econòmiques i socials, des de la ideologia predominant del *laissez faire*. Més aviat solia culpar la incultura i els hàbits perniciosos d'obrers i camperols de les seues dramàtiques condicions higièniques. Als països germànics el “cameralisme” va assimilar les idees il·lustrades de la *medizinische Polizei* de Johann Peter Frank (Rosen, 1993), i a mitjan vuit-cents diversos *länder* encetaren un moviment de reforma sanitària que propugnava

una organització estatal de la salut pública. La creació d'un Ministeri de Salut en una data tan primerenca com 1871 i la creació d'una assegurança obligatòria de malaltia (*Krankenkassen*) va ser conseqüència de la nova concepció de l'Estat poderós impulsat per Bismarck, encara que també de les reivindicacions obreres del Partit Social Demòcrata.

El 1848 el metge i antropòleg Rudolf Virchow va publicar *Die medizinische Reform* per encàrrec del ministre de sanitat de Prússia. Virchow va arribar al convenciment que “les causes més greus estaven lligades als mals socials i que només amb la lluita contra aquests mals seria possible lluitar contra la malaltia”. La seua *medizinische Reform* associava la intervenció sanitària a l'acció política de l'Estat. D'altra banda, els estudis d'economia de la salut realitzats per Max von Pettenkofer, des de l'Institut d'Higiene Experimental, referits a la ciutat de Munic, *Über die Wert der Gesundheit für eine Stadt* (1873), posaven en relleu la rendibilitat econòmica de les inversions en sanejament.

Després d'aquestes etapes inicials, la consolidació de l'higienisme i la formació de models assistencials vinculats a les administracions públiques va ser conseqüència del desenvolupament de l'Estat burgès, l'evolució de la societat capitalista i els seus moments de crisi, els grans conflictes bèl·lics i la influència política de les organitzacions obreres. Aquest procés es va traduir, des de començaments del segle xx, en una transformació de la “Hisenda liberal” clàssica, en la qual a penes tenia significació l'acció de l'Estat, en una “Hisenda providencial”, que va iniciar polítiques de redistribució social, els avantatges socials i econòmics de les quals eren evidents, consolidant així la dimensió política i la implicació de l'Estat en la salut pública (Salort, 2008, pp. 44-46). Com és sabut, aquesta hisenda providencial experimentaria una ulterior transformació cap a una “Hisenda del benestar” a partir de la Segona Guerra Mundial sota la influència del keynesianisme.

LA LLUITA CONTRA LES MALALTIES INFECCIOSES I L'ADMINISTRACIÓ PERIFÈRICA

El descens de la mortalitat que va caracteritzar la transició sanitària i demogràfica no es va produir de manera uniforme, sinó que mostrava diferències profundes i tendències distintes a les zones rurals i urbanes, com també en els barris burgesos de l'exemple de les ciutats i en els suburbis obrers. La

mortalitat en el medi urbà mostrava tradicionalment índex pitjors que a les zones rurals. La denominada *urban penalty* era conseqüència de la densitat de concentració en habitatges insalubres, l'amuntegament, la convivència estreta, les migracions i l'existència de focus d'insalubritat en hospitals, presons, institucions assistencials, on pobresa, malaltia i exclusió formaven un triangle mortífer. La contaminació ambiental i les aglomeracions humanes deterioraven encara més la situació en les àrees de desenvolupament industrial a partir de mitjans del segle XIX (Salort, 2008: 46).

La mortalitat infantil i juvenil ranejava, a Espanya en la dècada dels anys 1860-1870, taxes del 245 per mil amb una esperança de vida en naixer inferior als trenta anys. Les malalties epidèmiques infantils, com la verola, el xarampió i la diftèria, es van incrementar a finals del segle XIX, juntament amb altres problemes gastrointestinals, cosa que els especialistes en epidemiologia històrica han atribuït, en bona mesura, al deteriorament de les condicions mediambientals a causa de la industrialització i a les condicions poc higièniques dels habitatges i els defectes fonamentals en la higiene urbana. D'altra banda, la incorporació de les dones obreres al treball industrial i pagés va alterar el rol tradicional de la dona en la família i la seua dedicació exclusiva a la cura dels fills, va interferir en els patrons tradicionals de lactància i alimentació dels nens i va atorgar major rellevància a les nodrisses, a la lactància mercenària i a la lactància artificial. La fam i la dieta deficitària o desequilibrada es trobaven en l'origen de molts problemes de salut de la població, especialment entre la població infantil. La desnutrició crònica i el deteriorament ambiental aviat van ser identificats pels metges com un condicionant essencial, un pas previ quasi patològic que propiciava les malalties infeccioses i les epidèmies, les quals eren el principal problema sanitari de l'època. El cas més paradigmàtic és la tuberculosi, que va assolir proporcions de mortalitat pròximes al 20% en les grans ciutats espanyoles a finals del segle XX (Salort, 2008: 47).

La resposta política davant la situació durant les dues últimes dècades del segle XIX va donar lloc a un important desenvolupament de la sanitat municipal a Espanya (Barona, Bernabeu, 2008). La creació, en les grans ciutats, d'un cos municipal de sanitat i de laboratoris de química i bacteriologia va ser el punt de partida de la institucionalització i de les polítiques de salut pública en l'àmbit local. En el segle XX aquest procés va adquirir una dimensió estatal en crear-se la Direcció General de Sanitat (1899)

i l'Institut Nacional de Seroteràpia, Bacteriologia i Higiene Alfons XIII (1899), la Llei d'accidents laborals (1901), la Llei reguladora del treball de dones i nens (1901), l'obligatorietat de la vacunació antivariòlica, la Llei de Protecció a la Infància i Repressió de la Mendicitat (1904) o la Instrucció General de Sanitat (1904), que establia la creació d'Instituts Municipals d'Higiene en poblacions de més de 15.000 habitants. A continuació es van crear les gotes de llet a les capitals de província i, després de publicar-se el Reglament de Sanitat Provincial, es van establir les brigades sanitàries provincials i central, i els Instituts Provincials d'Higiene.

La gradual extensió de totes aquestes institucions i la seua efectivitat en la lluita contra les malalties infeccioses i la millora de les condicions de vida de la població va comptar amb factors culturals que associaven salut i modernitat, vinculaven els alts índexs de mortalitat general i infantil a l'endarreriment, consideraven intolerable la mort dels nens, verdader futur de la nació, i van assumir la idea dels elevats costos econòmics de la malaltia. La societat espanyola en el seu conjunt va fer seu a principi del segle xx el lema britànic *public health is wealth*, i durant les primeres dècades del segle xx es va configurar una poderosa administració sanitària estretament vinculada a organismes internacionals com la Rockefeller Foundation, l'Office Internationale d'Hygiène Publique, la Societat de Nacions o les Conferències Internacionals relacionades amb la sanitat (Barona, Bernabeu, 2008).

No obstant això, durant el primer terç del segle xx el finançament públic de la sanitat espanyola va ser escàs i, en molts casos, va seguir depenent de la filantropia. Amb un mètode semblant al que dècades abans va utilitzar Max von Pettenkoffer per demostrar la rendibilitat de les inversions en sanejament, Antonio Espina y Capo va oferir un informe davant la Conferència d'Assegurances Socials convocada pel Ministeri de Foment (1917), en què calculava que la sobremortalitat havia causat unes pèrdues de cinc milions de pessetes durant la primera dècada del segle xx. No obstant això, les lluites per implicar l'Estat en el finançament de les grans campanyes i institucions va recollir fracassos tan estrepitosos com el del catedràtic valencià Francisco Moliner en la seva campanya política per aconseguir hospitals antituberculosos (Barona, 2007). A començament de la dècada dels vint del segle passat el finançament sanitari a penes representava el 0,24% i només durant el Bienni Reformista de la Segona República aquest percentatge es va triplicar.

ENTRA EN ACCIÓ EL REFORMISME SOCIAL

A partir de 1880, el moviment obrer i el reformisme liberal van impulsar la creació d'una Comissió de Reformes Socials, que representava un canvi de mentalitat enfront de la pobresa, les seues causes i la seua importància social. Els principals impulsors, Gumersindo de Azcárate i Segismundo Moret, pertanyien a una elit reformista liberal representativa de la burgesia progressista. La situació de crisi econòmica i social, la novetat que representaven els nous mètodes sociològics i la influència del reformisme europeu a l'estil de Bismarck i del *fabisme* britànic van abonar el terreny per a una iniciativa d'aquest gènere, que no tenia precedents en la història espanyola. El govern de concentració liberal va publicar el Reial decret de 5 de desembre de 1883 que contenia un projecte de reforma social que aspirava a conciliar els interessos de la burgesia i la classe obrera i camperola, i plantejava com a primer pas l'estudi de les condicions de vida dels treballadors mitjançant la creació d'una "Comissió" per a l'estudi de la millora de les classes obreres tant agrícoles com industrials. Aquest va ser l'origen de la Comissió de Reformes Socials, un òrgan de caràcter consultiu i tècnic que disposava d'una estructura central i de comissions provincials.

La seua primera acció va ser preparar una enquesta dirigida a professionals (metges, mestres, jutges, obrers, notaris...) i a institucions com la Institució Libre de Enseñanza, l'Ateneu Casino Obrer de València, la Facultat de Dret i l'Ateneu de Madrid, entre d'altres. El moviment obrer s'hi va mostrar crític; els socialistes hi van participar al temps que denunciaven la ideologia reformista de la "Comissió", mentre que els anarquistes la boicotejaren. El pauperisme ja no podia considerar-se simplement com un fenomen natural i inevitable, que representava una amenaça per a l'estabilitat social, sinó que s'imposava la necessitat d'analitzar les dimensions i les causes, i d'implicar l'Estat en polítiques de previsió i assistència social. Aquest va ser l'origen de l'"Estat providencial", en una etapa en la qual el creixement de les concentracions urbanes en els nuclis d'industrialització i el deteriorament de les condicions ambientals en el medi rural, repercutien negativament en les condicions de vida i en la salut de les poblacions obreres i camperoles. Aquest deteriorament va provocar un debat social i polític que va ser batejat com a "qüestió obrera", que va forçar a prendre partit als més diversos sectors de la societat. En aquest context, la tradicional abstenció de

l'Estat liberal espanyol en la intervenció en afers socials va donar pas a una àmplia legislació i a l'acció política. La implicació de l'Estat liberal en les reformes socials guarda relació amb el temor a la creixent importància del moviment obrer.

Els resultats de l'enquesta mostraven un panorama deplorable, especialment en relació amb la dieta, el vestit, l'habitatge i la incidència de malalties entre obrers i camperols. A partir de 1890 la "Comissió" va superar el caràcter merament consultiu i va assumir l'elaboració de projectes normatius encaminats a millorar la situació dels treballadors, la qual cosa significava un pas endavant en la institucionalització del reformisme social i en la intervenció de l'Estat. Els efectes de la difusió de l'enquesta de 1884, la creixent organització del moviment obrer i la Conferència de Berlín, que proposava la intervenció estatal en afers socials, van influir en la nova deriva del liberalisme espanyol i el seu compromís amb les polítiques públiques.

Durant els anys següents la Comissió de Reformes Socials va augmentar considerablement els seus membres, va establir seccions permanents, una d'elles dedicada a higiene i salubritat, i es va plantejar una sèrie de prioritats, algunes d'elles relacionades amb la salut pública, com la millora de les condicions de vida i de l'habitatge dels obrers i pagesos, la higienització de les fàbriques, els tallers i les indústries i el control de la qualitat dels aliments i les aigües. Entre 1900 i 1936 el compromís liberal amb la qüestió social i l'ascens polític del socialisme va anar creant les bases de l'Estat providencial. El 1903 a partir de la "Comissió" es va crear un Institut de Reformes Socials; el 1908, l'Institut Nacional de Previsió; i el 1920, el Ministeri de Treball i Previsió Social, que incorporava els dos instituts esmentats. Després de la Conferència d'Assegurances Socials (1917), entre 1920 i 1935, va tenir lloc un ampli desenvolupament: l'assegurança social obligatòria, el retir obrer, les assegurances socials laborals i altres mesures de previsió social.

En el cas espanyol, com també d'altres països europeus, l'Església catòlica va exercir una tasca d'oposició molt activa a la intervenció de l'Estat. La frontera entre política i religió ha estat imperceptible en la història moderna d'Espanya. Un sector significatiu de la societat identificable amb el "tradicionalisme catòlic" va veure l'emergència de l'Estat com una transgressió

laica a l'essència catòlica de la tradició espanyola. L'oposició de l'Església al reformisme social i a la intervenció de l'Estat va fer de l'anticlericalisme un aspecte clau del liberalisme i el republicanisme espanyol, els quals consideraven l'Església catòlica el principal obstacle per al progrés i la modernització del país (Carasa Soto, 2007). No sols els sectors més conservadors de la societat, sinó també el liberalisme catòlic, oferiren una forta resistència a la intervenció de l'Estat, ancorats encara en una concepció de l'acció social com a beneficència i filantropia dels més poderosos, preservant el tradicional rol de formar les elits i atendre els pobres d'acord amb un model de societat polaritzat entre els privilegiats i els exclosos. L'Església a Espanya no va adonar-se que justament el grup social emergent i dinamitzador del canvi social es trobava al mig dels dos extrems de privilegiats i exclosos, format per un ample sector de treballadors, camperols i burgesies urbanes, que conjuntament configuraven una classe mitjana aliena al model tradicional de la seua intervenció social. L'Església es va oposar —i continua oposant-se— al paper de l'Estat com a regulador social, considerant la intervenció estatal com una amenaça a la seua autonomia i hegemonia en qüestions socials.

D'altra banda, els liberals eren ideològicament contraris a la intervenció de l'Estat en les reformes socials en nom de la defensa de la llibertat individual, mentre que els reformistes socials argumentaven que les relacions socials no poden deixar-se totalment en mans dels interessos privats i es recolzaven sempre en la defensa de la col·lectivitat. L'antagonisme entre la perspectiva liberal i la socialista va donar espai a un tercer grup: els krausistes, defensors del regeneracionisme i les reformes socials per acostar-se a Europa a través de l'educació i de la configuració d'una elit oberta al progrés. Mescla de liberals i socialistes, eren partidaris de la intervenció estatal, encara que s'oposaven a la seua intrusió en la dinàmica autònoma de la llibertat d'acció, recerca, ensenyament o pensament, i maldaven per la creació d'elits intel·lectuals i institucions qualificades per liderar la transformació social. Tan sols els socialistes propugnaven una idea de l'Estat com a principal regulador social.

LA SALUT PÚBLICA AL MEDI RURAL

Com ja ha estat esmentat, les topografies mèdiques impulsades al nostre país per les acadèmies de medicina, les societats d'higiene i les associacions

de professionals de la medicina, com ara l'Institut Mèdic Valencià, representaven una orientació específica a la intervenció sanitària sobre el medi rural (Bernabeu, Bujosa, Vidal, 1999). Paral·lelament, la higiene urbana, entesa com millora de les condicions de salubritat de carrers, habitatges i locals públics, constituïa un dels punts fonamentals de la intervenció municipal. Les principals línies d'actuació en el període comprés entre el final del segle XIX i començament del XX abraçaven els següents aspectes:

- a) La neteja dels espais urbans, que incloïa la retirada d'escombraries i immundícies, la neteja de pous cecs i el reg amb aigua neta a determinades hores del dia.
- b) La construcció de sistemes de clavegueram i de conducció d'aigües, la vigilància higiènica de les fonts i els pous, i l'ocultació de les séquies.
- c) La higiene dels habitatges, amb un seguit de recomanacions per afavorir mecanismes de ventilació, netejar habitacions, blanquejar l'interior i exterior de les cases, alqueries i barraques, netejar latrines o evitar el dipòsit de fem.
- d) El trasllat d'escombraries i femers als afores dels nuclis de població, en una zona allunyada dels camins i llocs de trànsit.
- d) La inspecció dels edificis públics, com la casa capitular, les escoles, els albergs d'acollida de pobres i transeünts, el safareig, els locals de societats professionals, associacions culturals i altres, els cementeris, escorxadors, mercats...

Totes aquestes línies d'acció s'accentuaven especialment en casos d'epidèmia. Òbviament, tot això resultava insuficient per garantir un bon estat de salubritat de les poblacions, però va significar una primera etapa en la higienització del medi rural, la qual va contribuir de manera determinant a la transició demogràfica i sanitària de la població valenciana.

LA CONFERÈNCIA EUROPEA D'HIGIENE RURAL I EL GOVERN ESPANYOL

El setembre 1930 el govern espanyol va proposar oficialment al Comitè d'Higiene de la Societat de Nacions la convocatòria d'una conferència europea sobre higiene rural (Barona, 2005). En una publicació anterior ja he analitzat les circumstàncies que van conduir a aquesta sol·licitud.

Una preocupació general havia crescut entre higienistes i administradors de la salut quant a la degradació dels indicadors de salut al medi rural i de les condicions de vida en moltes àrees (Murillo, 1923). Com a testimoni d'aquesta valoració, podem referir l'informe publicat pel l'inspector general d'institucions sanitàries. Francisco Murillo va publicar un informe ample sobre les deficiències de la sanitat el 1923 (Murillo, 1923). La iniciativa es va avançar a un programa més ample del Comité d'Higiene de la Societat de Nacions juntament amb la Fundació Rockefeller, les quals a l'octubre de 1927 aprovaren desenvolupar una anàlisi general dels problemes de salut a la Europa rural.

Les dues iniciatives evidencien una preocupació específica per la salut en les àrees rurals fins i tot abans de la gran crisi econòmica, comercial i de subsistències provocada pel *crash* de 1929. No només els higienistes, sinó també els metges que treballaven a zones rurals demostraren, en una varietat àmplia d'informes i de topografies mèdiques, una preocupació profunda pel deteriorament de la salut i per les condicions de vida en les àrees rurals durant els anys vint del segle passat. Segons els testimonis més crítics, les regulacions que s'havien publicat sobre els escorxadors i la higiene dels aliments, els cementeris, els llavadors i el control sanitari dels subministrament d'aigua, els sistemes d'aigües residuals i eliminació de deixalles rarament es complien en la pràctica. La salut pública era principalment una responsabilitat dels municipis, que mancaven de fons de finançament en una etapa on les campanyes sanitàries estaven en fase molt incipient i la funció personal de metges rurals era bàsicament assistencial, mentre que la percepció dels professionals sanitaris responsabilitzava de la mala situació sanitària els hàbits antihigienics de la població rural. El paludisme, la tuberculosi, les malalties venèries, la diftèria, l'anquilosomiasi de les mines, el tracoma... representaven el càstig inevitable per a les poblacions rurals espanyoles (Estellés, 1930).

En aquestes circumstàncies resulta fàcil entendre que l'oferta espanyola de convocar una conferència europea sobre higiene rural era oportuna i quadrava amb les inquietuds internacionals. A més, com a conseqüència de la crisi del 1929 una quantitat significativa de treballadors industrials estava tornant al camp. La desocupació aviat va assolir unes taxes importants també en agricultura, i això va agreujar la pobresa i deteriorà les condicions de vida als districtes rurals. Durant 1929 i 1930 es van dur a terme

comissions preparatòries a Budapest (octubre de 1930) per discutir sobre l'estructura dels centres d'higiene; i la conferència final va tindre lloc a Ginebra (juliol de 1931) (Ruiz Morote, 1931).

Com que ja vaig ocupar-me del contingut exacte de la conferència en un treball anterior, només voldria ara insistir en la importància que va tenir la Conferència Europea d'Higiene Rural com a referent per a les reformes ulteriors de la política sanitària rural a Espanya. Es van ajuntar dos factors determinants: d'una banda el context internacional, que marcava unes directrius ben clares sobre la manera com fer front al problema; d'altra banda, la proclamació de la Segona República a l'abril de 1931 va obrir les portes a un període de profundes reformes que el govern socialista va emprendre durant el bienni 1931-1933.

LES REFORMES DE LA SANITAT RURAL DURANT EL BIENNI 1931-1933

Les autoritats de l'administració republicana durant el primer bienni (1931-1933) van considerar que les condicions de l'assistència mèdica eren molt deficientes i inadequades per a resoldre les necessitats de la població espanyola, principalment en les zones rurals. Segons els estudis demogràfics, el 1930 gairebé el 60% de la població espanyola vivia en zones rurals, i al voltant del 40%, en municipis amb menys de 5.000 habitants (Tuñón de Lara, 1985). Durant el període 1931-1933 la salut pública, a càrrec de Marcelino Pascua, es va centrar en l'establiment d'un Ministeri de Sanitat amb l'objectiu fonamental de coordinar tots els serveis sanitaris mitjançant una organització tècnica centralitzada, recolzada sobre tres direccions generals: salut pública, assistència sanitària i prevenció. Al voltant, es crearen seccions tècniques en tuberculosi, sanitat rural, salut infantil, malalties venèries i estadística sanitària, entre d'altres. La sanitat rural, juntament amb la salut infantil, va ser l'àrea on més èmfasi va fer la reforma. En termes pràctics, els socialistes espanyols van aplicar a l'organització de la sanitat rural les conclusions i el model proposat per la Conferència promoguda el 1930 per la Societat de Nacions, tant pel que feia als principis i els mètodes de treball de l'assistència mèdica en les comunitats rurals com de l'organització dels serveis i les estratègies de sanejament.³

3. Sobre la Conferència Europea d'Higiene Rural podeu veure: Barona, 2005, pp. 136-146.

Es van centrar en la protecció de la salut maternoinfantil, la lluita contra les malalties evitables (sobretot infeccioses), la promoció d'hàbits sans amb l'educació i la propaganda, i en campanyes sanitàries específiques. El primer bienni republicà va donar una forta empenta a l'ajuda financera a les polítiques de salut pública. Les noves autoritats estaven assabentades de la necessitat de coordinació entre l'assistència mèdica i assistència social.

Marcelino Pascua, socialista, expert en salut pública, format a la Johns Hopkins School of Public Health com a becari de la Fundació Rockefeller, va assumir la direcció general de salut pública entre abril de 1931 i maig de 1933. Pascua era perfectament conscient de la importància de la sanitat rural en un país com Espanya i va dur a terme una política activa en eixa direcció. La professionalització del personal sanitari, la seua qualificació tècnica i la dedicació a temps complet eren objectius fonamentals i per això, només arribar Pascua, es va publicar una nova legislació per establir la dedicació exclusiva dels inspectors de sanitat, que hagueren d'abandonar la seua pràctica clínica privada.⁴ A més, els Institutos Provinciales de Higiene, que abans tenien una dependència tècnica de la Diputació Provincial, van passar a dependre de la Direcció General de Sanitat a Madrid.⁵

La Conferència Europea d'Higiene Rural va donar a l'administració espanyola un marc de referència per avançar en les reformes que incloïa el referent i l'experiència d'altres països (Pascua, 1931). Durant el bienni reformista, Pascua va començar una reorganització profunda de les institucions sanitàries d'abast nacional, com ara l'Instituto Nacional de Higiene (abans Alfonso XIII), l'Hospital Nacional de Malalties Infeccioses, l'Escola Nacional de Sanitat, l'Escola de Maternologia i Puericultura, l'Institut de Farmacobiologia, l'Institut del Càncer o l'Escola d'Infermeres Visitadores (Bernabeu, 2007).

Els socialistes espanyols proposaven una coordinació centralitzada dels centres de salut en les zones rurals, basada en la funció coordinadora dels instituts provincials de higiene, que ara depenien de l'administració central i passaven a ser considerats com a centres terciaris de salut, segons el model proposat per la Conferència Europea. Havien de dirigir l'orientació

4. Ordre del 17 de juny de 1931 en què es prohibeix l'exercici de la professió mèdica als inspectors provincials de Sanitat.

5. Decret de 31 de juliol de 1931. Publicat en la *Gaceta* el 2 d'agost de 1931.

tècnica dels centres secundaris de sanitat rural i dels centres primaris que funcionaven en qualsevol districte rural. El model també va ser discutit, després d'una primera etapa de posada en pràctica, en el I Congrés Nacional de Sanitat (Madrid, 1934) (Ruesta Marco, Bécares Fernández, Ruiz Morote, 1934).

Resumint les recomanacions de la Conferència Europea i també de la seua pròpia experiència, l'inspector provincial de sanitat de Valladolid, Francisco Bécares, va publicar un projecte tècnic per a la nova organització dels centres d'higiene rural a la seua província (Bécares, 1932). L'esquema que ell proposava estava basat en l'establiment d'un centre d'higiene rural en tots els municipis que tingueren un inspector de sanitat. El centre inclouria un servei d'atenció a les urgències per fer operacions quirúrgiques simples i atendre la curació de tot tipus d'accidents; una consulta pública per a l'assistència primària; posada en pràctica de campanyes preventives, principalment campanyes de vacunació contra la pigota, febre tifoïda i tuberculosi; activitats de desinfecció i un laboratori petit per a la recepció dels líquids corporals per a l'anàlisi (sang, secrecions...) i la investigació microscòpica. El centre d'higiene rural també devia col·laborar en la lluita contra el paludisme (detecció d'insectes, anàlisi de terres, aigua, pacients) i la tuberculosi, amb estratègies de vacunació i propaganda sanitària.

Una altra de les tasques dels centres d'higiene rural consistia a investigar l'estat de salut de la població rural per identificar els nuclis de persones en situació de risc o sospitoses d'estar malaltes, a més d'establir lligams de col·laboració amb els dispensaris més específics contra la tuberculosi. Els centres rurals eren també responsables de la lluita contra les malalties de transmissió sexual i de la prevenció del càncer, de la lepra, de l'alcoholisme i de "qualsevol malaltia que afecte la força i la potencialitat de la raça" (Bécares, 1932: 5). La maternitat i la infantesa formaven un capítol especial dins de la protecció, amb campanyes dirigides a la instrucció de les mares en l'atenció als xiquets, l'alimentació, la lactància natural i l'alimentació artificial, com també la inspecció sanitària de les escoles en col·laboració amb els mestres.

Com a punt de partida, Bécares suposava que aquestes mesures millorarien la salut de les poblacions rurals, la qual cosa representava un veritable

progrés cultural més general que ajudaria al canvi d'hàbits i a portar una vida més higiènica, que serien la conseqüència d'una organització sanitària millor i de noves formes d'assistència sanitària (Bécares, 1932: 3). L'administració sanitària havia d'estar centralitzada sota la direcció d'un inspector municipal d'higiene, responsable de la coordinació de l'estadística sanitària, basada en un sistema empíric de registre de dades. Segons el projecte de Bécares, els municipis havien de proveir al centre d'higiene les infraestructures necessàries, aportar els locals nets i ventilats, dotats d'aigua potable i un sistema d'eliminació de les aigües residuals. El seu informe descriu acuradament fins i tot l'arquitectura interna que havia de tenir el centre.

Els centres d'higiene rural havien d'estar dividits en tres departaments: un primer departament per atendre les urgències, pràctiques preventives, tècniques de laboratori, campanyes contra el paludisme, les malalties de transmissió sexual i les activitats administratives; un segon departament per atendre la salut maternoinfantil i les inspeccions escolars; i un tercer, per a les campanyes contra la tuberculosi i les pràctiques de desinfecció. Les ciutats més grans, dotades amb un servei per al control de la salubritat dels aliments, havien de tenir les seues pròpies instal·lacions de laboratori. Òbviament, el servei d'atenció a urgències havia d'estar dotat dels instruments necessaris per a intervencions de cirurgia menor, així com per a la vacunació i el desenvolupament de campanyes profilàctiques o preventives. La majoria dels materials havien de ser proveïts per l'institut provincial d'higiene. Els centres de salut rural es van convertir en la unitat bàsica de l'atenció sanitària, complementada pels centres secundaris d'higiene i els instituts provincials. Algunes investigacions recents han analitzat el funcionament real dels centres rurals en certes àrees com ara Talavera de la Reina o la província de València (Barona Vilar, C. 2005).

Els centres primaris es van significar per ser els protagonistes de la lluita contra les malalties socials dominants en l'àrea municipal, protegir la salut de mares i fills, realitzar la inspecció sanitària de les escoles, per popularitzar l'educació sanitària a través de cartells, fullets, xarrades i altres mesures de difusió i propaganda, i per assumir les campanyes de prevenció i els primers auxilis en cas d'emergència. Cada centre primari estava dotat amb un metge facultatiu amb coneixements de medicina social i preventiva, una infermera visitadora per a cada sis a vuit mil habitants, i un inspector

de sanitat, dedicat al control i a la vigilància de les intervencions en sanejament. L'ajuda dels practicants com a professionals auxiliars va ser molt útil (Pittaluga, 1931).

Localitzats en nuclis de població més grans, els centres secundaris d'higiene rural havien de desenvolupar no només les mateixes funcions que els centres primaris, sinó que també havien d'assumir la coordinació dels centres primaris de la seua zona, la coordinació i la realització de campanyes contra la tuberculosi i les malalties venèries; s'ocupaven de donar una instrucció bàsica en salut pública al personal sanitari i aplicaven tècniques senzilles de laboratori. Els centres secundaris tenien un director, que havia d'ésser un expert en salut pública amb una dedicació a temps complet. També hi havia infermeres visitadores, un enginyer sanitari i especialistes en els principals problemes de salut de l'àrea. Els instituts provincials d'higiene havien d'aportar-los les instal·lacions necessàries per a la recollida de productes biològics i el lliurament al laboratori de mostres d'aigua i d'aliments. Bécares estimava, per exemple, que l'equip específic necessitat pels centres rurals situats en zones palúdiques era similar al dels dispensaris antipalúdics. Per contra, en el cas dels dispensaris contra la tuberculosi, només s'aportava un aparell molt senzill de raigs X com a eina complementària de diagnosi. La formació sanitària i la divulgació dels principis de la higiene hi jugaven un paper fonamental. En conseqüència, els centres estaven dotats de quadres, cartells, fullets, i altres materials de propaganda i consells higiènics en la lluita contra la tuberculosi.

La primera decisió política presa pel primer govern republicà va ser aprovar un pressupost específic per a l'establiment de quinze centres secundaris d'higiene rural el 1932. Una ordre del 22 de juliol 1932 va publicar les condicions per designar els directors dels quinze nous centres. Continuant amb la mateixa política, una ordre del 3 de febrer 1933 va establir quinze centres d'higiene rural més per a 1933, amb una dotació específica en el pressupost general de l'estat. Per tant, entre 1932 i 1933 es van crear trenta centres secundaris d'higiene rural, encara que Marcelino Pascua estimava que calia dotar-ne de 180 a 200 per satisfer les necessitats de la població rural en menys d'una dècada (Jiménez Lucena, 1994). El ritme de creació era òbviament escàs, segons aquestes valoracions. La cooperació municipal i l'ajuda financera local eren imprescindibles per incrementar la presència de centres d'higiene rural, la qual cosa es va fer efectiva només les

autoritats locals prengueren consciència dels efectes positius que els centres tenien sobre la salut, les condicions de vida i l'economia.

Un segon aspecte fonamental per a l'èxit del model era la col·laboració dels metges rurals i dels inspectors municipals d'higiene, principals responsables del funcionament dels centres primaris. Metges, infermeres, cirurgians, veterinaris, farmacèutics havien de desenvolupar les seues activitats en districtes rurals i, per tant, la instrucció, la professionalització, la cooperació i l'ajuda financera eren necessàries per garantir l'èxit en el procés de la transformació de les condicions higièniques de les poblacions rurals.

El cost financer del programa d'intervenció previst pel govern republicà en sanitat rural va ser calculat per J. Morote, un altre pensionat de la Fundació Rockefeller, membre de la representació espanyola a la Conferència Europea d'Higiene Rural i inspector provincial a Càceres (Jiménez Lucena, 1994). La professionalització i el contracte a temps complet del personal sanitari eren una de les preocupacions principals, atés que representaven un element fonamental. Crear un sistema de formació d'especialistes, reclutar especialistes qualificats i oferir unes instal·lacions dignes era un repte fonamental. De fet, moltes de les iniciatives esmentades van tenir èxit gràcies al compromís dels professionals, car les infraestructures eren responsabilitat dels municipis, els quals no tenien sovint els diners necessaris per cobrir totes les necessitats materials i d'instal·lacions. S'ha de tenir en compte que l'estat aportava només equipació especialitzada bàsica, un aparell de raigs X i materials del laboratori. Concebut com a elements de millora de la salut en les zones rurals, els centres d'higiene rural hi havien d'ésser també nuclis de transformació de la vida, ja que la millora de les condicions havia de dignificar la vida dels pagesos i animar el retorn dels aturats que s'amuntegaven en ciutats i àrees industrials.

UN CANVI CRÍTIC SOTA CIRCUMSTÀNCIES DIFÍCILS EL 1934

El període 1934-1935 ha estat qualificat pels historiadors com a Bienni Negre. El nou govern conservador va parar la majoria de les polítiques sanitàries reformistes iniciades en anys anteriors. La coordinació dels serveis sanitaris va ser transferida al Ministeri del Treball. Sis directors generals van estar al front de la sanitat estatal en un període de només dos anys.

A l'abril de 1934 es va passar pel Parlament una llei de coordinació sanitària que desmuntava tot el projecte iniciat pel govern socialista durant el bienni reformista (Jiménez Lucena, 1994: 574). El pressupost per a l'assistència mèdica es va reduir substancialment i es va aturar el procés de creació de centres d'higiene rural. Només catorze nous centres van ser oberts durant el període conservador i les dotacions de personal es van reduir considerablement. Els conservadors fins i tot van qüestionar la continuïtat dels centres primaris d'higiene, possiblement com un intent de reforçar l'exercici privat de la medicina. Però el Front Popular, compost de socialistes, comunistes i sindicalistes, va posar fi a la situació en guanyar les eleccions el febrer de 1936.

Santiago Ruesta va ser designat inspector general de Sanitat i va reprendre el model sanitari impulsat per la Societat de Nacions en el medi rural, va dictar noves normes i va impulsar els centres d'higiene rural i una gran ajuda financera per a millorar les instal·lacions i les dotacions de personal. Es van convocar 57 llocs de treball per a directors de centres d'higiene rural i d'inspectors de sanitat.⁶ No obstant això, el colp militar de juliol de 1936 i els tres anys següents de guerra van tenir unes conseqüències devastadores. La dictadura franquista, l'exili i la repressió contra molts sanitaris republicans, la misèria de la postguerra i l'autarquia situaren les zones rurals en un context totalment distint, en el qual l'interès polític per la salut rural va perdre força.

UN CAS CONCRET: LA PROVÍNCIA DE VALÈNCIA

Des de 1928 una publicació mensual, el *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, reflectia dades estadístiques mensuals relatives a la morbiditat i la mortalitat en uns 150 municipis a la província de València. L'existència d'un registre epidemiològic fiable començava a ser considerat com una eina indefugible per a les polítiques d'intervenció sanitària. El 1928, l'Institut Provincial d'Higiene de València va convocar sis premis dirigits als metges rurals. Consistien en una remuneració de 200 pessetes i un diploma per a premiar l'esforç en favor de l'educació sanitària de les mares en

6. Ordre de 24 de març de 1936 (*Gaceta* de 26 de març); Ordre de 30 d'abril de 1936 (*Gaceta* de 8 de maig).

aspectes higiènic de l'embaràs, l'alimentació i la lactància dels xiquets, una àrea que aleshores es denominava maternologia i puericultura. El butlletí mostra com l'Institut Provincial d'Higiene es va implicar en una ampla campanya en favor de la lactància materna com a pràctica dirigida a reduir la mortalitat infantil durant el primer any de vida dels infants.⁷ Aquesta línia d'actuació palesa la influència que l'establiment d'una administració local i provincial dirigida per inspectors de sanitat va tenir sobre les estratègies civilitzadores dirigides a canviar els hàbits domèstics, principalment en mestresses de casa. Les preocupacions sobre els considerats com a hàbits poc higiènic eren bastant òbvies abans dels anys 30.

L'abril de 1928 el Comité Sanitari Provincial de Valencia va organitzar una sèrie de conferències sobre sanitat rural, promogudes per una associació nacional d'inspectors municipals de sanitat. Estaven dirigides principalment als professionals de la sanitat, però eren obertes a la població general i buscaven sensibilitzar sobre els problemes de la sanitat rural. Algunes autoritats de la sanitat municipal hi participaren, com per exemple Pérez Feliu, que va parlar del problema de la tuberculosi en les zones rurals. A través de les pàgines del butlletí es pot confirmar l'intent de coordinació entre l'Institut Provincial d'Higiene i els centres rurals, particularment quan apareixien problemes greus i les instal·lacions rurals no eren adequades. Algunes intervencions anaven enfocades a la prevenció per mitjà de tecnologies bacteriològiques (sèrums, vacunes) i altres se centraven en la introducció de pautes higièniques en la salut pública (Martínez Sellés, 1928). Una carta de la Inspecció Provincial de Sanitat a tots els municipis demostra l'orientació instructiva i de civilització del programa de sanitat rural.

Durant el bienni reformista, l'acció que coordinava l'Institut Provincial d'Higiene va ser més intensa i decidida. La pel·lícula *Valencia, protectora de la infància* (1928) va ser utilitzada en les activitats de l'escola de Puericultura en moltes àrees rurals com un dels materials emprats per la Càtedra Ambulante de Puericultura.⁸ La major activitat va animar moltes zones rurals a publicar periòdicament en el *Boletín Sanitario* informes sobre la situació de la salut i les condicions de vida ("Aspectos de la Sanidad rural, 1931).

7. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, any II (1928), núm. 10, febrer, p. 13.

8. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, any 5 (1931).

L'Escola de Puericultura oferia també cursos gratuïts per a les dones joves basats en lliçons i visites a les institucions dedicades a l'acollida i la protecció a la infància. A les zones rurals es van organitzar campanyes específiques per a les mares i es publicaren cartilles sanitàries amb consells dirigits a elles en relació amb la salut infantil ("La lucha contra la mortalidad infantil, 1931) A València se n'organitzaren altres referides a problemes específics com ara la febre tifoidea o el tracoma ("Consejos prácticos, 1931).

Segons les noves regulacions de 1931, els centres d'higiene rural van començar a dependre directament de l'administració central i van obligar els inspectors provincials de sanitat a una dedicació a temps complet, tot renunciant a qualsevol tipus d'exercici privat, que quedava prohibit. Els premis per als metges rurals van continuar i reconeixien sobretot la seua implicació en les campanyes de protecció a la salut infantil.⁹

Durant els anys 30, el *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia* va incloure alguns informes sobre les instal·lacions sanitàries i les condicions de vida i salut en diverses àrees rurals de la província de València. No només hi apareixien informes crítics amb la situació, com era habitual a les topografies mèdiques, sinó que també se'n publicaren altres que oferien els resultats positius de combinar la instrucció higiènica i l'assistència sanitària, com començaven a reflectir les estadístiques epidemiològiques (Bosch Marín, 1933). El *Boletín Sanitario* va obrir un espai de difusió del món rural i els seus problemes sanitaris específics, oferint informació detallada sobre esdeveniments nacionals i internacionals en salut rural. Per exemple, va difondre les conclusions de la Conferència Europea d'Higiene Rural celebrada a Ginebra, explicava en altres articles el programa de funcionament de les escoles nacionals de sanitat, difonia les bondats de la lactància materna, estratègies de lluita contra les infeccions transmiseses per l'aigua, el problema de la higiene en els habitatges rurals, el tractament del fem i dels fertilitzants, donava dades epidemiològiques i analitzava les necessitats financeres.

9. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, any 5 (1931), 49, 13.

COMENTARI FINAL

La sanitat rural va formar part important del programa regeneracionista de civilització i modernitat que es va impulsar a Espanya durant les primeres dècades del segle xx, especialment amb les polítiques reformistes aplicades pels socialistes en els primers anys de la Segona República. Formava part del projecte modernitzador impulsat per krausistes, liberals reformistes i socialistes. Una nova categoria d'experts va tenir un paper fonamental en el procés: els inspectors de sanitat, els especialistes en salut pública, bacteriòlegs, mestres i professors, infermeres, arquitectes, enginyers i polítics.

La Conferència Europea d'Higiene Rural va donar legitimitat internacional a totes les estratègies d'intervenció sanitària impulsades pel govern espanyol. Nombrosos testimonis, inclosos els metges rurals, van divulgar permanentment una manera de la vida rural com un espai endarrerit i poc civilitzat. La instrucció higiènica, l'acció mèdica i les campanyes sanitàries van constituir estratègies per modificar els hàbits, millorar la salut i transformar els camperols en gent civilitzada. La lluita contra les malalties evitables va incloure el tracoma, el paludisme, la tuberculosi, les malalties venèries i l'alcoholisme. Els centres d'higiene rural estaven cridats a ser les institucions centrals per a enllestir el programa modernitzador de la vida rural, la millora en les condicions dels habitatges, les escoles, l'atenció maternoinfantil i els hàbits higiènics com a camp principal d'acció. Els espais rurals van formar part de les polítiques tradicionals de control de la higiene de l'aigua, dels aliments i d'altres espais públics com ara escorxadors, cementeris, llavadors o mercats. També en les zones rurals, l'estat va assumir el deure de proveir els ciutadans de serveis públics i condicions de vida sana. En el cas d'Espanya, la lluita entre l'estat i l'església catòlica va provocar una divisió entre els liberal-socialistes i els conservadors. La dinàmica social que he intentat discutir en aquest paper es va transformar profundament a partir del 1940 a causa de les condicions radicalment diferents imposades per la dictadura franquista.

BIBLIOGRAFIA

- “Aspectos de la Sanidad rural. Memoria sanitaria de Sollana.” Memoria Sanitaria del año 1930. -Distrito de Sueca. Pueblo de Sollana. Provincia de Valencia.- Habitantes según el último censo, 3.621. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 5 (1931).
- Atenza Fernández, J. i Martínez Pérez, J. (eds.): *El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*. Toledo, Junta de Castilla-La Mancha, 2001.
- Barona Vilar, C.: *Las políticas de la salud*. València, PUV, 2005.
- Barona, J. L., Cortell Moya, J. i Perdiguero Gil, E. (eds.): *Medi ambient i salut en els municipis valencians. Una perspectiva històrica*. Sueca, Ajuntament de Sueca, SEC, 2002.
- Barona, J. L.: “The European Conference of Rural health and the Spanish Administration”. In: Barona, J. L. and Cherry, S. (eds.): *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*. València, SEC-PUV, 2005, 127-146.
- Barona, J. L. i Bernabeu, J.: *La salud y el estado. La administración española y el movimiento sanitario internacional*. València, PUV, 2008.
- Barona, J. L.: *José Chabás Bordehore. Tuberculosis y medicina social en la Valencia del primer tercio del siglo XX*. València, Consell Valencià de Cultura, 2007.
- Bécares, F.: *Proyecto de nueva organización de servicios sanitarios municipales. Creación de centros sanitarios y de higiene rural*. Valladolid, Publicaciones del Instituto Provincial de Higiene, Talleres tipográficos Cuesta, 1932.
- Bernabeu Mestre, J., Bujosa Homar, F. i Vidal Hernández, J. M. (coord.): *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Maó, Institut Menorquí d'Estudis, 1999.
- Bernabeu-Mestre, J.: *La salud pública que no va poder ser. José Estellés Salarrich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània*. València, Consell Valencià de Cultura, 2007.
- Bosch Marín, J.: “Ejemplo digno de imitarse. ¿Se puede hacer ‘sanidad’ en el medio rural?” *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7 (1933), 78, 1-2.

- Carasa Soto, P.: “Lo privado y lo público en el sistema asistencial: El triángulo Iglesia-Ayuntamiento-Estado en la beneficencia española”. En Abreu, L.: *Asistencia y Caridad como Estrategias de Intervención Social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. xv-xx)*. Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 2007, pp. 141-172.
- “Consejos prácticos. Profilaxis de la fiebre tifoidea”. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7 (1933), 1-2.
- Elias, N.: *El proceso de la civilización*. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Estellés, J.: “Los directores generales de sanidad. Francisco Murillo”. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 1930, 124-133.
- Fernández Aldave, L.: “El problema social del tracoma. Ideas generales: importancia y gravedad del tracoma.” *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7 (1933), 70, 5.
- Fleck, L.: *Einführung in der Genese und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. [Origen y desarrollo de un hecho científico*, Madrid, Alianza, 1986]
- Jiménez Lucena, I.: “La Segunda República, una apuesta por la higiene rural: el nivel legislativo.” En: *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Granada-Sevilla, 1-6 Septiembre 1992*. Sevilla, 1994, pp. 567-580.
- Murillo, F.: *De Higiene Rural. Crítica y Alegato*. Madrid, José Góngora Impresor, 1923.
- “La lucha contra la mortalidad infantil. Consejos a las madres que en forma de cartillas sanitarias deben repartirse por los pueblos sobre la crianza y salud de los niños de pecho.” *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 5, agosto (1931), 9-10.
- Martínez Sellés, M.: “Una epidemia de fiebre tifoidea en Loriguilla”. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, año II (1928), núm. 14, 3-4.
- Pascua, M.: “La Sanidad pública en el medio rural”. *El Sol*, 14 de abril de 1933, p. 29.
- Pittaluga, G.: *Trabajos de la Conferencia Internacional de Higiene Rural*. Madrid, Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, 1931.

- Rosen, G.: *A history of public health*. Introduction by Elizabeth Fee ; biographical essay and new bibliography by Edward T. Morman. Baltimore [etc.] : Johns Hopkins University Press, 1993.
- Rubio Huerta, L.: “El problema social del tracoma. El tracoma y la escuela”. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7 (1933), 2-4.
- Rubio Huerta, L.: “El problema social del tracoma. La lucha contra el tracoma en la provincia de Valencia”. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7, febrero (1933), 69, 3-4
- Ruesta Marco, S., Bécares Fernández, F. i Ruiz Morote, F.: “Organización de los servicios de higiene rural. Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento.” En: Nágera Angulo, L. (coord.): *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1934, col. 1, pp. 235-279.
- Ruiz Morote, F.: “La Conferencia de Higiene rural en Budapest”. En Pitaluga, G.: *La Conferencia Internacional de Higiene Rural convocada por la Sociedad de Naciones (29 Junio 1931)*. Madrid, Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad (núm. 3), 1931, pp. 43-48.
- Tuñón de Lara, M.: *Tres claves de la Segunda República. La cuestión agraria, los aparatos del Estado, Frente Popular*. Madrid, Alianza editorial, 1985, p. 22.
- Vidal Jordana, Dr.: “La fiebre tifoidea y su mortalidad en la provincia de Valencia”. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, año 7 (1933), 68, pp. 4-7.

Enrique Perdiguero Gil

Universidad Miguel Hernández

INTRODUCCIÓN

Podemos considerar la Etnobotánica, entre otras muchas definiciones posibles, como el estudio de las relaciones entre plantas y el ser humano, incluyendo sus aplicaciones y usos tradicionales, para de esta forma determinar su valor cultural o científico. La Etnobotánica define el rol de las plantas en las sociedades humanas e incluye el estudio del uso de plantas para construir herramientas, papel, ropa, así como su papel en los rituales, la vida social, la música, la comida, y en la medicina. Hoy por hoy los estudios de Etnobotánica incluyen, entre otros, la botánica económica, la agricultura sostenible y la ética.

Se diferencia de la Etnofarmacología, en que ésta trata del uso y los efectos de las plantas medicinales. Aquí no vamos a ocuparnos de la Etnofarmacología, tal y como ésta es entendida hoy día, pero, dado el tema al que está dedicado este libro, sí se va a prestar atención al uso de las plantas como recurso para enfrentar la enfermedad y la muerte o como medio de conservar o mejorar la salud. Desde este punto de vista el uso de plantas es un elemento estructural que se ha venido dando en las sociedades humanas desde hace más de 150.000 años. Durante muchos siglos fueron parte esencial del arsenal terapéutico de la medicina hipocrático-galénica y sus sucesivas derivaciones, que llegaron hasta el siglo XVIII, y continuaron siendo utilizadas profusamente en la centuria siguiente.

La subalternidad de las plantas como elemento terapéutico

Sólo la llegada de la bacteriología y la posibilidad de luchar de manera directa contra las noxas de las enfermedades infecciosas empezaron a relegar, a nivel oficial, el uso de las plantas como un recurso medicinal. El transcurso del siglo xx no hizo sino ahondar en esta tendencia y, tras la Segunda Guerra Mundial, la llegada de los antibióticos, transformó en totalmente subalterno un recurso que siempre había sido usado por las sociedades humanas.

Esta subalternidad se produjo, por tanto, por la transformación de la medicina científico-occidental,¹ que había surgido como un producto histórico a partir de finales siglo xviii y en un ámbito espacial determinado, Europa; y a partir del siglo xx también en Norteamérica, en el Modelo Médico Hegemónico. Esto es, una medicina con la pretensión de ser cosmopolita, cuyas características principales son según Menéndez (1990: 87):

Su biologismo, su concepción teórica evolucionista/positivista, su ahistoricidad, individualización, su eficacia pragmática, su concepción de la salud/enfermedad como mercancía, su orientación básicamente curativa, su concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, de la práctica curativa en base a la eliminación del síntoma, la relación médico paciente como asimétrica, la relación de subordinación social y técnica del paciente que es concebido como ignorante y responsable de su enfermedad, la inducción a la participación subordinada al consumo de acciones de salud, la prevención no estructural, la no legitimación científica de otras prácticas, la profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, la tendencia a la medicalización de los problemas, la tendencia inductora al consumismo médico, el predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad y la tendencia a

1. Entiendo por tal a la medicina que se desarrolló en Europa en el siglo xix y más tarde en Norteamérica (de ahí lo de occidental) y que reclama para sí el estatuto de científica. Prefiero esta etiqueta a otras utilizadas por la literatura como biomedicina (que a veces oculta la existencia de praxis muy diferentes según el *locus* en el que es desarrollada la atención), puesto que subraya su componente histórico y la sitúa, por tanto, en pie de igualdad en lo que a la pesquisa antropológica se refiere, con otras formas de entender la salud y la enfermedad. Trata, por tanto, de no caer en la trampa de considerarla el patrón oro, a la hora de entender las enfermedades, tan común en los primeros desarrollos de la Antropología de la Medicina (Comelles, Martínez-Hernández, 1993: 55). Al hablar sobre medicinas alternativas y complementarias, el uso de otras etiquetas como medicina oficial o hegemónica se hace todavía más dificultoso.

la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.

Para Menéndez, si hemos llegado a tal grado de hegemonía de la biomedicina, y por ende de medicalización, en nuestras sociedades es debido a la funcionalidad que caracteriza el Modelo Médico Hegemónico. Ésta no se reduce sólo a su capacidad de curar, prevenir o mantener sino a que, al mismo tiempo, crea un amplio y poderoso mercado de trabajo en torno a las industrias de la salud y de la enfermedad y cumple funciones de «control social, normalización, medicalización y legitimación» (Menéndez, 1990: 104).

En este contexto todo lo que quedaba fuera del ámbito de la medicina científico-occidental fue ignorado durante buena parte de la segunda mitad del siglo XX; en gran medida porque los esquemas de estudio que, sobre todo desde la Sociología de la Medicina y la Psicología Social, se utilizaron para estudiar como la población se comportaba frente a la enfermedad no tuvieron en cuenta todo lo relacionado con la auto-asistencia y la autoayuda. En el siguiente apartado mostraremos como se fue sustanciando esta opacidad de lo que población realiza por sí misma en relación con la salud y la enfermedad.

La medicina parecía caminar de modo triunfal en pos de la derrota de la enfermedad y de un alargamiento de la vida de las personas, cada vez con mejor calidad de vida, al menos en el mundo desarrollado.

El resurgimiento de las plantas como elemento terapéutico

Sin embargo, en este primer mundo no se produjo una desaparición de la enfermedad, sino la sustitución de un patrón epidemiológico dominado por las enfermedades infecciosas por otro caracterizado por el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas de las que no se muere, pero con las que se muere, con frecuencia, tras un calvario de complicaciones que empeoran la calidad de vida de las cohortes de población que hoy día superan los 70-75 años. En este contexto en las últimas décadas del siglo pasado se produjo un fenómeno aparentemente paradójico. En los países más desarrollados, en los que la medicina científico-occidental prometía la cura de todos los males (y lo sigue prometiendo a diario en los medios

de comunicación), se produjo un resurgimiento del uso de las plantas como recurso medicinal. El recurso a otros sistemas curativos diferentes al de la medicina científica occidental comenzó a crecer en importancia hasta que, a finales de la centuria, los estudios realizados en el país banderín de la medicina más tecnificada, los Estados Unidos de Norteamérica, mostraron que el gasto en lo que se ha llamado Medicinas Alternativas y Complementarias (CAM) superó al que se realizaba en la que se pretendía medicina cosmopolita (Eisenberg *et al.*, 1993, 2001). Por otro lado el rotundo fracaso de la estrategia de la OMS, «Salud para todos en el año 2000», hizo que este organismo tuviera que plantearse diferentes programas en los que se reclutase a todo el personal y los recursos tradicionales usados por las poblaciones de los países más desfavorecidos para luchar contra la enfermedad bajo la etiqueta «Medicina Tradicional». Nos ocuparemos de este fenómeno en los siguientes apartados. Es en este contexto, y desde hace décadas, en el que los estudios sobre etnobotánica han cobrado gran importancia como muestran las comunicaciones a esta ponencia de los compañeros de la Universidad Miguel Hernández y la Universidad de Murcia.

LA OPACIDAD DEL PAPEL DE LA POBLACIÓN EN EL MANEJO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La importancia que el fenómeno de las MAC tiene en los países más ricos, y la necesidad de allegar todo tipo de recursos asistenciales y terapéuticos para luchar contra la enfermedad y la muerte en los países del sur social y político, ha reavivado el interés por el estudio del pluralismo asistencial y terapéutico. Sin entrar en mayores precisiones terminológicas entendemos por pluralismo asistencial la existencia en una sociedad dada de diversas instancias asistenciales y terapéuticas que son utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud. La definición y valoración de los propios problemas de salud y su relación con el contexto social económico, político y cultural entra, por supuesto, en el ámbito de estudio del pluralismo asistencial. En este apartado se analiza como los modelos teóricos utilizados para estudiar el comportamiento de la población cuando trata de recuperar su salud (comportamiento frente a la enfermedad, proceso de búsqueda de salud, itinerarios terapéuticos, etc.) han impedido o favorecido el estudio

del papel estructural de lo que hace la población por sí misma para enfrentar la enfermedad y la muerte.

Los modelos de estudio del comportamiento frente a la enfermedad

Según las tradiciones académicas el conocimiento que se tiene de este fenómeno es muy desigual. Los estudios generados por los propios profesionales sanitarios, por la sociología de la salud anglosajona o por la psicología social, al adoptar en muchas ocasiones una perspectiva basada en el uso de servicios (habitualmente de las diferentes instancias asistenciales que ofrece la medicina científico-occidental), han dejado fuera de foco gran parte de lo que la población hace habitualmente para recuperar su salud. Y lo que es más importante, han transformado ciertos modelos de descripción del comportamiento de la enfermedad en modelos 'prescriptivos' de tal comportamiento. Es decir, han sido internalizados de tal manera por parte de los actores sociales que han acabado definiendo lo que es actuar bien o mal cuando se quiere recuperar la salud.

La constatación, provocada por el creciente uso de la MAC, de que la resolución de los problemas de salud no es un asunto que se maneje solo a través del uso de servicios sanitarios ha puesto en tela de juicio estos modelos 'prescriptivos' y ha colocado sobre el tapete el tema del pluralismo asistencial como fenómeno estructural en circuitos académicos que no lo reconocían como tal (Goldstein, 2004). Sí es cierto que hay un aspecto de los comportamientos de la población en el marco del pluralismo asistencial, más allá del recurso a los profesionales, que siempre ha preocupado y que ha venido recibiendo una atención más o menos constante: la automedicación (Jubete, 2004). Pero ha sido por su implicación en la generación de gasto sanitario y porque, al fin y al cabo, se considera una «extensión mal encaminada» y, por tanto, potencialmente peligrosa, de recursos provenientes de la medicina científica occidental, pero dentro de su ámbito.

Recientemente,² han aparecido revisiones (Young, 2004; MacKian, Bedri, Lovel, 2004) que han tratado de hacer balance de los modelos de descripción del *illness behaviour* o comportamiento frente a la enfermedad,

2. Young (2004: 3) hace referencia a que la última revisión fue escrita por McKinlay en 1972, pero el artículo de Kroeger (1983), aunque solo referido a los países en desarrollo, realiza una valiosa revisión de la literatura sobre el comportamiento frente a la enfermedad.

entendiendo como tal los diversos modos en los que los individuos responden a las señales corporales, prestan atención a sus estados internos, definen e interpretan los síntomas, realizan atribuciones causales, eligen tratamiento y utilizan varios recursos asistenciales tanto formales como informales (Mechanic, 1995: 1208).

Según el propio Mechanic (1978: 268-269) los factores que influyen en que este comportamiento genere la búsqueda de ayuda son:

1. Percepción de los síntomas como serios.
2. Frecuencia y persistencia de los síntomas.
3. Nivel de tolerancia de los síntomas.
4. Grado de alteración que provocan en la familia, trabajo y otras actividades sociales.
5. La información disponible, conocimientos y creencias culturales.
6. Visibilidad y reconocimiento de los síntomas.
7. Necesidades básicas que llevan a la negación o al rechazo.
8. Otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad.
9. Interpretaciones conflictivas de los síntomas una vez conocidos.
10. Disponibilidad de fuentes o recursos de tratamiento.

El concepto de comportamiento frente a la enfermedad se remonta a las iniciales contribuciones del historiador de la medicina Henry Sigerist a la Sociología de la Medicina y se acuñó, en los años sesenta del pasado siglo (Young, 2004: 1-2), para diferenciarlo de comportamientos más genéricos relacionados con la salud, como el denominado «comportamiento de salud» (Kasl, Cobb 1966), con menor fortuna en la literatura posterior. A pesar de que, al describir el concepto de comportamiento frente a la enfermedad o el similar de comportamiento de búsqueda de la salud (*health-seeking behaviour*), se ha reconocido su naturaleza sociocultural y, por tanto, la importancia de considerar tales conductas como socialmente construidas, la mayoría de los estudios se centran en conocer qué tipos de servicios sanitarios formales se utilizan, así como los factores que influyen en su uso diferenciado. Toda la complejidad que requiere el estudio del concepto de *illness behavior* ha quedado, con frecuencia, fuera de la pesquisa sanitaria,

sociológica o psicológica. Tales insuficiencias son reconocidas por los trabajos recientes como el de Mackian, Bedri y Lovel (2004), pero a su vez un manejo muy «insular» de la literatura por parte de estos autores (tanto desde el punto de vista idiomático como disciplinar)³ les impide trascender las mismas limitaciones que denuncian.

Tipos de modelos de comportamiento frente a la enfermedad

Muchos han sido los modelos propuestos para el estudio del comportamiento frente a la enfermedad. Se ha propuesto su clasificación según diversos criterios. Así podríamos considerar a los modelos de estudio como pertenecientes a una de las siguientes categorías según la clave explicativa escogida: macrosociológicos (económicos, geográficos, socio-demográficos o de redes sociales (Young, 2004) y microsociológicos. También podemos dividir los modelos en dos grandes grupos según el modo de organizar las claves explicativas: aquellos que describen las etapas que se siguen desde que se percibe el problema de salud hasta que se consigue la solución (de cariz microsociológico); y los llamados modelos de determinantes (mayoritariamente macrosociológicos), que estudian los factores que influyen en el proceso de decisión que lleva a utilizar unas alternativas y no otras, y en el orden de utilización (Mackian, Bedri, Lovel, 2004: 137-138). Otra posibilidad es clasificar los modelos según se fijen más en el proceso o en el punto final, es decir en la utilización de un determinado servicio (Mackian, Bedri, Lovel, 2004: 137).

No pretendo repasar aquí todos los modelos utilizados en los últimos cuarenta años, sino realizar alguna reflexión sobre la influencia de los más relevantes en el entendimiento del fenómeno del comportamiento frente a la enfermedad.

Modelos macrosociológicos

El anclaje cuantitativo de los modelos macrosociológicos ha hecho que, sobre todo en el ámbito sanitario, tengan gran predicamento como vía de entendimiento del comportamiento frente a la enfermedad. El que

3. El trabajo no cita un solo trabajo que no haya sido escrito en lengua inglesa y son pocas las referencias a estudios de cariz antropológico, una situación que suele ser la norma, y que explica no pocas de las estrecheces conceptuales de lo publicado sobre comportamiento ante la enfermedad.

muchos de ellos se hayan generado, además, en ámbitos donde la accesibilidad económica es un elemento de singular importancia para tratar de explicar la utilización de una u otra alternativa ha supuesto que aquellos que privilegian el factor económico hayan tenido gran aceptación. Hoy día se han constatado suficientemente sus limitaciones, especialmente en aquellos contextos en los que existe un acceso más o menos universal a la asistencia sanitaria formal (Young, 2004: 14-16). Junto al factor económico, la accesibilidad geográfica ha sido otra variable también prolijamente considerada. Hoy día, también, tiene un poder explicativo muy limitado, especialmente en aquellos ámbitos en los que los transportes no son una barrera insalvable. En un mundo en movimiento la accesibilidad geográfica ha perdido significación (Young, 2004: 16-17). En cuanto a otros determinantes de cariz sociodemográfico, variables como la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la clase social, el estatus socioeconómico, la etnia, la religión, el estado civil, etc. han sido estudiadas con frecuencia para tratar de entender, desde un punto de vista macrosociológico, el modo en el que la población trata de recuperar su salud. Aunque se han obtenido algunos hallazgos, por ejemplo, el mayor uso de todo tipo de instancias asistenciales por parte de las mujeres, lo cierto es que, con frecuencia, los resultados de estos estudios no son concluyentes. Además, este tipo de enfoque no es capaz de aprehender las complejas experiencias individuales, engastadas en significados sociales, culturales y de poder, que son las que acaban gobernando el proceso de toma de decisiones ante un problema de salud. Una crítica que puede extenderse al conjunto de los modelos de determinantes.

Modelos microsociológicos

En el otro extremo se sitúan los modelos microsociológicos que, aunque se han ido haciendo más complejos, incluyendo más niveles de análisis,⁴ siguen basándose, fundamentalmente, en el proceso individual de búsqueda de la salud, a menudo formalizado como un serie de etapas (*pathways*), y en la interacción con los profesionales sanitarios. De los modos

4. En especial con la aportación de la psicología social (Aday, Awe, 1997). No obstante el proceso por el cual se han incluido más niveles de análisis no se ha visto acompañado de una clarificación de la relación entre los diferentes niveles.

de abordar el problema que se pueden incluir en esta categoría, el que ha ejercido más influencia es, sin duda, el conjunto que forma el modelo de etapas de Suchman (1965) y la descripción del papel de enfermo que realizó, dentro de su obra *El sistema social* (1951),⁵ el sociólogo funcionalista Talcott Parsons, rectificada en algunos aspectos un cuarto de siglo después (Parsons, 1975). Al conjunto de ambos modelos se le suele denominar «modelo clásico» de comportamiento frente a la enfermedad. Suchman describió una serie de etapas que comenzaban con la experiencia de los síntomas, que llevaría a la aceptación del papel de enfermo y, a su vez, a la entrada en contacto con la asistencia sanitaria y a la aceptación de la figura del paciente-dependiente. Todo el proceso conduciría a la recuperación o rehabilitación. En este modelo se considera que el individuo actúa guiado, sobre todo, por la evaluación que hace de sus síntomas. La figura del paciente dependiente descrita por Parsons estaría definida por un equilibrio de derechos y deberes. Al acceder a este papel el individuo resultaría temporalmente liberado de sus obligaciones sociales, no siendo considerado responsable de su enfermedad. Como contrapartida el paciente tendría que tratar de ponerse bien lo antes posible, evitando así la posible «ganancia secundaria» que supondría la prolongación en el tiempo de las ventajas del papel del paciente dependiente. Para conseguir abandonar lo antes posible el «rol» sería preciso cooperar con las personas técnicamente competentes para solucionar las enfermedades: los médicos.

Estos modelos no solo han ejercido una enorme influencia a la hora de entender el comportamiento frente a la enfermedad sino que han acabado sirviendo como norma de lo que debería ser el comportamiento adecuado. Lo descrito por Suchman y Parsons es lo que «debería» hacerse, sobre todo desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, y así se ha generado una enorme cantidad de literatura que gira en torno a las desviaciones de esta norma. Ambos modelos han sido profusamente criticados desde muchos puntos de vista. No pocas de las críticas se han basado en que dan por supuesta una concepción aporoblemática de los síntomas. No hace falta insistir en que el cuerpo es también construido socialmente y que no percibimos sensaciones biológicas, sino señales con significados construidos social y culturalmente. Por tanto, el propio inicio del proceso de

5. Manejamos una edición española (Parsons, 1976).

búsqueda de la salud se basa no en los síntomas, sino en la valoración que se hace de ellos, tal y como puso pronto de manifiesto Zola (1973) al describir una serie de situaciones sociales que podían llevar a considerar una determinada sensación como un síntoma digno, o no, de ser llevado a los profesionales sanitarios. Numerosos estudios posteriores, llevados a cabo desde la psicofisiología, la fenomenología o la antropología, han puesto de manifiesto que la consideración de una sensación como síntoma y la decisión de tomar alguna acción al respecto es un proceso muy complejo. Para entenderlo es preciso situar al individuo en su contexto para saber porque toma o no toma determinadas decisiones con asuntos, que puede considerar o no, relacionados con su salud (Armstrong, 2003: 10-14). Es decir, el «modelo clásico» de comportamiento frente a la enfermedad no acierta a explicar las variaciones de conducta debidas a diferencias sociales, culturales y económicas.

Otras críticas se basan en la falta de consideración de los posibles desacuerdos en torno a la legitimidad del papel de enfermo y en la ausencia de lugar en el modelo para las enfermedades crónicas, algo que rectificó Parsons en 1975. Tampoco da cuenta de las variaciones que se producen en los modos de relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes (en especial médicos y pacientes) y, por tanto, de los cambios en la asimetría de poder entre unos y otros, según el contexto en el que ejerzan los profesionales. Resulta evidente, además, que este «modelo clásico» de comportamiento frente a la enfermedad rezuma los valores propios del optimismo de la clase médica occidental posterior a la Segunda Guerra Mundial y que, por tanto, no tiene explicaciones ni para el fenómeno de las MAC ni del pluralismo asistencial en su conjunto.

Modelos psicológico-sociales

En cuanto a los modelos provenientes de la Psicología Social, estos han tratado, también, de identificar variables que explicasen el comportamiento frente a la enfermedad. Entre los más conocidos está el llamado comportamental, acuñado por Andersen en 1968 y que ha sufrido sucesivas modificaciones en pos de un mayor refinamiento, y el muy conocido Modelo de Creencias de Salud, descrito en 1975 por Becker y Maiman, que ha sido profusamente utilizado desde la Psicología Social. La principal crítica

que se les puede hacer es que, en realidad, solo miden el uso de servicios sanitarios de la medicina científico-occidental, dejando, una vez más, fuera la verdadera complejidad del comportamiento frente a la enfermedad que lleva cabo la población.

Modelos mixtos

Los modelos por etapas han tratado de completar el «modelo clásico» de comportamiento frente a la enfermedad, pero al trazar un itinerario terapéutico lineal, también dejan fuera la simultaneidad de comportamientos frente a la enfermedad, que suele ser más la norma que la excepción.

Desde la tradición sociológica, un intento de establecer puentes entre los enfoques económicos, geográficos, sociodemográficos y microsociológicos ha sido llevado a cabo por Pescosolido (1992),⁶ que ha centrado su estudio en las redes sociales. Estas actuarían como grupos de gestión terapéutica, un concepto próximo al utilizado previamente en antropología por Janzen (2002: 220 y 258), responsables de la toma de decisiones en el proceso de búsqueda de la salud, desplazando así el énfasis en las decisiones racionales individuales que priman en otros abordajes.

Modelos antropológico-médicos

Muy cercanos, en parte, a estos presupuestos, y tratando de responder a las insuficiencias descritas, surgieron hace años, desde diversas tradiciones antropológicas, otros modos de abordar el comportamiento frente a la enfermedad. Al gestarse, en no pocas ocasiones, en contextos donde la medicina científico-occidental no solía ser la hegemónica, su capacidad de comprensión del pluralismo asistencial es mucho mayor. En general, estas aproximaciones han sido ignoradas o muy poco tenidas en cuenta por la literatura de uso de servicios sanitarios generada desde la salud pública, la sociología o la psicología.

Aportaciones muy conocidas, por provenir del mundo anglosajón, son las del grupo generado en torno a Arthur Kleinman. Probablemente las dos más paradigmáticas sean la de Chirsman (1977) y la del propio Kleinman (1980).

6. Ver también, entre otros, Pescosolido y Levy (2002).

Chrisman se ocupó de la búsqueda de la salud tratando de explicar la elección de una instancia terapéutica determinada como un proceso de integración sociocultural en el que serían elementos clave la definición de los síntomas, el cambio de rol exigido por la opción terapéutica sujeta a valoración y las referencias ofrecidas por la red profana de referencia. En cuanto a Kleinman, en su influyente obra de 1980, propuso la clasificación de todas las instancias asistenciales y terapéuticas existentes en una sociedad en tres grandes sectores: el popular, profano y no especializado, en el que la enfermedad es reconocida y definida y tratada en la mayoría de las ocasiones; el profesional, formado por los sanitarios organizados y legalmente facultados para ejercer,⁷ y, por último, el folk, formado por sanadores locales y terapeutas especializados, pero habitualmente no organizados ni con sanción legal.⁸ El uso de estos sectores estaría gobernado por los modelos explicativos generados ante cada episodio de enfermedad, esto es, por las ideas sobre cada padecimiento que tienen los implicados en él. El enfermo utilizaría uno o varios de estos sectores, secuencial o simultáneamente, estando situado en el centro de una «red terapéutica» en la que la importancia de los consejos y opiniones del ámbito doméstico sería decisiva. La repercusión de las propuestas de Kleinman en el ámbito sanitario próximo a las ciencias sociales, aunque fueron fuertemente criticados desde el principio por sus limitaciones (Young, 1981; Comelles, Martínez, 1993: 61-64), ha sido magnificada por su inclusión en el libro de Helman (2000: 50-78), el más usado para la docencia de la *medical anthropology* anglosajona.

Un esquema mucho más complejo y rico que el de la propuesta de Kleinman es el gestado por Haro (2000), que tiene en cuenta muchos más componentes y los posibles solapamientos entre ellos.

La aportación de la antropología francesa se ha centrado en el concepto de «itinerario terapéutico», gestado en el trabajo de campo en África y utilizado por los promotores de la antropología de la enfermedad, agrupados en torno a Marc Augé (1986, 10-12) y Andrés Zempleni (1985),

7. En muchos grupos humanos este sector solo está compuesto por la medicina científico-occidental, pero grandes países como China e India tienen sectores profesionales basados en sus propias tradiciones médicas.

8. Según los países, los practicantes de medicinas alternativas y complementarias pueden ser considerados como pertenecientes a este sector o al profesional. En los países más ricos, como ya señalamos, la tendencia es hacia la profesionalización.

así como por Janzen (2002; 220, 258). Suele citarse la definición de Sinzinger (1985: 14) que considera como itinerario terapéutico todos los procesos, con sus idas y venidas, que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan instancias institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico. Augé (1996, 113)⁹ ha subrayado, posteriormente, como estos itinerarios constituyen procesos privilegiados para el estudio de las relaciones entre lo corporal y lo social y corresponden a un estado de la sociedad en el que los signos distintivos de la identidad y de la relación ya no son evidentes. Y es que los itinerarios terapéuticos se adentran en los usos sociales de la enfermedad y en las interrelaciones entre lo biológico, lo social y lo cultural superando las limitaciones de los enfoques microsociológicos y macrosociológicos. Hoy día el concepto de itinerario terapéutico se ha transformado en un lugar común en el ámbito francófono, de tal modo que ha comenzado a sufrir el fenómeno de la obliteración: no se cita su procedencia ni se aclara su significado.

Más cercanas a nuestro propio ámbito y, por tanto, más conocidas y accesibles para su lectura, se encuentran las aportaciones que, para la comprensión de la complejidad que comporta lo que la población lleva a cabo para la resolución de los problemas de salud, han realizado el grupo de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y Eduardo Menéndez desde México, muy influidas, a su vez, por la antropología médica italiana proveniente de De Martino.¹⁰ La opción de Comelles (1982; 2000, 151-158), de centrar su atención en los procesos y complejos asistenciales, se justifica por su interés en enfatizar las prácticas y no los discursos o las representaciones, abriendo así el abanico de las categorías asistibles, sin el corsé de las entidades nosológicas de la medicina científico-occidental, y tomando en consideración las dimensiones diacrónicas de estos fenómenos.

Menéndez, por su parte, ha organizado su armazón teórico en torno al estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención. Estos procesos universales, aunque por supuesto actuando de forma diferenciada, suponen «la existencia en toda sociedad de representaciones y técnicas para entender,

9. La edición original en francés de *Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie* es de 1994.

10. Conviene resaltar que desde hace décadas la Antropología de la Medicina española, nucleada en torno a Tarragona; la italiana, heredera de De Martino, y encabezada hoy día por Tullio Sepilli; y la mexicana, representada, sobre todo, por Eduardo Menéndez, mantienen fuertes lazos de colaboración.

enfrentar y, a ser posible, solucionar la incidencia y la consecuencia generadas por los daños a la salud» (Menéndez, 1996, 32). El resultado es una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas, así como diversos modelos de enfrentamiento a la enfermedad (médico, de autoatención, alternativo) entre los que se producen relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez 1984a, 1984b, 1990, 1992, 1996, 2003). Se trata de un esfuerzo teórico en el que la integración de los planos biológicos y culturales, desde perspectivas tanto sincrónicas como diacrónicas, aporta una finura de análisis de gran calado.

La utilización de los modelos antropológicos ofrece, sin duda, múltiples ventajas teóricas para comprender el fenómeno del pluralismo asistencial en su conjunto. Así lo han reconocido otras tradiciones académicas, como la historia social de la medicina, que tras estar fuertemente influenciadas por los modelos económicos de estudio del pluralismo asistencial o por las dicotomías entre lo popular y lo profesional, han sido inspiradas por los puntos de vista que ponen el énfasis en las representaciones colectivas y la relación entre sectores o modelos asistenciales (Perdiguero, 2003, 2005). Si hemos, por tanto, de dar cuenta del conjunto de fenómeno del pluralismo asistencial, así como de su manifestación más llamativa hoy día, en forma de automedicación o de recurso a las MAC, sería útil que abandonásemos la rigidez de los modelos de uso de servicios sanitarios que no consiguen entender la inextricable naturaleza social, cultural y biológica de la salud y la enfermedad.

EL USO FRECUENTE DE LAS MAC

Las medicinas alternativas y complementarias (MAC), homeopatía, acupuntura, naturismo, terapias manipulativas y un largo etcétera, han recibido en los últimos lustros una atención creciente, tanto en el entorno de la Unión Europea como en Norteamérica y Oceanía.¹¹ No solo se han llevado a cabo estudios en los países más ricos, sino, también, otros centrados en otros ámbitos del planeta (Bodeker, Kronenberg, 2002). Indicador de la creciente atención concitada por las MAC son los artículos o secciones que

11. Salmon (1984), Lewith, Aldridge (1991); Sharma (1992), Fisher, Ward (1994); Cant, Sharma (1996); Kelner *et al.* (2000), Tovey *et al.* (2003), Ruggy (2004), Johannsen, Lázár (2006).

dedican al tema revistas de gran renombre como el *British Medical Journal*, el *Journal of the American Medical Association*, o *Annals of Internal Medicine* (Barnes, Abbot, Ernst, 1999; Eisenberg, 2001), así como la creación de un subconjunto dedicado a la materia en MEDLINE, la base de datos de la National Library of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, que recoge la producción tanto de revistas médicas de todo tipo como de otras dedicadas íntegramente a las MAC.

Este interés, como ya se ha señalado, ha sido generado por la constatación del uso creciente de las MAC en las sociedades en las que la medicina científico-occidental se encuentra más desarrollada. Ernst (2000), una de las principales autoridades en la materia, hizo una revisión de aquellos estudios que han investigado la prevalencia del uso de las MAC en población general. Para ello seleccionó doce estudios que muestran porcentajes de uso de las MAC durante el año previo que van del 9%, de alguno de los estudios referidos a los estadounidenses, al 65% de los referidos a los australianos, aunque las variaciones en la metodología, sobre todo en torno al concepto de uso, son muy grandes. Una revisión de similares características, en la que también fueron seleccionados doce estudios (Harris, Rees, 2000), constata también la poca uniformidad metodológica de las encuestas llevadas a cabo hasta ahora, pero subraya la importancia del fenómeno en países como Australia, Estados Unidos o Canadá. Si en vez de población general se investiga a población enferma, los datos de uso suelen ser bastante altos.¹²

El problema de definición de las MAC

Uno de los principales obstáculos para medir la prevalencia de uso de las MAC es la dificultad de definir, precisamente, lo que entendemos por tales medicinas (Kaptchuk, Eisenberg, 2001a, 2001b). La clarificación de qué formas de sanar deben ser consideradas como tales es un asunto ampliamente discutido, pero resulta muy difícil llegar a un consenso, dado que bajo esta etiqueta se consideran tanto formas de sanar milenarias,

12. En un estudio en el Reino Unido, los niños con cáncer los usan en el 32,7% de los casos (Molasiotis, Cubbin, 2004) y en la Columbia británica, el 39 % de los hombres con cáncer de próstata (Eng *et al.*, 2003), por poner solo dos ejemplos de los muchos existentes en la literatura, para el caso de la oncología, o para otros muchos padecimientos.

con tradiciones doctrinales bien establecidas, como modas dietéticas de efímera vida. Así, por ejemplo, en un artículo sobre el uso de las MAC en los Estados Unidos de América (Barnes *et al.*, 2004) eleva al 62% el porcentaje de mayores de 18 años que las usaron en el año previo si se considera la oración con objetivo terapéutico o paliativo dentro de estas medicinas. Si se excluye el uso de la oración, el porcentaje baja a un 36%.

Otro punto de difícil acuerdo se centra en si se debe incluir en el concepto de «uso» el consumo de productos como complejos vitamínicos o plantas, o tan solo el hecho de acudir a un proveedor de MAC. La decisión sobre este asunto explica no pocas de las discrepancias encontradas en la prevalencia de uso de las MAC, incluso dentro del mismo país, tal y como ocurre en los Estados Unidos de América, con cifras muy variables que van desde el 6,5% al 42,1%, aunque los datos parecen apuntar con consistencia a que un tercio de la población las utiliza de una u otra forma (Ni, Simile, Hardy, 2002).

Los esfuerzos de clarificación siguen siendo frecuentes en la literatura internacional (Baldwin *et al.* 2004),¹³ sin que se consiga avanzar mucho. Dada la situación de dominio de la medicina norteamericana en el ámbito internacional, la definición más citada es la del National Center for Complementary and Alternative Medicine: “[...] un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional [...]” (NCCAM, D164). A partir de esta definición se intenta clasificar a todas las MAC en una serie de grupos que cito literalmente:

Sistemas médicos alternativos

Los sistemas médicos alternativos se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica. A menudo, estos sistemas han evolucionado de manera separada y antes que el enfoque médico convencional utilizado en los Estados Unidos. Ejemplos de sistemas médicos alternativos que se han desarrollado en culturas occidentales incluyen la homeopatía y la naturopatía. Ejemplos de sistemas que se han formulado en culturas no occidentales incluyen la medicina china tradicional y Ayurveda.

13. También se ha recomendado el uso de la etnografía para conocer mejor las MAC (Potrata, 2005).

Enfoques sobre la mente y el cuerpo

La medicina de la mente y el cuerpo utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Algunas técnicas que se consideraron medicina complementaria y alternativa anteriormente se han formalizado (por ejemplo, grupos de apoyo a pacientes y terapia cognitiva y conductual). Otras técnicas para la mente y el cuerpo aún se consideran medicina complementaria y alternativa, incluida la meditación, la oración, la curación mental y las terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música o la danza.

Terapias biológicas

Las terapias biológicas en la medicina complementaria y alternativa emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos, el uso de productos de herboristería y el uso de otras terapias denominadas “naturales”, aunque aún no probadas desde el punto de vista científico (por ejemplo, el uso de cartílago de tiburón en el tratamiento del cáncer).

Métodos de manipulación y basados en el cuerpo

Los métodos de manipulación y basados en el cuerpo en la medicina complementaria y alternativa hacen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen quiropráctica, osteopatía y masaje.

Terapias sobre la base de la energía

Las terapias sobre la base de la energía incluyen el empleo de campos de energía y comprenden dos tipos:

Terapias del biocampo, procuran afectar los campos de energía que supuestamente rodean y penetran el cuerpo humano. La existencia de tales campos no ha sido probada científicamente aún. Algunas formas de terapias sobre la base de la energía manipulan biocampos mediante la aplicación de presión o la manipulación del cuerpo mediante la colocación de las manos en o a través de estos campos. Los ejemplos incluyen chi gong, Reiki, y toque terapéutico.

Terapias bioelectromagnéticas, implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, tales como campos de impulsos, campos magnéticos o campos de corriente alterna o directa (NCCAM, D164).

He querido citar en extenso el documento del National Center for Complementary and Alternative Medicine porque resulta muy ilustrativo de cómo este organismo define la realidad que le es propia. Pero el papel dominante de la medicina norteamericana tiene un efecto canónico que puede entorpecer, y de hecho entorpece, la comprensión de lo que son las MAC en otros contextos diferentes. Igual ocurre con los descriptores (MeSH) utilizados para definir las MAC en MEDLINE, la base de datos de ciencias de la salud más conocida del mundo que es elaborada por la National Library of Medicine de los Estados Unidos de América. Este efecto adverso de la hegemonía médica norteamericana es frecuente, también, por ejemplo, en las nosotaxias que difunden asociaciones médicas norteamericanas, y que luego son utilizadas en todo el mundo, sin atender a las muy diferentes realidades a las que son aplicadas, como ocurre con el DSM-IV, utilizado en el ámbito de las enfermedades mentales (Gaines, 1992; Mezzich *et al.*, 1999; Martínez, 2000).

Como podemos comprobar todas las medicinas que se apartan de las que el NCCAM considera convencional en Estados Unidos son definidas como MAC, independientemente de cual sea su situación de hegemonía en otros ámbitos, como ocurre con algunas de las que el NCCAM considera «sistemas médicos alternativos».

La definición utilizada por el NCCAM, no obstante, ha sido criticada desde los propios Estados Unidos de América, poniendo de manifiesto las dificultades intrínsecas de la etiqueta MAC, un producto histórico recién llegado, que, al definirse en relación a una medicina científico-occidental que es tomada por dominante, nunca podrá mostrar ninguna congruencia interna. Así, el informe *Complementary and Alternative Medicine in the United States* publicado por The National Academy of Sciences, discute con detenimiento el tema (2005: 16-20) opinando que la definición del NCCAM resulta inconsistente e insuficiente.¹⁴ Siempre habrá casos de determinadas sociedades con una hegemonía mucho más

14. El informe propone la siguiente definición: “Complementary and alternative medicine (CAM) is a broad domain of resources that encompasses health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the dominant health systems of a particular society or culture in a given historical period. CAM includes such resources perceived by their uses as associated with positive health outcomes. Boundaries within CAM and between the CAM domain and the domain of the dominant system are not always sharp or fixed” (*Complementary and Alternative Medicine in the United States*, 2005: 19).

discutible de la medicina científica occidental en las que algunas de las MAC enumeradas en la clasificación elaborada por el NCCAM no sean ni alternativas ni complementarias, sino las medicinas dominantes de esa sociedad.

La actitud frente a las MAC en la actualidad

De todos modos, los datos disponibles permiten afirmar que, en la actualidad, en muchos contextos, las MAC se usan frecuentemente y con una tendencia creciente, si bien es difícil valorar de manera exacta el grado en el que la población recurre a ellas. Desde luego su utilización varía en función del género y de la clase social. Especialmente recurren a ellas mujeres con educación media o superior y con niveles de ingresos medios o altos, con matices, según los casos, que no puedo desgarnar aquí con detalle. En cuanto a las MAC más usadas, varían mucho según los contextos investigados. Los motivos que llevan a la población a utilizar este tipo de opciones es uno de los problemas más interesantes planteados hoy día. No hay una respuesta clara todavía (Coulter, Willis, 2004). Tiene que ver, desde luego, con el cambio del patrón epidemiológico en las sociedades más opulentas, plagadas de padecimientos crónicos con los que hay que convivir; con un cierto rechazo del consumo de productos químicos, aunque esto no debe hacernos pensar en que la población mira, en general, a la ciencia y la técnica con total desconfianza; y, en gran medida, con la transformación de todo lo relacionado con la salud en un objeto de consumo más (Doel, Segrott, 2003).

Como respuesta a esta creciente tendencia de uso y a su repercusión económica,¹⁵ diversos gobiernos como, por ejemplo, los de Canadá (1999), Reino Unido (2002) y Estados Unidos (2002), han publicado informes oficiales. En ellos se trata de ir avanzando en variados aspectos como la financiación de las MAC, la acreditación de los proveedores de las mismas¹⁶ y la formación de los profesionales sanitarios en estas terapias. También se

15. El grupo de Harvard, capitaneado por Eisenberg (1993, 1998) estimó un aumento del 45% en el gasto en proveedores de medicinas alternativas entre 1990 y 1997, y en Australia se ha encontrado un aumento de un 120% en el gasto en medicaciones alternativas entre 1993 y el 2000 (MacLennan, Wilson, Taylor, 2002).

16. La creciente profesionalización de los proveedores de MAC ha concitado gran atención sociológica (Saks, 1994; Allsop, Saks, 2002).

han puesto en funcionamiento organismos dedicados a estudiar la eficacia y la efectividad de las MAC (Herman, Craig, Caspi, 2005), tal y como ha ocurrido en los Estados Unidos (National Center for Complementary and Alternative Medicine, integrado en los National Health Institutes), Reino Unido (Research Council for Complementary Medicine) o Australia (Complementary Healthcare Council), por citar tan solo algunos ejemplos.

En Europa, donde la prevalencia de uso de las MAC también es muy variable, entre un 3-4% en Suiza y un 49% en Francia, dada la diversa metodología de los estudios llevados a cabo hasta ahora (Sharma, 1992; Fisher, Ward, 1994), no hay, excepto para el caso de los medicamentos homeopáticos, que es la que se aplica al caso español (Vidal Casero, 2002), ninguna directiva comunitaria.¹⁷

En cuanto al uso de las MAC en países con sistemas sanitarios menos formalizados, la OMS, en su *Estrategia sobre medicina tradicional* (2002-2005), ha pretendido adoptar un punto de vista muy comprehensivo sobre el pluralismo asistencial, pues entiende como medicina tradicional «[...] un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales [...]» (OMS, 2002). El objetivo de esta estrategia ha sido hacer que la medicina tradicional esté disponible y asequible y asegurar su uso racional, un objetivo que, en cierto modo, comparte con las iniciativas a las que nos hemos referidos en los países más desarrollados y con las preocupaciones expresadas desde la salud pública (Bodeker, Kronenberg, 2002). No hay, sin embargo, una evaluación de los resultados de este programa.

17. (Pregunta escrita E-0566/99), si bien en el marco de la *Co-operation in Science and Technology* se ha prestado atención en los últimos años a la significación terapéutica de lo que se ha denominado *unconventional medicine* (COST – B4, 1999).

La realidad de las MAC en España: desde el desconocimiento al interés creciente

La ausencia de datos sobre las MAC en España

Como he tenido ocasión de exponer en otro escrito (Perdiguero, 2004), en nuestro país, la atención prestada al fenómeno de las MAC ha sido, hasta hace muy pocos años, escasa. La caracterización de la realidad de las medicinas alternativas y complementarias en España está todavía lejos de alcanzar el nivel de conocimiento que se da en otros ámbitos, entre los cuales el caso más paradigmático es el de los Estados Unidos de América,¹⁸ aunque en los últimos años se advierte mayor interés,¹⁹ anunciándose incluso un proceso de regulación en el ámbito catalán (Caminal, 2005, 38), que ha sido recurrido por el gobierno central.

De hecho, la mayoría de los datos de los que disponíamos hasta hace poco sobre el uso de las MAC en población general²⁰ se referían a Cataluña²¹ (Perdiguero 2004, 2006). Las Encuestas de Salud de Cataluña, realizadas en 1994 (Enquesta de Salut, 1994) y 2002 (Enquesta de Salut, 2002),²² aportan datos sobre el uso de homeópatas, naturistas y acupuntores en los últimos doce meses. Varias cuestiones parecen claras. Las mujeres de mediana edad son las que más visitan, en Cataluña, a los diferentes proveedores de MAC. La Encuesta de Salud de Cataluña del año 2002 también nos permite comprobar que estas instancias son usadas

18. Greger (2001), Kessler *et al.* (2001), Eisenberg *et al.* (2001), Ni, Smile, Ardí (2002); Wolsko *et al.* (2002), Barnes *et al.* (2004); *Complementary and Alternative Medicine in the United States* (2005: 34-62).

19. Bruguera *et al.* (2004), García-Nieto *et al.* (2004), Devesa *et al.* (2004, 2005), Borrell (2005), Junyent, Camp, Fernández (2005).

20. Un referente cuantitativo de poco interés son los datos publicados por la OCU en 1991. Se afirmaba que un 9% de los encuestados, una muestra de la población española mayor de 15 años, había consultado a un practicante de las medicinas alternativas en los doce meses anteriores. Pero no hay información sobre la calidad técnica de esta encuesta. También existen datos de 1991 sobre el consumo en medicamentos homeopáticos (Fisher, Ward, 1994). España, en comparación con otros países europeos, era de las naciones que menor gasto *per capita* realizaba.

21. Desde la óptica antropológica Eduard Pardo Jávega defendió en 1996 una tesis sobre el modelo de las medicinas alternativas en Cataluña, precedida y seguida de algunos otros trabajos. Para una relación completa ver: Perdiguero, Comelles, Erkoreka (2000, 425).

22. En 2006 se llevó a cabo otra Enquesta de Salut en Catalunya en la que se recogió mucha información sobre las CAM, pero de momento tan solo contamos con una avance de resultados que hace dificultosa su interpretación. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc11898.html> [consultado el 2 de febrero de 2009].

con mayor frecuencia por las clases medias y altas. Todo ello resulta coherente con los datos internacionales. Así mismo, resulta evidente que, en los últimos ocho años, se ha incrementado el uso de las MAC en Cataluña, aunque las cifras son inferiores a las de los países de nuestro entorno (Sharma, 1992; Fisher, Ward, 1994; Ernst, White, 2000). Probablemente esto pueda explicarse por razones históricas. Aunque las MAC tuvieron bastante vitalidad en la España del XIX y en el primer tercio del XX,²³ los largos años de la dictadura franquista, tan refractarios a cualquier heterodoxia, no permitieron la continuidad histórica de estas formas de cuidar y sanar. Han debido transcurrir una serie de años para que se reorganice la provisión de este tipo de prácticas. También hay que tener en cuenta las condiciones de acceso a los proveedores de MAC. En muchos países europeos es posible tanto la subvención estatal como la de aseguradoras privadas, algo que no está extendido en nuestro país.

La Encuesta de Salud de la ciudad de Barcelona (2000-2001) (Encuesta de Salut, 200-2001), también se interesó por la visita a homeópatas, naturistas y acupuntores. También en este caso las mujeres de mediana edad fueron el grupo que más recurrió a estas instancias. Los porcentajes de uso barceloneses son algo más altos que los generales para Cataluña, extremo confirmado por la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2002, especialmente para el caso de los homeópatas. La Encuesta de Salud de Barcelona también muestra que las visitas a los proveedores de MAC son más frecuentes en las clases sociales medias y altas, con un gradiente muy claro en el caso de las mujeres.

En el caso de la Comunidad Valenciana, la Encuesta de Salud de 2000-2001 también se planteó el problema de lo que llamaron “métodos alternativos” (naturistas, homeópatas, sanadores...), pero en vez de medir su uso preguntaron por preferencia de uso comparando con la medicina pública o la medicina privada (Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, 2002, 138-139),²⁴ por lo que los datos no son de gran utilidad.

23. Ver la bibliografía aportada en Pascual, Perdiguerro (2004).

24. La pregunta que se hizo fue: ¿Díganos que medicina prefiere... Medicina Pública/Medicina Privada/Métodos alternativos (naturistas, homeopatía, sanadores,...)/Ns/Nc? (Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, 2002, 339).

Otras encuestas de salud, a pesar de haberse planteado conceptualmente el problema, no nos aportan datos. Así, por ejemplo, si bien la Encuesta de Salud de Canarias (1997) al hablar de profesionales sanitarios señalaba: “damos a este concepto un sentido amplio ya que comprende a médicos, dentistas, enfermeras, curanderos, brujos, farmacéuticos, ópticos, psicólogos, asistentes sociales, los dedicados a la medicina alternativa (acupuntores, homeópatas, etc.)”, no ofrecía información sobre la frecuencia de utilización de esta amplia gama de instancias asistenciales en los datos publicados. Tampoco lo ha hecho la que se realizó en 2004 (Encuesta de Salud de Canarias, 2004).

Por tanto, en el caso español, los datos recogidos hasta hace poco eran demasiado exigüos, excepto en el caso de Cataluña, para poder realizar un diagnóstico de la situación, y a la misma conclusión llegaba el número sobre el particular de la revista *Humanitas* (Ballvé, 2003; Gol-Freixas, 2003). Pero en los últimos años la situación está cambiando rápidamente.

La nueva actitud frente a las MAC en España

Un primer indicador del cambio puede encontrarse en la consideración que, de las MAC, se va mostrando en las revistas científicas de ciencias de la salud. Si bien no contamos en España con una caracterización de la atención que se presta a las MAC en las publicaciones periódicas médicas similar a la que se ha publicado sobre los Estados Unidos (Winnick, 2007), o a las que existen sobre el tema en relación con la inmigración para el ámbito español (Gijón *et al.*, 2006; Gijón *et al.*, 2007), no parece aventurado señalar que las MAC están siendo valoradas de manera algo diferente por los profesionales sanitarios en los últimos años. Hace tan solo una década no era nada extraño encontrar descalificaciones apriorísticas de las MAC, sin prestar demasiada atención a la importancia que como instancias asistenciales estaban adquiriendo en nuestro contexto económico y social, la Unión Europea (Valtueña, 1997; Fernández, 1998). Sin embargo, en los últimos años, son mucho más frecuentes los artículos que, cuando menos, hacen una valoración algo más matizada de las MAC (Calderón, 1998. 1999; Remon, Lianes, 2007). Aunque persisten las dudas sobre la validez terapéutica de las MAC en su conjunto, y de la homeopatía en particular (Borrell, 2003, 2005), la cual llama especialmente la atención a los profesionales sanitarios,

por lo difícil que resulta compaginar sus puntos de partida con la práctica terapéutica farmacológica de la medicina científico-occidental.

En los años más recientes comienzan a aparecer, además, valoraciones muy rigurosas del reto que suponen las MAC para la asistencia sanitaria del siglo XXI (Caminal, 2005; Caminal *et al.*, 2006; Urios *et al.*, 2006, Forcades *et al.*, 2007) e iniciativas, verdaderamente aperturistas frente a las MAC, como la serie publicada por la revista *Pediatría Catalana* (Baraibar, 2005; Albareda, Molina, 2005).²⁵ No es casual que todas estas publicaciones provengan del ámbito catalán, pues es precisamente en Cataluña donde se han puesto en marcha alternativas novedosas como una unidad hospitalaria de MAC en el Hospital de Mataró y, sobre todo, la ambiciosa iniciativa reguladora de la Generalitat de Catalunya que,²⁶ en los últimos meses, ha recibido un fuerte rechazo por parte de muchos colectivos de profesionales de la salud y por parte del gobierno central. Es pronto para valorar la repercusión de estas medidas de política sanitaria, pero, desde luego, suponen una novedad muy significativa. Hemos de tener en cuenta; que, en el ámbito de la Unión Europea, sigue sin haber una directiva que aborde el tema de las MAC en su conjunto, si bien se anuncian cambios en el presupuesto de investigación del VII Programa Marco europeo en el que se destina una parte para la valoración de las MAC (Carné, 2003; Varga, Kakuk, 2006).

La recogida sistemática de datos sobre las MAC en España

Pero lo más importante es que las encuestas de salud que se realizan tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, empiezan a recoger información sobre el fenómeno de las MAC con regularidad. Nos vamos a detener solo en los casos de la Encuesta Nacional de Salud en 2006 y en la realizada en nuestra Comunidad en 2005.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006 vienen a confirmar los ya hallados para el conjunto del mundo desarrollado y para el caso catalán. Así, son las mujeres de mediana edad, con trabajo y de clase social

25. Hasta ahora han aparecido una serie de artículos que tratan de informar de una serie de MAC: Ballester, Gosálbez, Ballester, 2005; Giralt, Dalmau, 2005; Carrasco, 2005; Borrás-Boneu, 2006; Goenaga, Mínguez, 2006; Saz, Ortiz, 2006; Albareda, 2006.

26. Decret 31/2007 de 30 gener, pel qual es regulen les condicions per a l'exercici de determinades teràpies naturals. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1-12-2007, pp. 3758-3765.

alta o media alta, las mayores consumidoras de productos alternativos, aunque, en el caso de algunos productos, como los naturistas, son los hombres de mayor edad los que más los utilizan, justo lo contrario de lo que ocurre con los productos homeopáticos. Nuestra Comunidad se encuentra en el tramo alto de frecuentación de este tipo de instancias aunque a distancia del País Vasco y Navarra, las que más la usan, sobre todo las mujeres navarras. Un fenómeno que vale la pena tener en cuenta es el de la utilización de MAC por extranjeros (no sabemos si comunitarios o extracomunitarios) (Perdiguer, 2008) pues los datos muestran que, a la hora del consumo de productos alternativos (sobre todo productos naturistas), especialmente las mujeres foráneas de mayor edad, se encuentran entre los usuarios que más los utilizan. Otros datos que vale la pena resaltar, y que no entran en el patrón general que se ha venido definiendo, es el de mayor uso que hacen los extranjeros, parados y los miembros de clases bajas de los productos naturistas, justo lo contrario de lo que ocurre con los productos homeopáticos.

En el caso de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 2005, aunque los datos son de difícil lectura por la diferencia que se hace entre proveedores privados y públicos (cuya existencia resulta más que dudosa), se muestra que los mayores usuarios de las MAC son las personas de mayor edad, las mujeres, las personas sin estudios o con estudios secundarios y las que tienen mayor nivel de ingresos. En cuanto a la clase social, los proveedores de MAC en el sector público son más usados por la clase social más baja, mientras que, a nivel privado, son los de clase social más alta los mayores usuarios. En conjunto, un panorama confuso que viene determinado por el muy peculiar diseño de la encuesta, dando carta de naturaleza a los proveedores públicos de las MAC, de cuya existencia no tenemos noticia.

En todo caso las MAC solo son la parte que, recientemente, se ha hecho más visible del pluralismo asistencial, junto con la automedicación, bien documentada en todas las encuestas de salud realizadas en los últimos años.²⁷

27. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>

A MODO DE CONCLUSIÓN

El pluralismo asistencial y terapéutico es, en realidad, un fenómeno estructural, pero para hacerlo visible es preciso revisar críticamente los modelos dominantes de concebir el comportamiento frente a la salud y la enfermedad, que se han ido mostrando progresivamente insuficientes para explicar lo que la población hace para intentar recuperar su salud, para mantenerla o para mejorarla. Lo primero que se precisa es «descentrar» el papel totalizador que, a veces, se asigna al sistema y a los servicios sanitarios formales y contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población ha venido utilizando y utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentarse a la enfermedad y a la muerte. La mayoría de las encuestas de salud realizadas en nuestro medio, si exceptuamos el caso de la automedicación, son deudoras de la rigidez de unos esquemas que vienen a igualar el manejo de la salud con el uso de la medicina científico-occidental, y tampoco en toda su complejidad.

Y es en este ámbito en el que los estudios procedentes de la Etnobotánica tienen mucho que decir, al aportar un conocimiento sobre un recurso ampliamente usado por la población, y que viene siendo utilizado desde siempre. La Etnobotánica, en lo que a su relación con la salud se refiere, ha pasado a estar en un primer plano, y aunque de momento no ha entrado con carta de naturaleza propia en la formación de los profesionales sanitarios, los próximos planes de estudio a implantar inmediatamente en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior ya la consideran, en el marco de las Medicinas Alternativas y Complementarias o de la Antropología de la Medicina, como realidad a conocer por los futuros encargados de gestionar la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, L. A y Awe, W. C. (1997): «Health Services Utilization Models». En Gochman, David S. (ed.): *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*, New York, Plenum Press, pp. 153-172.
- Albareda, C. (2006): «Seitai», *Pediatría Catalana*, 66, pp. 251-255.
- Allsop, J. y Saks, M. (eds.) (2002): *Regulating the Health Professions*. London, Sage.
- Albareda, C. y Molina, V. (2005): «Coneguem les medicines complementàries», *Pediatría Catalana*, 65, p. 208.
- Andersen, R. M. (1968): *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*, Chicago, Center for Health Administration Studies.
- Armstrong, D. (2003): *Outline of Sociology as applied to Medicine*. 5ª ed. Londres, Arnold.
- Augé, M. (1985): «Introduction». En Augé, M. (ed.): *Interpreting Illness. (History and Anthropology)*. 2 ed. Chur, Suiza: Harwood Academic, pp. 1-15.
- Augé, M. (1996): *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Barcelona, Paidós.
- Badwin, C. M.; Kroesen, K.; Trochim, W. M. y Bell, I. R. (2004): «Complementary and conventional medicine: a concept map», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4, 2.
- Ballester Sanz, A.; Gosálvez Pastor, E. y Ballester Fernández, R. (2005): «Què és l'homeopatia? Fer homeopatia pediàtrica en un centre de salut és possible», *Pediatría Catalana*, 65, pp. 209-212.
- Ballvé, J. L. (2003): «¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué?». *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1, pp. 125-134.
- Baraibar Castelló, R. (2005): «Medicines alternatives i complementàries», *Pediatría Catalana* 65, pp. 169-174.
- Barnes, J. N; Abbot, E. H. y Ernst, E. (1999): «Articles on Complementary Medicine in the Mainstream Medical Literature», *Archives of Internal Medicine*, 159, pp. 1721-1725.

- Barnes, P. M.; Powell-Griner, E.; MacFann, K. y Nahin, R. L. (2004): «Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002». *Advance Data*, 27(343), pp. 1-19.
- Becker, M. H. y Maiman, L. A. (1975): «Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations», *Medical Care* 13(1), pp. 10-24
- Bodeker, G. y Kronenberg, F. (2002): «A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine», *American Journal of Public Health*, 92, pp. 1582-1591.
- Borràs-Boneu, M. G. (2006): «Ioga per a la salut maternoinfantil», *Pediatrics Catalana*, 66, pp. 27-31.
- Borrell i Carrió, F. (2003): «Homeopatía: creencia, praxis, pruebas», *Medicina Clínica*, 121, pp. 142-148.
- Borrell i Carrió, F. (2005): «Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética», *Atención Primaria*, 35, pp. 311-313.
- Bruguera, M.; Barrera, J. M.; Ampurdanés, S.; Forn, X. y Sánchez Tapias, J. M. (2004): «Utilización de las MAC por los pacientes con hepatitis C crónica», *Medicina Clínica*, 122, pp. 334-335.
- Calderón Gómez, C. (1998): «Médicos homeópatas y médicos de atención primaria: cómo se ven y cómo ven a sus pacientes. Resultados de una investigación cualitativa», *Atención Primaria*, 21, pp. 367-375.
- Calderón Gómez, C. (1999): «Medicina de familia y medicinas alternativas: propuesta de discusión», *Atención Primaria*, 24, pp. 176-177.
- Caminal Homar, J. (2005): «Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público», *Atención Primaria*, 35, pp. 389-391.
- Caminal, J.; Rodríguez, N.; Molina, J. L. y Grupo de Investigación en MCA (2006): «Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo», *Atención Primaria*, 38, pp. 409-412.
- Cant, S. y Sharma, U. (eds.) (1996): *Complementary and Alternative Medicines. Knowledge in Practice*, Londres / Nueva York, Free Books.

- Carné, X. (2003): «La nueva directiva europea sobre medicamentos tradicionales a base de plantas y su transposición a la normativa española», *Medicina Clínica*, 121, pp. 655-657.
- Carrasco, B. (2005): «Reflexoteràpia podal», *Pediatrics Catalana*, 65, pp. 300-303.
- Chrisman, N. J. (1977): «The health seeking process: an approach to the natural history of illness», *Culture Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 351-377.
- Comelles, J. Ma (1982): «Aproximación a un modelo sobre Antropología de la Asistencia», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1, pp. 13-29.
- Comelles, J. Ma (2000): «De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual», *Trabajo Social y Salud*, 35, pp. 151-172
- Comelles, J. Ma y Martínez Hernández, A. (1993): *Enfermedad, Cultura y Sociedad*, Madrid, Eudema.
- Complementary and Alternative Medicine in the United States (2005), Washington, The National Academies Presses.
- Co-operation in Science and Technology. A survey of Knowledge and Understanding of Unconventional Medicine. Cost B4, Mayo 1999.
- Coulter, I. D. y Willis, E. M. (2004): «The rise and rise of complementary medicine: a sociological perspective», *Medical Journal of Australia*, 180, pp. 587-589.
- Devesa Jordà, F.; Pellicer Bataller, J; Ferrando Ginestar, J., *et al.* (2004): «Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo», *Gastroenterología y Hepatología* 27, pp. 244-249.
- Devesa Jordà, F; Pellicer Bataller, J; Ferrando Ginestar J., *et al.* (2005): «Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo», *Gastroenterología y Hepatología*, 28(5), pp. 267-274.
- Doel, M. A. y Segrott, J. (2003): «Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-ease o everyday life», *Environment and Planning D: Society and Space*, 21, pp. 739-759.

- Eisenberg, D. M.; Kaptchuk, T. J.; Laine, C. y Davidoff, F. (2001): «Complementary and Alternative Medicine-An *Annals Series*», *Annals of Internal Medicine* 2001, 135, p. 208.
- Eisenberg, D. M.; Kessler, R. C.; Foster, C.; Norlock, F. E.; Calkins, D. R. y Delbanco, T. L. (1993): «Unconventional medicine in the United States», *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 246-252.
- Eisenberg, D. M.; David, R. B. y Ettner, S. L. (1998): «Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey», *Journal of the American Medical Association*, 280, pp. 1569-1575.
- Eng, J.; Ramsum, D.; Verhoef, M.; Guns, E.; Davison, J. y Gallagher, R. (2003): «A population based survey of complementary and alternative medicine use in men recently diagnosed with prostate cancer», *Integrative Cancer Therapies*, 2, pp. 212-216.
- Encuesta de Salud de Canarias* (1997): Disponible en: http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/esc/ppal_esc.htm [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Encuesta de Salud de Canarias* (2004): Disponible en: http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/istac/estadisticas/salud_2004/salud2004.html [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Enquesta de Salut de Barcelona* (2000): Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/enquesta.htm> [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Enquesta de Salut de Catalunya* (1994): Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/ensalut1994.htm> [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Enquesta de Salut de Catalunya* (2002): Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5365.html> [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Encuesta Nacional de Salud 2006*. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> [consultada el 2 de febrero de 2009].
- Ernst, E. (2000): «Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review», *Bulletin of the World Health Organization*, 78, pp. 252-257.

- Ernst, E. y White, A. (2000): «The BBC Survey of complementary medicine in the UK», *Complementary Therapies in Medicine*, 8, pp. 32-36.
- Fernández Herráez, E. (1998): «Creer o no creer. Esa es la clave de la homeopatía», *Atención Primaria*, 21, pp. 593-596.
- Forcades, T.; Caminal, J.; Rodríguez, N.; Gutiérrez, T. y Grupo de investigación en MCA (2007): «Efecto placebo frente a efecto terapéutico en la práctica clínica y medicinas complementarias y alternativas», *Atención Primaria*, 39, pp. 99-102.
- Fisher, P y Ward, A. (1994): «Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe», *British Medical Journal* 1994, 309, pp. 107-111.
- Gaines, A. (1992): «From DSM-I to DSM-III-R. Voices of self mastery and the other: a cultural constructivist reading at United States psychiatric classification», *Social Science & Medicine*, 35, pp. 3-24.
- García-Nieto, A.; Capote Huelva, F. J.; Fernández Valle, M. C. y Gil García, J. L. (2004): «MAC en pacientes con neoplasias linfoides», *Medicina Clínica*, 123, p. 676.
- Gijón Sánchez, M. T.; Martínez Morante, E. i Jiménez Rodrigo, M. L. (2006): «Mas allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La “inmigración” en la literatura biomédica». En Fernández Juárez, G. (coord.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, Abya-Yala. Universidad de Castilla La Mancha. Quito / Cuenca, pp. 115-132.
- Gijón Sánchez, M. T.; Martínez Morante, E. y Jiménez Rodrigo, M. L. (2007): «Significaciones y prácticas sobre “inmigración” en la literatura biomédica en España». En *V Congreso Nacional sobre la inmigración en España «Migraciones y desarrollo humano»*, Valencia, 21-14 de marzo de 2007.
- Giralt, I. y Dalmau, I. (2005): «La medicina tradicional xinesa: un coneixement mil·lenari i científic al servei de la salut del segle XXI», *Pediatría Catalana*, 65, pp. 264-269.
- Goneaga A. y Mínguez, D. (2006): «Osteopatía. Què és i quines aplicacions té en la pediatria», *Pediatría Catalana*, 66, pp. 77-80.
- Gol-Freixas, J. M. (2003): «Las medicinas no convencionales en España». *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1, pp. 135-140.

- Goldstein, M. S. (2004): «The persistence and Resurgence of Medical Pluralism», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, pp. 925-945.
- Greger, J. L. (2001) «Dietary Supplement Use: Consumer Characteristics and Interests», *Journal of Nutrition*, 131, pp. 1339S-2343S
- Harris, P. y Rees R. (2000): «The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population», *Complementary Therapies in Medicine*, 8, pp. 88-96.
- Helman, C. G. (2000): *Culture, Health and Illness*. 4ª ed., Oxford, Butterworth. Heinemann.
- Herman P. M.; Craig, B. M. y Caspi, O. (2005): «Is complementary and alternative medicine (MAC) cost-effective? A systematic review», *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5, 11.
- Janzen, J. M. (2002): *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Johannessen, H. y Lázár, I. (eds.) (2006): *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Tradicional Medicine*. Nueva York / Oxford, Berhghan Books.
- Jubete Vázquez, M. (2004): «Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer?». *Atención Primaria*, 34, pp. 445-446
- Junyent Priu, M.; Camp Herrero, J. y Fernández Solá, J. (2005): «Utilización de la medicina alternativa y complementaria en la fibromialgia», *Medicina Clínica*, 124, p. 397
- Kaptchuk, T. J. y Eisenberg, D. M. (2001a): «Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States», *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 189-195.
- Kaptchuk, T. J. y Eisenberg, D. M. (2001b): «Varieties of Healing. 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices», *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 196-204.
- Kasl, S. V. y Cobb, S. (1966): «Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behaviour», *Archives of Environmental Health*, 12, pp. 531-541.
- Kroeger, A. (1983): «Anthropological and socio-medical health care research in developing countries», *Social Science & Medicine*, 17, pp. 147-161.

- Kelner, M. J.; Wellman, B.; Pescosolido, B. y Saks, M. (eds.) (2000): *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, Amsterdam: Gordon and Breach.
- Kessler, R. C.; Davis, R. B.; Foster, D. F.; Van Rompay, M. I.; Walters, E. S.; Wilkey, S. J. *et al.* (2001): «Long-Term Trends in the Use of Complementary and Alternative Medical Therapies in the United States», *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 262-268.
- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- Lewith G. y Aldridge, D. (1991): *Complementary medicine and the European Community*, Saffron Walden, Essex, C. W. Daniel.
- MacLennan, A. H.; Wilson, D. H. y Taylor, A. W. (2002): «The escalating cost and prevalence of alternative medicine», *Preventive Medicine*, 35, pp. 166-173.
- Mackian, S.; Bedri, N. y Lovel, H. (2004): «Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us?», *Health Policy and Planning*, 19, pp. 137-146.
- McKinlay, J. (1972): «Some approaches and problems in the study of the use of services –an overview», *Journal of Health and Social Behavior*, 13, pp. 115-152.
- Martínez Hernández, A. (2000): «Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura». En Perdiguero, E. y Comelles, J. M^a (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona, pp. 249-275.
- Mecahnic, D. (1978): *Medical Sociology*, 2^aed. Nueva York, Wiley-Interscience.
- Mechanic, D. (1995): «Sociological dimensions of illness behavior», *Social Science & Medicine*, 41, pp. 1207-1216.
- Menéndez, E. L. (1984a): «El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 3, pp. 83-119.
- Menéndez, E. L. (1984b): *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, D. F., CIESAS.

- Menéndez, E. L. (1990): *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, D. F., CIESAS.
- Menéndez, E. L. (1992): «Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad / atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo», *Cuadernos médico-sociales*, 59, pp. 3-18.
- Menéndez, E. L. (1996): «El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular». En González Alcantud J. A. y Rodríguez Becerra, S. (eds.): *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 31-61.
- Menéndez, E. L. (2003): «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas», *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, pp. 185-207.
- Mezzich, J. E.; Kirmayer, L. J.; Kleinman, A.; Fabrega, H. Jr.; Parron, D. L. y Good, B. J. (1999): «The Place of Culture in DSM-IV», *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187; pp. 457-464.
- Molassiotis, A. y Cubbin, D. (2004): «”Thinking outside the box”: complementary and alternative therapies use in paediatric oncology patients», *European Journal of Oncology Nursing*, 8, pp. 50-60.
- National Centre For Complementary And Alternative Medicine. D-164 (s.a.): «¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?». Disponible en: National Institutes of Health, Bethesda, Maryland: <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral> [Consultado el 3 de febrero de 2009].
- Ni, H.; Simile, C. y Hardy, A. M. (2002): «Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey», *Medical Care*, 40, pp. 353-358.
- OCU (1991): «Las terapias paralelas», *OCU-Compra Maestra*, 134, pp. 24-29.
- Organización Mundial de la Salud (2002): *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, Ginebra, OMS.
- Pardo Jávega, E. (1996): *Medicinas alternativas en Catalunya: Desarrollo y articulación de los modelos subalternos*, Tesis de doctorado dirigida por

- Josep M^a Comelles Esteban, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, Biblioteca de la Facultat de Lletres.
- Parsons, T. (1975): «The sick role and role of the physician reconsidered», *Milkbank Memorial Fund Quarterly*, 53. pp. 257-278.
- Parsons, T. (1976): «Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna». En *El sistema social*, Madrid, Revista de Occidente, pp. 400-444.
- Pascual Ariaga, M. y Perdiguero Gil, E. (2004): «Cólera, homeopatía y práctica médica: Alicante a mitad del siglo XIX». En Martínez Pérez J.; Porras Gallo M. I.; Samblás Tilve, P. y del Cura González, M. (eds.): *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 117-133.
- Perdiguero, E. (2003): «Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII», *Dynamis*, 22, pp. 121-150.
- Perdiguero, E. (2005): «Aproximación al pluralismo médico en la España de finales del siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos», *Medicina e Historia*, IV época, 3.
- Perdiguero Gil, E. (2006): «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En Fernández Juárez, G. (coord.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito / Cuenca, Abya-Yala / Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 33-49.
- Perdiguero, E. (2008): «Medicinas alternativas y complementarias e inmigración en España: dificultades conceptuales y estereotipos culturales». En Fernández Juárez, G.; García Ortiz, P. y González González, I. (eds.): *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*. Quito, Abya-Yala, pp. 321-346.
- Perdiguero, E.; Comelles, J. M^a y Erkoreka, A. (2000): «Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)». En Perdiguero, E. y Comelles, J. M^a. (eds.): *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 353-446.
- Pescosolido, B. A. (1992): «Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help», *American Journal of Sociology*, 97, pp. 1096-1138.

- Pescosolido, B. A. y Levy, J. A. (2002): «The Role of Social Networks in Health, Illness, Disease and Healing: The Accepting Present, The Forgotten Past, and The Dangerous Potential for a Complacent Future». En Pescosolido, B. A. y Levy, J. A. (eds.): *Social Networks and Health*, Amsterdam / London, JAI, pp. 3-25.
- Remon Masip, J. y Lianes i Barragan, P. (2007): «Medicinas complementarias en oncología», *Atención Primaria*, 39; pp. 5-6.
- Ruggy, M. (2004): *Marginal to Mainstream. Alternative Medicine in America*. Nueva York, Macbridge Univesity Press.
- Saks, M. (1994): *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres / Nueva York Routledge.
- Salmon, J. W. (1984): *Alternative Medicines. Popular and policy perspectives*, Nueva York / Londres, Tavistock.
- Saz, P. y Ortiz, M. (2006): «Medicina naturista en pediatría», *Pediatría Catalana*, 66, pp. 203-208.
- Sharma, U. (1992): *Complementary Medicine Today*. Londres / Nueva York, Routledge.
- Sindzingre, N. (1985): «Présentation: Tradition et Biomédecine», *Sciences Sociales et Santé*, 3, pp. 9-26.
- Suchman, E. A. (1965): «Stages of illness behaviour and medical care», *Journal of Health and Social Behaviour*, 6, pp. 114-122.
- Tovey, P.; Easthope, G. y Adams, J. (eds.) (2003): *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*, Londres / Nueva York, Routledge.
- Urios, C.; Caminal, J.; Rodríguez, N. y Puigpelat, F., en nombre del Grupo de investigación en MCA (2006): «Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento en prácticas de salud», *Atención Primaria*, 38, pp. 574-576.
- Valtueña i Borque, O. (1997): «Sobre la homeopatía», *Atención Primaria*, 19, p. 384.
- Varga, O. y Kakuk, P. (2006): «European Union and Alternative Medicine: Some Institutional and legal impacts on a developing field», *Integrative Medicine Insights*, 2, pp. 27-33.

- Vidal Casero, M. C. (2002): «La evolución de la reglamentación de los medicamentos desde la promulgación de la Ley del Medicamento en 1990. Periodo 1990-2000. Su problemática», *Derecho Sanitario*, 8, pp. 95-109.
- Winninck, T. A. (2007): «Trends in attention to complementary and alternative medicine in the American medical literature», *Health*, 11, pp. 371-399.
- Wolsko, P. M.; Eisenberg, D. M.; Davis, R. B.; Ettner, S. L. y Phillips, R. S. (2002): «Insurance Coverage, Medical Conditions, and Visits to Alternative Medicine Providers», *Archives of Internal Medicine*, 162, pp. 281-287.
- Young, A. (1981): «When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists», *Culture, Medicine & Psychiatry*, 5, pp. 317-335.
- Young, J. T. (2004): «Illness behaviour: a selective review and synthesis» *Sociology of Health and Illness*, 26, pp. 1-31.
- Zempleni, A. (1985): «La maladie et ses causes», *L'Etnographe*, 96-97(2-3), pp. 13-43.
- Zola, I. K. (1973): «Pathways to the doctor: from person to patient», *Social Science & Medicine*, 7, pp. 677-689.

Ximo Guillem-Llobat i Jesús E. Alonso López

Universitat de València i Arxiu Històric de la Ciutat de Gandia

INTRODUCCIÓ

L'alimentació és una de les nostres necessitats bàsiques. És per això que, en principi, no hauria de ser necessari justificar l'interés de l'estudi històric i social d'aquesta activitat. Tanmateix, en una societat com la nostra, en la qual les activitats intel·lectuals sempre han merescut un reconeixement superior al concedit a les pràctiques quotidianes, aquest fet no ha estat sempre tan obvi.

Com veurem, només en les últimes dècades l'estudi històric i social de l'alimentació ha pres una major rellevància dins el món acadèmic. L'impuls d'aquests estudis ha estat motivat per un major interès per aquestes activitats quotidianes, però també per les possibilitats que aquests estudis obrin més enllà de la comprensió de les pràctiques alimentàries d'una o altra societat. En aquest sentit, cal destacar que l'estudi de l'alimentació ha estat una via molt interessant per tal d'entrar en l'anàlisi de qüestions ben diverses.

A continuació discutirem breument la rellevància de la història de l'alimentació i la seua capacitat per contribuir a tota una sèrie de debats històrics de caire ben diferent. D'aquesta manera justifiarem l'interés de la nostra aportació, que estarà centrada en les eines bàsiques necessàries per a una introducció a la recerca en aquest àmbit d'estudi.

El text parteix del diàleg entre l'investigador i l'arxiver i és a través d'aquest diàleg que abordarem l'anàlisi de la metodologia, els debats i les fonts per una història de l'alimentació. En una primera part farem un

1. Són d'agrair les aportacions d'Àngel Beneito així com els suggeriments de Josep Bernabeu i Maite Framis i la confiança sempre benvolent de Josep Lluís Barona.

breu recorregut per la historiografia específica i considerarem la història de l'alimentació dins el naixent àmbit dels *Food Studies*. A més a més, farem especial èmfasi en l'aportació que hi ha realitzat, i hi podrà realitzar, una història de la medicina sempre omnipresent en aquest llibre. Després pasarem a analitzar les principals fonts per una història de l'alimentació, amb un especial èmfasi en les fonts d'arxiu. El text acabarà amb unes consideracions finals que són resultat d'aquell diàleg entre l'investigador i l'arxiver al qual ens referíem adés.

PER QUÈ UNA HISTÒRIA DE L'ALIMENTACIÓ?

L'historiador Warren Belasco afirma que, de fet, fins fa relativament poc temps, en aquells estudis històrics que consideraven l'alimentació, aquesta activitat no acostumava a constituir la finalitat última de l'estudi. Per contra, en aquells estudis l'alimentació només constituïa el mitjà per abordar altres qüestions considerades de major interès. Així, per exemple, quan els historiadors del treball analitzaven la sindicació dels treballadors, podien aproximar-se a l'alimentació en tractar els casos dels obrers migrants, els operaris dels escorxadors o les noves indústries alimentàries. Les historiadores feministes podien considerar l'alimentació dins les tasques domèstiques o, per exemple, tracten les disfuncions alimentàries (com ara l'anorèxia) per tal de fer èmfasi en les relacions de poder entre gèneres. Els historiadors de l'agricultura també s'aproximaven a l'estudi de l'alimentació. En aquest cas, però, la recerca estaria sovint encaminada a traure conclusions generals sobre el desenvolupament econòmic i polític d'una o altra societat i quedarien en un segon lloc aquells aspectes més vinculats a la nutrició o la gastronomia.

Els historiadors socials i els historiadors culturals també han considerat en ocasions l'estudi de l'alimentació. Novament, però, s'han limitat sempre a desenvolupar només aquells enfocaments que resultaven rellevants dins les seues respectives disciplines. Així, si per als primers l'alimentació constituïa fonamentalment un aspecte més per tal d'abordar l'estudi de les dinàmiques organitzatives, l'estratificació i la construcció social, en el cas dels historiadors culturals, l'aliment prendria més interès com a símbol o agent a través del qual la gent es comunica i interacciona (Belasco, 2002: 6).

El mateix Warren Belasco explica que fins i tot ell (un dels principals historiadors de l'alimentació nord-americans) va arribar a l'estudi històric de l'alimentació de manera indirecta. El seu interès per l'estudi històric de la transformació de la venda al detall el va dur a considerar els aliments com a estudi de cas. Belasco, però, en aprofundir en l'anàlisi d'aquell estudi de cas va arribar a la conclusió que la qüestió de l'alimentació tenia un interès en si mateix i, així, va entrar en la història de l'alimentació per quedar-s'hi. En els últims temps, cada vegada més autors han seguit aquest camí per tal de convertir l'estudi de l'alimentació en finalitat i no només en mitjà per abordar altres qüestions més tradicionals de la historiografia.

Tanmateix, amb aquesta tria de l'alimentació com a objectiu últim de la recerca s'han pogut continuar fent aportacions rellevants en àmbits d'estudi ben diversos, com ara el de les històries de les mercaderies, la literatura, les festes o la industrialització i la globalització (Spary, 2005: 764). De fet, com ha afirmat John Super, possiblement l'alimentació està entreteixida amb pràcticament qualsevol aspecte de la vida i és per això que el fet d'aïllar la història de l'alimentació de la resta de les històries no resulta convenient per a cap d'elles (Super, 2002: 175).

A més a més, tal i com planteja la historiadora britànica Emma Spary, posar l'aliment com a centre de la recerca històrica ha pogut contribuir a la democratització de la historiografia. Ho ha pogut fer en substituir l'estudi de les grans figures (masculines) de la història per l'estudi de personatges anònims i de pràctiques universals, però també ho ha fet en revalorar el paper de la dona en la societat. A més a més, com després comentarem amb més detall, l'estudi de l'alimentació ha permès la construcció de ponts entre els historiadors i altres acadèmics com sociòlegs, economistes i antropòlegs. D'altra banda, ha obert noves possibilitats per a la popularització dels estudis i, així, la construcció de ponts amb la societat en general.

Alguns historiadors com Raymond Grew o Peter Scholliers encara han anat més lluny en considerar quines podrien ser les aportacions de la història de l'alimentació a la història general. Així, han plantejat que aquesta, amb la seua visió més global, podria replantejar aspectes importants del coneixement històric consensuat i fins i tot donar lloc a una nova periodització de la història (Scholliers, 2007: 461). Aquests podrien ser plantejaments

excessivament ambiciosos, però cal destacar que només la ràpida evolució que ha patit aquest camp d'estudi en les últimes dècades pot explicar que autors de primera línia, com els que acabem de citar, arriben a suggerir-los en els seus llibres i articles acadèmics. Ens referirem a continuació a aquella ràpida evolució de la història de l'alimentació.

EL DESENVOLUPAMENT DE LA HISTÒRIA DE L'ALIMENTACIÓ

Fins fa relativament poc temps, les aproximacions a l'alimentació des de la disciplina històrica eren més aviat marginals. Potser des de l'antropologia i la sociologia ja s'havia dut a terme alguna recerca acadèmica al seu voltant però dins la història calia conformar-se, tal com planteja Warren Belasco, amb alguns relats redactats per antiquaris aficionats i entusiastes. Aquests estudis se centraven només en algun aliment, cuiner o plat en particular. Ara bé, tot i emprar una perspectiva tan limitada, serien molt útils per a posteriors recerques (Belasco, 2002: 5).

A partir de la dècada de 1930 la historiografia de l'alimentació començà a enriquir-se amb treballs que fonamentalment abordaven el tema des de l'etnologia o la història econòmica (Scholliers, 2007: 452). En aquell context molts dels treballs també es durien a terme des de la història agrària. Als anys seixanta, però, amb la publicació d'una sèrie d'articles sobre alimentació i nutrició a *Annales E.S.C.*,² aquesta situació va començar a canviar (Super, 2002: 165). L'interès per tots els aspectes de la vida material que va mostrar Fenand Braudel, i en general tota l'escola francesa d'Annales, va situar l'alimentació en una posició privilegiada en relació a la consideració que fins aquell moment havia merescut (Atkins, 2005: 3). A partir d'aquest moment els treballs relacionats amb aquest àmbit d'estudi es multiplicaren.

Si el gir social dels anys seixanta va redirigir els treballs cap a l'estudi dels estàndards de vida de les classes treballadores, el gir cultural dels anys vuitanta generaria un nou context per a l'estudi històric de l'alimentació (Scholliers, 2007: 452). En relació a aquest últim període, la sociòloga Priscilla Ferguson ha assenyalat la importància cabdal que tingueren,

2. Aquesta era la publicació periòdica de l'Escola d'Annales. La publicació primer fou coneguda amb el nom d'*Annales d'histoire économique et sociale* i després va adquirir el nom d'*Annales. Economies, sociétés, civilisations*.

sobretot dins el marc anglosaxó, algunes obres publicades llavors. Si a l'Europa continental, en cercar els orígens dels nous estudis socials de l'alimentació, s'acostuma a fer referència a les aportacions de l'escola Annales, segons Ferguson, en el món anglosaxó es posa més èmfasi en tres obres centrals; ens referim a: *Cooking, Cuisine, and Class: A Study in Comparative Sociology* de l'antropòleg Jack Goody; *All Manners of Food: Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present* del sociòleg Stephen Mennell; i *Sweetness and Power: The Place of Sugar in Modern History* de l'antropòleg Sidney Mintz.³ Aquestes obres constituïren extenses recerques empíriques guiades per sòlids arguments teòrics i, en l'opinió de Ferguson, van establir uns elevats estàndards de qualitat per a l'estudi de l'alimentació; uns estàndards que inspiraren a més d'una generació d'acadèmics. Podríem dir que de la mà d'aquests autors els estudis socials de l'alimentació van adquirir un caràcter més professional. Amb ells es passà de l'afirmació a la qüestió i de l'anècdota a l'estreta anàlisi de textos i d'evidències rellevants (Ferguson, 2005: 691).

Als anys vuitanta també començà a publicar importants treballs en història de l'alimentació una de les màximes figures d'aquesta àrea d'estudi, ens referim al francès Jean-Louis Flandrin. Aquest historiador, juntament amb el seu habitual col·laborador Massimo Montanari, tornà a situar el centre de la història de l'alimentació a l'Europa continental i, en particular, a França i Itàlia. Tots dos contribuïren de manera important a la reorientació i a la consolidació d'aquesta àrea de coneixement.

Al llarg d'aquella dècada dels vuitanta es va plantejar un conflicte entre el que podria ser un enfocament més lligat a la història econòmica i aquell que tindria una relació més estreta amb l'etnologia. Aparentment els historiadors de començament dels vuitanta prioritzaren aquell enfocament economicista enfront d'una etnologia que era titllada d'excessivament anecdòtica. En aquest sentit, els treballs d'aquest temps posarien més èmfasi en preus, caresties, consum *per capita* i despeses familiars en alimentació que no en aquelles aproximacions centrades en el gust, les receptes i la representació dels àpats.

3. Sobre el llibre de Mintz cal dir que en una de les darreres revisions historiogràfiques publicades, l'historiadora Emma Spary va acabar per concloure que, encara avui, l'obra de Mintz constitueix el millor model a seguir per al desenvolupament dels estudis en història de l'alimentació.

Flandrin denunciaria llavors aquella aproximació economicista per la seua il·lusòria aparença científica, pels resultats enganyosos als quals arribava sovint i per donar lloc a investigacions estèrils. Així, aquest autor proposaria un enfocament més lligat a l'etnologia que a poc a poc aniria prenent més força al llarg d'aquella dècada en el marc d'un tímid gir cultural dins el camp de la història (Scholliers, 2007: 454). Aquest re-enfocament de la recerca primer tindria lloc en treballs que abordaven l'antiguitat, l'edat mitjana i els inicis de la modernitat. Als anys noranta, però, ja va quedar consolidat aquest enfocament i va incloure estudis de tots els períodes.

En aquella dècada dels noranta es va publicar una de les principals obres de la nova història de l'alimentació. El 1996 es publicava simultàniament en francès i en italià *Histoire de l'Alimentation*, un llibre coordinat per Montanari i Flandrin en el qual participaren 44 autors per redactar els seus 47 capítols i les seues vora 900 pàgines. L'edició nord-americana apareixia tres anys més tard, després de patir un intens procés de revisió, sota el títol *Food: A Culinary History from Antiquity to the Present*.

Aquesta extensa obra inclou aspectes i enfocaments ben diversos que anaven des de l'aliment a la cuina, des de l'agricultura a la cultura i des dels mercats a les xarxes socials (Ferguson, 2005: 692). D'aquesta manera abordaria l'alimentació des d'una visió global en un treball d'una magnitud que fins al moment ha estat assolida per ben poques obres.

En els últims deu anys, la història de l'alimentació s'ha consolidat per deixar enrere les clàssiques lamentacions sobre la seua marginalitat. Les principals revisions publicades en els últims quatre anys coincideixen en aquest punt. Així, per exemple, Scholliers ha plantejat que no resulta estranya l'actitud triomfalista de molts dels historiadors involucrats en l'estudi de l'alimentació. En la seua opinió, resulta difícil trobar una altra àrea de coneixement dins les humanitats que en els últims anys haja adquirit un interès i una aprovació tan grans, tant dins del món acadèmic com entre el públic general. Així, s'han multiplicat els llibres, programes de TV, webs, exposicions i museus que han popularitzat la història i els estudis socials de l'alimentació entre el públic general. Mentre que, en el món acadèmic, han adquirit un volum sense precedents les publicacions, els seminaris i els congressos especialitzats en aquests tipus d'estudis.

a) Cap a una recerca interdisciplinària

Tal i com hem explicat, en la configuració de la nova història de l'alimentació han confluït una gran diversitat de subdisciplines històriques. D'aquesta manera ha constituït un espai idoni per aquella interdisciplinarietat tan sovint reclamada i amb la qual ens identifiquem plenament els autors d'aquest text. A més a més, cal dir que aquesta àrea de coneixement s'ha emmarcat sovint dins allò que s'han anomenat els *Food Studies*, en els quals han confluït els historiadors amb antropòlegs, sociòlegs, economistes, filòsofs i fins i tot amb nutricionistes. Així, el projecte de la història de l'alimentació ha quedat inclòs dins d'una de les iniciatives més potents per tal de potenciar el treball interdisciplinari dins les humanitats i més enllà. Una iniciativa que, una vegada més, trenca amb el clàssic model de les dues cultures d'Snow (1960).

Aquesta interdisciplinarietat s'ha fet palesa amb la celebració d'un bon nombre de conferències i seminaris en els quals participaven, i participen, una bona representació de diverses de les disciplines que acabem de citar. D'altra banda, ja existeixen departaments universitaris que han fet seua aquesta proposta. En aquest sentit el *Department of Nutrition, Food Studies and Public Health* de la *New York University* inclou, precisament entre el seu personal, historiadors, sociòlegs, nutricionistes i experts en salut pública de reconegut prestigi. Uns professionals que participen en diferents programes educatius en els quals l'aproximació interdisciplinària és ben present.

A més a més, des de 1986 existeix una revista acadèmica centrada en els estudis socials de l'alimentació: ens referim a *Food and Foodways*. Aquesta ja va nàixer amb la voluntat d'incorporar el treball d'historiadors, sociòlegs, antropòlegs, nutricionistes, crítics literaris, economistes, psicòlegs, i etnòlegs. Des d'un començament, dins el seu comitè de redacció hi havia una bona representació de sociòlegs, antropòlegs i historiadors, tot i que amb un clar predomini dels últims. En menor mesura també s'hi incloïen etnòlegs i arqueòlegs.

Amb el pas del temps, el sector majoritari, el dels historiadors, anà perdent protagonisme en la revista. Ho va fer tant al comitè de redacció com en el percentatge d'articles que hi publicaven. Tanmateix, encara avui *Food*

and Foodways continua sent un interessant punt de trobada de professionals de diverses procedències.

La progressiva pèrdua de protagonisme de la història en la revista dugué a la creació d'una nova publicació destinada a cobrir el buit generat per la seua deriva acadèmica. Així, el 2003 aparegué *Food & History*, que tot i conservar un cert caràcter interdisciplinari, situa les aportacions procedents de la història en un lloc privilegiat (Scholliers, 2007: 463).

Si ens referim a les principals temàtiques abordades pels investigadors dins d'aquest marc interdisciplinari dels *Food Studies*, podem parlar de les tres grans línies assenyalades per la sociòloga Priscilla Ferguson. Aquesta autora, en un article de revisió que publicà a *The Journal of Modern History*, es referia primerament als estudis que analitzaven els aliments des de la cultura material; en segon lloc, als que se centraven en la dimensió metafòrica i simbòlica dels aliments i, per últim, en aquells que tenien en compte el menjar més com a procés que com a producte, en una anàlisi més social que, per exemple, vinculava l'alimentació a la construcció de la identitat col·lectiva.

Aquestes línies de recerca podien impulsar-se des de les diverses disciplines a partir de les quals s'han conformat els *Food Studies*. Així, totes tres adquirien una dimensió interdisciplinària. En tot cas, cal destacar que tant en el plantejament de l'article de revisió de Ferguson, com en els altres als quals ens hem referit,⁴ una de les aproximacions que quedava menys visible és aquella que més ens interessa en el context d'aquesta trobada sobre medicina rural i cultura popular: l'aproximació des de la història de la medicina, la ciència i la tecnologia. És per això que un poc més avall ens referirem al grau de desenvolupament d'aquesta orientació, que encara roman un poc marginada en el context dels *Food Studies*.

b) Els *Food Studies* com a disciplina

L'intens desenvolupament que han patit els estudis socials de l'alimentació ha dut molts autors a plantejar-se la categoria que se li havia d'assignar a aquests *Food Studies*. En aquest sentit, alguns autors han plantejat que

4. És el cas dels articles de Super (2002), Belasco (2002), Spray (2005), Ferguson (2005) i Scholliers (2007).

probablement no estan lluny de configurar-se en una disciplina amb entitat pròpia. Scholliers, per exemple, ha fet èmfasi en com els *Food Studies* han anat progressivament allunyant-se de camps com el de la història agrària i de temàtiques com la dels estàndards de vida, per adquirir una certa independència (Scholliers, 2007: 450). En altres ocasions, s'ha argumentat la seua condició de disciplina en funció d'alguns aspectes que ja hem destacat en aquest mateix text: l'aparició de seminaris i congressos específics; l'establiment d'itineraris acadèmics amb aquella orientació o l'aparició de revistes com les adés citades *Food and Foodways* i *Food & History*, per no esmentar-ne d'altres com *Gastronomica* o *Food, Culture & Society*.

La publicació d'articles de revisió també ha contribuït a percebre els *Food Studies* cada vegada més com una disciplina. A més a més, aquestes revisions han fet habitual una altra qüestió que ha ajudat a reforçar la unitat d'aquesta àrea, han cercat unes poques obres que haurien de ser representatives i bàsiques dins "la disciplina". Així, s'ha fet un esforç per cercar unes obres i uns autors que haurien de ser guies dins els *Food Studies*. Tanmateix cal dir que, si ens fixem en les obres seleccionades en algunes d'aquestes revisions com ara en la de John Super (2002), la de Priscilla Ferguson (2005) i la de Peter Scholliers (2007), no sembla haver-hi acord en relació a les que haurien de tenir el privilegi d'ocupar aquesta posició. Així, si bé l'obra de Montanari i Flandrin *Histoire de l'alimentation* ocupa un lloc central en totes les revisions citades, la major part de les obres que acompanyen aquesta última, en un i altre cas, varien considerablement. No obstant això, cal destacar que aquesta cerca de les obres "canòniques" ja comporta una certa tendència cap a la identificació dels *Food Studies* com una, si més no, futura disciplina de ple dret.

L'aparició del text docent específic resulta també prou significativa. És en certa mesura una mostra de com es consolida aquesta àrea de coneixement dins la docència. En aquest sentit, cal destacar que en els últims anys algunes de les principals editorials han publicat texts adreçats als estudiants, que aborden els estudis socials de l'alimentació des d'una perspectiva global. És el cas del llibre de Peter Atkins i Ian Bowler *Food in Society: economy, culture, geography*, publicat el 2001 per l'editorial Arnold. D'altra banda, un altre text que podem destacar és aquell de l'historiador Jeffrey Pilcher *Food in World History*, publicat per Routledge el 2006.

L'entitat assignada als *Food Studies* també ha pres més significació en la mesura que s'han consolidat associacions i congressos anuals o biennals. Entre aquestes iniciatives, una de les primeres que es va posar en funcionament fou la de l'*Oxford Symposium on Food and Cookery*. Va nèixer cap a finals dels anys setanta impulsada per Alan Davidson i Theodore Zeldin. En un començament va consistir en una sèrie de seminaris on es va abordar l'alimentació des d'una perspectiva històrica. Però aviat es van obrir a la participació d'un major nombre d'investigadors a través d'uns simposis que encara avui se celebren anualment.

A finals dels vuitanta es va posar en marxa una altra iniciativa que encara continua en funcionament: es va establir la xarxa d'investigadors de la International Commission for Research into European Food History. Aquesta xarxa ha organitzat un congrés cada dos anys des de 1989. Les actes dels congressos han anat publicant-se per constituir un recull d'articles de gran interès per conèixer diferents aspectes de la història de l'alimentació, sobretot des d'una perspectiva socioeconòmica; però en ocasions també des de perspectives més lligades a la història de la medicina i la ciència o a l'etnologia. Els treballs publicats s'han centrat en els últims dos segles i han estat presentats tant per alguns dels principals historiadors senyors europeus –com és el cas de Hans-Jürgen Teuteberg (Alemanya), Eszter Kisbán (Hongria), Derek J. Oddy (Gran Bretanya), Stephen Menell (França), Adel P. ten Hartog (Holanda)– com per una nova generació que també ha assolit un merescut prestigi. D'aquests podem destacar Peter Scholliers (Bèlgica), Alessandro Stanziani (França) i Peter Atkins (Gran Bretanya) entre d'altres.⁵

Potser entre les iniciatives associatives emmarcades dins els *Food Studies*, la més important que continua vigent (i en continu creixement) és la societat creada el 2002 a Tours sota el nom d'Institut Européen d'Histoire et Cultures de l'Alimentation. Aquest institut ha contribuït a fer confluïr un gran nombre d'investigadors europeus que no només participen

5. Tot i la rellevància dels autors que s'han vist involucrats els congressos de l'ICREFH i l'interès de les seues aportacions individuals, també és cert que recentment autores com Emma Spary han posat de manifest les limitacions de les publicacions que se n'han derivat. Spary ha apuntat que malauradament les actes dels congressos s'han publicat en llibres que no han experimentat el procés d'edició necessari que hauria permès donar cohesió als textos, evitar repeticions en les conclusions generals dels capítols i eliminar algun text que, en optar per un enfocament excessivament estret, no aconseguia contribuir a la disciplina en un plànol més general (Spary, 2005: 768).

anualment en diversos seminaris i congressos sinó que també organitzen una escola d'estiu dedicada cada any a un o altre aspecte de l'estudi social de l'alimentació. A més a més, han creat entre Tours i Florència una biblioteca específica d'història de l'alimentació, que també inclou obres dedicades a altres estudis socials de l'alimentació. De fet, la interdisciplinarietat és una de les principals característiques de les iniciatives impulsades per aquest institut.

L'institut també és l'òrgan encarregat de dinamitzar la revista *Food & History*. Així, en conjunt, aquesta iniciativa constitueix una bona base per a la cohesió i el desenvolupament dels *Food Studies*.

Si ens plantegem de considerar els *Food Studies* com una disciplina independent, a més de comptar amb les publicacions, les associacions i la docència adés citada, és necessari disposar també d'uns conceptes i una metodologia consensuats que haurien de guiar els investigadors que treballen en el marc de la suposada disciplina. Aquest és probablement, un dels punts més febles per tal de donar als *Food Studies* la categoria de disciplina. Tot i això, autores com Priscilla Ferguson han tractat de destacar alguns conceptes que podrien haver estat vehiculars dins aquests estudis. Aquesta autora n'ha destacat tres en particular. En primer lloc s'ha referit al "consum ostensible" de Thorstein Veblen. Veblen atribuïa aquest consum ostensible a les elits socials del capitalisme avançat, i a través d'ell la noció de consum s'ampliava des de la seua dimensió fisiològica a una de més social. Un segon concepte vehicular seria el del "procés civilitzador" de Norbert Elias. Aquest procés que hauria dirigit l'evolució social de la societat occidental des de l'edat mitjana és reivindicat per Ferguson per tal de situar la cronologia culinària en un marc social més ampli. Per últim, aquesta autora es refereix al mecanisme de "distinció" proposat per Pierre Bourdieu. Un concepte a través del qual hom planteja com el poder defineix conceptes estètics com el gust; i com la pertinença a una classe social condiciona els interessos i els gustos de l'individu en un procés quotidià que duu a les distincions basades en la classe social (Ferguson, 2005: 690).

La valoració de la rellevància que han tingut, i que podrien tenir, els conceptes destacats per Ferguson, podria constituir un debat de gran interès. Tanmateix, fins avui, ni aquests conceptes ni d'altres han pogut ser identificats de manera consensuada com a guies generals de la "disciplina".

De fet, la mateixa Ferguson conclou, a la seua revisió, que els *Food Studies* continuen mancant d'una perspectiva teòrica i d'una metodologia comuna per a tots els estudis que s'hi inclouen.

Alguns dels articles historiogràfics que hem citat prèviament acaben amb una proposta per tal d'avançar cap a la consolidació dels *Food Studies* com a disciplina. Aquestes van majoritàriament encaminades a cercar un marc teòric i una metodologia comuna. No entrarem a valorar les diverses propostes d'autors com Ferguson, Scholliers i Spary. Per contra, llançarem una pregunta que hauria de ser prèvia a la valoració de cada proposta: És realment important trobar un marc teòric i una metodologia que guie l'ampla diversitat d'aproximacions existents per a l'estudi social de l'alimentació? És evident que, en donar aquest pas, la interacció entre investigadors es facilita. Però potser també s'empobreix en haver d'encabir-se totes les recerques dins d'unes pautes de treball més limitades. Potser aquella unificació teòrica i metodològica dels estudis no és en veritat tan important, sinó que, pel contrari, allò essencial és la creació d'espais interdisciplinaris que faciliten la participació de tants professionals dedicats a l'alimentació com siga possible. En tot cas, deixarem obert aquest apassionant debat per abordar-lo en futures discussions.

L'ESTUDI DE L'ALIMENTACIÓ DES DE LA HISTÒRIA DE LA MEDICINA

Per acabar, ens referirem breument a aquells estudis de l'alimentació vinculats a la història de la medicina que, tot i haver quedat sovint marginats dins els *Food Studies*, resulten d'especial interès en el marc d'aquestes jornades.

De fet, tal i com plantejàvem adés, la història de l'alimentació ha estat marcada fonamentalment per una pugna entre una aproximació amb un caràcter més socioeconòmic i una altra més lligada a l'etnologia. Ambdós enfocaments, tot i que compten amb nombrosos punts d'intersecció amb la història de la medicina o amb la de la ciència i la tecnologia, han prioritzat estudis que quedaven fora d'aquestes últimes subdisciplines. Així, el nombre de treballs que aborden l'estudi històric de la ciència de la nutrició o el paper de metges, farmacèutics i químics dins l'àmbit de l'alimentació, resulta més aviat reduït si el comparem amb altres aproximacions de caràcter més socioeconòmic o etnològic.

L'escadussera presència dels estudis d'història de la medicina dins l'escenari dels *Food Studies* queda manifesta tant si ens fixem en els temes abordats als *Oxford Symposia on Food and Cookery* com si considerem la procedència acadèmica de la major part dels investigadors associats a l'Institut Européen d'Histoire et Cultures de l'Alimentation. Potser on hi ha hagut una major intersecció amb professionals i temes vinculats a la història de la medicina ha estat als congressos de l'ICREFH, i tampoc en aquest cas han sigut majoritaris els treballs que podríem encabir dins la història de la medicina o fins i tot de la història de la ciència i la tecnologia.

Tot i això, com ara mostrarem, en els últims temps s'han fet més habituals aquests tipus de recerques. Així, per exemple, al nostre país en els últims anys s'ha consolidat, amb un bon nombre de publicacions i participacions en congressos nacionals i internacionals, un grup de recerca que inclou la major part dels autors de les ponències d'aquest llibre (Josep Lluís Barona, Josep Bernabeu, Enrique Perdiguero i Ximo Guillem). Tanmateix, els treballs d'investigadors com aquests encara continuen publicant-se majoritàriament en revistes d'història de la medicina, o de la ciència, i presentant-se en congressos d'aquest àmbit acadèmic. Amb la qual cosa, aquests treballs no han pogut integrar-se degudament dins els àmbits específics dels *Food Studies*.

Per referir-nos a alguns dels principals treballs que des de la història de la medicina han abordat l'estudi de l'alimentació, podem tenir en compte el concepte de seguretat alimentària en les seues dues accepcions més significatives. En català, francès o castellà, la seguretat alimentària fa referència a l'existència de dos problemes diferents: l'absència dels aliments requerits per satisfer les necessitats dietètiques que tenen els individus per dur una vida activa i saludable (allò que en anglès es coneix com *food security*); i l'adulteració o l'alteració dels aliments, que podria comportar un efecte negatiu sobre la salut del consumidor (allò que en anglès es coneix com *food safety*).

La *food safety* resulta més lligada a àmbits de la medicina com ara la higiene i la toxicologia, tot i que no podem obviar la seua dimensió econòmica; el frau alimentari sovint s'ha gestionat en funció del seu impacte econòmic i així ha influït fortament els discursos mèdics que s'emmarquen en aquest àmbit.

Entre els estudis sobre *food safety*, podem destacar una obra com és *Cheated not poisoned? Food regulation in the United Kingdom, 1875-1938*. Aquest llibre de Michael French i Jim Phillips és el producte d'un extens treball de recerca i ha abordat la regulació del frau alimentari des de la seua doble dimensió, l'econòmica i la sanitària. D'altra banda, també s'emmarcaria dins els estudis sobre *food safety* el llibre de David F. Smith *et al.*, *Food Poisoning, Policy and Politics*. Aquest realitza un estudi detallat d'uns episodis d'intoxicació ocorreguts a Escòcia en la dècada dels seixanta per avaluar el funcionament de les autoritats britàniques davant aquest tipus de crisi. Així, tot i aprofundir en un cas particular, l'abast de les seues conclusions supera de llarg la casuística per a explicar les polítiques de regulació de la qualitat dels aliments.

Per últim, entre les obres que aborden el problema de *food safety*, cal destacar l'obra central d'un altre dels principals autors: ens referim al llibre d'Alessandro Stanziani *Histoire de la qualité alimentaire (XIXe-XXe siècle)*. Aquesta obra aprofundeix en la regulació de la qualitat dels aliments a l'estat francès i, a través d'una perspectiva interdisciplinària, planteja interessants debats en relació a aquestes regulacions.

Si ens referim a la *food security*, podem tenir en compte aquells treballs que han considerat el problema de les deficiències dietètiques en diferents contextos, ja fóra a conseqüència de la guerra, com és el cas del llibre de Huertas i del Cura (2007); d'episodis traumàtics en la producció agrícola, com en el cas de la gran fam irlandesa, de la qual han escrit autores com ara E. Margaret Crawford; o com a conseqüència de les desigualtats socials, com en el cas del llibre de James Vernon *Hunger: a modern history*.

El naixement de la ciència de la nutrició, en general, també aniria lligat als debats sobre quina havia de ser la composició dels aliments necessaris per satisfer les necessitats dietètiques de l'individu. Així, en aquest sentit ens podem referir a altres obres que han abordat el desenvolupament de la ciència de la nutrició des d'una perspectiva més general. Entre aquestes podem destacar l'obra coordinada per H. Kamminga i A. Cunningham *The Science and Culture of Nutrition (1840-1940)*, a l'igual que aquella que va coordinar David F. Smith i que va titular *Nutrition in Britain: Science, Scientists and Politics in the Twentieth Century*.

El ventall d'obres que acabem de citar no resulta tan exhaustiu com podria ser-ho. En tot cas, ja mostra l'existència de línies de recerca que podrien contribuir de manera decisiva al desenvolupament dels estudis socials de l'alimentació. Totes elles romanen obertes a l'espera de noves investigacions que permeten donar noves respostes a les preguntes plantejades. Ara bé, possiblement, el principal repte no serà tant el fet de continuar aprofundint en la recerca com el d'encabir-se millor dins aquell marc més general dels *Food Studies*.

FONTS PER A LA HISTÒRIA DE L'ALIMENTACIÓ

Aquesta diversitat de camins, de mètodes i de disciplines que conflueixen en els estudis sobre l'alimentació no naix, evidentment, del no-res. Cal aplicar un procés heurístic a partir d'unes fonts d'informació, les quals determinen potencialitats i alhora les limiten, bé siga per excés o qüestionabilitat de les dades, o bé per la seua manca.

D'entrada, cosa ben desitjable (i que lliga amb el seu caràcter obert), són moltes i ben diverses les fonts per a la recerca en la història de l'alimentació. Podríem parlar de fonts orals i d'impreses. Entre les segones trobem les topografies mèdiques, els llibres de cuina, les nombroses monografies sobre anàlisi d'aliments (en els segles XIX i XX) o la mateixa producció literària. Entre aquesta immensitat anem a centrar-nos, tanmateix, en les fonts documentals d'arxiu: aquelles que es deriven del funcionament 'natural' d'una institució o entitat, bé siga pública o privada.

Potser, de fet, siga més agraïda la recerca bibliogràfica, ja que hi ha molt escrit sobre l'alimentació, inclosos antics i sucosos manuscrits, molts dels quals han estat exhumats a bastament (cas de l'estudiat per Joan Iborra en aquest mateix volum).⁶ Fins i tot és ben palesa la informació qualitativa (que no quantitativa) d'ordinacions i tractats morals medievals. Tanmateix, l'aliment de la investigació, prèvia la reflexió i la injecció metodològica, es troba sovint entre vells lligalls, ara cada vegada més accessibles a través dels nous bits i llocs web.

6. Les normes higièniques del segle XV a la Corona d'Aragó a través del *Tractat de les viandes e dels beures*.

Per un costat, els arxius ens frustren perquè no trobem el que voldríem; en aquest cas, allò que feia Joan Pellicer: notes sobre plantes medicinals, converses amb pastors i llauradors o esborranys on suren alhora la poesia, el món clàssic, les “plantes”, la dietètica i els elements alimentaris. Aquesta mena de fonts es trobaran en uns pocs, escollits i sovint inaccessibles arxius personals; per altra banda, tanmateix, si entrem en un procés de diàleg, els documents tenen la capacitat permanent de sorprendre'ns i, de segur, ens aporten perspectives múltiples, potser no pensades o inconegudes, al voltant del fet alimentari, el qual es troba certament entreteixit amb qualsevol aspecte de la vida.

En qualsevol cas, no hauríem de renunciar a un diàleg sempre necessari entre arxivers i investigadors. Els científics obrin camins de saber, construeixen mètodes i sistemes. Tot amb tot, hi ha un punt de partida i de tornada on compartim l'objecte d'estudi. Per això són desitjables aquests encontres on hauríem d'intentar alguna cosa més que compartir dades i informació. Per començar, l'arxiver no sols hauria de saber orientar en la localització de les fonts sol·licitades sinó, sobretot, informar del context en què s'han produït (cosa que ben bé permeten els nous mètodes descriptius). L'estudi de la institució productora dels documents és un punt de confluència important entre arxivers i investigadors: cal tenir en compte que els fons d'arxiu no són mai un producte espontani i gratuït, sinó normalment el fruit d'una complexa maquinària en la qual cada peça, cada document, pren sentit només en el seu conjunt i mai no de forma aïllada.

Com hem pogut comprovar, la disponibilitat d'aliments (*food security*) o bé el seu control sanitari (*food safety*) constitueixen dues de les qüestions clau per investigar. Des de la mateixa antiguitat, l'adulteració dels aliments i els fraus en la seua distribució han estat problemes recurrents. Evitar-los i vetllar per la higiene pública són fets fonamentals que es reflecteixen ben bé en la documentació dels arxius, especialment dels contemporanis (Gómez Díaz, 2003: 29; Beneito Lloris, 2003: 64 i ss.).

Al capdavant i simplificant, podríem dir que els fons de l'administració ens aporten, fonamentalment, tres menes de fonts per al tema que ens ocupa: els inventaris notariais, les derivades de la fiscalitat i les produïdes per la cura de la sanitat i de la higiene públiques.

Amb tot, el petit itinerari que farem a través dels arxius no s'estructura al voltant de la temàtica o les tipologies dels documents, sinó atenent a les entitats productores dels arxius, públiques fonamentalment. Es tractarà d'un viatge volander i genèric, si bé posarem alguns exemples concrets localitzats al territori més proper.

a) Arxius judicials i de la fe pública

Des de la més matinerada edat mitjana, una professió i gairebé una institució, el notariat, ha estat una font clau i primigènica en la generació de documents. No és estrany, així, que medievalistes com Antoni Riera treballen fonamentalment amb escriptures per tal d'analitzar, per exemple, el règim alimentari de les capes baixes urbanes. Els **inventaris** fets per aquests professionals als habitatges ens parlen de la infraestructura i dels espais frumentaris, així com d'alguns dels aliments guardats.

A les corts o tribunals senyorials eren freqüents les confiscacions de béns, arran de les quals es produïen aquests inventaris. Així mateix hi ha inventaris *post mortem*, conservats als principals arxius eclesiàstics i notariais; o encants (subhastes públiques), que sovint succeïen els inventaris. Testaments, inventaris relacionats, capitulacions testamentàries i actes de compravenda complementen el panorama.

Per accedir a les cases i cuines de la Safor occidental del segle XVII, Vicent Mahiques ha visitat la **cort senyorial** del marquès d'Aytona, senyor de la baronia de Palma i Ador i detenedor de la justícia criminal en els llocs del seu terme general, com ara Ròtova. El representant senyorial que l'exercia tenia la potestat de penetrar en les cases i fer-nos descripcions ben detallades, en aquest cas davant de testimonis i d'un notari.⁷

7. En aquest mateix poble, el justícia de la baronia, Joan Mascarell, entrava a la casa de Pere Climent el 20 de setembre de 1657. A ell no el van trobar, malgrat l'escorcoll, perquè havia fugit; però s'hi trobava la seua dona Paula Faus. Això va permetre de fer una *Escripció de béns de la casa*. A la mateixa entrada guardaven part de la renda: en una gerra mitjancera hi havia mig cafís de forment; en una taleca, tres barcelles de faves; en una gerra, set arroves d'oli i, en una altra gerra mitjancera, set barcelles més de forment. Com era a final de setembre, se li troben vint arroves de garrofes, una gerreta amb tonyina, dues bótes, de cent càneters i de seixanta, plenes de vi most, una gerra amb vinagre, cinc arroves de figues i tres orsetes de mel. Tres gerres d'olives buides... cinquanta ruscos amb cinquanta caputxos. Mahiques, 2006: p. 273. Amb fonts extretes de l'Arxiu dels ducs de Medinaceli, L-190/1. Localització en Arxiu Històric de la Ciutat de Gandia (en endavant AHCG), FJ-31, fot. 349 i ss.

Si la situació no s'ha deteriorat molt quan l'escrivà arriba a la casa, potser hi trobem animals de corral: marranxons (porcs que es criaven cada any), gallines i galls, polles, cavalcadures, animals de llaurar o bous (en progressiu declivi des del segle XVII). La cria de conills, aviram i altres bèsties era una pràctica habitual per a moltes famílies fins ben entrat el segle XX, fins i tot a nuclis urbans com Alcoi. Precisament, la promiscuïtat entre persones i animals, així com els escorxadors, les peixateries, les vaqueries o les establies seran importants afers sanitaris del XIX i del XX. Alhora es desenvoluparan un seguit de normatives legals per al control sanitari del bestiar i es crearan serveis veterinaris municipals amb funció de vigilància dels animals venuts o de l'estat de les vaqueries. Hem derivat, així, insensiblement, cap a les fonts de caire municipal i senyorial.

És clar que d'un altre costat caldria explorar millor els arxius judicials, de gestió i accés tan problemàtics. És ben cert, si més no, que els conflictes per abastiments són importants i delicats: poden provocar denúncies, sobretot en temps de guerra o escassetat, moment en què l'abassegament o l'alteració dels aliments pot interpretar-se com a desafecció al règim establert.⁸ Així mateix i en relació amb el tema anterior, serà factible trobar processos relacionats amb el contraban i l'estraperlo.

Més accessibles són els fons de les antigues reials audiències i cancelleries, amb les seues sales. Aquests arxius s'interrelacionaran amb els nobiliaris i els privats pel que fa els plets per pensions alimentàries entre cònjuges i membres d'una família, les quals solen jugar, fins i tot avui dia, un paper important en determinades sentències. Així mateix, reflecteixen ben bé qualsevol problemàtica conflictiva al voltant, per exemple, dels abastiments o dels mercats.

b) Arxius de l'administració local

Gairebé tots els arxius locals tenen alguna secció dedicada a la sanitat i la beneficència. Dins d'aquests conjunts documentals sol haver-hi apartats

8. L'expedient núm. 3 (sumari 2) de la secció penal del Jutjat de Primera Instància de Gandia incoat el 18 de maig de 1938 tractava, per exemple, d'una denúncia de l'inspector d'abastiments del Consell Municipal de Gandia per hostilitat i desafecció al règim per causa de l'alteració de la qualitat d'articles alimentaris.

específics per a hospitals i altres institucions assistencials i benèfiques,⁹ o per al cementeri i l'assistència social. Tanmateix, per acostar-nos al fet alimentari hem de filar més prim: aproximar-nos als **mercats i les peixateries** o indagar en les actes de les juntes de sanitat. Les decisions corporatives reflectides en aquests acords sovint es completen amb apartats assistencials específics, com és el cas de la gota de llet o de l'alimentació dels malalts hospitalitzats.¹⁰

Així, un bon grapat d'investigadors, com ara els germans Gómez Díaz, a Almeria, han utilitzat a bastament la documentació relativa al control del mercat i la seua peixateria, així com aquella relacionada amb l'**escorxador** i els **controls veterinaris** dels animals i la seua carn. L'existència i l'activitat de metges, farmacèutics, químics i veterinaris en la regulació higiènica dels aliments seran indicatives del grau de control sanitari. No obstant, cal tenir en compte que els controls sobre el mercat a l'antic règim no tenen sempre un objectiu sanitari, sinó que sovint són mostra de l'intervencionisme institucional i fiscal sobre els intercanvis, el qual es manifesta, per exemple, en l'obligació de manifestar el vi local o foraster.

De fet, sovint cal acudir a les seccions relatives als **abastiments**, que solen trobar-se en relació, dins o al costat dels afers agrícoles.¹¹ Al llarg de les edats mitjana i moderna sol ser abundant la documentació relativa a l'almodí o magatzem municipal de grans, que després derivaria en els pòsits per assegurar la sembradura; l'administració dels blats i les farines solen generar papers abundants (sobretot comptables), com també la distribució del peix, la carn i altres productes alimentaris. El mateix sistema d'abastiments sovint era objecte d'arrendament, així com els espais associats (llotges, mercats, escorxadors...). Les comissions d'abastiments solien preocupar-se igualment per la qualitat dels aliments i el seu pes. Com és

9. Cal no oblidar que entre la comptabilitat d'hospitals i centres assistencials pot haver informacions sobre els aliments. I que ens alguns hospicis i presons, els càstigs sovint consistien en una dieta a pa i aigua.

10. La gota de llet, posada en marxa des de les darreries del XIX, esdevindria una institució creada amb la finalitat de disminuir la mortalitat infantil. Els seus fons es trobaran sovint entre els materials referents a l'assistència benèfica (cas de l'Arxiu Municipal d'Alacant) i/o a instituts municipals de puericultura. (Beneito, 1999; Perdiguero - Bernabeu, 1999).

11. En els codis corresponents a abastiments és fàcil trobar, per exemple, llistes amb la introducció dels aliments que cada setmana o cada mes entren en una població, així com els preus corresponents i les seues variacions.

sabut, els consells municipals també tenien un control estret sobre forns i taones. Eren ells el qui definien els trets que havien de tenir les pasterades o *amasijos*.

Així mateix, tenim a l'abast un munt de papers relatius als **consums**. Les antigues cises i els "consums" del XIX i XX (impostos sobre els productes de menjar, beure i cremar) constituïen una realitat impositiva que condicionava no solament les arques municipals i estatals, també la vida quotidiana, començant per l'alimentació, i el pols polític a través del coneguts malcontentaments i avalots en contra d'aquest impost i dels burots o portes on es recaptava. De vegades, els problemes generats per aquestes imposicions ens permeten esbrinar aspectes socioalimentaris, com ara el fet que la carn de vaca solia ser consumida pels més pobres.¹²

Amb tot, potser siguin les fonts reglamentistes les més productives i significatives. De manera especial, en la societat "d'economia moral" de l'antic règim. Així tenim, per exemple, els llibres, ordinacions i privilegis relatius al mostassaf o "almotacén", encarregat dels mercats. Les diverses ordenances, **ordinacions** o establiments promulgats per les entitats locals (sovint conjuntament amb les senyorials) ens ofereixen abundant informació que ens parla de la política frumentària i de l'obsessió per l'aprovisionament.

Les ordenances contemporànies, de caràcter especialitzat i bastant abundants, desenvolupen i actualitzen allò que les ordinacions medievals ja perfilaven en un primer traç. A més a més, es troben complementades per edictes, bans o circulars, i emmarcades per la legislació estatal.

Tanmateix, pel que fa l'alimentació, sovint no eren posades en pràctica: els botiguers no les prenién seriosament, de manera que es venien productes de dubtosa procedència i els que es trobaven en mal estat de conservació, eren comprats pels més humils (Beneito Lloris, 2003: 83).¹³ Amb tot, les ordenances anaren perfeccionant-se i guanyant en detall al llarg, sobretot, del darrer terç del XIX i primer del XX.

Altres fonts municipals que cabria esmentar són:

12 AHCG, AB-51, sessió municipal de 28 de gener de 1812.

13. Aquest autor ens posa de relleu com el palpament, l'ús de la femta com a adob i la brutícia aportada pels llauradors als mercats eren factors en contra de la salubritat.

- La matrícula industrial: ens oferirà dades sobre establiments dedicats a la transformació i la venda d'aliments.¹⁴
- Testimonis de collites.
- De forma directa per al comerç i indirecta per a l'alimentació, també cal tenir en compte els inventaris realitzats amb motiu de naufragis¹⁵ o bé alguns registres de vaixells. Sens dubte, el comerç de cabotatge estava bastant relacionat i proporcionat amb la producció i el consum de les zones costaneres.
- Actes de reconeixement de productes i visites d'inspecció, relacionades o no amb la sanitat marítima
- Ordres de sanitat, que poden trobar-se en un apartat específic o bé en correspondència rebuda.
- La construcció dels mercats, sovint documentada en policia urbana, es relaciona íntimament amb les condicions de venda i la salubritat dels productes alimentaris.
- Molts hospitals, com ara els d'Alcoi, obtenien recursos d'impostos sobre aliments que pagaven directament els consumidors, com també per fires, rifes, almoines o venda de fem.

Cal no oblidar els ajuntaments d'ajuntaments, és a dir, les diputacions provincials dels temps contemporanis. Entre moltes altres potencialitats, parelles o relacionades amb allò que acabem de revisar, cal citar la conformació dels instituts provincials d'higiene pels anys 1920 (que a vegades publiquen butlletins) o les juntes provincials d'abastiments, successores de

14. En el cas de Gandia, cap a 1874-1875, en la matrícula de la contribució industrial s'inclouen, entre altres establiments: a la tarifa primera, classe sexta, tendes de vins i aiguardents, oli i vinagre, farines al menut o oli mineral; en la classe setèima, tendes de pa i bescuits, tendes d'oli, vinagre i sabó (menys de 10 quilograms), forns de coure, hostals i venedors de peix fresc i salat. A la segona tarifa s'inclouen els especuladors de grans i els tractants de ramat; a la tercera, molins i premses. A la cinquena, o tarifa de patens, hi havia venedors de pa i de llegums. AHCG, AB-1244.

15. En l'AHCG hi ha una dotzena d'expedients de naufragi en la caixa AB-1855, tots del segle XIX. Segons un d'ells, per posar un exemple, el llaüt de 46 tones anomenat *Providencia*, encallat enfront de Miramar el dos de febrer de 1851, portava al seu interior 63 pipes de 40 arroves plenes d'oli; 500 fanegues de blat, 20 caixes de tabac (*avano filipino*), 16 sacs de sèmola, set càrregues de pisa o vaixella, 12 barrils d'olives sevillanes i entre 6 i 8 lliures de tabac ras. Aquestes mercaderies pertanyien a diversos comerciants i el mateix vaixell era propietat de nou socis.

la partidista i poc efectiva Junta de Subsistències.¹⁶ Aquestes juntes i altres semblants actuaven en tot el territori provincial i intentaven evitar les con-fabulacions dels comerciants. És de remarcar igualment el complex benèfic que solia dependre d'aquestes institucions. Els seus llibres d'actes o les se-ues comptabilitats solen fer referència al menjar i les dietes consumides.

En la postguerra, entre 1940 i 1960, actuaren les comissaries provinci-als d'abastiments i transports, després anomenades delegacions, les quals eren un organisme autònom. La seua documentació es troba sovint als arxius històrics provincials, de titularitat estatal.

c) Arxius nobiliaris

Els nobles han ocupat, fins al segle XIX, unes parcel·les de poder de caràc-ter intermedi entre els consells locals i l'estat monàrquic. Senyoriis, estats i cases articulaven administracions i arxius que es troben connectats tant amb les qüestions biogràfiques i de nissaga com amb la més alta política, passant per la pròpia administració econòmica i judicial dels territoris. Atés el seu poder en l'àmbit local i supralocal, no és d'estranyar el seu elevat intervencionisme en el control de la producció i de l'abastiment, així com de la venda dels aliments i articles de primera necessitat, inclosos els seus preus.

Les **cartes pobles**, documents reguladors i sovint fundacionals de mol-tes comunitats de veïns, solen contenir gairebé sempre alguns capítols de-dicats a les regalies o monopolis, és a dir, als establiments de transformació i distribució dels productes alimentaris: forns, fleques, molins, almàsseres, tavernes...¹⁷ Açò mateix es completava amb altres drets, regulacions i ex-clusivitats senyoriales, com ara els pins, alzines i oms, l'aigua, la llenya..., amb la qual cosa aquestes cartes esdevenen igualment una font important per a l'estudi de la vegetació, el medi natural i en general per als mecanis-mes de transformació i de l'habitatge. Altres capítols específics afectaven la

16. També existeixen instituts municipals d'higiene en ciutats més importants. A Alcoi es poden trobar llistes d'aliments i les calories que tenien.

17. En el cas proper de Miramar, el capítol xv de la seua carta diu exactament: *Item, se reserva para la señoría las carnisserías (como el derecho de avituallar aquellas), ornos, flecas, molinos, almazaras, tavernas, sisa del vino, panadería y otro cualquier género de regalía*. La Parra: 2003, p. 368. Archivo Histórico Nacional (en endavant, AHN), Noblesa, Osuna, llig. 562/44b.

ramaderia i l'abastiment de carns o els cultius. En els documents de compra d'un senyoriu també hom solia al·ludir a les regalies, però d'una forma més breu i concisa.

Una altra font complementària de l'anterior està constituïda pels **capítols de bon govern**, els quals solen entrar en la forma de gestió i administració de tendes, almàsseres, forns o tavernes.¹⁸ Dels 58 capítols de bon govern de Miramar, tramitats i aprovats el 1742 per la darrera duquessa Borja de Gandia, la senyora Anna, els que anaven del 35 al 49 es referien a la tenda.¹⁹

A més de complir amb els preceptes devocionals, una primera obligació del tender era la de tenir el seu establiment abastit amb mercaderies *estancadas, buenas y competentes*. En tot el funcionament de la tenda, els regidors municipals tenien unes competències ben importants. Els capítols, a més, estipulaven quins eren els productes que havien de trobar-se a la venda i en regulaven detalladament no solament el funcionament sinó també la venda ambulat.

Això era bona mostra del caràcter secularment polèmic dels abastiments i de la llibertat de venda. El pretés control de certes tradicions no era gens fàcil: com ara el fet que els veïns que tenien vi, sempre l'havien venut a la menuda en les seues cases.

Els capítols de bon govern de Palma de Gandia ens mostren una tenda que subministrava oli, tonyina, abadejo, arròs, sardines... i que estava obligada a tenir sempre sabó, pebre, safrà, clavell, canella, veta de filadís, fil de cànem d'assot, fil de palomar, tabac de pols i de fum i aiguardent. A la mateixa tenda, cal no oblidar-ho, anaven els homes a prendre unes tassetes d'aiguardent i a xarrar. Els mateixos capítols intentaven també moderar els possibles abusos del tender.

18. Un exemple de la continuïtat i la relació entre les cartes pobles i els capítols de bon govern pel que fa la regulació dels establiments públics, en *Expediente de aprobación por parte del (V) conde de Parcent, José María de la Cerda Cernesio, de unos acuerdos tomados por el alcalde y Regimiento de Setla y Mirarrosa, jurisdicción de dicho conde (1790-1791). Acompaña la copia de 1788 de los capítulos referentes al gobierno de la panadería, taberna y tienda de estos lugares, dados en la carta puebla de 1611*. AHN, Noblesa, Parcent, caixa 61, document 5.

19. 'Capítulos de buen gobierno del lugar de Miramar'. 1742. AHN, Noblesa, Osuna, 1264/29. Transcrits en La Parra: 2003, p. 369 i ss. Es tracta d'un acte manat per Antoni Pujasons, advocat dels Reials Consells, governador i justícia major de la ciutat i ducat de Gandia, davant del notari Jacint Todo. Bona part dels arxius senyoriaus tenen informacions relatives a les tendes i el seu arrendament.

Una altra font estaria constituïda pels capbreus, una mena de padró contractual entre senyors i vassalls que reflectia, a més dels cultius i les seues particions, obligacions com les de pagar una gallina per Nadal o una olla (Riera, 1996: 101).

d) Arxius eclesiàstics

Paradoxalment, els arxius que precipitaren la conformació de l'Archivo Histórico Nacional (1866) són aquells provinents de l'església, els quals passaren a mans de l'estat arran de les desamortitzacions. De forma semblant ha esdevingut amb valuoses seccions d'altres arxius de titularitat estatal, com ara l'Arxiu del Regne de València, l'Arxiu de la Corona d'Aragó o els històrics provincials. Per això, molts fons monàstics, conventuals, hospitalaris o fins i tot parroquials, els trobarem en aquests santuaris de la història i de les històries "nacionals". Amb tot, els arxius en mans de l'església, sobretot els diocesans, els catedralicis i el conjunt dels parroquials, són ben importants.

Particularment, els arxius diocesans ens parlaran d'assumptes relatius a les menses episcopals i capitulars així com de l'administració de fruits que sovint hi va aparellada. Sovintejaran, així mateix, plets sobre delmes i comptes d'administracions diverses, algunes de canonges i beneficiats.

Continuant amb la tònica de posar exemples propers, cal posar de relleu l'existència de nombrosos "llibres de comptes" que reflecteixen les despeses que realitzen les comunitats eclesiàstiques, una part de les quals s'esmercen en aliments. Les més riques gastaran una proporció menor. Un 10% en el cas de Sant Jeroni de Cotalba (al XIX) o del Corpus Christi de València; en canvi les comunitats franciscanes de Gandia hi dedicaven més del 50 % dels seus recursos (*en la mesa de San Francisco, donde comen cuatro comen cinco*). Com remarcava Kula, els homes (i les comunitats) són tant més rics com menys diners inverteixen per a nodrir-se.²⁰

20. Kula, 1977: 210. Sobre les despeses de Santa Clara i Sant Roc de Gandia, *vid.* Arxiu del Regne de València, Clergat, llibres 192 i 981. Els conceptes de les despeses de Sant Jeroni de Cotalba eren carn, cuina, ous, peix i xocolata (Alonso, 1988: 209). En el cas de Cotalba, i és d'esperar que en molts altres, les actes capitulars també en donen alguna informació: cap a 1780, la bonança econòmica permet millors en la dieta i l'abundància de xocolata. Desapareixien les discriminacions en l'alimentació per raó de la vellesa o per no poder dir misses. Els malalts tindrien aus al tupí i els metges i cirurgians serien generosament convidats a xocolata a la cel·la prioral (*Ibid.*, 223).

e) Arxius de l'estat i autonòmics

Entre l'administració estatal i l'autonòmica dels temps contemporanis caldrà parar especial atenció en els ministeris i conselleries d'agricultura, pesca i alimentació, així com en els organismes autònoms creats per a l'abastiment o el control alimentari. De forma correlativa, serà freqüent trobar documentació als arxius històrics provincials, de vegades amb fons procedents de les delegacions d'Hisenda, d'Agricultura o de Sanitat.²¹ Del seu costat, els serveis correccionals i les presons solen produir documentació testimonial de l'alimentació dels interns.

En arxius hereus de la darrera guerra civil i d'esperit col·leccionista (cas de l'Archivo General de la Guerra Civil Española a Salamanca) es poden trobar documents procedents dels sindicats de l'alimentació, tant de classe com verticals.²² Les situacions de guerra donaran un protagonisme especial a les comissions d'abastiments, les quals tenen un paper clau tant en l'alimentació de la població (sobretot en temps d'escassetesa) com en l'abastiment dels exèrcits.

Els subministres als exèrcits generen, de fet, un allau de documents tant en els arxius militars com en les més diverses instàncies de l'administració sota els conceptes de palla, bagatges, galetes, civada i altres. A l'Archivo General de Simancas, per posar un cas, i més concretament a la Secretaría del Despacho de Guerra, hi ha molts lligalls relatius a l'alimentació dels cavalls, les galetes per a la tropa o l'abastiment de la taula dels generals.²³ Aquest protagonisme no serà menor en les postguerres que, com la dels anys quaranta del segle xx, farà que prenguen una gran rellevància les

21. Exemples: als anys 1940-1950 el ministeri controlava especialment les fàbriques de farines (Arxiu Històric Provincial d'Àlaba) o els magatzemistes de sucre (arxius de la delegació d'Hisenda). De la Direcció Provincial de Sanitat i Consum de Biscaia es conserven *Expedientes de autorización sanitaria para la importación y exportación de productos de alimentación*.

22. Per exemple, del Sindicato de Alimentación e Industria Gastronómica de la CNT, o de la Industria Socializada de Alimentación y Gastronomía. Entre els sindicats verticals, el Sindicato de la Industria de Alimentación, Sección Confiteros (Col·lecció Armero, en AGGCE). Síntoma de la importància que en determinats moments es donava a la formació alimentària, el *Cursillo de alimentación y nutrición para las mujeres* (AGGCE, PS-Carteles, 2539).

23. Alguns exemples: Archivo General de Simancas. Signatura: SGU, llig. 6806,15: "Agregación al Ejército de Buenos Aires del conde de Liniers con la comisión de hacer las pastillas de substancia en lugar de carnes saladas para la alimentación de la tropa. Remite a 'Tropa de Buenos Aires'. Agosto de 1802". Fol. 69; Signatura: SGU, llig. 6867, 1: "Alimentación para los caballos de los oficiales, capellán, cirujano y mariscal del Escuadrón de Dragones de América en La Habana". Fol. 1-4.

cartilles de racionament i la documentació produïda per les delegacions provincials de la Comissaria General de Proveïments i Transports, normalment servada als arxius històrics provincials.²⁴ També són remarcables els plans de control de la cadena alimentària a través de la ramaderia.

f) Altres arxius

Els ports solen ser entitats autònomes amb els seus propis arxius, si bé les ajudanties de Marina i altres serveis complementaris poden cedir la seua documentació a arxius locals, com són els casos de Dénia i Gandia. Als ports són abundants els expedients de sanitat, ja que el control de la salubritat és clau en aquests punts de contacte amb l'exterior i tradicionals importadors de malalties contagioses. Avui mateix, hi ha una Subdirecció General de Sanitat Exterior, la qual depèn del Ministeri de Sanitat i Consum, Direcció General de Salut Pública, Subdirecció General de Sanitat Exterior i Veterinària. La informació sanitària dels ports i les duanes afecta grans volums de mercaderies.²⁵

Els antics gremis o els col·legis professionals també donen testimoni de les activitats de sucres, xocolaters, fideuers o apotecaris.

La premsa servada a les hemeroteques ens parlarà sobre múltiples aspectes relacionats amb l'alimentació i la seua conservació, la higiene en el transport o la revisió de les mercaderies. Així mateix podrem resseguir l'activitat de metges, de pensadors higienistes o dels càrrecs de responsabilitat sanitària. Els anuncis publicitaris ens parlaran així mateix de reconstituents, llet condensada de farina o de comerços de colonials. La premsa de la guerra civil ens anuncia aliments que poden comprar-se en època de racionament o la quantitat de grams de pa que cada persona pot rebre diàriament.

24 La Comissaria General de Proveïments i Transports (CAT), un organisme autònom del ministeri d'Indústria i Comerç, es va crear el 1939. Regula la seua estructura i les seues funcions una llei de juny de 1941. Des de 1951 perdria competències amb el final de la política de restriccions. Desapareixia del tot en la dècada de 1980.

25 Les principals funcions que s'exerceixen a cada port, a més de la prevenció de riscos sanitaris en les mateixes tripulacions, són: 1.- La inspecció sanitària de mercaderies d'origen vegetal destinades al consum humà, que procedeixen de països que no pertanyen a la Unió Europea. 2.- La inspecció sanitària al PIF (Punt d'Inspecció Fronterer) de les mercaderies d'origen animal destinades al consum humà, que procedeixen de països de fora de l'àmbit de la Unió Europea. 3.- La inspecció sanitària dels vaixells i l'emissió dels corresponents certificats, d'acord amb la legislació nacional i internacional. <http://www.porttarragona.es/empreses_sanit_ext.htm> [consulta: 10 de novembre de 2008].

Si seguim un criteri formal, els pergamins antics ens oferiran no poques sentències i cartes relatives a l'administració de la carn o les pastures.

Evidentment, cal no oblidar les memòries sanitàries, com les de l'Arxiu de Dènia o les topografies mèdiques. Però ací entrariem en un altre terreny que ara se'ns escapa.

Cal tenir en compte, igualment, els **textos legislatius**, cada vegada més elaborats i efectius: la constitució de Cadis de 1812 atribueix als ajuntaments la policia de salubritat. Hi haurà, així mateix, els reglaments per a la inspecció de caps de ramat; guies de veterinaris; tractats de policia sanitària; anàlisis d'aliments per a venedors de peix i carn... La Gasetta de Madrid o *BOE* i els respectius butlletins oficials de cada província completen i concreten informacions.

Com hem insinuat en començar, els arxius personals poden ser claus i significatius en alguns casos, sobretot quan es tracta d'erudits o estudiosos del tema alimentari, botànics, naturalistes o persones relacionades amb aquests àmbits. Tampoc no és estrany trobar receptaris manuscrits en qualsevol arxiu privat. De forma particular, els arxius nobiliaris contenen abundosos papers sobre les pensions alimentàries, però aquests solen tenir un caràcter més econòmic i legal que no pròpiament informatiu sobre la dieta. Tant aquests arxius com els més estrictament personals poden contenir factures de convits o per despeses personals i de viatges. Evidentment, els rics ens deixaran molta més informació, sovint a través de l'acció dels seus administradors i apoderats.

ALGUNES CONSIDERACIONS FINALS

Al capdavant, doncs, després d'un revol per la producció bibliogràfica de la *food history* i una lleu excavació heurística, ens fa la feta que cal parlar de la història de l'alimentació com d'una àrea de coneixement en constant expansió.

D'altra banda, hem observat que el desenvolupament d'aquests tipus d'estudis històrics i socials no sols enriquirà el nostre coneixement sobre una activitat tan bàsica com és l'alimentació, sinó que podrà contribuir de manera important al conjunt de les humanitats. La connexió de la història de l'alimentació amb altres àmbits s'ha pogut apreciar tant en els seus

mètodes com en les mateixes fonts. Així, és evident que, quan estudiem l'alimentació, connectem amb altres elements 'veïns': la salubritat de les aigües, el món de la cuina, amb els seus estris i mobiliari, el foc i la llenya... i especialment amb la producció agrícola i els conreus. Aquest darrer aspecte, que sovint ha derivat cap a la història de l'alimentació, mereix, de segur, una anàlisi específica. Al cap i a la fi, és aquest un àmbit de llarga tradició i amb un volum d'activitat enorme (ja siga en forma de congressos, publicacions o altres iniciatives similars).

A més a més, és evident que la història de l'alimentació no pot fer-se exclusivament sobre el consum dels fruments, sinó sobre tots aquells altres aspectes que suren a través de les fonts com són la higiene i la medicina, l'acció pública caritativa, el comerç, els rituals, les jerarquies socials o la cultura en un sentit ample.

Tot amb tot, si hi ha una qüestió que volem ressaltar per sobre de qual-sevol altra consideració, és la necessitat de fer de la història de l'alimentació part d'un espai per a la interacció i el diàleg entre una diversitat de professionals que han anat allunyant-se, els uns dels altres, en aquesta era de superespecialitzacions. Hem constatat l'interès d'aquella concepció dels *Food Studies* com a espai interdisciplinari i hem reclamat la necessitat d'incorporar-hi plenament estudis com aquells de la història de la medicina. Però, d'altra banda, no només hem de veure aquestes iniciatives com una possibilitat per a reforçar la recerca a través de la interacció i el diàleg entre investigadors de procedències diferents. Aquell diàleg també s'haurà de donar entre investigadors i arxivers per tal d'abordar, si més no, la discussió sobre el context de producció de les fonts.

Aquest diàleg entre investigadors i arxivers encara es troba en un estat més embrionari que aquell entre investigadors de procedències diverses. Ara bé, en un intent per impulsar aquest àmbit de diàleg, aquest text ha tractat de fer confluïr totes dues aproximacions. Esperem que haja estat un bon punt de partença.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso i López, J. E. (1988): *Sant Jeroni de Cotalba: desintegració feudal i vida monàstica (segles XVIII-XIX)*. Gandia, CEIC Alfons el Vell.
- Arribas López, M. C. *et al.*: “Estudio de las normativas municipales para el control de las enfermedades infectocontagiosas en la ciudad de Alicante a través de los bandos entre finales del siglo XIX y principios del XX”. En Barona, J. L.; Cortell, J. i Perdiguero, E. (eds.): *Medi Ambient i Salut: una perspectiva històrica*. Sueca 25 de novembre de 2000. Sueca, Seminari d'Estudis sobre la Ciència i Ajuntament de Sueca, 2002, pp. 79-90.
- Atkins, P.; Bowler, I. (2001): *Food in Society. Economy, Culture, Geography*. London: Arnold.
- Barrio Barrio, J. A.: “El camperolat en la frontera meridional del Regne de València. De la fam de terres i l'autoabastiment a la busca del benefici i l'especulació, ss. XIII-XV”. Seminari *Pautes de consum i nivells de vida en el món rural medieval*. 18-20 de setembre de 2008. València. Universitat de València.
- Belasco, W.; Scranton, P. (eds.) (2002): *Food Nations. Selling Taste in Consumer Societies*. New York, London: Rotledge.
- Beneito Lloris, A. (1999): “L'assistència sanitària en l'àmbit municipal d'Alcoi”, dins Beneito, À.; Blay, F-X. i Lloret, J. (eds.): *Beneficència i sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València (*Trobades*, núm. 4), pp. 243-252.
- (2003): *Condicions de vida i salut a Alcoi durant el procés d'industrialització (1830-1950)*. València, Universitat Politècnica de València.
<<http://books.google.es/books>> [Consulta: 25 de novembre de 2008]
- Benito i Monclús, P.: “Vivienda rural y niveles de vida en el entorno de Barcelona a fines de la Edad Media”. Seminari *Pautes de consum i nivells de vida en el món rural medieval*. 18-20 de setembre de 2008. València. Universitat de València.
- Bernabeu Mestre, J.; Perdiguero Gil, E. (2000): “Salud, alimentación y consumo”. *Canelobre*, núm. 43, pp. 104-117.
- Comet, G.: “La vie de la maison paysanne d'après l'iconographie médiévale” (2008). Seminari *Pautes de consum i nivells de vida en el món rural medieval*. 18-20 de setembre de 2008. València. Universitat de València.

- Cura, M. I. del; Huertas, R. (2007): *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre : España, 1937-1947*. Madrid: CSIC
- Ferguson, P. (2005): "Review article. Eating Orders: Markets, Menus, and Meals". *Journal of Modern History*, 77, pp. 679-700.
- Ferragut Domingo, C. (2003): *El naixement d'una vila rural valenciana: Cocentaina, 1245-1304*. València, Universitat. <<http://books.google.es/books>> [Consulta: 24 d'octubre de 2008].
- Flandrin, J. L.; Montanari, M. (dirs.) (1996): *Histoire de l'alimentation*. Paris: Fayard.
- Fredman, P.: "La dieta pagesa: imatge i realitat". Seminari *Pautes de consum i nivells de vida en el món rural medieval*. 18-20 de setembre de 2008. València. Universitat de València.
- French, M.; Phillips, J. (2000): *Cheated not poisoned? food regulation in the United Kingdom, 1875-1938*. Manchester: Manchester University Press.
- Garcia Marsilla, J. V. (1993): *La jerarquía de la mesa: los sistemas alimentarios en la Valencia bajomedieval*. València: Diputació.
- Garcia Oliver, F. (pròleg i transcripció a cura de) (1987): *El llibre d'establiments de Gandia: imatges i missatges en una vila medieval*. Gandia: Ajuntament.
- Gómez Díaz, D. (2002): " 'Buen alimento, mejor pensamiento': el consumo en un convento almeriense a fines del siglo XVI". *Manuscrits*, 20, pp. 133-155.
- Gómez Díaz, D.; Gómez Díaz, M. J. (2003): "Control y fraude de los alimentos: un viaje por la ciudad de Almería, 1788-1940". En Martínez López, J. M.: *Historia de la alimentación rural y tradicional: recetario de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses, pp. 29-51.
- <<http://allandalus.com/~apicius/Historia%20de%20la%20alimentacion%20rural%20y%20tradicional%20-%20Almeria.pdf>> [Consulta: 9 de novembre de 2008]
- Goody, J. (1995): *Cocina, cuisine y clase: estudio de sociología comparada*. Barcelona: Gedisa.

- Kamminga, H.; Cunningham, A. (eds.) (1995): *The science and culture of nutrition, 1840-1940*. Amsterdam, Atlanta: Rodopi, Clio medica, 32.
- Kula, W. (1977): *Problemas y métodos de la historia económica*. Barcelona: Península.
- La Parra, S. (2003): *Història de Miramar*. Miramar: Ajuntament.
- Mahiques Roig, V. (2006): *Entre senyors, frares i bandolers. Notícia de l'antic terme general del castell de Palma en el segle XVII*. Gandia: CEIC Alfons el Vell.
- Mennell, S. (1985): *All Manners of Food: Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present*. Oxford and New York: B. Blackwell.
- Micó Navarro, J. A.; Barona Vilar, J. L. (2002): "Higiene i sanitat ambiental en la 'Geografia General del Reino de Valencia' (1918): la capital i el seu districte judicial". En Barona, J. L.; Cortell, J.; Perdiguero, E. (eds.): *Medi Ambient i Salut: una perspectiva històrica. Sueca 25 de novembre de 2000*. Sueca, Seminari d'Estudis sobre la Ciència i Ajuntament de Sueca, pp. 229-242.
- Mintz, S. W. (1985): *Sweetness and Power: The Place of Sugar in Modern History*. New York: Viking.
- Olaso, V.; Alonso, J. (2002): "Sanitat marítima i guarda de la mar a la Safor (segles XVI-XIX)". En Barona, J. L.; Cortell, J.; Perdiguero, E. (eds.): *Medi Ambient i Salut: una perspectiva històrica. Sueca 25 de novembre de 2000*. Sueca, Seminari d'Estudis sobre la Ciència i Ajuntament de Sueca, pp. 43-55.
- Perdiguero, E.; Bernabeu, J. (1999): "La gota de leche de Alicante (1925-1940)". En Beneito, À.; Blay, F-X; Lloret, J. (eds.): *Beneficència i sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València (*Trobades*, núm. 4), pp. 243-252.
- Pilcher, J. M. (2006): *Food in World History*. New York: Routledge.
- Riera, A. (2008): "Jerarquía social y desigualdad alimentaria en el Mediterráneo noroccidental durante la Baja Edad Media. La cocina y la mesa de los estamentos populares". En Medina, F. X. (ed.): *La alimentación mediterránea. Historia, cultura, nutrición*. Barcelona: Icaria, pp. 81-107.

- “El règim alimentari de les capes baixes urbanes catalanes a la Baixa Edat Mitjana”. Seminari *Pautes de consum i nivells de vida en el món rural medieval*. 18-20 de setembre de 2008. València: Universitat de València.
- Rodero Serrano, E.; Rodero Franganillo, A. (2006): *La producció y el consumo de alimentos de origen animal en la Andalucía del comienzo de la Edad Moderna*. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad en coedición con la Obra Social de la Caja de Ahorros El Monte.
- Rodríguez Clavel, J. R. (1994): “Análisis de la producción documental municipal en los ámbitos de sanidad, beneficencia y asistencia social”. *Lligall. Revista Catalana d'Arxivística*, 8, pp. 75-112.
- Scholliers, P. (2007): “Twenty-five years of studying un phénomène social total”. *Food, Culture and Society: An International Journal of Multidisciplinary Research* 10 (3): 449-471.
- Smith, D. F.; Phillips, J. (eds.) (2000): *Food, Science, Policy and Regulation in the Twentieth Century*. London: Routledge.
- Smith, D. F. (ed.) (1997): *Nutrition in Britain: Science, Scientists and Politics in the Twentieth Century*. London and New York: Routledge.
- Snow, C. P. (1960): *The two cultures and the scientific revolution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spary, E. (2005): “Ways with Food”. *Journal of Contemporary History*, 40 (4): 763-771.
- Stanziani, A. (2005): *Histoire de la qualité alimentaire : XIXe-XXe siècle*. Paris : Editions du Seuil.
- Vernon, J. (2007): *Hunger: A Modern History*. Cambridge and London: Harvard University Press.

WEBS

Arxiu Municipal d'Alacant

http://www.alicante.es/valenciano/arxiu_municipal/

Archivo Municipal de Córdoba

<http://archivo.ayuncordoba.es/>

Biblioteca virtual de la culturas hispánicas Miguel de Cervantes

<http://www.cervantesvirtual.com/>

Pares: Portal de Archivos Españoles

<http://pares.mcu.es/>

Josep Bernabeu-Mestre

Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitària i
Història de la Ciència. Universitat d'Alacant

Una de les pitjors calamitats culinàries i nutricionals, amb no poques repercussions en la salut individual i col·lectiva, és, a banda de la catastròfica desaparició del pa de casa, mollet i crostat, pastat i cuit al forn de casa o del poble, la desaparició de la taula del plat d'olives amargues, que mai ha faltat, des de fa mil·lennis en aquestes terres banyades per la nostra mar, ni en la taula luxosa ni en la humil, en-cetant i tonificant amb la seva crua i divina amarguesa tots els àpats, i compensant i depurant els excessos i les manques.

(PELLICER, Joan (1999): «Etnobotànica i alimentació»,
II Congrés d'Agricultura Ecològica del País Valencià,
Oriola, text inèdit)

INTRODUCCIÓ

La població valenciana va veure consolidat el seu procés de transició nutricional i alimentària en la dècada de 1970. Però, al mateix temps que se superaven els problemes de desnutrició, es consolidava l'emergència d'un model epidemiològic en què les patologies lligades a la sobrealimentació acabaran adquirint un protagonisme rellevant. Enmig de tot aquell procés de canvi, les pautes alimentàries dels valencians han acabat allunyant-se de les de la dieta mediterrània. Aquesta circumstància resulta especialment dramàtica si tenim en compte que durant els anys seixanta de la centúria passada l'alimentació mitjana dels valencians presentava uns paràmetres propers als de l'equilibri de nutrients que recomanaven els organismes internacionals: les calories totals ingerides en forma de proteïnes no superaven el 15 %, la de greixos estava al voltant d'un 30 % (tot destacant la ingesta d'oli d'oliva) i la dels hidrats de carboni entre el 55 i el 60 %.

Darrerament han sigut diverses les veus que han plantejat la necessitat de recuperar al nostre medi la dieta mediterrània. Per això, tenint com a rerefons la panoràmica que acabem de traçar, ens ha semblat oportú reflexionar sobre el paper que cal atribuir a la pèrdua de moltes de les nostres tradicions culinàries i alimentàries.

Tal vegada, el repte seria readaptar a les circumstàncies actuals alguns dels valors que configuraven aquell model mediterrani de vida que ens va permetre completar la transició nutricional i alimentària, per a poder assolir així els paràmetres de l'ideal de la dieta mediterrània. En tot aquest procés, com recordava Joan Pellicer en una ponència que va presentar al II Congrés d'Agricultura Ecològica del País Valencià (Oriola, 15-17 d'octubre de 1999), «l'etnobotànica, a més de recuperar verdures, hortalisses i fruites silvestres autòctones, o d'aportar plantes medicinals, pot donar compte de l'enorme importància de la pulcra, variada, equilibrada i salutífera cuina rural tradicional autòctona, una versió local de la cuina mediterrània». Amb aquest treball, tenint com a rerefons la panoràmica que acabem de traçar, ens ha semblat oportú reflexionar sobre el paper que cal atribuir a la pèrdua de moltes de les nostres tradicions culinàries i alimentàries.

LA DIETA MEDITERRÀNIA COM A OBJECTIU

L'origen del prestigi tan saludable que atribuïm a la dieta mediterrània cal situar-lo en els estudis sobre mortalitat per malalties cardiovasculars engegats el 1950 pel nord-americà Ancel Keys i col·laboradors (Menéndez, 2005: 36). El seus treballs, en concret el conegut com *Estudi dels Set Països*,¹ van confirmar que la mortalitat per malaltia cardioisquèmica era més baixa en les poblacions mediterrànies i en la japonesa que la que mostaven les dels Estats Units i les del centre i nord d'Europa.

A partir d'aquells resultats i d'altres que han vingut a confirmar-los, l'alimentació del model mediterrani va anar adquirint la condició d'ideal, ja que conté l'equilibri de nutrients que recomanen els experts i la mateixa Organització Mundial de la Salut, és a dir, entre un 10 % i un 12 % de

1. L'estudi tenia un disseny prospectiu multinacional compost per 12.763 homes de 40 a 59 anys pertanyents a set països: Iugoslàvia, Grècia i Itàlia (països mediterranis, sud d'Europa), Holanda i Finlàndia (països del nord i centre d'Europa), Estats Units i Japó.

calories totals en forma de proteïnes (encara que alguns experts admeten fins a un 15 % per les dificultats que presenta convèncer la població perquè modere la ingesta de proteïnes provinents de la carn, els ous o els derivats lactis); al voltant d'un 30 % en forma de greixos (ací també hi ha experts que admeten fins a un 35% si la majoria es consumeix en forma d'oli d'oliva), i un 55-60 % a través dels hidrats de carbó (Zapata, 2003: 20-22).

En el cas del País Valencià, la dieta mediterrània en els termes que l'acabem d'exposar era una realitat en la dècada de 1960 (Medrano, Mataix, Aranceta, 1994: 124). Des del final del segle XIX fins a les dècades centrals del XX, la població valenciana, en superar els problemes de subalimentació i desnutrició, va completar la seua transició nutricional i alimentària.

Pel que fa al període pretransicional, tot i no disposar de dades referides al conjunt del País Valencià, a partir d'informacions com les que ens aporten les topografies mèdiques (Bernabeu, Perdiguero, 2000-2001; Barona, 2002: 157-163; 2004: 78-84; Bernabeu, 2004: 13-14), ens podem apropar a la realitat alimentària i nutricional dels nostres avantpassats.

Una de les característiques més destacades era l'heterogeneïtat dels costums alimentaris (Barona, 2004: 78). A les diferències entre el món urbà i el rural pel que feia al contingut i la composició del menjar, la freqüència o els horaris, calia afegir la influència que exercien en la diversitat del règim alimentari les condicions climàtiques i la variada producció agrícola valenciana.

Ara bé, si fem cas dels testimonis de moltes d'aquelles topografies, la majoria de la població menjava poc i malament (Bernabeu, 2004: 13), però els aliments que podien ingerir potencialment els valencians eren molt variats. El geògraf Dantín Cereceda (1934: 73 i 80), en la seua obra sobre l'alimentació espanyola i les diferents tipologies, publicada el 1934, destacava aquella circumstància quan es referia al País Valencià. Fins i tot, dins del tipus mediterrani, feia la distinció d'un subtipus asiaticomonsònic amb aquesta argumentació:

En el dilatado ámbito mediterráneo español, la planicie litoral levantina constituye un mundo aparte, cuyo tipo de alimentación es semejante al del Asia monzónica [...] entre el numeroso grupo de plantas alimenticias que

aseguran con toda regularidad y sin riesgo alguno el sustento de su densa población figura en primer término un cereal de verano, el arroz, que le impone carácter.

La base fonamental de l'alimentació eren els vegetals (incloent en aquest epígraf els cereals, els llegums, els tubèrculs, les verdures i les fruites), però els mercats també estaven ben aprovisionats de carn (Barona, 2004: 78-79) i no podem deixar d'esmentar la importància que tenia en molts indrets el consum de peix (Bernabeu, Perdiguero, 2000-2001: 108). El problema eren les limitacions que determinaven els recursos econòmics i la capacitat adquisitiva dels diferents sectors socioeconòmics.

Els obrers i jornalers guanyaven poc. En molts casos dedicaven més d'un terç del salari a la compra del pa i tenien dificultats per a poder adquirir la resta d'aliments (Bernabeu, Perdiguero, 2000-2001: 113). Convé recordar que la base de l'alimentació de la població amb menys recursos era el pa de blat, substituït en els moments de crisi econòmica pel pa de sègol o el pa de dacsa. Aquest últim era consumit de manera habitual per les famílies més pobres i míseres. La majoria de la població pastava el pa de blat a casa i el portava a coure al forn. Només les famílies de classe benestant adquirien el pa als forns, més moll que el preparat a casa (Bernabeu 2004: 13).

Les classes populars (Bernabeu, Perdiguero, 2000-2001: 113; Barona, 2002: 161-162; Bernabeu, 2004: 13; Barona, 2004: 81) solien iniciar el dia amb una tassa de café o una copa d'aiguardent. L'esmorzar, a les 7 o 8 del matí, solia consistir, en el millor dels casos, en una tassa de café, en un tros de pa acompanyat de bacallà, sardina, tonyina o algun aliment semblant, a més de l'obligada ració de vi. Al migdia, el menjar més habitual era un plat d'arròs, sec o sucós, en cassola o paella, assaonat amb fesols, carxofes, pèsols i algun tros de bacallà. La menjada de migdia solia consistir en un plat únic i, només quan se'n disposava, fruita de collita pròpia com a postres. A la nit, per a sopar, s'acostumava a menjar algun guisat a base de creïlles, la major part de vegades, de cards (penques), de fesols, de col i altres hortalisses. Segons la posició econòmica de la casa, se solia afegir al guisat algun tros de bacallà. Entre setmana no se solia consumir carn. Per a la població jornalera, el consum d'aquest aliment estava reservat als diumenges. Aquell dia solien preparar una olla de carn, però la quantitat que

s'utilitzava arribava amb dificultat per alimentar un individu. De vegades, en lloc de comprar-ne, se sacrificava algun animal domèstic (conill, gallina, etc.). L'oli d'oliva era el condiment vegetal més utilitzat, a més de consumir-se cru. Els fregits es consumien poc. Tot i això, de vegades se solien fregir sardines amb faves, tomaques, pebreres o productes semblants. Els ous, atés el preu tan elevat que tenien, es consumien molt poques vegades. Estaven indicats en cas de malalties, igual que la llet.

L'heterogeneïtat i la diversitat dels règims alimentaris es traslladava als estats nutricionals que mostraven els diferents col·lectius i zones geogràfiques. El estudi antropomètric duts a terme a partir de les dades que aporten els reconeixements mèdics que havien de passar els mossos cridats a files posen de manifest la penalització fisiològica que comportaven els problemes de desnutrició que apareixien associats a determinades condicions mediambientals, laborals, etc., i les diferències entre les comarques valencianes (Martínez Carrión, Pérez Castejón, 1997, 2002; Puche, 2005; Beneito, Puche, 2008).²

La correcció d'aquelles penalitzacions i de les deficiències quantitatives i qualitatives de caire nutricional que hi havia darrere es va poder materialitzar per la millora de les condicions socioeconòmiques i del poder adquisitiu de la població. Però no podem deixar de subratllar el paper que va tenir la progressiva incorporació d'aliments protectors (la llet en podia ser un dels exemples més rellevants) o la divulgació d'hàbits i coneixements relacionats amb una alimentació i una nutrició més saludables.

L'any 1957 es publicava un estudi sobre el creixement i l'alimentació dels castellanencs (Altava, 1957). A partir de la constatació de diferències de creixement entre adolescents econòmicament benestants i els que pertanyien a famílies amb dificultats econòmiques, s'avaluaven els efectes d'un programa de complementació escolar amb llet i altres productes lactis. Els resultats posaven de manifest la validesa de la complementació per a corregir les diferències antropomètriques entre les classes socials, al mateix temps que s'insistia en la necessitat de promoure el consum d'aquell tipus d'aliments.

2. Així ho posa de manifest la recerca de Javier Puche i Àngel Beneito (2008), que compara l'evolució del indicadors antropomètrics de l'Alcoi de les primeres etapes de la industrialització amb comarques centrades en l'activitat agrícola, com era el cas de les Riberes o la Marina Alta.

En el cas espanyol, sobre les diferències regionals dels indicadors antropomètrics hi havia tota una tradició d'estudis que relacionaven l'evolució d'aquests indicadors amb la riquesa (Sainz de Terreros, 1933: 6) o, en concret, entre el PIB (producte interior brut) i la talla (Casado, 1967: 101) (taula 1). Les regions amb un nivell social i econòmic més elevat tenien més talla. Un major desenvolupament permetia incrementar la ingesta d'aliments protectors, especialment els d'origen animal, com era el cas de la llet.

Taula 1. Relació entre els valors regionals del producte interior brut per càpita i la talla de mossos de la lleva de 1962.

| REGIONS | PIB EN PESSETES PER HABITANT I ANY | TALLA (CENTÍMETRES) | NÚMERO D'ORDRE |
|--|------------------------------------|---------------------|----------------|
| 1. Basca | 31.683 | 170,2 | 1 |
| 2. Catalana | 28.009 | 169,46 | 2 |
| 3. Madrid | 26.593 | 168,84 | 3 |
| 4. Aragonesa Rioja | 25.165 | 167,93 | 6 |
| 5. Cantàbrica | 24.580 | 168,57 | 5 |
| 6. Llevantina (País Valencià més Múrcia) | 21.752 | 167,59 | 7 |
| Conjunt nacional | 21.170 | 167,31 | Mitjana |
| Castella i Lleó | 19.654 | 166,58 | 8 |
| Canària | 19.490 | 168,81 | 4 |
| Andalusa | 15.640 | 166,49 | 9 |
| Galícia | 15.311 | 165,89 | 11 |
| Extremadura i Castella-la Manxa | 15.240 | 166,2 | 10 |

Font: Casado (1967: 101).

Com es pot comprovar, el País Valencià se situava per damunt de la mitjana nacional.

L'any 1963, des de l'Escola de Bromatologia de Madrid es duia a terme un estudi sobre els nivells de nutrició en les diferents regions

espanyoles i estrats socials. El País Valencià estava representat per la comarca del Baix Segura, on es van estudiar famílies de jornalers, del sector serveis, petits propietaris rurals i grans propietaris. Encara que els resultats publicats (Varela, 1968: 52-53) fan referència al conjunt de l'estat, convé destacar els dèficits que presentaven les famílies dels jornalers, particularment en proteïnes animals i alguns micronutrients (calç, vitamina A, riboflavina, tiamina, àcid nicotínic i àcid ascòrbic). Per contra, els petits propietaris rurals, tot i presentar dèficit en alguns d'aquells micronutrients, consumien un excés de calories, proteïnes animals i greixos. La millor situació nutricional era la de les famílies de classe mitjana, mentre que el grans propietaris presentaven un excés de consum en la majoria dels nutrients.³

En aquell mateix any de 1963, els resultats d'un estudi sobre l'estat nutritiu de la població infantil espanyola, a partir d'indicadors com els del pes i talla de xiquets entre 4 i 14 anys (De Palacios, 1964: 45-56) (taula 2), posaven de manifest l'excel·lència, en el conjunt de l'estat, de les dades referides al País Valencià:

[...] si bien hay regiones (Baleares, Cataluña marítima y Levante [País Valenciano] en que la situación física de los niños es excelente, hay otras (Cordillera Ibérica -incluye localidades de las provincias de Soria, Guadalajara, Teruel y Cuenca-, Galicia o Andalucía) en que están muy por debajo de la talla y el peso que les corresponde según su edad. Existe, pues, en ellas un problema nutricional evidente.

3. És interessant destacar les diferències dels denominats mòduls alimentaris (el percentatge de presupost familiar que dedicaven a l'alimentació) com a indicador del grau de transició nutricional. Les famílies dels jornalers tenien un mòdul del 67 %, els petits propietaris rurals del 56 %, la classe mitjana del 50 % i els grans propietaris del 24 %.

Taula 2. Talles i pesos dels xiquets espanyols de 76 localitats de l'àmbit rural (1963)a.

| Regió | | 2 anys | 4 anys | 6 anys | 8 anys | 10 anys | 12 anys | 14 anys |
|--------------------------------|----------|-----------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| | | Talla/pes | Talla/pes | Talla/pes | Talla/pes | Talla/pes | Talla/pes | Talla/pes |
| Balears | Xiquets | | 99/16 | 113/19 | 129/26,5 | 136/30,2 | 146/37,6 | 160/48 |
| | Xiquetes | | 100/15 | 109/18,8 | 124/25,7 | 137/33,7 | 144/43,2 | 154/50 |
| País Valencià | Xiquets | | 103/16,7 | 113,3/21,8 | 125,3/26,3 | 135/30,8 | 143,6/36,8 | 160/58 |
| | Xiquetes | | 99/16,1 | 112,6/20,5 | 124,3/25,6 | 134,6/30,5 | 144/37,3 | 150/51 |
| Catalunya marítima | Xiquets | | 102,6/16,1 | 114,3/20,2 | 128,3/24,8 | 135,8/31 | 145,6/37,8 | 155,5/49,5 |
| | Xiquetes | | 98,8/15,4 | 114,3/19 | 124,3/24,8 | 135/30,9 | 146,6/39 | 154,3/46,2 |
| Grup control ^b | Xiquets | 86/ 12,2 | 103/ 16,2 | 115/ 21,3 | 124,8/26,1 | 134,2/31,2 | 144,3/37,7 | 155,9/47 |
| | Xiquetes | 85,2/11,6 | 101,5/15,7 | 115,2/21 | 124,6/25,5 | 133,5/30,5 | 144,5/39 | 154,1/48,8 |
| Cantàbric ^c | Xiquets | | 100,7/17,5 | 115,1/22,6 | 125,0/26,2 | 137,3/34,3 | 146,6/39,2 | 155,5/45,2 |
| | Xiquetes | | 100,2/17,5 | 114/21,9 | 121,5/24,4 | 132,1/31,3 | 142/37,2 | 153,5/45,5 |
| Aragó/ Pirineu ² | Xiquets | | 95,0/17,3 | 114/21,2 | 123,3/25,6 | 133/29,2 | 141,6/35,9 | 151,6/43,3 |
| | Xiquetes | | 94,3/15,7 | 111,3/19,9 | 121,3/24,4 | 132/29,1 | 139,6/34,5 | 151,6/45,4 |
| Alt Ebre ³ | Xiquets | | 103,3/15,5 | 111,6/20,8 | 122/24,6 | 132,3/31,6 | 142,6/36,4 | 151/43,1 |
| | Xiquetes | | 100/17,9 | 109,6/19,7 | 121/24,2 | 129/32,2 | 144,6/39,5 | 152,6/42 |
| Canàries | Xiquets | | | 113/20,2 | 124/24,5 | 132,5/28,9 | 140,5/33,4 | 148/39,1 |
| | Xiquetes | | | 113/19,8 | 123,5/24 | 133,5/28,9 | 142,2/35,7 | 148/39,6 |
| Meseta Sud ⁴ | Xiquets | | 96,5/15,1 | 109,5/20,4 | 119,5/24 | 129,5/28 | 138,5/32,9 | 149,6 |
| | Xiquetes | | 96/11,8 | 107,7/20 | 117,7/23,3 | 129/26,8 | 139/33,6 | 146,6/40,9 |
| Meseta Nord ⁵ | Xiquets | | 100/16,3 | 110,5/20,1 | 119,2/24,3 | 131,8/29,2 | 140,6/34,5 | 148,6/41 |
| | Xiquetes | | 98,5/15,7 | 108,7/19,1 | 118,5/23,1 | 128,3/27,2 | 140,3/34 | 147,4/39,9 |
| Andalusia | Xiquets | | 101,4/16,4 | 112,1/20,7 | 122,4/24,4 | 130,8/28,8 | 140,8/34 | 147/39,6 |
| | Xiquetes | | 99,8/16,2 | 111,1/20,5 | 121,3/24,1 | 131,5/28,7 | 140,3/34,7 | 146,5/41,5 |
| Galícia | Xiquets | | 98,3/16,2 | 112,6/19 | 119/23 | 127,9/27,9 | 137,3/32,9 | 146,8/43,6 |
| | Xiquetes | | 95,6/15,7 | 113,7/18,2 | 119,9/22,9 | 127,7/27,4 | 138,7/33,6 | 146,7/40,4 |
| Serralada Ibèrica ⁶ | Xiquets | | 100/15,4 | 110,5/21 | 124/24,8 | 133,2/29 | 139,7/34,1 | 145,5/38,1 |
| | Xiquetes | | 99,6/14,2 | 110,7/19 | 120,2/23,1 | 127,5/27,7 | 136,5/32,9 | 144,6/37,4 |

Font: De Palacios (1964: 45-56).

^a L'estudi el van dur a terme diplomats d'Educació en Alimentació i Nutrició durant l'any 1963. En total s'avaluaven 60.797 xiquets (31.056 xiquets i 29.741 xiquetes) (De Palacios, 1964: 43).

^b Grup control de 5.000 xiquets ben alimentats (Muro A., Aceña A. i Vivanco F. (1954): «Patrones de crecimiento de los niños españoles normales», *Revista Clínica Española*, 53, p. 360).

¹ Inclou localitats de les províncies d'Astúries, Biscaia i Guipúscoa.

² Inclou localitats de les províncies d'Osca, Saragossa i Lleida.

³ Inclou localitats de les províncies d'Àlaba, Navarra i Logronyo.

⁴ Inclou localitats de les províncies de Madrid, Toledo, Ciudad Real i Càceres.

⁵ Inclou localitats de les províncies de Lleó, Zamora, Salamanca, Valladolid, Palència, Burgos, Àvila i Segòvia.

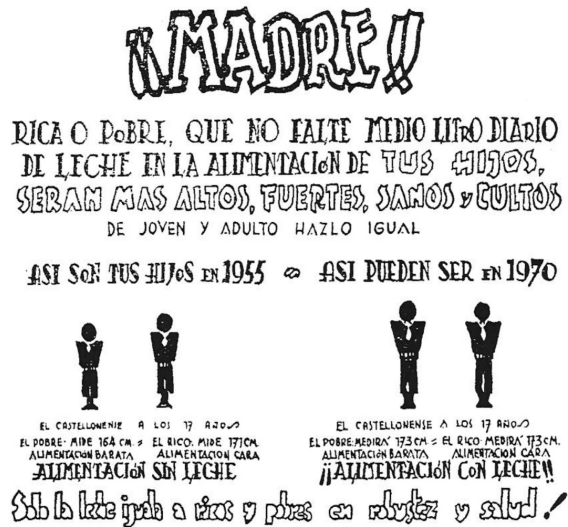
⁶ Inclou localitats de les províncies de Sòria, Guadalajara, Terol i Conca.

L'autor de l'estudi (De Palacios, 1964: 33-36) aprofundia en les dades de l'enquesta:

[...] los exámenes médicos efectuados a los niños de diversos lugares de España demuestran la existencia de algunas lesiones atribuibles a defectos en la alimentación. Sin embargo, quitando de algunos casos de raquitismo y con gran frecuencia de caries dentaria, son en verdad escasos los niños con lesiones de alguna importancia. Lo que más se encuentra son alteraciones atribuibles a falta de vitamina A y en segundo lugar, a falta de vitamina B₂ [...] las demás carencias vitamínicas prácticamente no existen ni hay tampoco signos de carencia calòrica ni de falta de proteínas [...] los niños reciben suficiente e incluso amplios aportes de calorías [...] reciben también, en general, abundantes proteínas, y en casi todos los casos un buen porcentaje de proteínas animales [...] reciben muy poco calcio [...] es frecuente también una notoria falta de vitamina A [...] su escasez contribuye, por tanto, a explicarnos la baja talla de los niños de muchos pueblos, así como las lesiones de piel y ojos que encontramos en algunos reconocimientos [...] la causa de esta falta de vitamina A es, sin duda, el escaso consumo de verduras [...] por considerar que no alimentan o que son un lujo inútil.

El problema ja no residia en la manca de recursos –excepte en un nombre determinat de famílies–, sinó que el repte era educar la població per a saber quins eren els aliments que calia ingerir. Com s'indicava en el treball sobre creixement i alimentació dels castellanencs, esmentat adés (Altava, 1957: 5), el problema que es plantejava era aprendre a menjar, i no tant les

limitacions del poder adquisitiu: «cuando se dice que los españoles somos raza de poca talla, es con desconocimiento de la actual ciencia de la alimentación. Somos así porque comemos inadecuadamente».



Gràfic 1. Esquema divulgatiu sobre les virtuts de la llet. Font: Altava (1957: 28).

A la primera de la dècada de 1960, la població valenciana, com hem pogut comprovar, hauria superat aquell «poc i malament» que sembla que havia caracteritzat l'alimentació d'amplis sectors durant la primera meitat del segle xx i que s'havia deteriorat en el anys de la postguerra. Gràcies a l'augment lent, però regular, de les calories ingerides i de tot un conjunt d'aliments protectors que s'incorporaven a un règim alimentari tradicional de base vegetal i amb pocs greixos i poques proteïnes d'origen animal, la dieta mitjana dels valencians va acabar presentant uns paràmetres propers als de l'equilibri de nutrients que recomanaven els organismes internacionals: les calories totals ingerides en forma de proteïnes no superaven el 15 %, la de greixos estava al voltant d'un 30 % (tot destacant la ingesta d'oli d'oliva) i la dels hidrats de carboni entre el 55 i el 60%. A més, el País Valencià, en termes de disponibilitat, era una de les zones que presentava les característiques típiques de la dieta mediterrània (Varela, Moreiras, Carbajal, 1988: 9).

Què va passar amb aquella situació de privilegi nutricional que vam ser capaços d'assolir i que acabem de descriure en l'apartat anterior? La resposta no pot ser més contundent: igual que en el conjunt de l'estat i de manera similar al que havia ocorregut en els països que havien completat abans les seues transicions (Varela, Moreiras, Carbajal, 1988: 11-12), en les darreres dècades del segle xx el règim alimentari dels valencians s'havia occidentalitzat en el sentit més negatiu del terme.

És indubtable que el trànsit cap a règims alimentaris de més densitat energètica va tenir efectes positius per a la població valenciana. Però, al mateix temps que se superaven els problemes de desnutrició, es consolidava l'emergència d'un model epidemiològic en què les patologies lligades a la sobrealimentació han adquirit un protagonisme rellevant.

En un treball publicat l'any 1994 sobre la dieta mediterrània i Alacant (Medrano, Mataix, Aranceta, 1994: 123-131), els autors de la recerca es preguntaven, en aquell moment, quin era grau de manteniment de la tipologia mediterrània en la dieta dels alacantins i les alacantines.

Els resultats de l'estudi posaven de manifest –en la mateixa línia que els apuntats per Varela i col·laboradors (1988: 12-17) uns quants anys abans en un treball que analitzava l'evolució de l'estat nutritiu i dels hàbits alimentaris de la població espanyola– que el consum de carns s'havia duplicat, al mateix temps que se n'havia modificat la composició quantitativa i qualitativa. Havia disminuït el consum de carn de conill, aviram i caça, i s'havia produït un increment important de consum de carn de vedella i d'embotits.

En el cas del consum de peix, a banda de les fluctuacions, els autors de la investigació cridaven l'atenció sobre els canvis en les varietats consumides. El desconeixement del paper saludable que tenen els greixos poliinsaturats del peix, en particular la sèrie omega-3, va provocar un descens en el consum de peix blau, que va ser substituït per peix blanc i mol·luscos.

En l'apartat de la llet i els derivats lactis s'havia passat de consumir-ne petites quantitats a incrementar-ne de manera considerable el consum, amb un predomini de la llet de vaca. També s'havia observat un augment important en el consum de productes lactis i postres de llet d'origen industrial. Aquest fenomen es traduïa en un augment important de la ingesta de

greixos saturats a partir de productes lactis, que haurien passat d'aportar el 5 % del total dels greixos a fer-ho en percentatges del 20 %.

L'oli d'oliva continuava sent el greix comestible més consumit, però el seu consum havia disminuït en favor dels olis de llavors. L'altre grup de greixos comestibles que havia experimentat variacions era el dels substituïts de la mantega. A més, la moda de la nova cuina, inspirada en els costums francesos, havia contribuït erròniament a l'ús culinari de la mantega, nata i crema de llet, i havia modificat les receptes dels nostres plats tradicionals. Globalment, es va produir una disminució en el consum de greixos visibles.

Convé recordar, en relació amb el consum de greixos, que la dieta tradicional valenciana es caracteritza per presentar un baix percentatge d'àcids grassos saturats i un alt percentatge de monoinsaturats, amb el benefici que això comporta des del punt de vista de les malalties cardiovasculars (Varela, Moreiras, Carbajal, 1988: 12).

En el capítol dels cereals, base tradicional de la dieta mediterrània, s'havia produït una disminució progressiva en el consum, sobretot del pa, que havia arribat a constituir la tercera part de la quantitat que es consumia vint-i-cinc anys abans. Una situació semblant mostrava l'arròs. De manera simultània a tot aquell descens en el consum d'arròs i de pa, s'havia posat de manifest un increment en la ingesta de pastes, productes de pastisseria industrial i galetes.

El consum de creïlles també havia mostrat una disminució progressiva, fins a situar-se en una tercera part del que havien sigut els nivells habituals en el passat.

La disminució de la ingesta de sucre blanc es va veure compensada per una ingesta més alta de productes de pastisseria industrial, pastisseria tradicional i confiteria, a més de la de refrescos i begudes edulcorants. Aquesta mena de productes estaven elaborats amb sucre. Per aquesta raó se n'havia produït un increment en la ingesta total (Varela, Carbajal, Moreiras, 1995).

En l'apartat de verdures i hortalisses es va consolidar un descens en termes quantitius, però des del punt de vista qualitatiu va tenir lloc un increment de la ingesta de lletuga, tomaca i mongeta tendra. El consum de fruites va experimentar un notable increment, especialment a partir dels cítrics.

Finalment, els autors de l'estudi recordaven el paper que havia tingut el consum de llegums en la dieta mediterrània tradicional i la disminució tan pronunciada que havia experimentat els darrers 30 anys.

Com a conclusions generals (Medrano, Mataix, Aranceta, 1994: 91-92), es recomanava augmentar l'aportació percentual d'energia a partir dels hidrats de carboni fins arribar al 50-55 % i reduir la dels greixos, ja que significava el 42 %. Era necessari moderar el consum de carn i embotit, i incrementar el de verdures i hortalisses, cereals i llegums. La prevalença d'obesitat se situava en un 6 % en els homes i en un 15 % en les dones.

Investigacions més recents sobre l'estat actual del consum de la trilogia mediterrània (Zapata, 2003: 22-23) insisteixen en el problema que implica el continu descens del consum de cereals, en particular el pa, de llegums i de verdures.

Els resultats de la investigació referida a Alacant, en la mateixa línia que altres treballs referits al conjunt de l'estat espanyol (Casado, 1967: 134-151; Varela, Moreiras i Carbajal, 1988; Villabí, Maldonado, 1988), posaven de manifest la influència que en la transformació dels hàbits alimentaris havia tingut l'evolució social i econòmica que havia experimentat la població valenciana des de la dècada de 1950.

A un increment de l'oferta alimentària i una disponibilitat econòmica més gran per a adquirir aliments i begudes s'havia afegit la irrupció del màrqueting alimentari i de la societat de consum, a més d'una disminució del percentatge de la població vinculada al món agrari,⁴ fet que comportava una pèrdua progressiva dels aliments de producció pròpia i de la qualitat i varietat que solien aportar.

Als canvis en l'oferta alimentària se sumaven modificacions en els hàbits i en el simbolisme alimentari. De fet, se subratllava que probablement aspectes socials i de simbolisme alimentari havien influït negativament en el consum de llegums, i també de pa i creïlles, considerats aliments propis d'una dieta d'èpoques de penúria econòmica. Tot això va afavorir un increment en el consum de productes elaborats, en la mesura que

4. En altres treballs dedicats a analitzar la situació nutricional de la població espanyola en la dècada de 1980 i els canvis que s'havien produït en els hàbits alimentaris (Varela, Moreiras, Carbajal, 1988: 13-14) s'apuntava la influència que va tenir la urbanització en el consum d'aliments industrialitzats.

permetien estalviar temps i aportaven prestigi al consumidor. En altres casos, les pràctiques de màrqueting induïen a la compra d'aliments que eren adquirits sense considerar-ne el valor nutricional. La comoditat, la imatge, l'estètica de l'envasament o la moda es convertien en els element de decisió, que substituïen en molts casos components naturals i saludables de la dieta.

L'experiència valenciana, i en concret l'alacantina, confirmava coses conegudes: la millora dels nivells de vida o, si més no, del poder adquisitiu, anava acompanyada habitualment d'aspiracions gastronòmiques més altes, però el desig de menjar millor no sempre es correspon amb una alimentació i nutrició correctes.

En l'enquesta de salut de la Comunitat Valenciana, de 2001 (Alfonso, Sanchis, 2007: 42), el percentatge de població amb sobrepès se situava en un 29,5% i la població obesa en un 7,3%. Quatre anys després, en l'enquesta de 2005, els percentatges se situaven en un 36,4 % en el cas del sobrepès i en un 13% en el cas de l'obesitat. L'enquesta de 2005 també ofería dades de consum per grups d'aliments en la població infantil que reforçaven la gravetat del deteriorament nutricional (Alfonso, Sanchis, 2007: 60-62). S'havia incrementat el consum de carn (el percentatge dels que en consumien a diari havia passat del 8,3 % el 2001, al 23,4 % el 2005) i d'embotits; per contra, s'havia reduït el consum diari de productes lactis (el percentatge de no consumidors de lactis entre 2001 i 2005 havia passat del 4,3 % al 9,7 %), com també el consum diari de verdures (del 34,6 % de 2001 s'havia passat al 28,5 % del 2005) i fruites (del 62,1 % de 2001 al 54,3 % del 2005). Les úniques dades positives eren el lleuger increment que s'havia produït en el consum setmanal de llegums i la reducció en el consum de pastes i pastisseria industrial.

EL REPTE DE READAPTAR LA DIETA MEDITERRÀNIA

Al llarg del text hem intentat posar de manifest la transcendència que ha tingut la pèrdua de moltes de les nostres tradicions culinàries i alimentàries. Voldríem finalitzar aportant unes quantes reflexions sobre l'interès que pot tenir la recuperació d'algunes d'aquelles tradicions en l'estat nutritiu de la població.

La necessitat de recuperar al nostre medi la dieta mediterrània ha estat una reivindicació des de fa dècades (Sabaté, 1994).⁵ Com es recordava en la introducció del fullet que va publicar la Conselleria de Sanitat el 1994 amb el títol «Els nostres menjars saludables» (Quiles, 1994: 7):

La cuina valenciana participa del concepte de dieta mediterrània que, com recomanen els experts en nutrició, ha de constituir un marc de referència i exemple d'una alimentació equilibrada i sana. La base d'aquesta dieta la constitueix l'ús dels cereals (arròs), les hortalisses (encisam i tomaques), els llegums (faves, cigrons), el greix vegetal (oli d'oliva), la fruita (taronges), el peix (baccallà, lluç, sardines), la carn en quantitat limitada, i un moderat consum de vi. Així doncs, si seguim els costums culinaris propis de la nostra cultura, ens mourem dins d'un model nutricional suficientment complet i equilibrat que ens farà gaudir d'un major grau de salut.

El repte consisteix a readaptar a les actuals circumstàncies alguns dels valors que configuraven aquell model mediterrani de vida que ens va permetre completar la transició nutricional i alimentària, i poder assolir els paràmetres de l'ideal de la dieta mediterrània. Alguns autors han arribat a proposar unes pautes per a la recuperació o readaptació (Zapata, 2003: 25-26). En primer lloc, assenyalen la necessitat de recuperar els receptaris tradicionals populars (Millo, 2001), analitzar-los i conèixer-ne les virtuts i els defectes. En segon lloc, reduir la proporció de greixos en els casos en què siguin excessius, i tenir cura de la presentació. I en tercer lloc, aconseguir canvis en el nivell mitjà i alt de la restauració.

Com molt encertadament assenyala Joan Iborra (2006: 31) en parlar de la cuina d'arrel popular de la Safor, «el trencament de la transmissió patrimonial, etnobotànica i agrícola, possiblement inevitable, ha afectat de ple la cultura gastronòmica i l'ha deixada sota mínims. És temps que la restauració assumisca la sapiència popular i la trasllada a la carta de plats, tal com han fet les sucrieries amb el dolços, amb un èxit encoratjador».

En certa manera assistim una altra vegada al vell problema d'aconseguir una cuina compatible amb els descobriments més recents de la fisiologia

5. Investigacions més recents sobre l'estat actual del consum de la trilogia mediterrània (Zapata 2003: 22-23) insisteixen en el problema que implica el continu descens del consum de cereals, en particular el pa, de llegums i de verdures.

i la nutrició. Per a recuperar al nostre medi els paràmetres de la dieta mediterrània (Zapata, 2003: 22) hauríem de rebaixar el consum de carn i de greixos animals; fer ús quasi exclusiu de l'oli d'oliva, menjar diàriament cereals i llegums guisats, verdures i fruites fresques i pa; menjar pocs ous, menys llet i derivats, augmentar el consum de peix i prendre un got de vi en cada menjada.

Molts dels països que avui dia viuen les seues transicions alimentàries i nutricionals intenten buscar el just punt mig en l'evolució alimentària que estan experimentant i evitar així els efectes no volguts que han acompanyat experiències com la nostra (Maire, Delpeuch, 2001: 93). Procuren preservar de la millor manera possible una alimentació i unes opcions arrelades en la cultura i en les tradicions culinàries. I aquest hauria de ser el sentit de l'interès que desperta l'alimentació mediterrània.

Joan Pellicer, amb aquella manera d'explicar les coses que el caracteritzava, en una ponència que va presentar al II Congrés d'Agricultura Ecològica del País Valencià (Oriola, 15-17 d'octubre de 1999), es preguntava què podia aportar l'etnobotànica a l'alimentació correcta, a l'alimentació de qualitat i de salut, a l'alimentació ecològica, aquella adquirida per un cultiu i un tractament ecològic, respectuós amb la planta i amb la terra, és a dir, amb l'ecosistema que hi és a la base com a matriu. Per a Joan:

A més de recuperar verdures, hortalisses i fruites silvestres autòctones, o d'aportar plantes medicinals, podia donar compte de l'enorme importància de la pulcra, variada, equilibrada i salutífera cuina rural tradicional autòctona, una versió local de la cuina mediterrània. Una cuina basada fonamentalment en el pa de blat, l'oli d'oliva i l'abundància de verdures i hortalisses fresques i de fruita del temps, i altres saludables cruatges, procedents d'un sòl ric i vegetal, que implica alimentació *in situ*, en la mateixa font d'origen, una alimentació, semblant a aquella per a la qual fou creat el cos humà, la natural i més primitiva. Una cuina, de més a més, adaptada a un cicle setmanal i a un ritme estacional amb el període quaresmal depuratiu. Una cuina presidida pel tast amarg, desinfectant i tonificant de l'oliva verda adobada i regada pel solemne got de vi.

Elegir un estil de vida saludable, a través per exemple de l'alimentació, no depén únicament de la voluntat (de voler), també hi entren en joc el saber (el coneixement) i l'accessibilitat (el poder). Com hem pogut comprovar,

durant molt de temps, una part important de la població valenciana no es va poder beneficiar del paper saludable de la dieta mediterrània per les limitacions que imposaven, sobretot, els factors de naturalesa socioeconòmica. Per què, ara que probablement podem i sabem, no volem?

BIBLIOGRAFIA

- Altava, V. (1957): *Crecimiento y alimentación de los castellonenses*, Castelló, Institució Viciana de la Excma. Diputació Provincial de Castelló. Centre d'Estudis Medicobiològics.
- Alfonso Gil, R. i Sanchis Álvarez, J. B. (coords.) (2007): *Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2005*, València, Conselleria de Sanitat / Plan de Salud.
- Barona Vilar, J. Ll. (2002): *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*, València, Institució Alfons el Magnànim.
- Barona Vilar, J. Ll. (2004): «Condicions de vida a l'horta valenciana. El testimoni dels metges», *Afers*, 47, pp. 67-92.
- Beneito, A. i Puche Gil, J. (2008): «Creixement econòmic i desenvolupament fabril en Alcoi, 1840-1915: Misèria fisiològica sota l'esplendor industrial?», dins de *La societat industrial al País Valencià*, Alcoi (en premsa).
- Bernabeu-Mestre, J. i Perdiguero, E. (2000-2001): «Salud, alimentación y consumo», *Canelobre*, 43, pp. 104-117.
- Bernabeu-Mestre, J. (2004): «La topografía médica de Ontinyent de 1916. Nota introductoria», dins de Bernabeu Mestre, J.; Bordera, T.; Sanchos Carbonell, J. i Terol Reig, V. (eds): *La topografía médica de Ontinyent de 1916*, Ontinyent, Ajuntament d'Ontinyent, pp. 9-20.
- Casado, D. (1967): *Perfiles del hambre: problemas sociales de la alimentación española*, Madrid, Cuadernos para el Diálogo.
- De Palacios, J. M. (1964): *Estado nutritivo de nuestros hijos*, Madrid, Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición.
- Iborra i Gastaldo, J. A. (2006): *Així com cell qui desitja vianda: la cuina d'arrel popular de la Safor*, Alcoi, Edicions Tivoli.

- Maire, B. i Delpeuch, F. (2001): «Los riesgos de la transición alimentaria», *Mundo Científico*, 222, pp. 90-93.
- Martínez Carrión, J. M. i Pérez Castejón, J. J. (1997): «El estado nutricional de las clases trabajadoras en el País Valenciano: Elche, 1860-1960», dins *Actes de les IV Trobades d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, Alcoi, SCHCT, pp. 377-387.
- Martínez Carrión, J. M. i Pérez Castejón, J. J. (2002): «Creciendo con desigualdad. Niveles de vida biológicos en la España rural mediterránea desde 1840», dins *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII-XX*, Alacant, Publicacions de la Universitat d'Alacant, pp. 405-460.
- Medrano, J.; Mataix, J. i Aranceta, J. (eds.) (1994): *La dieta mediterránea y Alicante*, Alacant, Universitat d'Alacant.
- Millo Casas, Ll. (2001): *Gastronomia valenciana*, València, Consell Valencià de Cultura, Sèrie Minor, 46.
- Puche Gil, J. (2005): «Niveles de vida biológicos en el País Valenciano, 1840-1960: evidencias antropométricas», *VIII Congreso de la Asociación de Historia Económica. Galicia, 13-16 de septiembre de 2005*, manuscrit de 36 pàgines.
- Quiles, J. (1994): *Els nostres menjars saludables*, València, IVESP.
- Pellicer Bataller, J. (1999): «Etnobotànica i alimentació», *II Congrés d'Agricultura Ecològica del País Valencià, Oriola, 15-17 d'octubre de 1999*, manuscrit de 5 pàgines.
- Sabaté, J. (1994): «¿Qué podemos comer hoy para no enfermar mañana?», *Med Clin (Barc)*, 104, pp. 17-18.
- Sainz Terreros, C. (1933): *Higiene escolar: biología del alumno dentro y fuera de la escuela : guía práctica para médicos y educadores*, Madrid, Francisco Beltrán.
- Varela Mosquera, G. (1968): *Contribución al estudio de la alimentación española*, Granada, Estudios del Instituto de Desarrollo Económico.
- Varela Mosquera, G.; García Rodríguez, D. i Moreiras, O. (1971): *La nutrición de los españoles. Diagnóstico y recomendaciones*. Madrid, Estudios del Instituto de Desarrollo Económico.

- Varela Mosquera, G.; Moreiras, O. i Carbajal, A. (1988): *Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española*, Madrid, Fundación Española de la Nutrición (Serie Divulgación, 9).
- Varela Mosquera, G.; Carvajal, A.; i Moreiras, O. (1995): «El azúcar en la nutrición de los españoles. Cambios en los últimos 30 años (1964-1994)», dins *Propiedades nutricionales del azúcar y la evolución de su consumo en los últimos treinta años (1964-1994)*, Madrid, Fundación Española de la Nutrición, pp. 35-59.
- Villalbí, J. R. i Maldonado, R. (1988): «La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición», *Med Clin (Barc)*, 90, pp. 127-130.
- Zapata, A. (2003): «Problemática actual de la alimentación rural y posibilidades de recuperación», dins Martínez López J. M. (ed.): *Historia de la alimentación rural y tradicional. Recetario de Almería*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses, pp. 17-28.

COMUNICACIONS

HISTÒRIA DE L'ALIMENTACIÓ I LA SALUT

ALIMENTACIÓ I NORMES HIGIÈNIQUES A LA CORONA D'ARAGÓ
DURANT LA TARDOR MEDIEVAL:
EL TRACTAT DE LES VIANDES E DELS BEURES

Joan Iborra Gastaldo

IES Tirant lo Blanc. Gandia

Membre de l'equip de recerca del projecte d'investigació BFF2002-04197-C03-01 que es desenvolupa a la Universitat de València amb el suport del Ministeri de Ciència i Tecnologia

LIMINAR

Al capvespre de l'edat mitjana, els còdexs manuscrits en català amb contingut de tipus pràctic, com receptaris mèdics, de manescalia o de bellesa, així com llibres de cuina i sovint d'altres disciplines, eren obres miscel·lànies de contingut multidisciplinar i ocasionalment sense connexió temàtica que s'ajustaven a la mesura del temps. Mentre els textos tenien vida, és a dir, resultaven útils, es mantenien les fórmules adaptades a les necessitats, prescripcions sanitàries o gustos culinaris de cada època. D'alguna manera podem asseverar que les modificacions introduïdes obeïen més al canvi de paràmetres dietètics, sanitaris o d'alimentació que a la incúria dels copistes o als atzars típics de la transmissió manuscrita dels còdexs antics. Es tracta de textos més aïnes divulgatius adreçats, entre d'altres, a una potent classe social emergent i econòmicament forta. Per a Cifuentes (2004: 324) el fenomen d'arromançament es correspon amb el naixement d'aquesta nova classe social i amb la creació de noves formes per a la difusió del saber, estretament lligades al creixement econòmic viscut a Europa d'ençà de l'any 1000, que no s'encabia dins l'estructurada societat dels *oratore, bellatore, laboratore* (Toubert 2006).

Acabada, dalt o baix, la conquesta del territori peninsular, la Corona d'Aragó iniciava l'expansió vers la Mediterrània. El contacte físic amb d'altres territoris, llengües i cultures despertà un interès específic per determinats

espais del coneixement, fidel reflex d'una societat plural i puixant que s'enfrontava a reptes mai no esperats. El llatí, reservat per a l'ús administratiu i culte, barrava l'accés a la difusió científica i mèdica i causà la creació d'una via alternativa i novedosa de difusió de la ciència a través de l'ús del romanç. Dels nombrosos inventaris comptabilitzats de biblioteques pertanyents a les diferents capes socials (aristocràcia, clergat, burgesia, menestralia, ciutadans honrats, etc.) es desprén un interès creixent per tota classe de gèneres: històrics, mèdics i científics. Nobles i burgesos són els principals inductors d'aquest canvi de mentalitat que pretén captar la magnitud del moment. Assistim a una verdadera ànsia social per aconseguir traduccions de textos filosòfics, d'agronomia, d'alquímia... i, òbviament, d'alimentació i dietètica. L'interès pel coneixement demostrat per la societat de l'època l'hem de situar dins un canvi de perspectiva científica produïda a Europa a causa de la transmissió procedent de l'àrab. El desenvolupament de determinades pràctiques sanitàries al món islàmic incrementà la necessitat de les traduccions catalanes, sobretot d'obres amb aquest tipus de contingut (Cifuentes 1997: 22). Aquest ús tan avançat del català comparat amb d'altres llengües europees Carré (2004: 41) el relaciona amb un estadi «particular de la història de la llengua, definit per un ús polític, administratiu, literari i social, que li donà entrada en els usos cultes de la societat d'aleshores, entre els quals la medicina». Una anàlisi que contrasta amb Fernández Ota (2003: 656), que n'estén la precocitat a les llengües peninsulars i anota els efectes perversos que arrossegava en apartar les capes socials més inquietes i dinàmiques de la societat dels centres escolàstics de creació científica que mantenien el llatí com a llengua vehicular.

Amb l'adveniment del regnat de Pere el Cerimoniós assistim a un esclat de traduccions d'obres procedents bàsicament del llatí i de l'àrab (Cifuentes 1997: 12). Coneixem que Jaume II manà traduir al català una part del *Kitab al-tasrif* d'Al-zahrawi' o Albucasis; Arnau de Vilanova fou l'encarregat de traslladar al llatí el *Llibre sobre medicaments simples* d'Abu-l-Salt de Dénia; procedent del llatí se'n conserva una traducció catalana anònima. Es coneixen també traduccions de Galè i d'Avicenna. Aquesta classe de textos preventius forniren una gran part de la producció mèdica del segle XIV i XV i gaudiren d'una enorme influència i predicament al si de la societat catalanoaragonesa. La norma o costum higienista medieval es basava majoritàriament en algunes de les obres més difoses de l'edat mitjana com

Sobre les facultats dels aliments, de Galè, però sobretot en la classificació dels aliments exposada per Avicenna a partir de diversos tractats àrabs anteriors, com demostra el mateix *Tractat*: «e segons que diu Avisenna» ||⁹⁴.

L'anàlisi de les qualitats dels aliments continguda en aquest *Tractat* el relaciona amb els diversos *regimina sanitatis* que circulaven dins l'àmbit de la Corona d'Aragó. Un espai de confluència de diversos sistemes alimentaris que podem albirar a través de les referències constants de la literatura europea o la transmissió i circulació de fórmules i receptes dins d'un ampli arc mediterrani, entre Niça i Guardamar, per expressar-ho entre dos topònims coneguts. Un territori dominat per uns costums culinaris semblants que s'ajustava a dos models d'alimentació, el model pròpiament de subsistència, derivat cap a un principi de plaer, i el model dietètic o sanitari, prescrit sota el principi de sanitat. Resulta obvi que el model cultural ultrapassà la necessitat intrínseca de l'alimentació i el dotà d'una sèrie de recursos i tècniques que podien diferir entre territoris. Tanmateix, el rol social exercit per l'acte d'alimentar-se havia esdevingut un fet d'importantíssim relleu social fins a conformar una verdadera litúrgia de l'àpat. Quan el rei armava un cavaller, exigia que fóra capaç de mantenir tinell i donar de menjar als nobles. A escala casolana, el monestir de Santa Maria, a Simat, serveix de cert paradigma distintiu per al País Valencià perquè manté quatre apartats culinaris: la de l'abat, la del convent, la de les «companyes» i la d'assistència, és a dir, les sopes que se subministraven als pobres dues vegades al dia per la porta de la Xara o de la Sopa per ajudar a la subsistència, mentre el consum per càpita a l'interior del monestir ascendia a 1'880 kg de pa per dia i persona (Garcia, 1993: 220). Cap al primer terç del segle XVI hom constata la presència de cocs professionals.

De l'anàlisi de les observacions prescriptives dels productes continguts al *Tractat* —d'alguns dels més emblemàtics— i l'aplicació pràctica que en fan els receptaris més importants que circulaven arreu de la Corona, podem obtenir el nivell de seguiment i d'incidència d'aquestes normes sanitàries. Per a procedir al contrast i seguiment d'aquests consells relatius al *regimina sanitatis*, hem seleccionat cinc productes que es troben representats abundantament dins els receptaris medievals: l'avena, les ametles, els codonys, les carabasses i la carn —d'amplíssima utilització tots aquests ingredients—, és a dir, un cereal, una fruita de gra sec i una de fresca, una cucurbitàcia i una carn.

Hem de convenir que els textos culinaris no són exclusivament referents tècnics per a experts sinó un retrat fidel de la cultura gastronòmica dels territoris on es desenvolupa. Per a la majoria d'experts en nutrició medieval, el sistema alimentari d'una col·lectivitat es desprèn de les condicions naturals, de les estructures econòmiques i socials i de les pautes culturals que la distingeixen. Aquestes característiques culturals incidiran sobre els productes i la tècnica culinària de forma directa, de tal manera que una cultura amb els mateixos recursos alimentaris que unes altres seleccionarà aquells productes i tècniques que més s'avinguen amb les seues pautes socioculturals, al marge de l'existència d'altres possibilitats alimentàries al territori habitat. La cuina catalonooccitana, permeteu-nos el sintagma, durant l'època medieval era una cultura gastronòmica d'elevat nivell que exercí una afortunada influència dins el marc polític de la Mediterrània occidental. Històricament el sistema alimentari de la Corona d'Aragó mantenia una coherència i una tècnica culinària de gran perfecció que fou imitada llargament. Podríem encabir-la dins la definició de l'antropòleg Igor de Garine, segons el qual l'acció de menjar significava una manifestació de pertinença social.

Els receptaris medievals gaudiren d'una important circulació arreu del mediterrani i l'èxit coronà *El libre del coch*, del mestre Robert, publicat l'any 1520 a Barcelona, però de redacció força anterior, durant el regnat d'Alfons el Magnànim, que fou traduït a l'espanyol a instàncies de l'emperador Carles V i posteriorment imitat a d'altres territoris.

L'art de la cuina era percebut com un ritual social, com es retrata contínuament al *Tirant*. La distribució de l'aliment seguia uns canons d'acord amb la natura atribuïda a cada constitució humana, a més d'assumir una funció instrumental de representació social. Els reis i dignataris han de tenir taula parada amb «abundància de viandes precioses e vins de diverses natures». Els cavallers i soldats han de menjar productes energètics que afarten i cansen poc l'estómac (Grilli 1992: 84).

A continuació, a més de contextualitzar l'aparició del tractat i les seues característiques i principals continguts, analitzarem alguns dels productes que més s'esmentaven als receptaris medievals, com s'aborden al *Tractat de les viandes e dels beures* i quines diferències s'observen respecte d'altres tractats alimentaris coetanis.

EL MANUSCRIT

El *Tractat de les viandes e dels beures* forma part d'un còdex miscel·lani manuscrit servat des del 1735 a la Biblioteca Nacional de Madrid sota la signatura Ms. 1474. Es tracta d'un còdex en paper, amb 82 ff. + 6 en blanc al final, de dimensions 190 x 139 mm, lletra humanística del segle xv, rúbriques i inicials en roig. Datat entre 1440 i 1460, roman incomplet a causa de la censura que en seccionà els folis 56-88 i 113-138. Una maniobra completada amb passatges ratllats en tinta negra als folis 50, 55v i 89. Al lloc duu per títol, a ploma, *Secretos d'Aristoteles*. Abans dels darrers possessors pertanyé al primer comte de Guimerà, Gaspar Galceran de Castre Pinós de So i d'Aragó-Gurrea, i després a la casa d'Híxer.¹

El *Tractat* ocupa els folis 89-104v del Ms. 1474 i fou descrit per Masó i Torrents (1896: 81-83) i posteriorment per Domínguez Bordona (1931: 20-22). Maria Luisa Indini facilita la descripció codicològica, transcriu el text i l'analitza lingüística i temàticament. Segons aquesta autora, es tracta d'un *opuscolo scarno e neutro* mancat de qualitat i pretensió literària, d'autor anònim, sobre el qual especula, amb un elevat marge de dubte, amb la possibilitat d'haver estat escrit *di prima mano* i li atribueix certa tendència lingüística del català oriental amb algunes traces específicament valencianes (INDINI 1991: 147-185).

Expiación García addueix l'existència d'una traducció catalana medieval del *Kitāb al-Agđiya*, “incompleta y resumida”, que es correspondria amb el *Tractat*, només que en una altra còpia continguda en un manuscrit miscel·lani de la Biblioteca Nacional de París (ABŪ MARWĀN 1992: 21-22).²

Jordi Günzberg (1996:699-706) estudià les propietats, perills i recomanacions dels productes relacionats al *Tractat*, però no incidí sobre l'autoria ni el relacionà amb altres manuscrits ni n'establí les fonts.

Lluís Cifuentes, en la transcripció del *Llibre d'Albumesar de simples medicines*, atribueix l'autoria d'un fragment contingut al ms. 508 de la Biblioteca Nacional de París a Aldobrandí de Siena (Cifuentes 2004: 456-457).

1. Vegeu una descripció exhaustiva del còdex al repertori BITECA MANID 1028. <http://sunsite.berkeley.edu/PhiloBiblon/BITECA/1028.html>

2. Es tracta del ms. núm. 93 del *Catalogue des manuscrits espagnols et des manuscrits portugais de la Bibliothèque National de Paris*, d'A. Morel Fatio, París 1892, comprès entre els folis 111r-130r.

Posteriorment, en relacionar el còdex miscel·lani Ms. 1424 repara en el *Tractat de les viandes* i assevera que és la versió catalana del *Kitāb al-Agdiya* d'Aldobrandí i el compara amb les altres versions conegudes, llatí i hebreu, la darrera feta a Montpeller el 1299, on emigraren molts jueus quan encara hi pertanyia a la Corona d'Aragó. Segons aquest autor es tracta d'una traducció literal «força fidel a l'original àrab» que s'hauria fet durant la segona meitat del regnat de Pere el Cerimoniós. Cautelosament, Cifuentes dóna compte de la proposta de datació del 1363 amb l'advertiment que, si fos així, caldria separar-la de la comanda feta per Jaume II als metges jueus Vidal Benvenist Saporta i Benvenist ben Benvenist l'any 1206 (Cifuentes 2006: 102-103). La descripció de BITECA també n'atribueix l'autoria al mateix Aldobrandí. Fóra convenient disposar d'una edició crítica que situe el *Tractat* contextualment i n'establisca fidedignament l'autoria i les fonts.

EL CONTINGUT

El fragment que ens ha pervingut del *Tractat* és un text d'estructura rígida que reuneix una sèrie de característiques i propietats de 69 productes distribuïts de la forma següent:

| cereals | llegums | fruites |
|--|--|--|
| ordi, mill, avena, arròs | fesols, llobins, lleties, faves, pèsols, ciurons | figues, raïm, panses, móres, prunes, cireres, pomes, peres, préssecs, magranes, olives |
| fruita de gra sec | fruita | fruites cítriques |
| nous i avellanes, ametles, festucs i pinyons | codonys | poncils |
| cucurbitàcies | tubercles | bolets |
| cogombre, carabassa | nap, pastenagues | girgoles |
| arrels | liliàcies | hortalisses |

| | | |
|--|--|--|
| rave | alls, cebes i porros | lletugues, verdolagues, cols, espinacs, borrajta, fenoll, julivert, blets i bledes |
| carn | parts dels animals | derivats animals |
| porc, bou, anyell, ovella, cabrit, cabra, llebre, cérvol | peus, cervell, moll de l'os, ventre | llet, formatge, sang |
| aus | derivats aus | derivats fruites |
| ocells, gallines, pollastres, per- dius, guatles, coloms, todons i tórtores, pardals i altres ocells, oques i ànecs | ous | oli, vi, vinagre |
| altres | | |
| aigües | | |

Altrament, la severa influència religiosa sobre aquest *tempus* medieval regulava un comportament gastronòmic que planteja dues perspectives diferents, la fisiològica i la moral, és a dir, aliments bons i saludables però també viciosos i patològics. Les patologies alimentàries, per tant, caldria analitzar-les a partir d'aquests paràmetres i la ingesta de determinats productes tindria com a resultat final l'equilibri o desequilibri sanitari establert entre les necessitats fisiològiques i el potencial desordre produït per l'ús d'aliments inadequats.

L'anàlisi d'aquesta sèrie de texts teoricoprescriptius, almenys el contingut al *Tractat de viandes e de beures*, ajudat d'altres obres que insisteixen sobre els efectes d'una alimentació sana ajustada a un cànon preestablert, permetrà conèixer amb més profunditat els nexes d'unió existents entre els nombrosos tractats alimentaris coetanis. Molts d'aquests manuals procedien de la cultura àrab, basada en moltes ocasions en fonts clàssiques, com Galè, i foren traduïts o adaptats al català durant l'època medieval. Així mateix, pretenem incidir sobre la lectura feta pel *Tractat de les viandes* de les normes higienistes vigents a finals de l'edat mitjana i relacionar-les amb alguns receptaris catalans que tingueren gran recepció i ascendent en la cuina aristocràtica d'arreu d'Europa com el *Libre de Sent Soví* i el *Libre de totes maneres de confits*, ambdós d'autor anònim, i el *Libre del coch*, del mestre Rupert de Nola.

Des d'un punt de vista merament historiogràfic, els formularis catalans medievals de cuina responen a criteris equiparables a la resta de l'Europa occidental. Són textos redactats per a professionals o coccs que exerceixen els seus oficis dins les cases comtals, baronies, vescomtats, senyories o famílies benestants, és a dir, nobles i burgesos. Cronològicament, el *Libre de Sent Soví*, un text de finals del segle XIII o principis del XIV, atribuït a un coc català de nom Pere Felip, que exercí de *chevalier de bouche* del rei d'Anglaterra Eduard II, comparteix taula i època amb d'altres tractats europeus com *Le viander* o el *Mesnagier de París*. Amb posterioritat, dins ja del segle XV, aparegueren *El Libro di arte coquinaria* del mestre Martino, el *De honesta voluptate*, de Platina o el *Libre del coch*, del mestre Robert, ràpidament traduït a d'altres llengües.

Transcriurem íntegrament les prescripcions sobre cadascun d'aquests productes i compararem les qualitats atribuïdes pel *Tractat* amb l'ús que se'n feia als diversos receptaris. Davant de cada consell transcrit indicarem el foli del manuscrit.

||⁹⁰ De la avena

L'avena és vianda de bèsties, no don res si donchs per gran fam no era. És fresca naturalment, e per ço, mòlta e feta de la farina l'aparellen lo[s] metges ab llet d'ametles e donen-la als malalts.

El *Libre de Sent Soví* inclou dues receptes amb aquest cereal, 'l'avenat' i 'l'avenat en altra manera'. L'anònim autor d'aquesta obra no cita la mala qualitat de l'aliment, però tanmateix el procés de cocció obliga a destemprar-la i coure-la amb llet d'ametles. La segona fórmula, exigeix la cuita amb aigua i després «mit-les a coura ab let de les amelles» (*Sent Soví* 2003: 80). Recepta idèntica a la inclosa al *Llibre de totes maneres de potatges de menjar* (*Sent Soví* 2003: 152).

||^{94v} De les ametles

Les ametles dolces són trempades naturalment entre calor e fredor e les amargues són naturalment caldes e seques. An propietat que conforten molt la vista e denegen los budells e lo lleu, e més les amargues que les dolces engendren bona humor. Són males al ventrell per ço com són de mala digestió si, donchs, no són menjades ab sucre.

L'ús de la llet d'ametles, el trobem generalitzat als receptaris medievals, de tal forma que esdevé un dels ingredients principals de la cuina catalana medieval. També el trobem usat com un brou capaç de contrarestar els efectes perniciosos d'altres ingredients com ocorre amb les carabasses, les quals: «ab llet d'ametles són de noble medecina», la salsa de pagó i la salsa blanca, molt esteses, i el conegut menjar blanc, confegit amb pits de gallina i llet d'ametles. El tractament que rep, tanmateix, és isolat, només la preparació de l'ametlat, una mena de brou de carn per a malats, planteja algunes virtuts diferents. Després de descriure'n el procés, facilita una recepta per a sanar la febre: «ha ametllat pot-hi metra ha hom que ha febre algunes fulles de juyvert e un poch d'agràs. En [a]questa manera pots fer tot brou a malalt» (*Sent Soví* 2003: 74). Recepta inclosa també al *Llibre de totes maneres de potatges de menjar* (*Sent Soví* 2003: 199-200). El *Llibre del coch*, a diferència dels altres formularis, inscriu una recepta d'ametles, el bruscat, que segueix les instruccions del *Tractat*. Es tracta d'una mena de sopada o crema d'ametles que incorpora un sistema molt actual d'especiar els plats, el 'farcellet', dit en altra manera, herbes especieres lligades amb un drap blanc i un fil a fi de retirar-lo quan hom creurà convenient a fi de destemprar les ametles i convertir-les en saludables, atés que es prepara amb moraduix, sajolida, menta i julivert, totes quatre herbes amb propietats medicinals.

||^{94v} Dels codonys

Los codonys són frets en la fi del primer grau e són sechs en lo començ del segon grau. És bo lo codony contra enbriaguesa e si és menjat après lo vi, conforta molt lo ventrell, e molt més confit. E quant és menjat après la vianda, allargua tant lo ventre que si masa hom ne menja fan exir la vianda crua; emperò rostit val més e és pus profitós. Lo masa husar seu fa venir dolor de nirvis.

El codony apareix al *Llibre de totes maneres de confits* en tres receptes del total de trenta-tres que recull aquest text: codonys enters, carn de codony i codonys ensucrats. Totes tres fórmules coincideixen amb una de les prescripcions del *Tractat*, són plats de confit. Vegem-les individuades. Els codonys íntegres demanen un procés llarg en el temps que es perllonga per algunes setmanes i usa la mel com edulcorant. El codonyat es confecciona al moment i segueix un dels consells del *Tractat*: «rostit val més e és pus

profitós», atés que, contràriament a les altres dues formes de preparar-lo que el bullen amb aigua, en aquest cas hom recomana coure'ls al forn, malgrat que continua recomanant la mel per edulcorar-lo (*Sent Soví* 2003: 277-278). Els codonys ensucrats segueixen el procediment habitual de la confecció de les altres fruites amb la substitució de la mel pel sucre. Cap de les tres receptes, però, no facilita cap consell mèdic. De forma similar *el Llibre del coch* reporta una forma de codonyat cuit amb brou de carn, si no és dia de precepte, i llet d'ametles que incorpora el sucre i la canyella a final del procediment. No expressa cap consell sanitari, sinó de singularitat i de temps, indicació que devia anar dedicada als cocs professionals perquè coneguessen que s'elaborava amb certa rapidesa: «e vet ja fet» (*Libre del coch* 1982: 71).

||⁹⁵ De les carabasses

Les carabasses donen al cos nodriment fret e humit. No són de bona digestió sinó com són coregides ab alguna agrura axí com ab agrar. No profiten sinó ben cuytes. Ab llet d'ametles són de noble medecina, tolen set e valen molt en febres colèriques.

Sobre les carabasses del *Sent Soví*, només coneixem que apareix a l'índex una recepta anomenada carabasses blanques, sense que s'hi haja conservat. El *Llibre de totes maneres de potatges* en reporta tres: carabasses amb llet amb una variant amb formatge vell i una forma de preparar-les assecades al sol. La primera recepta correspon a un puré de carabassa de cocció lenta i complexa que els receptaris italians que la inclouen atribueixen a un origen català (*Sent Soví* 2003: 148-150). El *Libre de totes maneres de confits* només inclou una recepta d'aquest producte, el 'carabassat' o 'sindriat'; tots dos comparteixen procés, que consisteix a bullir el producte i assecar-lo durant un temps perllongat per acabar de coure'l amb xarop de mel. No hom recull cap consell sanitari (*Sent Soví* 2003: 275-276). El *Llibre del coch* aporta tres receptes d'aquest producte: carabasses espesses, a la morisca i altra manera de carabasses. La primera es una còpia de *Sent Soví*, la segona introdueix el brou de moltó, la llet d'ametles, la canella i el sucre, i la tercera prescindeix del formatge, dels ous i de les cebes. Totes tres segueixen el consell de mesclar l'ingredient principal amb llet d'ametles per convertir la carabassa en un aliment mengiu i saludable,

segons que prescriu el *Tractat*. Així mateix ordena el *Libre del coch* per al menjar blanc de carabassa, que el fa mesclar amb aigua-ros i sucre (*Libre del coch* 1982: 123).

||¹⁰⁰ De la gallina

La millor de tots los aucells és la gallina que sia sana e que sia jove. Ha propietat maravellosa aconfortar e temprar la natura umanal. Emperò, és menys humida que los polls e per ço a comparació dels pollastres és de pus tarda digestió que ells mas emperò, és de major nodriment, e per ço, cuyta en aygua, és millor, car pren alguna umiditat de l'aygua. Conforta molt lo ventre si és menjada ab agrar o such de magranes agres. Val contra flux de ventre, és temprada entre claror e fredor. E diu Avisenna que la carn de la gallina fa bon nodriment e clarifica la veu e lo seu servell nex la sustància del nostre servell.

La gallina ha estat un producte recurrent en la sanitat dels malalts. El brou de gallina o de poll el trobem sovint com un dels ingredients principals de les 'cuines' o plats guisats. Apareix nombroses vegades al receptari, bé com una preparació singular, com les gallines en olla o amb llet d'ametles o formant part d'altres 'cuines' de llarga elaboració, bé com un ingredient principal, bé com un de necessari per al resultat final. La major part de les fórmules usen la gallina per a elaborar brou. El *Libre del coc* concentra la major part de les prescripcions del *Tractat* en una de les fórmules més difoses, el 'solsit de gallines'. La recepta exigeix la cocció lenta amb aigua amb una peculiaritat: la carn esquarterada, amb els ossos esclafats «de manera que n'hisca de la substància», especiada amb canyella, clavell d'olor i safrà i amb la coberta empastada «ab una poca de aygua e pasta, perquè no-n pugua exir la labor». Estem davant d'un estil de cocció que recorda l'olla a pressió *avant la lettre*, fins al punt que mestre Robert gosa d'escriure que «aquest brou tornaria un hom de mort a vida, tant és de cosa singular e bona». Un consell que concorda plenament amb la recomanació d'Avicenna: fer «bon nodriment» (*Libre del coch* 1982: 78).

Entre les receptes del *Libre del coch* hem d'anotar algunes preparacions adreçades específicament a la sanitat: menjar blanc de malalt, cassola de malalt, farciment per a malalt i ordiat per a malalt, ordenades una després de l'altra. El menjar blanc parteix del solsit de gallines, del qual hem ressenyat les propietats salutíferes; incorpora, a més de la gallina, una polla rostida,

sucres, ametles torrades i picades amb fetge de gallina, canyella i clavell d'olor. Tot cuit lentament al foc i adobat amb agresta de gallina fosa que «li darà gran licor». Les altres fórmules són preparacions que parteixen d'una polla com ingredient principal: la primera, amb suc de taronges amargues, i la segona, enllardada amb greix de gallina (*Libre del coch* 1982: 88-89).

Hem comprovat que algunes prescripcions del *Tractat* apareixien implícites minsament a les receptes medievals dels productes seleccionats, per la qual cosa hem de deduir que la cuina catalana medieval circulava per uns conductes diferents als establerts als *regimina sanitatis*, no només als del *Tractat* que avui analitzem, i que es decantà de forma evident per la cura del gust i dels sabors proveïda d'una tècnica perfeccionada i amb uns objectius que diferien dels estrictament salutífers. Ara bé, una altra cosa és si valorem la prescripció quan s'aplica directament per obtenir uns resultats sanitaris concrets. Per contrastar els resultats obtinguts ens detindrem a analitzar una petita obra compresa entre els folis 35-54 d'un manuscrit miscel·lani conservat a la Biblioteca Nacional de Madrid, Ms. 3356, datat a la darrerria del segle XIV o principi del XV. Es tracta d'una obra de procedència àrab o hebrea (Cardoner 1973: 56) amb consells sobre sexualitat i adreçada al sexe masculí. El manuscrit està dividit en dues parts: a la primera, de la qual analitzarem algun fragment, es faciliten una sèrie de consells de tipus profilàctic, terapèutic i higiènic; i a la segona, s'explica el comportament de la dona davant l'amor i es descriuen formes de realització de l'acte sexual (*Speculum* 1978: 9-10).

D'acord amb la ciència mèdica de l'època, el manuscrit divideix el sexe masculí segons la complexió. Així per a les complexions fredes i seques recomana quan «usen molt lo foder han mester que mengin les viandes caldes humides, e del vi axí matex», és a dir, fesols, naps i borrajia. Un consell que s'adapta perfectament a la prescripció del *Tractat*: «La boraja és naturalment calda e humida, maravellosament conforta lo cor, engendra goig e alegria e per ço és bo usar d'elles tots temps» ||^{97v}. Per als qui són de cos fort i humit, recomana de prendre viandes calentes i adobades amb espècies i vi fort sense aigua, és a dir, ocells, forment, pastanagues, ametles, pomes dolces. Si la complexió és freda, els mana que s'abstinguen de viandes fredes, és a dir, ordi, pomes agres, codonys, espinacs, magranes. Segons aquest anònim autor, per aquells qui volen «crèixer la sperma» recomana que les viandes complisquen tres requisits: «humiditat, calentura e ventositat».

Qualitats que s'ajusten a tres ingredients inclosos al *Tractat*: cigrons, naps i pastanagues. Contràriament, aquelles que «aminven o congelen la sperma» són les cebes, els cigrons cuits, les avellanes, les nous, els festucs, els pinyons i el pa de forment, entre d'altres (*Speculum* 1978: 18-34).

CONCLUSIONS

L'aparició de diversos *regimina sanitatis* a la Corona d'Aragó a partir del segle XIV, entre els quals cal incloure el *Tractat de les viandes e dels beures*, en imitació del tractat àrab sobre sanitat, no afecta directament els receptaris que servien de referència per a les classes nobiliàries i benestants. Tanmateix hom detecta certa 'influència' sobre alguns preparats alimentaris puntuals, que cal atribuir més a la sapiència atàvica acumulativa que a una observació sanitària dels productes i procediments usats. Per a les classes altes, la bulímia és senyal de força i de salut, de riquesa, de prestigi i òbviament de 'llarguesa', és a dir, de noblesa, perquè el costum alimentari s'ha transformat en una obligació social. Un membre de l'aristocràcia no pot deixar de menjar carn ni esdevenir escanyolit. La preeminència de la classe dominant no es manifesta tan sols en la quantitat d'aliments que hom pot ingerir, sinó en la qualitat i valor que s'atorga a cadascun d'ells. La carn és l'aliment més preat; guisada a l'ast, és un element de distinció i una vianda imprescindible. Haver de renunciar-hi és una humiliació indigna, un dels càstigs més temuts per l'aristocràcia. La qualitat d'un àpat es mesura en la quantitat de carn servida i no tant pel refinament de la salsa o del servei. Les malalties més usuals de la noblesa eren l'obesitat, la hipertensió arterial, la discràsia úrica i les inflamacions articulars, provocades bàsicament per la ingesta contínua i abundosa de carn (Riera 1988: 5-6). Tanmateix, Pere el Cerimoniós recomanava moderació en el consum de carn a l'apartat de les viandes de les *Ordinacions*: «Moltes vegades moltes viandes (...) malalties engenren e belen lo seny». Segons Montanari, la dignitat d'un noble es mesurava també per la quantitat de viandes que era capaç de consumir (Montanari 1979: 459). Aquestes regles les seguiran, si fa no fa, el sector eclesiàstic, a desgrat de les regles monàstiques, molt severes en aquest aspecte.

El segment de la població més desproveït, els pobres, no tenia cap possibilitat d'accedir als règims de salut i mantenia l'exclusió sistemàtica i la separació alimentària de la societat acomodada. Per a sant Vicent Ferrer,

passaven tanta necessitat que fins i tot els exclouïa de la Quarresma, «car la fan totstemps».

La recerca sobre salut i formes de vida socioculturals permetrà probablement desvelar alguns aspectes encara ignots sobre la relació existent entre *regimina sanitatis* i alimentació dins la cuina occitanocatalana que encara continuen sense escatir. La vera existència d'un espai cultural on es desenvoluparen aquestes tècniques sanitàries i coquinàries permet sospitar l'existència d'un fons ancestral de coneixements que determinà el tractament dels productes i els processos de preparació durant l'edat mitjana, al marge dels regiments de sanitat i els receptaris conservats fins avui.

BIBLIOGRAFIA

- Abū Marwān 'Abd al-Mazlik b. Zhur: *Kitāb al-agdiya (Tratado de los alimentos)*, edició, traducció e introducció de Expiración García Sánchez, CSIC, Instituto de Cooperación con el Mundo Àrabe, Madrid:1992.
- Llibre d'Albumesar de simples medecines*, Lluís Cifuentes (ed.), a *Arnaldi de Villanova opera medica omnia*, xvii, Fundació Noguera, Barcelona, 2004.
- Badia, L.: *Textos catalans tardomedievals i «ciència de naturales»*, Barcelona, 1996.
- Badia, L.: «Traduccions al català dels segles XIV i XV i innovació cultural i literària», *Estudi general. Llengua i literatura de l'edat mitjana al renaixement*, A. Rossich i M. Vilallonga (ed.), 11 (1991), pp. 31-50.
- Domínguez Bordona, J.: *Catálogo de los manuscritos catalanes de la Biblioteca Nacional*, Madrid:1931.
- Cardoner i Planas, A.: *Història de la medicina a la Corona d'Aragó (1162-1479)*, Barcelona: 1973.
- Cifuentes, L.: «Translatar ciència en roman catalanesch. La difusió de la medicina en català a la baixa edat mitjana i el renaixement», *Llengua & Literatura*, 8 (1997), pp. 7-42.
- : *La ciència en català a l'edat mitjana i el renaixement*, Barcelona-Palma de Mallorca: 2002.

- : «Nota sobre la traducció catalana del 'De medicinis simplicibus' d'Abul-Salt de Dénia», *Quaderns de Filologia. Estudis Literaris*, 8 (2003), pp. 119-149.
- Del Treppo, M.: *Els mercaders catalans i l'expansió de la corona catalanoaragonesa al segle XV*, Barcelona: 1976, pp. 174-75.
- Faraudo de Saint-Germain, L.: *El «Libre de les medicines particulars». Versió catalana trescentista del text árabe del Tratado de los medicamentos simples de Ibn Wáfid, autor médico toledano del siglo XI. Transcripción, estudio proemial y glosarios*, Barcelona: 1943.
- Fery-hue, F.: «Le 'régime du corps' d'Aldebrandin de Sienné: tradition manuscrite et diffusion», *Actes du 110e Congrès National des Sociétés Savantes, Montpellier, 1985*. *Section d'histoire médiévale et de philologie, 1, Santé, médecine et assistance au moyen age*, París: 1986, pp. 113-134.
- Fernández Otal, J. A.: «La transmissió de los saberes ganaderos en Aragón durante la baja edad media», *XVII congrés d'Història de la corona d'Aragó. El món urbà a la corona d'Aragó del 1137 als decrets de Nova Planta. Barcelona, Poblet, Lleida, 7 al 12 d desembre de 2000*, PUB, Barcelona: 2003, pp. 653-676.
- García Ballester, L.: *La medicina a la València medieval. Medicina i societat en un país medieval mediterrani*, València: 1988, pp. 96-99
- García Sánchez, E.; Ferré, L.: «Alimentos y medicamentos en las tres versiones medievales del régimen de la salud de Maimónides», a GARCÍA SÁNCHEZ, E. (ed.): *Ciencias de la naturaleza en Al-andalus. Textos y estudios II*, CSIC-ICMA, Madrid: 1992.
- Gil Sotres, P.: «El arte de la cocina y los médicos: las recetas culinarias en los regímenes de salud», a FERRÉ, L.; AYUSO, J. R.; CANO, M. J. (eds.): *La ciencia en la España medieval: musulmanes, judíos y cristianos. Actas del VII congreso internacional 'encuentro de las tres culturas', Granada, 1992*, Universidad de Granada, Granada: 1992.
- Grilli, G.: «Taules parades al Tirant», *Miscel·lània Joan Fuster. Estudis de llengua i literatura*, v, a cura d'Antoni Ferrando i d'Albert Hauf, Universitat de València-PAM, Barcelona: 1992, pp. 79-93.
- Günzberg i Moll, J.: «Tractat de les viandes e dels beures (ms. 1474, B.N.M.)», a *La Mediterrània, àrea de convergència de sistemes alimen-*

- taris (segles V-XVIII): XIV jornades d'estudis històrics locals (Palma, del 29 de novembre al 2 de desembre de 1995)*, Barceló, M. i Riera, A. (eds.), Palma de Mallorca, 1996, pp. 699-706.
- Indini, M. L.: «Un 'Tractat de les viandes e dels beures' nella dietologia medievale catalana», *Messana: rassegna di studi filologici linguistici e storici*, n.s., 8 (1991), pp. 147-185.
- Le Régime du Corps de Maitre Aldebrandin de Sienne*, versió electrònica de Thomas Gloning, 2000. www.uni-marburg.de/~gloning/aldosien.htm
- Llibre de Sent Soví*, a cura de Joan Santanach, Barcino, Barcelona: 2006.
- Llibre de Sent Soví. Llibre de totes maneres de potatges de menjar*, a cura de Rudolf Grewe, Amadeu-J. Soberanas i Joan Santanach (ed.), Barcino, Barcelona: 2003.
- López Piñero, J. M.: «El ambientalismo hipocrático de Miguel Juan Pascual y los estudios iniciales en torno a la salud pública», a *Clásicos valencianos de la salud pública valenciana*, Cátedra de Eméritos de la Comunidad Valenciana, València: 2003, pp. 16-18 i 104-107.
- : «La salud pública y el humanismo renacentista», a *Clásicos valencianos de la salud pública valenciana*, Cátedra de Eméritos de la Comunidad Valenciana, València: 2003, pp. 12-15 i 101-103.
- Manfredi, G.: *Quesits o perquens (Regiment de sanitat i tractat de fisiognomonía)*, Antònia Carré (ed.), Els nostres clàssics, Barcino, Barcelona: 2004.
- Massó i Torrents, J.: *Manuscrits catalans de la Biblioteca Nacional de Madrid. Notícies per un catàleg raonat*, L'Avenç, Barcelona: 1896.
- Metge, B.: *Obra completa*, Barcelona.
- Robert, Mestre: *Libre del coch*, Veronika Leimgruber (ed.), Torres Amat, Curial, Barcelona: 1982.
- Salavert Fabiani, V.: «Notes sobre la sanitat municipal a la València dels segles XVI i XVII: les competències del mustassaf en matèria de mercats i conservació dels carrers», *Afers*, 5-6 (1987), pp. 223-271.
- Sanchis Guarner, M.: «Antics llibres de Medicina en llengua catalana», *Quart creixent*, III (1957), pp. 47-51.
- : *La ciutat de València: síntesi d'història i de geografia urbana*, València, 1972.

- Schipperges, H.: *La medicina árabe en el medioevo latino*, Secretaría de Publicaciones de la Real Academia de Bellas Artes y Ciencias Históricas de Toledo, Toledo: 1989, p. 79.
- Vida en familia. Casa, comida y vestido en la Europa moderna*, Crítica, Barcelona: 2003, p. 250.
- Speculum al foder*, Teresa Vicens (trad. i ed.), Calamus Scriptorius, Barcelona-Palma de Mallorca:1978.
- Toubert, P.: *Europa en su primer crecimiento*, PUV, València: 2006
- Vilanova, A. de: *Regimen sanitatis ad regem aragonum*, García Ballester, L. i Mcvaugh, M. R. (eds.), en *Arnaldi de Villanova opera medica omnia*, 1, Barcelona: 1996.

Mercedes Pascual Artiaga
IES Almadrava. Benidorm

INTRODUCCIÓN

Como se indica en el título de la comunicación, en las primeras décadas del siglo XIX, para muchas poblaciones españolas el objetivo de garantizar una alimentación y nutrición adecuadas se convertía en un auténtico reto.¹

Con la presente nota de investigación, a partir de las fuentes documentales custodiadas en el Archivo Municipal de Alicante (AMA) y las informaciones sobre el tema recogidas en el *Boletín Oficial de la Provincia de Alicante* (BOPA), vamos a analizar algunos de los problemas y particularidades que encerraba el objetivo de alimentar a la población.

En concreto se van a analizar las dietas de dos colectivos como los que representaban el ejército y los alumnos del Colegio de Humanidades, las respuestas que se articularon para atender los problemas nutricionales que para los colectivos más desfavorecidos comportaban las fluctuaciones en los precios de alimentos básicos como el pan y las dificultades que comportaba el suministro de determinadas carnes-medicamento en una zona que, como en el caso de Alicante, era deficitaria en ganado.

LA COMPOSICIÓN DE LAS RACIONES DE CAMPAÑA PARA EL EJÉRCITO EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX

Las guerras carlistas de los años treinta del siglo XIX obligaron al aprovisionamiento de los ejércitos. La dieta de los soldados era tan importante

1. Véase el número monográfico que la revista *Ambitos* dedicó en 2003 (número 10) al tema “Alimentación, mercados y crisis de subsistencias”.

para el desarrollo de la guerra, que por Real Orden se mandaba a las autoridades locales «facilitar todos los medios posibles para que se asegure la subsistencia de las tropas» y «realizar convenios o contrataciones de los víveres que necesiten las tropas para la ración diaria y para repuestos en los puntos fortificados».² La elección de estos alimentos y sus cantidades tenían como finalidad mantener en condiciones óptimas a las personas vinculadas al ejército a través de una dieta adecuada. No en vano se advertía:

Los cuerpos municipales están muy íntimamente persuadidos de que la suerte de la patria depende de la salud del ejército, y que este no puede presentar su pecho a los combates sin el preciso alimento.³

Los alimentos necesarios se adquirirían mediante una subasta pública. Como Alicante era plaza fuerte militar, y además el puerto facilitaba el avituallamiento, estos anuncios eran de interés para muchos de los comerciantes alicantinos. En 1837 se divulgó en el *Boletín Oficial de la Provincia* la subasta pública de «raciones de pan y etapa» y su transporte para el ejército del centro. Según se informaba, las raciones se compondrían de:

[...] libra y media de pan hecho, o su equivalente en harina; 5 onzas de arroz [o en su defecto 6 onzas de habichuelas];⁴ 4 onzas de bacalao; 1 onza de aceite. Todo de buena calidad, pero variándose la clase de menestra, según lo permita el mercado de la plaza y el del interior de la provincia, no pudiendo ser de carne o tocino en razón a la presente estación calorosa [*sic*].⁵

2. BOPA, núm. 378, 15/11/1837. Diputación Provincial de Alicante. Real Orden citada de 3/11/1837.

3. BOPA, núm. 476, 28/10/1838. Sobre las Raciones de Pan, Etapa y Cebada.

4. BOPA, núm. 378, 15/11/1837. Se volvían a subastar raciones de pan en harina, de arroz, de bacalao, de aceite y de pienso. En esta ocasión eran 250 raciones de cada una de las anteriores. Se especificaba cual debía ser la composición de cada ración y se permitía sustituir el arroz por habichuelas si éste no podía conseguirse.

5. BOPA, núm. 351, 9/08/1837. Edicto de Juan José Segundo de Lozela, intendente y subdelegado de rentas de la provincia. Subasta de 400.000 raciones de pan y etapa para el ejército del centro. Sería preferido el que hiciese más ventajas en el precio de cada ración, no admitiéndose ninguna proposición que excediera de 3 reales y 16 maravedíes por cada una.

Había varias clases de raciones de etapa.⁶ A cada individuo del ejército o vinculado al mismo se le asignaba una de las diez clases de ración y el número de raciones que le correspondía percibir, tanto en especie como en dinero. En la tabla siguiente se muestran las clases, especies y cantidades⁷ de que debían componerse las raciones de etapa:

Tabla 1. Composición de las raciones de campaña en 1838 expresadas en gramos⁸.

| Clases de etapa | gramos de | | | | | | | |
|-----------------|-----------|---------|--------|-------------------|-------------|---------|--------|-----|
| | Carne | Bacalao | Tocino | Arroz o garbanzos | Habichuelas | Patatas | Aceite | Sal |
| 1 ^a | 460 | - | - | - | - | - | - | |
| 2 ^a | 230 | - | - | 172.5 | - | - | - | |
| 3 ^a | 230 | - | - | - | 230 | - | - | |
| 4 ^a | - | 230 | - | 115 | - | - | 43.12 | |
| | - | 230 | - | - | 172.5 | - | 43.12 | |
| 5 ^a | - | 172.5 | - | 172.5 | - | - | 43.12 | |
| 6 ^a | - | 172.5 | - | - | 230 | - | 43.12 | |
| 7 ^a | - | - | 86.25 | - | 230 | - | - | 7.6 |
| 8 ^a | - | - | 86.25 | 172.5 | - | - | - | 7.6 |
| 9 ^a | 230 | - | 57.5 | - | - | 460 | - | |
| 10 ^a | - | 230 | - | - | - | 460 | 57.5 | |

Fuente: BOPA, núm. 468, 473, 476.

En las condiciones que se marcaron para las subastas celebradas en 1837 y 1838 se produjeron ajustes en relación con las raciones de pan. En 1837 se fijaba la cantidad de libra y media de pan hecho, o su equivalente en harina.

6. BOPA, núm. 468, 30/09/1838. Comandancia General de la Provincia. Instrucción aprobada por SM para el suministro de raciones de campaña.

7. Las expresamos en gramos utilizando las equivalencias: 1 libra castellana=16 onzas; 1 onza=28,75 gramos. BOPA, núm. 351, 9/08/1837. Edicto de Juan José Segundo de Lozela... Una libra y media de pan hecho equivalía a 24 onzas castellanas de harina. BOPA, núm. 476, 28/10/1838. La Diputación Provincial de Alicante hacía unas aclaraciones por las consultas de algunos ayuntamientos y las últimas instrucciones comunicadas por el intendente militar del distrito de Valencia, sobre el suministro de las raciones de pan, etapa y cebada, repartidas a los pueblos en la Circular de 16/10/1838, inserta en el Boletín nº 473. Se fijó la cantidad de una arroba castellana de grano por cada 20 raciones, lo que suponía 20 onzas por ración, es decir, 575 gramos de trigo.

8. BOPA, núm. 468, 30/09/1838. Instrucción...; BOPA, núm. 476, 28/10/1838: Instrucciones sobre el suministro de las raciones de pan, etapa y cebada. Hemos destacado en gris las raciones que más fácilmente se conseguían en Alicante.

Un año después se indicaba que podía sustituirse por 18 onzas de galleta, que ya se utilizaba en el ejército como sustitutivo del pan.⁹

En el caso de Alicante alguna de estas diez clases de raciones de etapa no se facilitaba por incluir alimentos poco accesibles en la región, o difíciles de conservar. Las raciones que se ajustaban a la disponibilidad de los alimentos de los pueblos de la gobernación de Alicante correspondían a las raciones de las clases 4^a, 5^a, 6^a, 7^a y 8^a. No se facilitaban las tres primeras, que contenían carne;¹⁰ ni las dos últimas, que incluían gran cantidad de patatas.

Como se observa en la tabla 1, las raciones incluían los tres tipos de principios inmediatos: carbohidratos, proteínas y grasas, complementadas en ocasiones con porciones de sal. Las proteínas más fácilmente asequibles en el ámbito geográfico de Alicante y que se conservaban mejor en épocas calurosas eran las del pescado salado y en concreto el bacalao.¹¹ Le seguía el tocino salado y por último la carne, que por su precio y la dificultad de conservación, era menos frecuente. Entre los carbohidratos se contaba con el trigo, en general en forma de pan, el arroz, las habichuelas, los garbanzos y en ocasiones las patatas.

Si observamos en la tabla 1 la composición de estas raciones podemos apreciar que los alimentos de cada una tendían a compensar entre sí la distinta proporción de nutrientes. Cuando el aporte proteico correspondía al bacalao salado (pescado blanco pobre en grasas), siempre se añadía a la ración aceite, cosa que no ocurría cuando se trataba de tocino o carne. Otra cosa que se evidencia es la diferente consideración que los garbanzos y las habichuelas poseían en las raciones. Los garbanzos podían sustituirse por arroz pero cuando eran sustituidos ambos por las habichuelas, se aumentaba su cantidad.¹² Las verduras, hortalizas y tubérculos se incorporaban en la dieta en forma de menestra, o guisadas junto con el resto de los ingredientes citados. Se utilizaban las que se hallasen disponibles en el mercado en cada época y población.

9. BOPA, núm. 468, 30/09/1838. Instrucción aprobada por SM para el suministro de raciones de campaña.

10. BOPA, núm. 476, 28/10/1838.

11. Giménez López (1981: 367-375). Sobre el comercio del bacalao de Terranova a través del puerto alicantino.

12. El hecho de que se incluyesen en mayor cantidad las habichuelas al sustituir en la ración al arroz o a los garbanzos, nos induce a pensar que se conocía la menor capacidad energética de estas.

Si realizamos una aproximación al contenido energético de las diferentes raciones¹³ y a los porcentajes con las que contribuían al total energético de la dieta los distintos principios inmediatos¹⁴ según las clases de las raciones¹⁵, obtenemos la tabla siguiente:

Tabla 2. Proporción con que cada uno de los principios inmediatos presente en las raciones de campaña en 1838 contribuye al total energético.

| % del total de calorías | | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|----------|-----------------------|------------|
| Clases de etapa | | % Proteínas | % Grasas | % Hidratos de carbono | Total Kcal |
| 1 ^a | | 17 | 28.5 | 54.5 | 3082 |
| 2 ^a | Arroz | 13.5 | 15.5 | 71 | 3128 |
| | Garbanzos | 16.5 | 18 | 65.5 | 3128 |
| 3 ^a | | 17.5 | 16 | 66.5 | 3266 |
| 4 ^a | Arroz | 24 | 16 | 60 | 3440 |
| | Garbanzos | 26 | 17.5 | 56.5 | 3440 |
| | Habichuelas | 26 | 16 | 58 | 3595 |
| 5 ^a | Arroz | 20 | 15 | 65 | 3469 |
| | Garbanzos | 22.5 | 17.5 | 60 | 3469 |
| 6 ^a | | 23 | 15.5 | 61.5 | 3607 |
| 7 ^a | | 12.5 | 22 | 65.5 | 3346 |
| 8 ^a | Arroz | 9 | 22 | 69 | 3208 |
| | Garbanzos | 11.5 | 24.5 | 64 | 3208 |
| 9 ^a | | 12.5 | 26.5 | 61 | 3335 |
| 10 ^a | | 23.5 | 19 | 57.5 | 3544 |

Fuente: BOPA, núm. 468, 473, 476.

13. BOPA, núm. 468, 30/09/1838. Instrucción...; BOPA, núm. 476, 28/10/1838: Instrucciones ... Hemos considerado 250 kcal por cada 100 gramos de carne aunque desconocemos cual de ellas era la más frecuente ya que aproximadamente es la media de varias de ellas; 310 para el bacalao; 760 para el tocino; 360 para el arroz y los garbanzos; 330 para las habichuelas; 85 para las patatas; 884 para el aceite y 280 para el pan. Las tablas de composición de alimentos españoles que hemos manejado han sido las de F. Vivanco y J. M. Palacios (1984).

14. En los cálculos hemos considerado los números de Atwater, es decir, 4 kcal para las proteínas y los hidratos de carbono y 9 para las grasas. La composición de los distintos alimentos por cada 100 g del mismo que hemos usado es: carne: 17 g de proteínas y 20 g de grasa; bacalao: 62 g de proteínas, 5 de grasas y 4 g de hidratos de carbono; tocino: 3 g de proteínas, 82 g de grasas y 2,5 g de hidratos de carbono; arroz: 7 g de proteínas, 0,8 g de grasas y 81 g de carbohidratos; garbanzos: 20 g de proteínas, 6,5 g de grasas y 55 g de hidratos de carbono; habichuelas: 20 g de proteínas, 2,5 g de grasas y 57 de hidratos de carbono; patatas: 2 g de proteínas, 0,1 g de grasas y 19 de hidratos de carbono; pan: 8 g de proteínas, 0,8 g de grasas y 60 g de hidratos de carbono. Las tablas de composición de alimentos españoles que hemos manejado han sido las de F. Vivanco y J. M. Palacios (1984).

15. BOPA, núm. 468, 30/09/1838. Instrucción aprobada por SM...

Aunque faltaría considerar las verduras o tubérculos que pudieran añadirse a las menestras o guisados, puede comprobarse que las raciones alimenticias se encuentran por encima de las 3.000 kilocalorías, lo que suponía un aporte energético adecuado y una dieta equilibrada y variada.¹⁶

LA DIETA DE LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE HUMANIDADES O INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE ALICANTE

En relación con la alimentación de este colectivo, de acuerdo con la documentación disponible, durante el período 1838-1841,¹⁷ los internos en el Colegio de Humanidades o Instituto de Enseñanza Secundaria de Alicante debían recibir todos los días:

Chocolate o almuerzo equivalente por la mañana; al medio día sopa variada, cocido, principio y postres; por la tarde merienda; por la noche guisado, ensalada y postres; con el pan correspondiente en todas las comidas, procurando que los comestibles sean de la mejor calidad.¹⁸

Los años siguientes se realizaron pequeñas variaciones en el menú: se añadió ensalada al mediodía, por la tarde se especificaba que la merienda constaría de «fruta seca o tierna según la estación» y por la noche la ensalada podría ser «cocida o cruda».¹⁹ En 1841 el Instituto de Segunda Enseñanza

16. Hoy en día se considera apropiado que la aportación calórica de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas al total energético sea de 55-60%, 30-35% y 10-15% respectivamente.

17. Disponemos de las informaciones publicadas en el *Boletín Oficial de la Provincia de Alicante* en los años de 1838, 1839, 1841, 1843, 1848 y 1853.

18. BOPA, núm. 466, 23/09/1838. Profesores, alimento diario y equipo. Colegio de Humanidades en Alicante a cargo del presbítero Felipe Fernández (director). En materia de instituciones filosóficas impartía docencia en su primer año: Francisco de Paula Fajarnés, licenciado en Medicina y Cirugía. Y en el segundo año: Mariano Fernández, licenciado en Medicina. Aunque no tenemos constancia de que ambos médicos contribuyesen a la elaboración de la dieta, es interesante destacar la presencia de médicos entre el profesorado de esta institución.

19. Suplemento de BOPA, núm. 566, 15/09/1839. Faltas: consideración y castigo. Alimentación. Colegio de Humanidades a cargo del presbítero Felipe Fernández. Suplemento al BOPA, núm. 746, 30/05/1841. Colegio de Humanidades en Alicante a cargo de Francisco Navarro, profesor de latinidad, poética y retórica. BOPA, núm. 779, 22/09/1841. En septiembre dejó de funcionar como tal el Colegio de Humanidades y se sustituyó por el Instituto de Segunda Enseñanza. «Se alquila la casa de habitación que últimamente ha sido Colegio de Humanidades en la C/ del Barranquet de Alicante».

sustituyó al Colegio de Humanidades.²⁰ Encontramos una descripción ligeramente diferente en el *Boletín Oficial de la Provincia de Alicante* sobre la alimentación que la Casa Pensión del Instituto Provincial de Segunda Enseñanza de Alicante ofrecería a sus alumnos internos:

[...] por la mañana: chocolate o café con leche y pan blanco; al medio día: sopa, cocido, principio, ensalada y postres; merienda: pan, fruta seca o del tiempo y por la noche: guisado de carne o pescado, ensalada y postres. Advirtiéndose que no se les tasa el pan en las comidas.²¹

Aunque no se habla de cantidades, la variedad resulta manifiesta. La presencia en la dieta del chocolate y del café con leche por las mañanas muestra la calidad de los alimentos, particularmente en el caso de la leche, en atención a su condición de alimento protector.²² Las diferentes necesidades energéticas de los alumnos se cubrían con la posibilidad de consumir tanto pan como quisieran. La sopa y el cocido de medio día es probable que llevaran alguna clase de contenido proteico pero sólo se especificaba el consumo de carne o pescado en el guisado de la noche. Hasta 1853 la composición de la dieta varía relativamente poco a lo largo de los años y puede por tanto constituir un ejemplo de la que se considerada idónea para este grupo de edad.

ALIMENTAR A LOS POBRES PARA TRANQUILIDAD DE LOS RICOS

Las décadas de 1830 y 1840 fueron años de sequía y miseria agravados por la guerra civil carlista. El precio del trigo se disparó y gran cantidad de

20. BOPA, núm. 982, 30/08/1843. Instituto de 2ª Enseñanza de Alicante a cargo de Francisco Navarro y Samper, preceptor público y titular de la cátedra de Latinidad, poética y retórica de esta ciudad.

21. BOPA, núm. 100, 14/08/1848. Instrucción. Casa Pensión del Instituto Provincial de 2ª Enseñanza de Alicante. Advertencias para los que aspirasen a ingresar en dicha casa-pensión con el debido conocimiento.

22. Michelena J. F. de. *Adulteración de alimentos, bebidas y medicamentos, o método fácil para descubrir los fraudes de los especuladores*. Matanzas: Imprenta de Don Juan Roquero. 1854. En 1854 ya se hablaba del chocolate como producto de uso habitual. El libro posee un capítulo dedicado al chocolate. Se menciona su elevado consumo y se criticaba una Real Orden de 1831 que autorizaba el uso de aditivos en el chocolate pues en caso contrario la gente menos acomodada no tendría acceso al mismo.

jornaleros ingresaron junto con sus familias en el colectivo de los pobres. Si observamos un gráfico con la evolución entre 1850 y 1856 del precio del pan, comprobamos como se encareció en estos años:²³

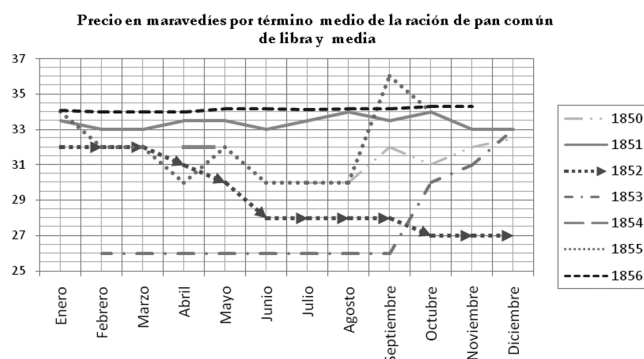


Gráfico 1: Evolución del precio del pan común de libra y media entre 1850 y 1856.

En 1850 comenzó a subir el precio del pan y en 1851 se mantuvo por encima de los 33 maravedies durante todo el año para descender a principios de verano de 1852 hasta alcanzar los 27 maravedies al final del mismo. La alimentación de los más desfavorecidos se basaba en el pan, y la situación debió llegar a ser tan apremiante que en mayo de 1850 el alcalde de la ciudad de Alicante, Tomás España, publicó un escrito con la finalidad de organizar una suscripción —a cargo de una junta nombrada para ello— y con el producto de lo recaudado alimentar al «considerable número de mendigos» que invadían las calles de la ciudad «y evitar el triste espectáculo de ser uno cada momento demandado para socorrer la miseria de nuestros semejantes».²⁴ En lugar de dar las limosnas a los pobres se reunirían en un fondo para evitar que algunos hiciesen mal uso de «los socorros que recogían» y que vagasen por las calles. Con este procedimiento se mantuvo desde mayo hasta

23. Aprovechando los precios de una serie de artículos de primera necesidad que aparecieron unos años en el *Boletín Oficial de la Provincia de Alicante* hemos elaborado un gráfico para ver las fluctuaciones en el precio del pan común a lo largo de los meses del año desde 1850 hasta 1856. Una libra y media corresponde a 690 gramos de pan común.

24. AMA. Beneficencia, leg 2/29. Alicante, octubre de 1850. Impreso del alcalde Tomás España sobre el gran número de mendigos que invade las calles. Suscripción para costear la sopa económica y ración de pan para los pobres.

octubre de 1850 «a más de doscientos mendigos».²⁵ Se ofreció a los pobres de la ciudad el alimento diario indispensable a través de la llamada sopa de pobres. Como ocurría con todas estas medidas de beneficencia voluntarias, el entusiasmo del primer momento se desvaneció y apenas cinco meses después de comenzar esta iniciativa, el alcalde Tomás España exhortaba a los vecinos para renovar la cantidad con la que se habían suscrito y manifestaba:

[...] se hace indispensable hacer su esfuerzo con el fin de que no concluya la sopa económica y ración de pan, que contando con los productos de la suscripción formada se está dando a los pobres diariamente.²⁶

Se formó un padrón de los pobres de Alicante donde constaba su nombre, dirección y el número de raciones que debían proporcionárseles.²⁷ La sopa y el pan que se repartía a los pobres no solucionaban todos los problemas de la indigencia. Un ejemplo de ello lo constituye el pobre Vicente Terol y Alcaraz, al que se socorría a diario con la sopa; pero además era sordo y no tenía familia que pudiera recogerle.²⁸

En marzo de 1851 se reunió el cabildo municipal y algunos de los mayores contribuyentes bajo la presidencia del gobernador de la provincia de Alicante,²⁹ para tratar sobre el suministro de la sopa a los pobres. Se nombraron para administrar los fondos a Ramón Campos, abogado y primer teniente de alcalde, y al consejero provincial, Felipe Gil, para que:

25. *Ibidem.*

26. *Ibidem.*

27. AMA. Beneficencia, leg. 2/11, año 1851. Acta de la Junta de Beneficencia sobre la formación de una suscripción para mantener con su producto al sustento de los pobres de Alicante.

28. AMA. Beneficencia, leg. 2/12. Alicante 6/03/1851. Oficio de la Junta de Beneficencia al gobernador de la Provincia para tratar sobre el pobre Vicente Terol y Alcaraz. La Junta de Beneficencia proponía al gobernador ingresarlo en la Casa de Socorro «a donde puede remitirse el importe de la ración, para no gravar así al establecimiento».

29. AMA. Beneficencia, leg. 2/11. Alicante 7/03/1851. Los miembros del ayuntamiento constitucional eran: el alcalde constitucional, Tomás España y Sotelo; el segundo teniente de alcalde, Calixto Pérez; el tercer teniente de alcalde, Ildefonso Bergez. Los regidores: Pedro García Llinares, José Bas, Antonio Terol, José Puigserver, Ramón Campos, Antonio Campos y Doménech, José Manresa y Milá (procurador síndico en 1850 y 1851), Mariano Ibarra, Fernando Sala, José Minguilló, Antonio Blanch, José Gabriel Amérigo, Juan José Carratalá y Francisco Santo. Entre los asistentes contribuyentes figuraban: Victorio Dí, el conde de Santa Clara, Vicente Campos, Francisco Paris, Pedro Beltrán, Ramón Alberola, Pedro Brugada, Ramón Izquierdo Hernández, Pascual Vassallo, Juan Bautista Caro y Domingo Morelló Segura, entre otros.

[...] con amplias facultades [dispongan] lo conveniente a la mejor administración e inversión de los fondos que produzca la suscripción mensual formada para el sostenimiento de los pobres mendigos de esta población, bien continuando la sopa que actualmente se suministra, bien variándola en otra cualquier comida o ración...³⁰

Se perseguía dar una mayor uniformidad a la gestión de los fondos y un mayor impulso a la ejecución de los acuerdos. Apenas diez días después de esta reunión el panadero Agustín Santana se dirigía al gobernador para que ordenase al alcalde que le abonase el pan que debía la comisión encargada de la sopa. El alcalde se negaba a utilizar el «fondo de propios» de la ciudad pues nunca había adquirido tal compromiso sino que debía realizarse con el dinero recaudado por la comisión al efecto.³¹

En 1852 se presentaron las cuentas de lo recaudado e invertido en proporcionar la sopa a los pobres en prácticamente un año.³² Entre el detalle de los gastos realizados constaba haberse repartido, en apenas medio mes,³³ 115 raciones diarias de pan y comida a igual número de mendigos. El día de Pascua de Resurrección se repartieron 125 morcillas, distribuidas a igual número de mendigos. También se pagaron unos atrasos que se debían de la comida a los pobres de 1850 y sesenta reales de vellón en «estañar la olla en que se cuece la comida para los pobres». La comida se guisaba en un principio en un hospicio, pero fue ocupado por la tropa y se hubo de alquilar una casa por la que se pagaba al mes sesenta reales de vellón.³⁴

30. AMA. Beneficencia, leg. 2/11. Alicante 7/03/1851. Nombramiento de Ramón Campos, abogado y primer teniente de alcalde, y del consejero provincial Felipe Gil para administrar los fondos de la sopa de pobres.

31. AMA. Beneficencia, leg. 2/12. Alicante 17/03/1851. Reclamación del panadero Agustín Santana al gobernador.

32. AMA. Beneficencia, leg. 2/20. Alicante 22/03/1852. Se habían recaudado, desde abril de 1851 hasta marzo de 1852, 24.339 reales de vellón; y gastado, 24.333 reales.

33. AMA. Beneficencia, leg. 2/20. Alicante 27/03/1852. Cuenta de los ingresos y gastos pertenecientes a la sopa económica que se reparte diariamente a los pobres de esta capital, comprensiva desde abril de 1851 hasta la fecha. Se trataba del medio mes que comprendía desde el día 16 hasta el día 30 inclusive de abril de 1851. Cada ración costaba 22 maravedíes, por lo que el total ascendía a 1.116 reales con 6 maravedíes. Cada morcilla costó 12 maravedíes y el total ascendía a 44 reales de vellón con 4 maravedíes.

34. AMA. Beneficencia, leg. 2/20. Alicante 27/03/1852. Cuenta de los ingresos y gastos...

En 1852 una de las cuestiones que se trató³⁵ fue «la necesidad de asistir continuamente a la distribución de la sopa, por el turno que se tiene establecido».³⁶ Los componentes de la junta se comprometieron a verificarlo. Probablemente la asistencia al reparto de la sopa tenía por objetivo evitar favoritismos o desordenes en el reparto, o tal vez era una garantía de que las cosas se hacían según unas normas preestablecidas. En mayo se hizo balance de los dos años que se venía repartiendo a diario la ración de pan y de sopa a los mendigos. Varias personas contribuyentes se habían ausentado y se habían reducido los caudales disponibles, pero el mayor problema consistía en que:

en la actualidad por la equivocada creencia, seguramente, de que los pobres socorridos eran jornaleros afectos para el trabajo y mejoradas las circunstancias pueden encontrar ocupación, han descendido tan rápidamente los productos, que está amenazada de muerte una institución tan humana como honrosa. Necesario es disipar aquel error y fijar el concepto en que son personas ancianas y desvalidas las que han venido recibiendo la ración, y que si alguna nos acosa por las calles pordioseando, a pesar de la vigilancia que se ejerce, consiste en que se les ha privado de la limosna por la reducción de recursos. Si a este mal no se atiende con prontitud, los mendigos inundaran de nuevo las calles y perecerán en medio de su miseria.³⁷

Como se exponía, no era sólo un problema puntual para socorrer a los jornaleros sin trabajo y a sus familias, sino que muchos ancianos eran también alimentados a diario gracias a esta suscripción, prueba de que los recursos benéficos se encontraban desbordados y eran insuficientes. De nuevo se exhortó a los vecinos con recursos a la generosidad.³⁸ En marzo

35. AMA. Beneficencia, leg. 2/20. Alicante 22/03/1852. El alcalde constitucional del ayuntamiento, Ramón Campos, era el presidente de la junta encargada de la distribución de la sopa; otros componentes de la misma eran Felipe Gil, depositario de fondos; el cura Antonio Ripoll, Victorio Dié, Pedro Brugada, José Manresa y el canónigo José Penalva. Felipe Gil, depositario de los fondos, manifestó su imposibilidad de continuar desempeñando el cargo por las ocupaciones de la secretaria de gobierno de provincia que desempeñaba y se nombró en su lugar a José Manresa.

36. AMA. Beneficencia, leg. 2/20. Alicante 22/03/1852.

37. AMA. Beneficencia, leg. 2/11. Alicante mayo 1852. Sobre falta de recursos para continuar con la sopa de pobres.

38. AMA. Beneficencia, leg. 2/11. Alicante mayo 1852. Borrador para hacer un impreso y dar recibo de la cantidad suscrita para la sopa económica y ración de pan para los indigentes.

de 1853, el alcalde constitucional, José Minguilló, citó en las salas consistoriales a los componentes de la junta de la sopa económica³⁹ y se acordó suspender el suministro de la sopa a los pobres por «la gran baja que se nota en la suscripción con que se sostiene y no producir lo suficiente para continuar sin producir deudas».⁴⁰ Terminaban así, tras dos años, los esfuerzos por proporcionar alimento diario a los pobres de la ciudad evitando la mendicidad por las calles y disminuyendo la emigración de los jornaleros en épocas de escasez. Como muestra el gráfico 1 el precio del trigo bajó tanto entre la segunda mitad de 1852 y la primera de 1853 que pudo haber contribuido a facilitar una mayor accesibilidad de los jornaleros a un alimento tan básico, y justificar el cese de las aportaciones económicas.

LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE LA CASA DE MATERNIDAD

El ajustado presupuesto con el que contaban las instituciones benéficas provocaba que los problemas derivados de la carestía de los alimentos tuvieran una especial repercusión en este tipo de establecimientos. Este fue el caso de la Casa de Maternidad de Alicante. En 1847 la directora de la misma, Josefa Martínez, efectuaba una reclamación a la Junta Provincial de Beneficencia, con cuyos fondos se sostenía la institución, solicitando que se le aumentase la dotación que recibía para mantener a los niños mayores de 3 años y menores de 6. La junta consideraba fundada la solicitud y la defendía basándose en que era bien conocido por todos:

[...] el subido precio que tienen los comestibles en el día, especialmente el pan por la escasez de cereales, y como VS podrá conocer, no es posible alimentar en tan apuradas circunstancias a 21 niños que tiene a su cargo por la módica retribución de 1 real vellón por cada uno; debiendo hacer presente a VS que la exponente es tanto más digna de consideración, porque ya hace muchos años que desempeña dicho encargo a satisfacción de la Junta de Beneficencia, siendo bien conocido el celo e interés que se toma por todo lo perteneciente al

39. AMA. Beneficencia, leg. 2/29. Alicante 15/03/1853. Alcaldía Constitucional de Alicante. Convocatoria a los miembros que componían la Junta de la sopa económica que se proporcionaba a los pobres. A saber: el canónigo Antonio Ripoll, Victorio Dié, Mariano Ibarra, José Manresa –que había sustituido a Felipe Gil como depositario de fondos–, Pedro Brugada y el canónigo José Penalva.

40. AMA. Beneficencia, leg. 2/29. Alicante 15/03/1853. Supresión de la sopa a los pobres de esta capital.

establecimiento, cuidando a los expósitos con el mayor esmero y cariño, dándoles alimentos abundantes, como he podido examinar por mí mismo.⁴¹

La demanda en cuestión consistía en que se aumentase medio real de vellón más, sobre el que ya recibía por cada uno de los niños que tenía a su cuidado, debido a la carestía de comestibles que se estaba experimentando. Se concedió lo que solicitaba hasta que se normalizasen los precios.⁴² A finales de 1847 la Junta de Beneficencia informaba al jefe superior político que, si bien algunos precios se habían normalizado, el del pan, que era el de mayor consumo, no había bajado todavía al precio que generalmente había tenido en la ciudad. Exponía que los niños:

[...] consumen unos con otros una libra de pan diaria por cada uno, lo que no debe parecer excesivo si se atiende a que este artículo es su principal alimento, y no deben compararse estos niños con los que se crían en casas particulares, porque aquellos gozan de otras especies de alimentos que no disfrutan los que se mantienen en establecimientos de Beneficencia.⁴³

El precio del pan era muy elevado. La libra y media de pan común valía 45 maravedíes de vellón. Así pues con 30 maravedíes sólo se podían comprar 460 gramos de pan cada día para cada uno de los niños. Con los 4 maravedíes restantes no era posible cubrir el resto de lo que costaba su alimentación, «o de lo contrario sería indispensable el que éste se les redujera

41. AMA. Beneficencia, leg. 1/78. Alicante 4/03/1847. Solicitud de Josefa Martínez, directora de la Casa de Maternidad a la Junta de Beneficencia.

42. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 15/03/1847. Gobierno Político de la Provincia de Alicante. Oficio del gobernador José Rafael Guerra al alcalde de Alicante, presidente de la Junta de Beneficencia. Tras recabar los informes pertinentes de la Junta de Beneficencia y del Consejo Provincial, se autorizaba, debiendo cesar dicho acuerdo en cuanto las circunstancias especiales que lo habían requerido desapareciesen, momento en que volvería a recibir la cantidad señalada en la regla séptima de la circular del Gobierno Político inserta en el boletín del 15/01/1847. En la Casa de Maternidad se acogían expósitos de 2 a 6 años, en otro documento se dice que de 3 a 6 años. BOPA, nº 6, 15/01/1847. Circular. Reglas para el servicio de los expósitos en la provincia para el año 1847 y siguientes. Regla 7ª: Si cumplida la referida edad [3 años] no fueren prohijados se trasladarán a la casa de maternidad más inmediata, donde se les abonarán 30 reales vellón mensuales por cada uno hasta la edad de seis años.

43. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 4/12/1847. Oficio de la Junta de Beneficencia al jefe superior político de la provincia para continuar con el aumento de la dotación a cada niño de la Casa de Maternidad.

en perjuicio de su salud». ⁴⁴ En junio de 1848, se retomaba este problema. El precio de los comestibles había bajado pero la directora de la Casa de Maternidad se opuso a que le retiraran el medio real que venía cobrando de más pues, a pesar de que los precios de los comestibles en esos momentos tenían un precio regular, alegaba:

[...] no podía encargarse del alimento de los mencionados expósitos por un real vellón diario; mediante a que una larga experiencia le ha demostrado que, lejos de tener beneficio, ha experimentado pérdidas de consideración; y si bien no quería ganancias en perjuicio de aquellos desgraciados tampoco consideraba justo sufrir pérdidas que le obligaban a hacer continuos préstamos para que nada faltase al buen alimento de los niños en cuyo encargo está pronta a continuar si se le abonaba a razón de diez cuartos diarios por cada uno. ⁴⁵

La Junta también apoyó en esta ocasión a la directora Josefa Martínez, y decía constarle «el buen alimento que da a los niños». Esta persona hacía muchos años que desempeñaba el cargo de directora a satisfacción de la Junta y temían que si dejaba de cuidar de los niños expósitos difícilmente encontrarían quien lo hiciese. En ese caso resultaba indispensable que la administración se encargase del mantenimiento de los niños lo que sería, sin duda, mucho más gravoso. ⁴⁶ Finalmente, se acordó aumentar 6 maravedíes sobre el real que disfrutaba cada niño. ⁴⁷ Lo que comenzó siendo un incremento circunstancial acabó en un pequeño incremento permanente para poder alimentar con toda la economía posible a los niños expósitos.

44. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 4/12/1847. Continuó abonándose el medio real de vellón complementario.

45. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 5/06/1848. Oficio de la Junta de Beneficencia al jefe superior político, sobre el aumento de medio real más, sobre el que se destinaba a los alimentos de los niños de la Casa de Maternidad. La Junta envió un oficio al jefe superior político pues el precio de los comestibles en la ciudad de Alicante había bajado y así se lo habían hecho presente a la directora de la Casa de Maternidad con el objetivo de suprimir el medio real de vellón suplementario por la pasajera carestía de los alimentos. Sin embargo, la directora se opuso.

46. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 5/06/1848. Oficio de la Junta de Beneficencia al jefe superior político.

47. AMA. Beneficencia, leg. 1/89. Alicante 17/07/1848. Oficio del Gobierno Político de la Provincia de Alicante a la Junta de Beneficencia. Gobernador: José Rafael Guerra. Se recabó la opinión del Consejo Provincial y se acordó conceder a la directora de la Casa de Maternidad 6 maravedíes de aumento sobre el real que tenía asignado por el alimento de los niños expósitos de 3 a 6 años.

LA CARNE COMO ALIMENTO-MEDICINA

Los médicos otorgaban al consumo de determinados tipos de carne ciertas virtudes medicamentosas o especialmente beneficiosas para la salud. En especial se hablaba de las parturientas y de los enfermos. El suministro de la carne que requería la población intentó resolverse mediante el contrato con una persona que se comprometía a realizarlo durante un periodo de tiempo. En ocasiones, los abastecedores disfrutaban de unos monopolios de los que abusaban con perjuicio de los consumidores. Se producían entonces quejas y protestas con diversos motivos: la escasez de determinados tipos de carne recomendadas por los médicos para la mejoría de determinados pacientes, el elevado precio que alcanzaban en ocasiones, o la mala calidad de las mismas.

Un ejemplo de ello lo constituye lo sucedido en 1833 en el caserío de San Vicente del Raspeig. El alcalde pedáneo transmitió la queja de varios labradores del caserío y de algunos partidos inmediatos contra el abastecedor de carnes de carnero y macho cabrío. Sobre todo es interesante la mediación de los médicos en dicha protesta que el alcalde pedáneo transmitía de la siguiente manera:

se han quejado al que habla los vecinos de aquel partido y médicos, que el actual abastecedor de oveja y cordero es también abastecedor del carnero y macho y que durante la temporada que se permite consumir de las primeras carnes, no lo hace de carnero o macho en gravísimo perjuicio de los enfermos y parteras; [...] ha comprado de tierras de Castilla, crecida porción de ganado burdesco [*sic*] y dicen los médicos que tal calidad de ganado, no siendo nacido y criado por cercanas tierras, no sirve para parteras ni enfermos.⁴⁸

El abastecedor de la carne de oveja y cordero era en general diferente del que abastecía de carne de carnero y macho cabrío. Sin embargo, en el caserío de San Vicente del Raspeig coincidían ambos abastecimientos en la misma persona. Según los médicos, los enfermos y las parturientas eran los mayores perjudicados de esta circunstancia. En las épocas en que se

48. AMA. *Libro de Cabildos 1833*. Alicante 31/05/1833. Quejas del alcalde pedáneo del caserío del Raspeig, recogiendo y transmitiendo la queja de varios labradores del caserío y partidos inmediatos, contra el abastecedor de carnes.

permitía el consumo de oveja y de cordero⁴⁹ el abastecedor de carne del Raspeig descuidaba el abastecimiento de carnero y macho cabrío. Para mayor perjuicio, el origen de estas últimas carnes le confería una inferior calidad –según los médicos– y no servía para las parteras ni enfermos porque no era de tierras próximas sino que venía de lejos, de tierras castellanas concretamente.⁵⁰ José Ramos, abastecedor del caserío de San Vicente, debía matar carnero y macho cabrío y cuatro meses al año estaba autorizado para vender cordero y oveja. En el contrato establecido se le otorgaban una serie de privilegios.⁵¹ Cualquiera que pretendiera matar alguna res debía abonar a José Ramos cuatro reales de vellón por cada carnero o macho cabrío y tres por cordero u oveja. El *registrante* –que pagaba este derecho a Ramos por matar reses– marcaba un precio para vender su carne en la población y si José Ramos igualaba este precio su carne disfrutaba en la población de preferencia en la venta por ser el abastecedor. Esta cláusula suponía:

que si un sujeto quiere dar carne al pueblo a precio más bajo, sale el abastecedor con su preferencia y luego que mata un corto número de reses a este precio, vuelve a poner el alto [precio] anterior, privando por este estudiado medio al pueblo de lograr el beneficio que aquel le proporciona y obligarle a comer las carnes caras y malas como en el día sucede.⁵²

Además, se acusaba a José Ramos de ser responsable de las enfermedades que padecían algunos vecinos del pueblo debido a la carne de mala calidad que suministraba desde hacía algunas semanas:

Hace algunas semanas que el referido abastecedor está dando al pueblo carne de oveja burda, no fina, cuya carne se ha experimentado ser sumamente nociva, pues hay un crecido número de enfermos desde que se vende dicha carne y que confiesan ellos mismos ser efecto de haberla comido; y lo mismo certifica

49. La venta de carne de oveja y cordero solía permitirse solamente desde mayo a agosto inclusive.

50. AMA. *Libro de Cabildos 1833*. Alicante 31/05/1833. Quejas del alcalde pedáneo del caserío del Raspeig.

51. AMA. *Libro de Cabildos 1833*. San Vicente 11/06/1833. Informes sobre el asunto del abastecedor de carnes del caserío del Raspeig.

52. AMA. *Libro de Cabildos 1833*. San Vicente 11/06/1833. Informes ...

el médico; resultando a más que los enfermos carecen de la de carnero o macho por negarse a matar de esta clase el expresado abastecedor.⁵³

No disponemos de noticias sobre el final del conflicto, pero es significativa la intervención de los médicos en el peritaje de la calidad de la carne relacionado con la salud.

CONCLUSIONES

Las diferentes situaciones analizadas han puesto de manifiesto alguno de los problemas y particularidades que comportaba el suministro de alimentos en el Alicante de la primera mitad del siglo XIX y la diversificación socioeconómica que mostraban.

En el caso de las raciones de campaña suministradas al ejército, a pesar de las limitaciones relacionadas con la producción local y el mercado local, estas se mostraban adecuadas por su contenido en nutrientes y calorías. Otro tanto ocurría con la dieta de los alumnos del Colegio de Humanidades de Alicante, donde debe de destacarse la presencia de un alimento protector como la leche. Por el contrario, las oscilaciones en el precio del trigo, y por tanto en un alimento que, como en el caso del pan, tenía un protagonismo destacado en la dieta de las clases más desfavorecidas, obligó a las autoridades alicantinas a tener que arbitrar mecanismos de solidaridad social y promover una sopa de pobres, además de poner de manifiesto la precariedad de instituciones benéficas que, como en el caso de la Casa de Maternidad de Alicante, tenían serios problemas para garantizar una adecuada nutrición de sus asilados.

Por último, el ejemplo de los problemas de abastecimiento de carne de carnero y macho cabrío de calidad, además de mostrar la condición de medicina que mostraban determinados alimentos, ha puesto de manifiesto la importancia de los factores locales, concretados en el déficit ganadero de Alicante, y de las normas reguladoras del abastecimiento para explicar determinados déficits alimentarios.

53. *Ibidem.*

BIBLIOGRAFÍA

- «Alimentación, mercados y crisis de subsistencias» (2003), *Ámbitos*, 10 (número monográfico).
- Giménez López, E. (1981): *Alicante en el siglo XVIII. Economía de una ciudad portuaria en el antiguo régimen*, Valencia, Institució Alfons el Magnànim/ Diputació de València, pp. 367-375.
- Michelena, J. F. de. (1854): *Adulteración de alimentos, bebidas y medicamentos, o método fácil para descubrir los fraudes de los especuladores*. Matanzas: Imprenta de Don Juan Roquero.
- Vivanco, F., Palacios, J. M., García, A. (1984): «Datos obtenidos por análisis realizados en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Sección de Nutrición, completados con algunas de las Tablas de la FAO y del INCAP», *Alimentación y Nutrición*, Madrid, Dirección General de Salud Pública.

ELS FARMACÈUTICS TITULARS I LA SALUT RURAL:
FUNCIONS RELACIONADES AMB LA HIGIENE DELS ALIMENTS
(1904 A 1987)

Enric Cerdà Capuz

Universitat d'Alacant

Isabel Castelló Botia

Universitat d'Alacant

Javier Sanz-Valero

Universitat d'Alacant/Universitat Miguel Hernández

Carmina Wanden-Berghe

Universitat Cardenal Herrera CEU

INTRODUCCIÓ

Durant el segle xx s'observa una evolució dels farmacèutics titulars com a funcionaris adscrits a la sanitat local. L'anàlisi de la normativa ens ha permés resumir la principal legislació, entre els anys 1904 i 1987, que ajuda a conèixer el, ja declarat extingit, cos d'Inspectors Farmacèutics municipals des del naixement fins a la seua reestructuració o posterior amortització. Aquesta anàlisi també ens ajuda a conèixer les principals funcions de la seua competència, que recull el Reglament de personal dels serveis sanitaris locals del 1953, d'acord amb la seua formació farmacèutica, bromatològica, química i analítica.

De l'estudi del llibre editat per la Inspecció Provincial de Farmàcia i el Col·legi Oficial de Farmacèutics de Valencia, *La sanidad rural vista por el farmacéutico: trabajos de los farmacéuticos titulares* (1955), podem respondre diverses qüestions: Quina tasca exercien els farmacèutics titulars com a inspectors sanitaris? Quines activitats relacionades amb la higiene dels aliments realitzaven? Quin va ser el seu diagnòstic de salut de la província de València?

Al llarg del text s'observa de forma evident l'important paper dels farmacèutics titulars en la higiene dels aliments, ja que eren els responsables de controlar la majoria dels punts on més es comprometia.

MARC HISTÒRIC NORMATIU

Als municipis, les juntes locals no permanents que s'encarregaven del control de les epidèmies (febre groga i còlera) i els metges locals que contractaven els municipis per a l'assistència mèdica dels contagiats eren les úniques estructures sanitàries municipals al començament del segle XIX.

El farmacèutic amb activitats en salut pública, el farmacèutic titular, apareix regulat per primera vegada en el Reial Decret de 5 d'abril de 1854. Amb aquesta norma s'intenten concertar les accions estatals dirigides a preservar la salut de la població, i estendre a totes les localitats l'assistència mèdica i farmacèutica, que es culmina i s'estructura després de la creació de la Direcció General de Sanitat, per mitjà de la Llei del Servei General de Sanitat de 1855.

El farmacèutic titular, amb residència permanent i obligatòria al municipi, per a evitar la seua absència en cas d'epidèmia o catàstrofe, havia de regentar una oficina de farmàcia pròpia que, a més de prestar servei als habitants del municipi, garantia el subministrament de medicaments als pobres inscrits en el Padró de Beneficència Municipal. Posteriorment, s'integra com a sanitari local a partir de la Instrucció General de Sanitat de 1904.

Cal considerar que a l'inici del segle XX la situació sociosanitària de la societat espanyola era descrita com a catastròfica. A més, la major part d'aquesta població era rural i presentava una situació econòmica i, en conseqüència, sanitària, certament precària (Galiana i al., 2006). Amb els nous inspectors es volia tenir cura de la vigilància i la profilaxi de totes les malalties infectocontagioses, de la salubritat urbana, de la higiene alimentària i del control de vacunacions, a més de proveir el manteniment de l'estadística sanitària: en concret, la policia mortuòria i els efectes de les catàstrofes. Però, en el cas dels farmacèutics, els escassos ingressos que generava la pràctica lliure de la professió, la dispensació de remeis en l'apotecaria, motivava que en algunes localitats la plaça de farmacèutic titular quedara vacant, de manera que vastes zones rurals mancaven de servei farmacèutic.

És a dir, la realitat de l'aplicació de la salut pública espanyola al principi del segle xx era decebedora, ja que a l'alt nombre de vacants s'unien les escasses designacions d'inspectors provincials, i els que eren anomenats es demostraven poc constants (Rodríguez Ocaña, 1994).

Les funcions d'aquests professionals s'estructuren a partir de la Llei de Bases de Sanitat Nacional de 1944, i és en el Reglament de Personal dels Serveis Sanitaris Locals de 1953 quan veritablement adquireixen estatus propi, per a donar pas al Cos d'Inspectors Farmacèutics Municipals en el Reglament de 1953 (Suñe, 1971). Aquest reglament determina les seues característiques com a cos amb escalafó propi, amb els seus drets i deures, i també les seues competències com a sanitaris locals en sanitat ambiental, higiene dels aliments, dispensació de medicaments, productes anticriptogàmics i tractament de plagues, incloent-hi les funcions inspectores i analítiques, entre altres (Sanz-Valero i al., 2004).

A aquestes tasques cal afegir l'obligació de prestar els serveis propis del càrrec, amb caràcter subsidiari i a falta de farmacèutic militar, al personal de la Guàrdia Civil, la Policia Armada i de Trànsit, Cavallers Mutilats i forces destacades de l'exèrcit, en les condicions que determinen les disposicions que hauran de ser dictades pel Ministeri de la Governació o d'acord amb aquest (Zubeldia Lauzurica i al., 1993).

Ara bé, tota aquesta legislació esmentada prenia gran part de les competències sanitàries municipals, que transferia als poders supramunicipals dependents del govern central, i així s'iniciava el declivi de la sanitat local, per bé que s'acceptava l'existència d'un reduït nombre d'«ajuntaments exceptuats», tots de grans ciutats, com València o Bilbao, autoritzats a mantenir cossos mèdics, farmacèutics i veterinaris propis (Gondra Rezola, 2003). En concret, la ciutat de València disposava d'un cos de sanitat municipal propi, que va viure moments d'esplendor en la primera meitat del segle xx, quan duia a terme tasques relatives a anàlisis d'aigües i aliments, a més d'introduir les campanyes de vacunació (Barona i al., 2007).

La Llei General de Sanitat de 1986, que modifica definitivament l'estructura sanitària espanyola, no recull la figura dels sanitaris locals, i en el seu desenvolupament normatiu sanitari autonòmic es procedeix a la seua reorganització o a la seua amortització. En concret, a la Comunitat Valenciana, aquesta reestructuració es fa mitjançant el Decret de març de 1986,

que definia i estructurava l'atenció primària de la salut a la Comunitat Valenciana, i l'Ordre de maig de 1986, que el desenvolupava, delimitava les zones i àrees de salut d'aquesta Comunitat i promovia, en conseqüència, la desaparició dels partits farmacèutics.

ACTIVITATS I FUNCIONS DELS FARMACÈUTICS TITULARS

De la revisió de la normativa podem saber que, al principi, el farmacèutic titular es limitava a l'assistència amb medicaments als pobres i a actuar en cas d'epidèmies sense poder abandonar la localitat de residència, i a formar part de les juntes locals de sanitat (Parrilla Valero, F.). No obstant això, les màximes competències dins de la salut pública espanyola s'obtenen a partir del Reglament de Personal dels Serveis Sanitaris Locals de 1953, recollides en els articles 39 a 42. Aquestes competències relacionades amb la higiene alimentària no són les primeres funcions que van tindre els farmacèutics titulars (però sí que són les primeres recollides en un reglament). Els farmacèutics titulars ja tenien un rol principal en el primer terç de segle, com s'observa en la monografia presentada en la qual es demostra que el seu rang d'actuació va més enllà de controlar, diagnosticar, inspeccionar, analitzar i denunciar. Són autèntics coneixedors del terreny, de la gent i, per tant, de la seua interacció. A continuació detallem les que, en major o menor mesura, tenen relació amb la higiene alimentària:

Article 39.1.4a. Practicar, com a químic sanitari municipal, en les poblacions on no hi ha laboratoris municipals, els serveis següents:

- a) Anàlisi química i microbiològica dels aliments, begudes, condiments i utensilis relacionats amb l'alimentació quant a les seues condicions higièniques per al consum.
- b) Inspecció de fabricació i venda d'utensilis de cuina, pel que fa a esmalts i vernissos, i també quant a la fabricació de paper d'estany, càpsules metàl·liques i, en general, tota classe d'envasos metàl·lics.
- c) Recollida i anàlisi dels gasos i altres substàncies tòxiques que s'originen en fàbriques considerades insalubres o perilloses establides dins del territori en què s'estenguen les seues funcions.

- d) Prestació dels serveis que siguem necessaris a la Direcció General de Sanitat, en tot el que fa referència a la base 26 de la Llei de Sanitat (de 25 de novembre de 1944), relativa a la higiene bromatològica.
- e) Inspecció i anàlisi dels productes anticriptogàmics i els altres productes que s'utilitzen contra les plagues del camp, i que puguen repercutir en la sanitat i higiene pública.
- f) Inspecció i vigilància dels establiments i indústries que es determinen en el terme municipal.

Article 41

- a) Els farmacèutics titulars faran les anàlisis necessàries per a comprovar la puresa dels productes i perseguir, si escau, els frauds que hi pugua haver. Al final de les anàlisis prendran personalment o faran prendre, amb les garanties degudes, les mostres en la localitat en què residisquen, i, en altres casos, hauran de ser-los facilitades, també amb les garanties degudes, per l'alcalde corresponent.
- b) La quantitat de productes que hauran de prendre's en concepte de mostra i les formalitats que han de complir-se en aquests casos seran fixades pel Ministeri de la Governació com a annex als mètodes oficials d'anàlisi.
- c) Mereixerà una atenció especial la vigilància de la potabilitat de les aigües de consum públic; quan siga necessari es farà la depuració d'aquestes aigües i de les residuals, i també l'anàlisi química i bacteriològica.

Article 42. Els farmacèutics titulars avisaran immediatament l'alcalde respectiu del resultat de les seues investigacions analítiques i inspeccions a fi que l'autoritat municipal prenga les mesures oportunes i impose les sancions que siguem procedents quan es trobe alteració o falsificació de les substàncies alimentàries o contaminació de les aigües; caldrà, a més, notificar aquesta circumstància a la Inspecció Provincial de Farmàcia.

Aquestes activitats, en consonància amb la seua formació bromatològica, química i analítica, donen al farmacèutic titular la capacitat inspectora

sobre els aliments, la seua fabricació i venda, i també la dels seus ingredients, incloent-hi l'aigua. Amb tot, aquestes funcions es duïen a terme amb recursos escassos i salaris baixos, situació que menava a incompliments constants de les tasques.

La normativa del paper dels farmacèutics titulars va ajudar a homogeneïtzar les seues competències ja que, amb anterioritat, cada farmacèutic titular actuava, sempre des de la professionalitat, segon el seu criteri i les característiques del partit sanitari al qual pertanyia. Així, s'observa una evolució en el seu rol després de l'aparició de la normativa.

LA SANITAT RURAL EN LA PROVÍNCIA DE VALÈNCIA VISTA PEL FARMACÈUTIC

La feina que duïen a terme els farmacèutics titulars (inspectors farmacèutics municipals) no obeïa a un pla conjunt. La part burocràtica que comportava la seua activitat era desconeguda per a molts d'ells, de manera que no solien comunicar les seues accions a la Inspecció Provincial de Farmàcia i, algunes vegades, ni tan sols als ajuntaments. Així mateix, no hi havia cap publicació periòdica en què pogueren publicar els seus treballs, exposar les seues diligències o proposar orientacions.

Per a corregir aquesta situació, la Inspecció Provincial de Farmàcia i la Comissió d'Inspectors Farmacèutics Municipals del Col·legi de Farmacèutics de València es van proposar canalitzar el treball d'aquests sanitaris. Se'ls va obligar a disposar del material considerat indispensable: impresos d'oficis, talonaris d'actes d'inspecció, llibre de registre, segell oficial d'inspecció, etc. I al mateix temps, el deure de donar compte a l'Ajuntament respectiu i a la Inspecció Provincial de Farmàcia de les tasques dutes a terme.

Per una circular de 9 de gener de 1954, de qui llavors era inspector provincial de Farmàcia, José Marqués Gil, es va instar aquests farmacèutics a remetre, en el termini determinat, una memòria que detallara la labor inspectora que realitzaven. En aquestes memòries es recollien les anàlisis químiques i bacteriològiques de la majoria de les fonts de la província, així com la manera d'evacuació de les aigües residuals. També descriuen les condicions higièniques del treball a les fàbriques, els resultats de les visites a forns i fleques, cafés, botigues de comestibles, perruqueries, drogueries, locals d'espectacles i altres establiments, on estenien l'acta d'inspecció

corresponent. I prestaven especial atenció a les condicions sanitàries de les escoles, la producció agrícola, els adobs, els productes anticriptogàmics i tot el que tenia a veure amb la vida activa dels pobles.

Al costat de les dades sol·licitades per la superioritat, es pot observar, quan fem una ullada a algunes de les memòries, que determinats titulars introdueixen comentaris i informació, producte de les seues afeccions o per influència del medi on resideixen. N'hi ha que classifiquen i cataloguen les plantes del seu partit judicial i d'altres estudien el clima i les conseqüències que té sobre l'agricultura. Hi ha també comentaris sobre la geologia, la parasitologia, la bacteriologia i la fitopatologia. Tot aquest compendi d'anotacions forma una descripció etnobotànica de l'entorn, i fins i tot de la realitat social de la població.

Les actuacions efectuades es van recollir en un llibre editat per la Inspecció Provincial de Farmàcia i el Col·legi Oficial de Farmacèutics de València (1955). Inclou un total de 216 localitats, algunes de les quals pedanies. Es destaca que no apareix la ciutat de València, ja que era «ajuntament exceptuat» i no depenia, per tant, de la Inspecció Provincial. D'aquestes, 21 no disposen de cap tipus d'establiment registrat, ni tan sols un forn artesanal o una tenda minorista d'alimentació.

Es relaten un total de 4.132 establiments visitats de 25 diferents tipologies (taula 1). L'apartat més extens correspon a les visites d'inspecció fetes als establiments en funció de les atribucions en matèria d'higiene dels aliments, en què se'n detalla l'estat sanitari i el consell higiènic sanitari que s'imparteix. Convé destacar els controls de la desinfecció duts a terme i els productes que s'hi utilitzaven, la majoria dels quals estan prohibits actualment: Formaldehid, Cianhidrines, Lindane, Hipoclorit, fins i tot el DDT; i en molts casos se n'usaven mescles. De la mateixa manera s'esmenten els treballs fets en el laboratori i els destinats a descobrir fraus en l'alimentació humana i animal.

És molt interessant llegir aquelles memòries que, a més, recullen l'estat sanitari i de conservació de parcs i jardins, safarejos, locals públics, cementeri, escoles, controls de les aigües del mar en zones costaneres, i els abocaments industrials descontrolats; o informes sobre grans sèquies, com la de Vera o la Reial del Xúquer. En alguns pobles es relata l'inici de la construcció del clavegueram.

Igualment interessant és l'apartat sobre les millores sanitàries urgents que figura en molts dels treballs, referides generalment a la distribució de l'aigua potable, quan n'hi ha; l'evacuació d'aigües residuals, moltes vegades inexistents o feta a través de multitud de pous cecs, i la necessitat de pavimentar els carrers. Hi ha fins i tot recomanacions que poden redundar en un major benestar de la població o de la productivitat del treball: necessitat d'escola, de guarderia infantil, enllumenat, locals de recreació, regadiu, etc. En alguns casos fins i tot apareixen denúncies presentades en el moment de fer la inspecció.

En conclusió, aquest compendi d'anotacions forneix un diagnòstic de salut, a més d'interessants informacions de caire etnobotànic de l'entorn, i fins i tot de la realitat social de la població.

Aquesta monografia, d'indubtable valor, constitueix una «quasi» topografia sanitària dels municipis valencians de l'època.

ANNEX

A tall d'exemple resumim la informació que hi remeté el farmacèutic titular de Ròtova, Francesc Sastre i Sendra. Partit farmacèutic que comprenia les localitats de Ròtova, Alfauir, Almiserà, Castellonet de la Conquesta i Llocnou de Sant Jeroni.

Hi presenta una descripció detallada de la geografia de la zona: l'orografia (derivacions del Sistema Ibèric, on destaca el Mondúver, al nord de la comarca), la hidrografia (esmenta el riu Vernissa, afluent del Serpis, i de cabal migrat), la geologia (descriu perfectament la composició del sòl des de la seua formació en el període cretaci), el clima (que qualifica de beneficis des del punt de vista higiènic, i posa l'èmfasi en l'aire, la temperatura, la pressió atmosfèrica i el règim de vents), la flora (de la qual detalla els cultius i la vegetació silvestre, relata les plantes medicinals de la zona, amb el nom llatí, i l'ús popular que se'n fa), la fauna (tractada amb la mateixa diligència que la flora) i inclou una ressenya històrica basada en estudis dels catedràtics de la Universitat de Barcelona, professors Pericot i Alcover.

Després comenta les inspeccions i altres actuacions, com les desinfeccions amb formol a les cases on hi ha hagut defuncions, i també les desinsectacions en els llocs públics amb DDT.

Explica les peculiaritats de cada població, amb una anàlisi exhaustiva dels establiments visitats, i conclou amb les principals necessitats de cada indret.

Taula 1: Tipus i nombre d'establiments inspeccionats per Circular de 9 de gener de 1954 de la Inspecció Provincial de Farmàcia de la província de València.

| Establiment | nombre | percentatge |
|-------------------------------------|---------------|--------------------|
| Tendes de comestibles | 2.073 | 50,27 |
| Forns, fleques | 721 | 15,48 |
| Cafés, bars o tavernes | 572 | 13,87 |
| Almàsseres | 159 | 3,86 |
| Ultramarins | 122 | 2,96 |
| Fàbriques de gel i begudes gasoses | 104 | 2,52 |
| Escorxadors | 99 | 2,40 |
| Vins i licors | 66 | 1,60 |
| Fàbriques de farines | 55 | 1,33 |
| Mercats | 45 | 1,09 |
| Magatzems de taronja | 23 | 0,56 |
| Fàbriques de conserves | 19 | 0,27 |
| Molins d'arròs | 13 | 0,32 |
| Carnisseries | 11 | 0,27 |
| Fàbriques de gelats | 9 | 0,22 |
| Especeries | 7 | 0,17 |
| Botigues de verdures | 5 | 0,12 |
| Fàbriques de torró | 4 | 0,10 |
| Fàbriques de xocolata | 4 | 0,10 |
| Fàbriques de midó, hòsties i pastes | 4 | 0,10 |
| Abastiment de llet | 3 | 0,07 |
| Abastiment d'orxata | 2 | 0,05 |
| Peixateries | 2 | 0,05 |
| Fàbrica d'embotits | 1 | 0,02 |
| Abastiment de malta | 1 | 0,02 |

AGRAÏMENTS

A Maria Teresa Castelló i Gilabert, inspectora farmacèutica municipal d'Estivella, i a Josep Bernabeu i Mestre, catedràtic d'Història de la Universitat d'Alacant, per les ajudes i aportacions rebudes.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Barona, J. L. i Bernabeu-Mestre, J. (2007): *Ciencia y sanidad en la Valencia de la República*, València, Publicacions de la Universitat de València.
- Galiana, M. E. i Bernabeu-Mestre, J. (2006): «El problema sanitario de España: Saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo xx», *Asclepio*, vol. 58, 2, pp. 139-163.
- Gondra Rezola, J. (2003): «La sanidad municipal en Bilbao hasta su encrucijada durant los años de la “Transición”», *Gaceta Médica de Bilbao*, suplement, pp. 36-39.
- Inspecció Provincial de Farmàcia i Col·legi Oficial de Farmacèutics (1955): *La sanidad rural vista por el farmacéutico: trabajos de los farmacéuticos titulares*, València, Impremta Pascual Quiles.
- Parrilla Valero, F. (2009): «En busca del origen de los farmacéuticos titulares», *Gaceta Sanitaria* (pendent de publicació, article acceptat el 6 de maig de 2008).
- Rodríguez Ocaña, E. (1994): «La salud pública en España en el contexto europeo», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 68, monogràfic, pp. 11-27.
- Sanz-Valero, J. i Castelló-Gilabert, M. T. (2004): «Evaluación de la situación laboral y profesional de los farmacéuticos titulares en la Comunidad Valenciana», *El Farmacéutico*, 317, pp. 84-96.
- Suñe, J. M. (1971): *Legislación Farmacéutica Española* (3ª ed), Granada, Gráficas del Sur.
- Zubeldia Lauzuriza, L.; Muelas Tirado, J.; i Hernández Aguado, I. (1993): «Situación de los Farmacéuticos Titulares en el ámbito del estado español. Análisis de sus funciones y competencias en materia de higiene de los Alimentos en la Comunidad Valenciana», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 67, 6, pp. 507-517.

Vicent Olaso

Arxiu Municipal d'Oliva

Aquesta comunicació té com a objectiu traçar l'evolució de la dieta servida a malalts, convalescents i pelegrins en l'hospital de Sant Marc de Gandia des de les primeres notícies conservades en l'edat moderna fins a començament del segle xx. La informació s'ha extret principalment del meu treball sobre dit hospital, publicat el 1988,¹ en el qual, amb l'excepció dels registres de malalts,² havia consultat quasi per complet les fonts de Sanitat i Beneficència existents a l'Arxiu Històric de la ciutat.³ Tret de les referides a epidèmies i contagis i de les conegudes com "Estats sanitaris del partit judicial", la majoria d'aquestes fonts són de naturalesa administrativa i econòmica. Això condicionà el contingut del llibre, basat sobretot en l'estudi de la gestió i de les finances —a fi de comptes allò que més preocupava el consell municipal, responsable del centre—, en perjudici dels aspectes sanitaris i nutricionals, de treballós rastre documental. Només esporàdicament, com ara amb una "Dieta de malalts i convalescents" de la segona meitat del segle xviii, es podia obtenir informació de limitat abast sobre continguts medicinals o alimentaris. Cal no oblidar que els hospitals medievals i moderns es distingien més aviat per ser establiments caritatius i benèfics encaixats per les estretors econòmiques que no per una garantia de guarició. Tampoc la bibliografia emprada per al llibre ni la que s'ha fet servir per a la present comunicació han proporcionat més

1. Olaso, V., *L'Hospital de Sant Marc de Gandia. Una institució per a pobres malalts (segles XIII-XX)*, Gandia, CEIC Alfons el Vell, 1988.

2. Estudiats per Rico Gil, J. L., en la seua tesi doctoral inèdita *La asistencia hospitalaria durante los siglos XVII y XVIII. Hospital de San Marcos de la ciudad de Gandía*, Pamplona, Universitat de Navarra, 1990.

3. Vegeu OLasos, V.; Garcia Gimeno, A.; Alonso López, J., *L'Arxiu Municipal de Gandia: Inventari del Fons Històric (1274-1924)*, València, Conselleria de Cultura Educació i Ciència; Diputacions d'Alacant, Castelló i València, 1991, pp. 123-127.

que unes minses referències a la dieta hospitalària, coincidents, d'altra banda, amb les notícies de la documentació gandiana. Ara, hem extractat i ordenat l'escassa informació disponible per tal d'esbrinar la progressió del nodriment en un centre hospitalari de reduïdes dimensions que, en tot cas, segueix les mateixes pautes observades en la resta d'hospitals valencians coetanis. Ho farem en dos grans períodes, separats pel moviment de la Il·lustració.

SEGLES XVI I XVII

En aquest període de temps s'observa com els hospitals valencians segueixen els principis de la filosofia gal·lènica dominant, en la qual l'alimentació constituïa un apartat central. L'abastament blader per fer pa n'era fonamental, a la capital i a tot arreu del regne, i, amb una clara orientació sanitària s'obligava a l'existència de llocs de pa blanc candial per a malalts.⁴ Per la seua part, els ous preocupaven especialment les autoritats municipals, perquè era habitual fer-ne passar per frescos, més cars, els que no ho eren. Les fortes penes imposades per aquest frau tenen la seua raó de ser, segons les disposicions a l'efecte, en el fet que "la experiència mostra lo danyós que és per als malalts y a la salut pública".⁵ La minuciosa legislació sobre el bon estat, conservació i fabricació d'aquests aliments i d'altres, com verdures, carn o peix, s'explica per una visió de la malaltia i de la medicina que feia culpables els aliments dels processos morbosos, especialment de les epidèmies.⁶

Així les coses, en la majoria de centres hospitalaris l'alimentació es basava en carn (de gallina i no tant de moltó), mantega, formatge, peix (més utilitzat en Quaresma per la prohibició de carn), pa, ous, vi, oli, llegums, verdures i hortalisses, aquestes darreres, tretes, en cas que existís, de l'hort propi.⁷ Com hem dit, els hospitals combinaven la sanitat amb unes formes primerenques de beneficència, de manera que els usuaris no sols eren malalts,

4. Salavert Fabiani, V. L. i Graullera Sanz, V., *Professió, ciència i societat a la València del s. XVI*, Barcelona, Curial, 1990, p. 166.

5. *Idem*, p. 167.

6. *Idem*, p. 170.

7. Rubio Vela, A., *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, València, Alfons el Magnànim, 1984, pp. 148-149.

sinó també pobres de solemnitat, pelegrins o transeünts, que, en trucar a la porta, rebien una petita ració composta normalment d'ous, pa i vi. I encara cal afegir les prostitutes locals, recollides i alimentades als centres en Setmana Santa per respecte a la festa religiosa. No és d'estranyar, doncs, que la major part dels pressupostos s'esmerçés en la nutrició.⁸

Des del segle XVI, en què la documentació sobre l'hospital de Gandia comença a tindre certa envergadura, fins almenys la segona meitat del segle XVIII, les relacions de comptes conservats s'estructuren en "setmanes", concepte que comprén a grans trets els dispendis de les tasques quotidianes, i que n'inclou d'altres com l'oli, la sal o les bugades de roba. Prenent com a exemple el trienni 1561-1563, s'adverteix que entre els apartats individualitzats es troben la llet, les gallines, l'altra carn, el pa, el vi i la lactància de nadons feta per les dides. Carn, pa i vi eren més de la meitat del total de la despesa. L'anotació per separat de les gallines, a més de per la producció dels ous, s'explica pel seu ús continu en la preparació de brous, tal com veurem més endavant, tot i que els diners emprats queden a molta distància dels aliments anteriors. També hi ha un apartat propi de "trànsits i refrescos a passatgers", aquests darrers fets d'aigua i sucre, i un altre per al pa beneït ofrenat en la festa del patró, sant Marc.⁹ Quasi cent anys després la relació de viandes cita, a més, ordi, carabassat, mel i vinagre, mentre ous i vi segueixen formant la modesta pitança subministrada als viatgers de pas per la vila, confirmant així la sostinguda presència del segon en el règim de segles passats.¹⁰

En qualsevol cas, l'element bàsic en l'alimentació dels malalts sembla haver estat l'aviram. Durant la pesta que delma Gandia a mitjan del segle XVII, el consell local demana ajuda a les poblacions veïnes. Ontinyent envia 50 caps entre polles (gallines joves) i pollastres, una dotzena de "pans de bescuýt" i 15 ous; de Miramar arriben 12 polles i 6 pollastres; de Piles, tres dotzenes i mitja d'aus i 6 ous; de Beniopa, dos dotzenes de pollastres, 4 polles, 4 gallines i 76 ous; del monestir de la Valldigna, 40 pollastres, 24 polles i 12 gallines. Es registren alhora algunes poques donacions particulars, però l'ajuda és curta per a superar el tràngol, i les autoritats municipals,

8. *Idem*, pp 138-139.

9. Olaso, *L'Hospital*, ..., pp. 37-38.

10. *Idem*, p. 64.

en una lletra d'agraïment als seus homòlegs d'Ontinyent, es queixen que, a excepció dels citats, els pobles del voltant, tot i ser coneixedors de la realitat de l'epidèmia, no donen ni tan sols ous per fer bescuits o en demanen molts diners,¹¹ cosa que els obliga a carregar un impost extraordinari sobre el forment.¹² Com a mostra d'agraïment pel seu compromís, ofereixen dos de les polles al metge Pere Torrent com a sopar la nit que arriba a Gandia des de València.¹³ Per la seua part, el duc Francisco Diego de Borja es limita a enviar 30 cafissos de blat.¹⁴ En aquell moment, els preus de les aus, que havien variat ben poc des de principi de segle, eren de 8 sous la gallina, 6 la polla, 3 el pollastre, i 7 diners el parell d'ous. Les aus, criades amb segó i dacsà, s'adquirien preferentment en els llocs de la rodalia gandiana.¹⁵

En aquest mateix període de pesta, els comptes de les sises dels anys 1651 i 1652 ens permeten ampliar la informació sobre el menjar dels habitants de Gandia. En concret, el major consum de carn de moltó correspon al Palau Ducal, seguit del convent de Sant Roc, el col·legi de la Companyia de Jesús i el convent de les Clarisses, exempts tots del pagament per pertànyer als estaments socialment privilegiats. També estaven excloses d'aquesta tributació les institucions caritatives, l'hospital entre elles, si bé allí, segons Santiago La Parra, el servei de moltó era mínim, i encara, des de novembre de 1650, no s'havien satisfet les compres fetes en les carnisseries, quatre en total entre vila i raval.¹⁶

SEGLES XVIII, XIX I XX

Arribats a la segona meitat del segle XVIII, es detecten els que potser són els primers intents d'ampliar i racionalitzar l'alimentació dels pacients. Tot i no diferir molt de la proporcionada en èpoques passades, malgrat haver estat redactada en la tardana data de 1773, la mateixa existència de la "Dieta de malalts i convalescents", rubricada pels metges titulars de l'hospital gandià, permet conèixer amb més detall l'alimentació dels usuaris de l'hospital,

11. La Parra, S., *Tiempo de peste en Gandia (1648-1652)*, Gandia, Ajuntament, 1984, pp. 59-60.

12. *Idem*, p. 62.

13. *Idem*, p. 71.

14. *Idem*, p. 73.

15. *Idem*, p. 96-98.

16. *Idem*, pp. 83-85.

i pareix apuntar en la direcció d'aquest procés de millora, en concordança amb els principis il·lustrats que regeixen aquesta centúria.

Els metges recomanen, com a més convenient per al restabliment de la salut, establir dos tipus de ració: si la persona hospitalitzada encara estava malalta, devia prendre tan sols “caldo” set vegades al dia; la primera, a les cinc del matí, i l'última, acompanyat de “micapán”, a les onze de la nit. Si ja era convalescent, a més del brou, calia una mica de gallina o altra carn sobrant dels “pucheros” d'on eixia aquest brou, fregida amb un poc de mantega de porc, com a primer mos a les set del matí. Al llarg del dia menjaria pa i sopa i beuria una mica de vi; i a la nit acabava amb un guisat fet de gallina i altra carn, la qual de vegades podia ser fins i tot crua.¹⁷

Com a exemple del fet que el règim alimentari no canviava gaire entre uns hospitals i altres tenim l'exemple de la veïna ciutat d'Oliva, quan durant una epidèmia de tercianes de 1785 el mateix Antoni Vivanco, un dels signants de la dieta gandiana, va proposar, sense sort, crear a la vila una “Casa de Pietat” o hospital per a malalts pobres, on recomanava que l'alimentació consistira en brous, subministrats cada tres hores a partir de les cinc del matí. Per obtenir-los, es farien els “pucheros” amb carn de moltó, cigrons, encisam i borratja. Per cada un dels malalts, calia afegir a l'olla nou unces de carn, “en la misma forma que se practica en el Santo Hospital de la Ciudad de Gandía.” En els intermedis entre brou i brou, per “refrescar”, es beuria aigua amb sucre. Als convalescents, durant set dies, se'ls donaria “ración de carne cocida diariamente a las once del día, y a las cinco de la tarde, con más nueve quartos para pan, y vino ... Y al convaleciente que no alcanzaran dichas raciones de carne, se le darán ... 18 quartos.”¹⁸

La major diversificació dels aliments és ja clarament observable cent anys després durant el còlera que afecta Gandia el 1885. L'habitual saturació que l'hospital patia en casos d'epidèmia obliga a instal·lar una infermeria provisional regida per les germanes carmelites. La relació dels que s'utilitzen combina els coneguts fins ara (sucre, ous, vinagre, sal, mantega, carn, pa, gallines, cigrons, vi) amb d'altres que apareixen per primera vegada, com l'arròs, incorporat ara, després de ser causa en la centúria anterior

17. Olaso, *L'Hospital...*, p. 106. Vegeu apèndix documental.

18. Pons Fuster, F., “Sobre la peste de Oliva de 1785”, *Cabdells*, 3; Oliva, Associació Cultural Centelles i Riusech, 2001, p. 104.

de les conegudes –i força temudes– epidèmies de tercianes, i també llimonada, creïlles, fideus, sèmola i café.¹⁹ Sucre, fideus i xocolate són productes adquirits per l'hospital el primer terç del segle xx a la fàbrica Nogueroles, prestigiosa empresa local especialitzada en la fabricació de torrons i confits. A més, la Societat Nestlé fa unes aportacions no especificades, que ben bé podrien ser llet en pols o productes de nutriment infantil.²⁰

CONCLUSIONS

L'escassa informació que sobre l'alimentació dels antics hospitals valencians pot trobar-se en les fonts i la bibliografia consultada permet afirmar que pa, ous, vi i carn són els elements fonamentals de la dieta administrada als seus usuaris. Entre la carn, és la de gallina la que té un paper més destacat. Era utilitzada fonamentalment per a la preparació de brous i olles (“pucheros”) que, almenys fins a finals del segle XVIII, constitueixen el plat principal i la base de la nutrició. Els avanços que la medicina experimenta en aquesta centúria són més visibles en la dieta dels hospitals a partir del segle XIX, quan el cultiu de l'arròs ha superat l'entrebanc de les epidèmies de paludisme i s'incorpora decididament a un règim alimentari més diversificat en el qual es possible trobar altres ingredients nous, com les creïlles, els fideus i la sèmola, a més de productes “de luxe” fins aquell moment, com ara els dolços o el café.

APÈNDIX DOCUMENTAL

(1773, març, 22. Gandia)

Dieta hospitalària de malalts i convalescents

AHCG, *Llibre de resolucions de l'hospital, 1727-1831*, sig. 1823.

De orden del Dr. Joseph Sentís, mayordomo de este Hospital, se ha dispuesto (por juzgarlo los médicos abajo firmados más [...] para la curación de los enfermos), la Dieta de los enfermos y convalecientes en la forma siguiente:

19. Olaso, *L'Hospital...*, p. 141.

20. *Idem*, p. 145.

Dieta para enfermos

Caldo a las 5 de la mañana, a las 8, a las 11, a las 2 de la tarde, a las 5, a las 8, y a las 11 de la noche caldo y micapán.

Dieta de los convalecientes

A las 7 de la mañana, una tasa de sopa del caldo sobrante del puchero de noche, o de la carne, y gallina de dicho puchero, frito con manteca de puerco; compóngase el desayuno dando medio pan a cada enfermo, y un traguillo de vino. A las 11 la comida ordinaria, que se acostumbra dar. A las 4 ó las 5 de la tarde, una tasa de sopa y un traguillo de vino. A la hora acostumbrada de cenar se da un guisado, que se variará a prudencia del velante y enfermero, y se compondrá de una ración de carne y gallina cocida para cada convaleciente, añadiendo de carne cruda las raciones que falten para completar el número de los convalecientes, y contando lo que llamamos en nuestra lengua *minúcies de la gallina*, por una ración. Por exemplo: quedan de los pucheros quatro raciones, y han de comer nueve convalecientes, se añadirán cinco raciones de carne cruda para el guisado, que con las quatro de carne y gallina cocida componen el número de nueve raciones, para los nueve que han de cenar.

Orden de pucheros

A las 6 de la mañana Puchero para los caldos de las 8, 11 y 2 de la tarde. Puchero a las 2 de la tarde, para los caldos de las 5 y 8 de la noche. Puchero a las 9 de la noche para las 11 y 5 de la mañana.

Assí lo juzgamos para el mejor gobierno de este Santo Hospital y puntual asistencia de sus enfermos. Y para que conste, lo firmamos en la Ciudad de Gandia a los 22 días del mes de Marzo del Año 1773.

Dr. Joseph Sentís, mayordomo. Dr. Joseph Cortés. Dr. Antonio Bivanco.

**Josep Xavier Esplugues i Pellicer, Rosa E. Fornés Oliver,
Antoni Banyuls i Pérez, M^a Carme Ronda Abad**

Departament d'Infermeria Comunitària, Medicina Preventiva i Salut
Pública i Història de la Ciència, Universitat d'Alacant

“obres el pa
l'enrames d'oli cru amb un pessic de sal
després el torres una mica i basta”
(Vicent Andrés Estellés, “La Lluna de colors”)

INTRODUCCIÓ

Deia Hipòcrates, s. IV a. C., “que el menjar siga el teu aliment i l'aliment, la teua medicina”. L'alimentació és un dels aspectes més rics de la cultura, però no deixa de ser una qüestió força complexa i un fet davant el qual apareixen una multitud d'interrogants i de tòpics. Recentment s'ha constatat una relació directa entre els hàbits alimentaris i la morbi-mortalitat de les poblacions dels països industrialitzats (Aroca, 1997). Fins al 42% de les defuncions es produeixen per malalties cardiovasculars relacionades amb factors de risc que, al mateix temps, estan associats amb el tipus d'alimentació (hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, dislipèmies, àcid úric...). Davant d'aquestes evidències, l'alimentació es planteja com una de les millors eines per a previndre malalties i, sobretot, per tenir una millor salut, en un moment on, segons les previsions per al 2020 del grup de treball de la International Obesity Task Force, els problemes cardiovasculars es convertiran en les principals malalties del món occidental.

En aquest sentit, l'anomenada dieta mediterrània s'ha convertit en un paradigma de nutrició equilibrada, i l'interès per aquest tipus d'alimentació tradicional ha augmentat en les darreres dècades (Costa, 2005;

Torrado, 2002). Tanmateix, en els últims anys, a tota la conca mediterrània i, per tant, al País Valencià, s'estan produint importants canvis en els hàbits alimentaris que comencen a preocupar els responsables sanitaris, fonamentalment per l'alarmant augment de l'obesitat infantil i la diabetis *mellitus* tipus 2 (Deniel, 2002; Montero, 1999). A l'enquesta Nacional de Salut de l'any 2006 s'objectiva un 15% d'obesitat entre les persones d'edat adulta i un 9,13% en els xiquets d'entre 2 i 17 anys (Estratègia NAOS, Ministeri Sanitat i Consum, 2008). A més a més, menys de la meitat dels escolars menja a diari fruita fresca (Deniel, 2002).

Moraira és un indret mariner, dins del municipi de Teulada-Moraira, representatiu de les comarques del litoral. Com la resta dels pobles valencians va consolidar la seua transició nutricional i alimentària en la segona meitat del segle xx. Els problemes relacionats amb la desnutrició van ser progressivament superats i van aparèixer els factors de risc i, per tant, les malalties associades amb la sobrealimentació, malgrat trobar-se en les zones d'influència de la dieta mediterrània. Per aquest motiu, probablement, va formar part de les enquestes rurals d'alimentació i nutrició que es van realitzar l'any 1962. En definitiva, es va passar d'una precària economia, basada en la indústria pesquera tradicional, a un veritable allau turístic, que li ha permés evolucionar socioeconòmicament i culturalment.

En aquest estudi es pretén analitzar la transició nutricional i alimentària de la població de Moraira, fonamentalment com van anar superant-se els problemes inicials de desnutrició i, valorar com el desenvolupament urbànic i els canvis associats han pogut influir en l'augment de les malalties associades a la sobrealimentació.

MORAIRA: UNA POBLACIÓ DEL LITORAL VALENCIÀ

Moraira és un nucli de població enclavat a la costa del terme municipal de Teulada. Aquest assentament humà és força contemporani. L'il·lustrat Cavanilles manifestava la inexistència de cap tipus de cases a final del segle xviii (Cavanilles, 1797), tot i que s'assabentava de les magnífiques condicions que representava aquest indret de la Mediterrània per a les embarcacions:

(...) Al poniente del cabo Morayra está el cabo Blanco, y entre ellos la ensenada de Morayra abierta al sur, defendida por un castillo situado en el comedio de ella. Todo género de embarcaciones quedan allí abrigadas de los vientos de poniente, norte y levante, en un fondo de arena y alga. No hay en las cercanías población alguna hasta Teulada, que dista casi una legua hacia el norueste.

Fou en la segona meitat del segle XIX quan va començar a produir-se l'ocupació del territori, al voltant de l'esmentat castell, en perdre aquest la seua funció defensiva. Segons el Nomenclàtor d'Alacant, el 1860 hi havia 38 cases, 12 d'una planta, 25 de dues plantes i una sense especificar.

Però va ser en el passat segle quan es va consolidar el nucli urbà, primerament com a aldea de mariners i camperols i, posteriorment, a causa de les seues immillorables condicions paisatgístiques, com a destacat centre del turisme internacional.

Moraira és un clar exponent del fenomen turístic de la Marina Alta i del litoral valencià en general. Les possibilitats econòmiques d'aquest lloc privilegiat ja eren evidents en el primer terç del segle XX, com ho manifestava el Dr. Pitarch Jarque el 1934, metge titular de Teulada durant més de quaranta anys:

(Moraira) por la magnífica playa que allí existe, por su clima delicioso y por su admirable situación geográfica sería un constante movimiento de forasteros y se levantarían con seguridad gran número de construcciones por aquel parage que es encantador.

Tot i això la població de Moraira es va mantenir estancada durant bona part de la centúria, fonamentalment per les deficiències higièniques i per l'existència de malalties gairebé endèmiques, com ara el paludisme (Pitarch, 1934):

Merece especial mención el poblado de Moraira, situado a 6 km de la población de Teulada, unido a la misma por una carretera de reciente construcción, algo abandonada, que consta de unas 60 casas, en las que por su especial situación junto al mar están habitadas por gentes que se dedican exclusivamente a la pesca. Estas casas son de malas condiciones higiénicas y sus habitantes están

azotados continuamente por el paludismo y en ocasiones han sido verdadero foco de viruela.

Les greus mancances higièniques dels habitatges dels pescadors van impulsar el “Plan Nacional de Mejoramiento de la Vivienda en los poblados de pescadores” dins d’un ambiciós projecte de reconstrucció de l’estat que es va iniciar l’anys 1940, una vegada finalitzada la Guerra Civil Espanyola. L’estudi que es va dur a terme així ho il·lustrava:

(...) la vivienda del pescador; desgraciadamente y debido a lo incierto de sus ingresos, a lo aleatorio de su vida, se acerca más a la vivienda del minero en esa escala de condiciones, cuyo resultado conduce a la conclusión de que casi todas debieran ser destruídas, singularmente allí donde han surgido los poblados lejos de una vieja población, según es más frecuente en las costas meridionales y levantinas; componiéndose entonces de agrupación de chozas y tinglados de inverosímil proporción y traza, edificadas a veces por el mismo interesado en habitarlas; llegando a dominar esta característica primitiva de tal modo que a través de la vida social de estos conjuntos se percibe una marcada sensación de tribu, donde todo el ciclo de necesidades y conveniencias encuentra solución dentro del recinto del poblado en términos de elementalidad impresionantes.

Segons aquest estudi, Moraira formava part de les zones més humils i deficitàries de l’estat, com corresponia a la major part del litoral valencià. Així, cal dir que en una superfície útil de poc més de 17 m² podien amuntregar-se fins a tres persones i en pagaven un lloguer d’entre 10 i 15 pessetes mensuals, mentre que el jornal era de 3 pessetes per als hòmens i 5 per a les dones, si és que treballaven reparant xarxes.

Per una altra banda, el problema del paludisme va ser reiteradament denunciat pel metge Pitarch:

a pesar de la excelente situación topográfica de dicho poblado de Moraira, que integra este término municipal, se encuentran sus habitantes diezmos por las llamadas fiebres palúdicas (...) casi lindando con el mar —a unos cien metros de este caserío— unos pantanos (...) constituyen los focos morbosos.

Pitarch també va insistir en la necessitat de procedir-ne al sanejament mitjançant la dessecació de les aigües estancades i la plantació de grans arbres, com els eucaliptus, que encara existeixen a la platja de l'Ampolla, a pocs metres del nucli principal de la població.

Les esmentades especials condicions de Moraira feren que, a l'any 1962, fóra elegida com l'exemple representatiu d'un poble pesquer de la mediterrània en les enquestes rurals d'alimentació i nutrició que des del 1960 es realitzaven dins del programa SEAN (Palacios, 1972). Tot i tractar-se d'un poble mariner, la seua activitat econòmica ja havia girat en la dècada dels seixanta cap a la febre de la construcció (Palacios, 1972: 989):

Desde hace unos años el turismo invade el pueblo (...). La construcción de chalets para veraneantes es muy floreciente (...). El pueblo es pequeño, con 180 habitantes. Aunque hay seis barcos de pesca en el pueblo solamente dos salen actualmente a la mar. El resto trabajan o en las canteras o en la construcción de "chalets" o cultivan sus huertos y el campo. Las mujeres hacen cestos o trabajan de asistentes en los "chalets". Muchas familias alquilan en verano en sus casas habitaciones a veraneantes.

Vint anys després les condicions antihigièniques de les cases s'havien solucionat i també el problema palúdic. A més a més, la posició econòmica dels seus habitants era relativament bona, amb jornals superiors a les 100 pessetes, enfront de les 3 o 5 de principis dels anys quaranta.

Aquesta situació de bonança es reflecteix en el fet que és el poble que més diners invertia en alimentació, si el comparem amb les altres zones analitzades pel SEAN (taula 1). Les enquestes rurals d'alimentació i nutrició realitzades en l'any 1962 van determinar que perquè una dieta fóra equilibrada i, per tant, que cobrira les necessitats mínimes diàries de substàncies nutritives, era necessària una despesa mínima per persona i dia de 18 pessetes. Tot i que per a Moraira, per tractar-se d'una zona d'estiuejants, aquesta xifra sofria un increment fins a les 21 pessetes per habitant i dia, encara per sota de la mitjana obtinguda en l'enquesta alimentària (Palacios, 1972: 995).

| Taula 1. Despesa mitjana per persona i dia | | |
|--|------|----------------------|
| Població | Any | Quantitat (pessetes) |
| Belinchón | 1962 | 12,60 |
| Moraira | 1962 | 25,60 (19,60-42,40) |
| Puerto de Santa Cruz | 1966 | 16,25 |
| Pinarejos | 1966 | 20,19 (8,50-42,70) |
| Isla de Hierro | 1971 | 26 |

És evident que la població autòctona de Moraira disposava de suficients recursos econòmics per a fer front a les necessitats nutritives de les famílies. Però, malgrat poder afrontar la despesa alimentària, la situació no era molt satisfactòria, més bé tot el contrari, com ara veurem. Per altra banda, hi havia famílies que amb 19,60 pessetes estaven millor alimentades que altres amb 42,40. Per tant, el coneixement del valor nutritiu dels aliments i una correcta informació sobre economia domèstica sembla fonamental per aconseguir una nutrició adequada.

Les dades sobre l'aportació calòrica i proteínica de la dieta de Moraira eren molt favorables. Cal destacar que, pel fet de tractar-se d'un poble mariner, la ingesta de proteïnes totals superava la mitjana calculada per al conjunt de l'estat (75 gr per persona i dia enfront dels 70 gr calculats). Però, d'aquestes proteïnes, 30 grams eren d'origen animal, fonamentalment peix, quan s'acceptaven com a recomanables uns 20 grams. També el consum de vitamina C era plenament satisfactori, ja que se'n superaven el 140% de les necessitats diàries, fet aquest lligat al costum de l'esmorzar tradicional de la localitat: "este aporte tan considerable está íntimamente ligado al folklore alimentario de la localidad. (Existe la costumbre de almorzar pan con tomates o pimientos y aceite crudo)". En canvi, hi havia un considerable dèficit de calci (el 35% de les necessitats), de vitamina A (més del 50% de les famílies no arribaven a la meitat de les recomanacions internacionals) i un lleuger dèficit de riboflavina, niacina i tiamina. Les mancances de calci i vitamina A van ser una constant en totes les enquestes realitzades dins del programa SEAN.

Aquestes deficiències alimentàries tenien el seu reflex en les dades antropomòrfiques observades. Com s'ha posat de manifest, les èpoques de penúria acaben repercutint sobre el creixement fisiològic i impedeixen el

normal desenvolupament orgànic (Beneito, 2008). En les taules 2 i 3 es comparen, per sexe, les mitjanes de la talla, el pes i l'índex de massa corporal de les poblacions analitzades pel SEAN. Característicament s'observa com la talla adulta de Moraira és una de les més baixes, com a conseqüència de les dolentes condicions que va patir la població als anys trenta i quaranta, tal i com s'ha vist anteriorment. De fet, en el llibre de defuncions del registre civil de Teulada la mortalitat infantil (mitjana dels anys 30-35) representa la sexta part del total dels òbits i, a més, en el 50% dels casos es deu a una "falta de desarrollo", com correspon a una època de greus mancances nutricionals.

Aquestes xifres són força significatives si les comparem amb l'anàlisi antropomètrica realitzada en la província de Castelló el 1955 (Altava, 1957), on comarques d'àmbit rural i reduït desenvolupament socioeconòmic anaven mitjanes de gairebé 165 cm per als hòmens, i de 155 cm per a les dones, en ambdós casos tres centímetres per sobre de la mitjana de Moraira.

| Taula 2. Distribució per talla, pes i IMC (hòmens) | | | | |
|--|------|------------|-----------|-------|
| Població | Any | Talla (cm) | Pes (kgr) | IMC |
| Belinchón | 1962 | 163 | 60 | 22,58 |
| Moraira | 1962 | 162 | 65 | 24,77 |
| Puerto de Santa Cruz | 1966 | 162,6 | 61 | 23,07 |
| Pinarejos | 1966 | 165,3 | 64,5 | 23,61 |
| Isla de Hierro | 1971 | 168,44 | 61,38 | 21,63 |

| Taula 3. Distribució per talla, pes i IMC (dones) | | | | |
|---|------|------------|-----------|-------|
| Població | Any | Talla (cm) | Pes (kgr) | IMC |
| Belinchón | 1962 | 151 | 53 | 23,24 |
| Moraira | 1962 | 152 | 59 | 25,54 |
| Puerto de Santa Cruz | 1966 | 154,5 | 55 | 23,41 |
| Pinarejos | 1966 | 154,5 | 61,5 | 25,76 |
| Isla de Hierro | 1971 | 154,90 | 64,43 | 26,85 |

L'anàlisi que fa el SEAN de l'alimentació infantil a Moraira determina un endarreriment de talla de tres centímetres per als xiquets i de quatre per a les xiquetes, en relació als infants considerats correctament alimentats.

També identifica un 24% de càries dental i lleugers símptomes d'avitaminosi A. Al cap i a la fi es tracta d'un retard en el creixement a causa d'un reduït consum de calci, vitamina A i, en menor mesura, riboflavina (Palacios, 1972: 1009).

Però, si teòricament les condicions de vida havien millorat, fonamentalment pel fenomen turístic i la construcció de xalets, com és que encara hi havia greus carències alimentàries? Com és que encara alguns xiquets presentaven la característica taca de Bitot, signe de l'avitaminosi A? Doncs, per un miserable consum de productes lactis, llet i formatge, fonamentalment. Per una altra banda, el 1954 el Ministeri d'Assumptes Exteriors va crear la Comissió Interministerial d'Auxili Internacional a la Infància per a administrar, dirigir i desenvolupar a Espanya els programes d'ajuda a la infància, fonamentalment la distribució de més de 200.000 tones de llet en pols de l'Ajuda Social Americana. Aleshores, què va passar amb aquesta llet en pols? Per què no es va distribuir? Els responsables de l'enquesta van trobar la resposta a aquestes qüestions (Palacios, 1972: 1008):

La leche sólo se utiliza en pequeñas cantidades con café o malta. Su empleo va ligado a casos de enfermedad y para las personas ancianas. La leche en polvo no sólo no se consume, sino que está completamente desacreditada. Los niños no la toman en la escuela como complemento alimenticio (...). En la casi totalidad de las casas encontramos leche en polvo, en mal estado de conservación. Esta había sido distribuida por el maestro nacional a través de los niños o por Cáritas Diocesana para las personas adultas. La causa fundamental, muy a tener en cuenta, del desprestigio de este producto fue el comenzar la distribución de este alimento sin una campaña previa educativa para dar a conocer su valor nutritivo y manera de prepararla y conservarla.

Per tant, les deficiències dietètiques detectades eren causades, fonamentalment, per un consum mínim de llet i formatge, conseqüència d'hàbits malsans i costums alimentaris inapropiats. El poder adquisitiu no era un problema, perquè la carn sí que es consumia, tot i no produir-se en la localitat. És a dir, existia una demanda d'aquest producte pel prestigi que representava i, per tant, s'importava a diari, malgrat el seu preu elevat.

A més, en la taula 3 hi ha una dada cridanera, l'índex de massa corporal de les dones adultes, xifra que s'eleva més a partir dels quaranta-cinc anys,

on es troben casos d'engreixament i, fins i tot, d'obesitat. En aquests casos, a una correcta aportació calòrica i proteica, fins i tot per sobre la necessària, l'acompanyava un treball sedentari (Palacios, 1972: 1008).

En cuanto al exceso de aporte calórico, no es muy acentuado, pero determino en un grupo de individuos (mujeres a partir de los cuarenta y cinco años) casos de engorde lindando la obesidad, sirviendo como causa coadyuvante el trabajo sedentario que realizan estas mujeres, ya que permanecen la mayor parte del día sentadas, tejiendo palmito para hacer cestas, sombreros u otros objetos de artesanía.

MORAIRA AL TOMB DEL SEGLE XXI

L'any 2001 es va realitzar un diagnòstic de salut del municipi de Teulada, del qual forma part Moraira (Clemente, Villanueva, 2003), on s'analitzen diferents aspectes d'aquest municipi de la Marina Alta. La població ha anat augmentat considerablement: de 3.400 habitants que s'havien mantingut més o menys estables des del 1900 fins al 1981, es passa a més de 5.000 a principis de la dècada dels noranta; i a l'inici de la nova centúria es duplica la població (el cens del 2001 supera les 10.000 ànimes). Aquest increment poblacional és causat sobretot per la immigració, i prové fonamentalment dels països de la Unió Europea (anglesos i alemanys, sobretot, que acudeixen a aquest municipi una vegada conclosa la seua vida laboral). L'activitat econòmica està dominada pels sectors de la construcció i els serveis que se'n deriven (hoteleria, immobiliàries, bancs, comerços...).

L'estudi de les variables de mortalitat i morbilitat determina un patró característic de les societats occidentals, amb un predomini de les malalties cardiovasculars, els càncers i els accidents. L'única diferència destacada entre la població autòctona i la immigrant es troba en les malalties digestives. No sembla haver diferències pel que fa a les malalties cardiovasculars.

L'anàlisi de les altes hospitalàries, una representació indirecta de la morbilitat, tot i que amb limitacions, ens aporta unes dades força significatives. Els percentatges de malalties cardiovasculars i circulatòries és dos punts superior a la mitjana comarcal, 17% enfront dels gairebé 15% del conjunt de la Marina Alta. Aquest fet ens suggereix la hipòtesi que els hàbits alimentaris i els estils de vida poc saludables s'han mantingut en les darreres

dècades de forma més acusada a Teulada-Moraira (com hem apuntat, no s'han trobat diferències pel que fa a les patologies cardíaques i del aparell circulatori entre els forasters i els nadius del municipi). Probablement aquells casos d'engreixament dels anys seixanta foren els antecedents, que amb els pas del temps han empitjorat, dels factors de risc que es troben darrere dels actuals percentatges de malalties cardiovasculars.

En l'esmentat informe de salut no hi ha dades sobre comportaments o consums alimentaris, com tampoc programes de promoció d'un estil de vida saludable. Tanmateix, en les conclusions es menciona la necessitat d'instaurar estratègies d'actuació basades en la promoció de la salut, especialment l'educació per a la salut (Clemente, 2003: 168).

A MODE DE CONCLUSIONS

Moraira pot constituir un exemple del que ha estat el desenvolupament del litoral valencià, on, al mateix temps que es produeix la destrucció del paisatge i el compromís de la sostenibilitat futura, es modifiquen els hàbits alimentaris, i augmenten les anomenades malalties de la civilització. Tot i això, l'estudi històric ens pot resultar una eina valuosa per entendre la situació actual, com per exemple que una major inversió en menjar no significa necessàriament una millora de la dieta, a vegades, més bé el contrari. Que determinats aliments eren apreciats per la població i consumits habitualment, malgrat el seu elevat preu, com era el cas de la carn. En canvi, altres rebien la consideració de complements o "per a malalts" i eren emmagatzemats, com els lactics. També en els anys seixanta s'incidia en la influència del tipus d'activitat laboral com a responsable dels casos d'obesitat que començaven a detectar-se, com les dones que feien cistelles i barrets per a vendre als turistes, fenomen que es va veure incrementat amb el pas del temps per les mancances d'exercici físic i per l'augment d'oficis o professions del sector terciari.

En els darrers anys s'està produint un moviment de recuperació de les tradicions culinàries de la Marina Alta. Uns receptaris que evoquen aromes, sabors i olors que, a vegades, indueixen a posar-les en pràctica, en un intent de tornar a la cuina de sempre. Tal vegada aquests tipus d'iniciatives que conjuguen tradició amb modernitat aporten un aire de renovació i de modernitat, que ens permetrà iniciar la croada contra els mals hàbits

alimentaris responsables de les anomenades malalties de la civilització. Perquè, com deia Nèstor Lujan, de res serveix fer una dieta si després no es menja.

BIBLIOGRAFIA

- Altava, V. (1957): *Crecimiento y alimentación de los castellonenses*, Castelló, Institución Viciana de la Excma. Diputación Provincial de Castellón. Centro de Estudios Médico-Biológicos.
- Aroca García, M. D. *et al.* (1997): “Hábitos alimentarios y patrones de consumo en una zona de salud”, *Atención Primaria*, 19 (2), pp. 72-78.
- Beneito Lloris, A. i Puche Gil, J. (2008): “Creixement econòmic i desenvolupament fabril en Alcoi, 1840-1915: Misèria fisiològica sota l’èssplendor industrial?”, dins *La sociedad industrial al País Valencià*, Alcoi (en premsa).
- Castro, X. (2001): *Ayunos y yantares, usos y costumbres en la historia de la alimentación*, Madrid, Nivola libros y ediciones, S. L.
- Clemente Paulino, I. i Villanueva Ballester, V. (2003): *Diagnòstic de salut del municipi de Teulada*. Teulada, Ajuntament de Teulada, Associació Cultural Amics de Teulada, CAM (Caja de Ahorros del Mediterráneo).
- Cortés, B. i Ros, E. (2005): “La dieta mediterrànea”, *Cuadernos de nutrición*, vol. 28 (4), pp. 163-174.
- Deniel Rosanas, J. *et al.* (2002): “Niveles de colesterol sérico en una población de Catalunya. Evolución en un período de 6 años (1994-1999)”, *Atención Primaria*, 29 (5), pp. 278-286.
- Martínez Carrión J. M. i Pérez Castejón, J. J. (2002): “Creciendo con desigualdad. Niveles de vida biológicos en la España rural mediterrànea desde 1840”, dins *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII-XX*, Alacant, Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp. 405-460.
- Ministerio de la Gobernación (Dirección General de Arquitectura) (1942): *Plan Nacional de Mejoramiento de la vivienda en los poblados de pescadores*, Madrid, tomo 1.
- Montero López, P. *et al.* (1999): “Hábitos alimentarios en mujeres: frecuencia de consumo de alimentos y valoración del cambio en el comportamiento”, *Atención Primaria*, 23 (3), pp. 127-131.

- Palacio, J. M., Vivanco, F. i Alonso, B. (1972): “Encuestas rurales de Alimentación y Nutrición”, *Rev. San. Hig. Púb.*, 46, pp. 939-1081.
- Pitarch Jarque, J. (2003): *Memoria Estudio Topográfico Sanitario de la Villa de Teulada* (transcripció Ivars Cervera, J). Teulada, Ajuntament de Teulada (Regidoria de Cultura, Educació i Patrimoni).
- Puche Gil, J. (2005): “Niveles de vida biológicos en el País Valenciano, 1840-1960: evidencias antropométricas”, *VIII Congreso de la Asociación de Historia Económica*. Galicia, 13-16 de septiembre de 2005, manuscrit de 36 pàgines.
- Varela Mosquera, G., García Rodríguez, D. i Moreiras, O. (1971): *La nutrición de los españoles. Diagnóstico y recomendaciones*. Madrid, Estudios del Instituto de Desarrollo Económico.

Rosana Prats Frau

Centro de Salud de Torrente.

María José Báguena Cervellera

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia “López Piñero”.

Universitat de València-CSIC

INTRODUCCIÓN

A comienzos del siglo XIX, Europa se vio sacudida por una nueva enfermedad epidémica, el cólera, que hasta entonces había limitado su acción al valle del Ganges, su foco endémico originario. En el transcurso de esta centuria, cuatro grandes pandemias recorrieron el continente de este a oeste, afectando a Valencia respectivamente en 1834, 1855, 1865 y 1885, con dos epidemias de menor gravedad en 1860 y 1890.

La cuarta pandemia se inició en 1883, año en que Robert Koch descubrió en Egipto su microorganismo responsable, el vibrión colérico. La presencia de la enfermedad en las localidades francesas de Tolon y Marsella en 1884 alertó a las autoridades españolas, que adoptaron diversas medidas de aislamiento. En el mes de agosto, el ayuntamiento de Barcelona comisionó al bacteriólogo Jaime Ferrán, que había empezado a estudiar el vibrión colérico, para que se desplazara a Marsella y conociera las medidas sanitarias adoptadas por la ciudad frente a la epidemia de cólera. Cuando regresó a su laboratorio de Tortosa con muestras de cultivo del microorganismo recogidas en el hospital de coléricos marsellés, desarrolló una vacuna frente a la enfermedad (Báguena, 1995: 652-675).

Los médicos y las autoridades sanitarias valencianas conocían los últimos descubrimientos microbiológicos en torno al cólera a través, fundamentalmente, de Amalio Gimeno, catedrático de Terapéutica de la Facultad

de Medicina y miembro de la Junta Provincial de Sanidad. A lo largo de los meses de setiembre y octubre había informado en las sesiones del Instituto Médico Valenciano del descubrimiento del bacilo del cólera en Egipto y su posterior verificación en la India, así como de su morfología característica, el medio de cultivo y su transmisión por vía digestiva (Actas 1885-1886: 108-112).

Se analizará a continuación el brote colérico ocurrido en Beniopa (Valencia) en 1884, durante el transcurso de la cuarta pandemia de la enfermedad. Se han buscado las respuestas que suscitó, tanto en las autoridades como en los médicos y en la sociedad que lo padeció, con el fin de comprobar si se conocían y aplicaban los nuevos descubrimientos microbiológicos en torno al cólera: la identificación del vibrión colérico, su cultivo y su transmisión por el agua, así como su coexistencia con interpretaciones miasmáticas de la enfermedad.

Para la elaboración del presente estudio se han utilizado las actas de la Junta Municipal de Sanidad de Gandía, el semanario local *El Litoral*, las revistas médicas valencianas *La Crónica Médica* y el *Boletín del Instituto Médico Valenciano* y la *Memoria* sobre la epidemia escrita por los delegados facultativos del gobierno Rica Lafora y Cubells Calvo.

El trabajo se ha estructurado en dos apartados: en el primero se estudian las medidas sanitarias preventivas que la población de Gandía, muy próxima a Beniopa, adoptó ante la presencia de cólera en el sur de Francia y, posteriormente, en Novelda (Alicante); en el segundo se recoge la evolución de la epidemia en Beniopa, su diagnóstico microbiológico, la actuación de los delegados médicos gubernativos, la creación de instituciones sanitarias específicas para los afectados, el tratamiento aplicado y el reflejo de todo ello en la prensa local.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN GANDÍA FRENTE A LA EPIDEMIA DE CÓLERA DE 1884

Al igual que otras poblaciones españolas, Gandía adoptó una serie de medidas sanitarias ante la presencia del cólera en el sur de Francia. Su Junta Municipal de Sanidad, reunida en sesión extraordinaria el 28 de junio, acordó entre otras disposiciones y tras conocer las publicadas por el gobernador civil de la provincia, la inspección diaria de las frutas y verduras

puestas a la venta, el barrido y el riego de las calles dos veces al día y la limpieza de las acequias del interior de la población (Archivo Municipal de Gandía, 1884a).

A pesar de las medidas preventivas adoptadas, el cólera penetró en España el mes de agosto por Novelda, en la provincia de Alicante. La aparición de la enfermedad llevó a la Junta Municipal de Sanidad de Gandía a establecer el 12 de agosto un lazareto en la ermita de Santa Ana, situada en el monte del mismo nombre y a poco más de un kilómetro de Gandía, a cuyo colegio de las Escuelas Pías pertenecía, para mantener en observación a aquellas personas procedentes de localidades con casos de cólera. Esta ermita ya se había utilizado como lazareto, junto con la ermita de San Antonio, durante la epidemia de fiebre amarilla de 1870, por ser sitios secos, bien ventilados y situados por encima del nivel del mar. En la ermita de las Almas, junto al río Serpis, se abrió otro lazareto para quien viniera de pueblos de Alicante que no padecieran la enfermedad. Se acordó asimismo construir un barracón en el muelle exterior de la estación de ferrocarril para fumigar las mercancías y equipajes (Archivo Municipal de Gandía, 1884b).

Con el fin de que las medidas higiénicas fueran conocidas y llevadas a cabo por la población, los médicos de Gandía publicaron una serie de instrucciones el 7 de setiembre en el periódico local *El Litoral* que el alcalde acordó imprimir en hoja suelta y distribuir entre los vecinos (Arias, 1884a). Se insistía en la limpieza y la ventilación de ropa y viviendas, en evitar el hacinamiento en los lugares públicos, en comer y beber con moderación evitando alimentos indigestos y en la necesidad de avisar al médico ante cualquier problema de salud. Ese mismo día, el alcalde publicó un bando en el que ordenaba a todos los vecinos que comunicaran diariamente la relación de forasteros que albergaran en sus casas (Arias, 1884b). No se podría salir de la población sin un pase sanitario. A los forasteros procedentes de una población no infectada de Alicante, se les mantendría cinco días en observación en el lazareto de las Almas y, si vinieran de una localidad con cólera, pasarían quince días en el de Santa Ana. Las mercancías llegadas a la estación de tren serían objeto también de una vigilancia exhaustiva. Al mismo tiempo, en una reunión de la Junta de Sanidad se informó de la detención de dos curtidores que, tras regresar de Elda, habían intentado burlar el cordón sanitario y de otras tres personas que volvían en tren desde

Valencia y no llevaban el pase sanitario. Los cinco fueron conducidos a la ermita de las Almas para que pasaran los quince días establecidos como cuarentena (Archivo Municipal de Gandía, 1884c).

Aunque ya se sabía a partir de las investigaciones de Robert Koch que el vibrión colérico se transmitía por el agua, no se realizaron análisis de la misma ni se previno sobre su consumo. Las prácticas preventivas llevadas a cabo se basaron todavía en la teoría miasmática, que defendía la transmisión del cólera y del resto de enfermedades infecciosas por los miasmas, sustancias volátiles transmitidas por el aire o por el contacto con personas enfermas u objetos que hubieran estado en contacto con ellas, ya que se les atribuía una naturaleza pegajosa que les permitía adherirse y permanecer en la piel, ropa, mercancías, etc.

Las incomodidades y el perjuicio económico que los cordones sanitarios ocasionaban aparecen reflejados en la prensa, aunque se subraya su aceptación por la población y sus logros y se anima a los gandienses a no bajar la guardia (La salud pública, 1884). También se aplaude la decisión del Ayuntamiento de aplazar la Feria de San Francisco de Borja, prevista para la primera semana de octubre, al mes siguiente y evitar así las aglomeraciones de gente y el posible contagio y propagación del cólera por personas enfermas que acudieran a la feria, ya que en Barcelona, Tarragona y en las localidades alicantinas de Novelda, Monóvar, Elche, Villena y Monforte la epidemia seguía en activo (Noticias, 1884a). La desaparición de la enfermedad hizo levantar los cordones sanitarios a la vez que cesaron las actividades de la comisión permanente de Sanidad nombrada por el Ayuntamiento de Gandía, cuyos miembros daban cuenta del éxito de su gestión el 26 de octubre en *El Litoral*:

Hemos cortado el paso a la epidemia que sembraba el luto en los vecinos pueblos. Hemos arrancado muchas víctimas a la terrible Parca. Hemos evitado enfermedades cuyas complicaciones hubieran sido funestas; y por último, hemos justificado una vez más, con elocuentes pruebas, que la salud de los pueblos depende, no solo de su situación topográfica y de sus condiciones climatológicas, sino también del celo de sus autoridades locales, del cuidado de las juntas de sanidad y de la solicitud de sus delegados (Melis, 1884).

LA EPIDEMIA DE CÓLERA DE BENIOPA

Beniopa fue una alquería musulmana incorporada al ducado de Gandía en el siglo XVI. En 1965 fue anexionada al municipio de Gandía.

En 1884 constituía una pequeña población agrícola de 531 habitantes situada a un kilómetro de Gandía. Las lluvias de la primera semana de noviembre habían anegado la localidad e impedido las labores del campo, empobreciendo aún más a sus habitantes y empeorando sus precarias condiciones higiénicas.

El 11 de noviembre cinco habitantes de la población presentaron casi simultáneamente un cuadro de vómitos, diarrea, frialdad, calambres, afonía, anuria y cianosis, muriendo cuatro de ellos ese mismo día. El médico titular de Beniopa, Enrique Gomis, comunicó al alcalde la noticia y éste la notificó al gobernador, quien nombró al higienista Vicente Rica Lafora delegado especial para Beniopa (Rica, 1885: 8-9). Al mismo tiempo se procedió al acordonamiento de la población por parte de la Guardia Civil del puesto de Gandía y los guardias municipales de la misma, acordonamiento muy incompleto por la falta de efectivos. Rica Lafora llegó el día 13 e inspeccionó a los enfermos. Había nueve más con idénticos síntomas, por lo que comunicó al gobernador que la enfermedad era cólera según su opinión y la de los dos médicos de Beniopa y pidió que se reforzara el cordón sanitario. Agotados los efectivos de Gandía, el gobernador hubo de recurrir a una compañía del regimiento de Bailén, constituido por miembros de la Guardia Civil y Municipal, además de doscientos guardias civiles, cuarenta soldados de infantería y un pelotón de caballería, todos ellos procedentes de distintos regimientos de la provincia de Valencia (Rica 1885: 26-27). Dos días después acudió el gobernador en compañía de los miembros de la Junta Provincial de Sanidad Amalio Gimeno y Manuel Candela, catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Valencia. Tras visitar a los enfermos declararon oficialmente que la enfermedad era cólera (Rica, 1885: 10). Ese mismo día recogieron muestras de las deposiciones de los enfermos que, examinadas al microscopio, permitieron visualizar el vibrión colérico. Con la ayuda de los entonces profesores ayudantes de la facultad y más tarde catedráticos de cirugía Pascual Garín y Vicente Navarro, lograron cultivar el bacilo en menos de 24 horas, tanto en gelatina como en patata. Amalio Gimeno, presentó las preparaciones

microscópicas del bacilo colérico en la sesión del 22 de noviembre del Instituto Médico Valenciano (Noticias, 1885-1886: 25-26), que se convirtió así en la primera corporación española que pudo observarlas y publicó los resultados de su trabajo en Beniopa en tres artículos aparecidos en la revista *La Crónica Médica* (Gimeno, 1884-1885a: 133-139; Gimeno, 1884-1885b: 165-172; 197-201).

El lazareto sucio se estableció en la ermita de Santa Ana, equipado con cuarenta camas prestadas por el Hospital Provincial de Valencia (Rica, 1885: 27). Para albergar el hospital de coléricos se habilitaron, a los ocho días de comenzada la epidemia, tres casas nuevas y bien ventiladas situadas a las afueras de Beniopa y se equiparon con camas y material sanitario traído de Valencia. Contaba con una sala de hombres y otra de mujeres, con ocho camas cada una y un botiquín para su servicio, que también proporcionaba medicinas gratuitas a los enfermos de la población (Rica, 1885: 28-29). A Rica Lafora y los médicos de Beniopa se les unió el también delegado del gobernador para la epidemia Vicente Cubells Calvo, acompañado por dos practicantes y cuatro enfermeros con el material necesario para realizar fumigaciones. Quedaron adscritos al servicio del hospital, que compaginaban con las tareas de desinfección en el pueblo. Completaban el personal cuatro hermanas de la Caridad del Hospital de Valencia y una enfermera, quien murió poco después contagiada por la enfermedad (Rica, 1885: 28). El hospital de San Marcos, situado en Gandía, no albergó enfermos de cólera, como tampoco atendía a los afectados de sífilis o lepra.

El tratamiento aplicado a los enfermos fue el habitual en la época. Los antisépticos fueron los medicamentos de elección, en especial el ácido hiponítrico, cuya acción se explicaba del siguiente modo:

Obra directamente sobre el veneno hemático destruyéndolo, y en consecuencia queda normalizado el funcionalismo del sistema nervioso y del corazón [...] la sangre y la circulación vuelven a su estado primitivo, renace el calor y en fin, adquieren su perdida actividad todas las funciones de nuestro organismo (Rica, 1885: 32).

La administración de astringentes como el opio, para evitar la pérdida de fluidos orgánicos, y de tónicos cardíacos como la cafeína, completaba la terapéutica anticolérica (Rica, 1885: 34-36).

Cuando un enfermo de cólera fallecía, era trasladado de inmediato al cementerio para ser enterrado antes de seis horas. Era inhumado a metro y medio de profundidad y se cubría de varias capas de cal viva. Se fumigaba la casa del fallecido, se cerraba por completo y la familia era trasladada a un extremo del pueblo, en donde se habían desalojado varias casas para servir de lazareto a los familiares de los fallecidos.

Las deposiciones de los enfermos se desinfectaban con sulfato de hierro y se arrojaban a un lugar determinado. Sus ropas y demás pertenencias se trataban con cloruro de cal, mientras que sus casas y las inmediatas se fumigaban con ácido hiponítrico (Rica, 1885: 28). Nuevamente el seguimiento de la teoría miasmática llevó a la adopción de medidas en buena parte ineficaces y que no impedían el consumo de agua contaminada por los vecinos de Beniopa.

El hambre apareció en una población que no podía ir a trabajar ni tan siquiera moler sus reservas de cereal. El periódico *El Litoral* dio la voz de alarma el 23 de noviembre y pidió ayuda:

Hemos podido saber que la situación de Beniopa es desesperante por falta de alimentación, pues los pocos que contaban con socorros, han dado fin con ellos, y todos no pueden contar con más alimento que el que les proporcione la caridad y los socorros que ésta remite no llenan ni con mucho las necesidades que allí se sienten. Urge pues matar el hambre de Beniopa y damos la voz de alerta, pues sería criminal hubiese víctimas por abandono (Noticias, 1884b).

El ejército, la iglesia y numerosos particulares, sobre todo de Gandía, contribuyeron con sus donaciones de alimentos y sus iniciativas para recaudar dinero a paliar en parte la grave situación creada por el brote epidémico. La angustiada situación económica que también atravesaba Gandía a causa de las lluvias, que impedían el trabajo en el campo de sus jornaleros, hacía insuficiente la ayuda que podía suministrar a Beniopa, por lo que nuevamente hubo que recurrir a Valencia desde donde, mediante un dispositivo oficial, se enviaban 900 raciones diarias de pan procedentes de los establecimientos de caridad (Rica 1885: 29).

Poco a poco la epidemia empezó a remitir. El 29 de noviembre ya no se produjo ningún caso nuevo y *El Litoral* anunciaba al día siguiente que «la epidemia reinante en Beniopa toca ya a su término afortunadamente».

Subrayaba la eficacia del cordón sanitario establecido y de las medidas adoptadas por las autoridades y los delegados facultativos, los doctores Rica Lafora y Cubells, que había impedido la extensión de la enfermedad a otras poblaciones muy próximas del mismo partido judicial como Benirredrá, Benipeixcar o la propia Gandía, a pesar de las noticias alarmantes que referían casos de cólera en esta última población (Noticias, 1884c). El 3 de diciembre se produjo el último fallecimiento y fueron dados de alta los tres enfermos que quedaban en el hospital. En la madrugada del 18 de diciembre, tras veinte días sin casos nuevos de cólera y según la legislación vigente, se levantó el cordón sanitario (Noticias, 1884d).

A lo largo de los 23 días que duró la epidemia, hubo 62 enfermos, 36 de los cuales fallecieron. Murieron el mismo número de hombres que de mujeres, aunque éstas enfermaron en mayor número (39). Rica y Cubells, en la *Memoria* que publicaron sobre la epidemia en 1885, daban a este hecho la siguiente explicación:

Así creemos que en el caso presente y a más de las influencias depauperantes que de ordinario predominan en las mujeres, debe haber influido muy mucho, la mala costumbre que hay en los pequeños pueblos de reunirse en casa del enfermo todas las mujeres de la calle, cuando menos, costumbre perniciosa, contra la cual luchamos desde un principio y que nunca conseguimos evitar del todo; no se pretenda que el pánico modificara este hábito, la indiferencia de aquella gente lo hacía inalterable.» (Rica 1885: 19).

Las palabras anteriores reflejan uno de los factores que complicaron la aplicación de las medidas sanitarias recomendadas por Rica y Cubells, la dificultosa relación con los habitantes de Beniopa debido a su carácter apático, lo que se unía a una importante falta de higiene, según palabras de los autores. Su diagnóstico fue terminante: «el gran disgusto de la población estribaba en no poder salir al campo», mientras que «los 36 muertos del cólera apenas si han costado algunas excepcionales lágrimas» (Rica 1885: 8).

La mayor mortalidad se produjo en los niños menores de diez años, con 10 fallecidos, como es habitual en enfermedades que, como el cólera, producen una rápida deshidratación.

No llegó a saberse con seguridad el origen de la epidemia. Rica y Cubells lo atribuyeron con bastante probabilidad a una vendedora ambulante de ropas usadas: «fue la portadora de la epidemia por sí, o con alguna de las piezas de ropa, que tras su negocio, quién sabe donde iría a buscar» (Rica, 1885: 18). El agente causal encontró, según los mismos autores, el ambiente apropiado para desarrollar la enfermedad: suelo reblandecido por las lluvias y lleno de materiales pútridos por el abono que los habitantes de Beniopa almacenaban en sus casas, la falta de higiene, la pobreza y la presencia endémica de paludismo, que debilitaba aún más a la población, descrita como caquética en esta misma obra: «naturalezas raquíticas y miserables, terreno abonado para la mala evolución de cualquier proceso agudo o cuando menos causa de una vida enfermiza y una muerte prematura» (Rica, 1885: 7).

Aunque el agente causal se identificó como un microorganismo según los postulados de la entonces naciente microbiología médica, su presencia en Beniopa se atribuyó a factores telúricos, como el suelo reblandecido por las recientes lluvias, en conjunción con la falta de higiene y la naturaleza debilitada de sus habitantes, atribuida sobre todo a la presencia endémica de paludismo debida a los miasmas desprendidos de la marjal vecina. Un mecanismo etiológico ecléctico en el que es patente la coexistencia en la época de las tres teorías explicativas de las enfermedades infecciosas, la telúrica, la miasmática y la microbiana, las cuales llegaron a compartir incluso algunas de sus interpretaciones.

La vacuna anticolérica preparada por Ferrán no pudo aplicarse en Beniopa al estar todavía en fase experimental y hubo que esperar a la epidemia desatada en Valencia cuatro meses después para ver su primera administración a gran escala. Sin embargo había depositadas grandes esperanzas en ella. Rica Lafora y Cubells afirman al final de su *Memoria*:

El descubrimiento de Koch, los ulteriores estudios de Ferrán y la vacunación del cólera obtenida por el mismo, con efectos positivos hasta ahora en los animales, hacen suponer, sin que se nos tache de ilusorios, que ha de llegar un día, tal vez muy próximo, que el temible cólera ha de pasar a la categoría de las enfermedades habituales; que las trabas cuarentenarias, ruina de la industria y del comercio, cederán su sitio a la cánula-aguja de la jeringuilla de Pravaz, o la lanceta de vacunar (Rica, 1885: 36).

También la prensa anunciaba la nueva vacuna y animaba a las autoridades valencianas a interesarse por la misma:

Creemos que una comisión facultativa nombrada por nuestra Diputación debe pasar a estudiar de cerca el salvador procedimiento iniciado por el Sr. Ferrán [...] y ya que la huerta de Gandía ha sentido tan de cerca los temibles efectos de la epidemia colérica, cumple también al cuerpo médico de la misma realizar serio y detenido estudio de la inoculación estudiada por el expresado Sr. Ferrán. Por tanto nuestra humilde publicación invita a los Sres. Facultativos para que pasando a Tortosa puedan estudiar de cerca y con el mismo Sr. Ferrán la bondad del procedimiento (La inoculación, 1884).

Esto fue lo que tres días después llevó a cabo Amalio Gimeno quien, acompañado por Pascual Garín y Pablo Colvé, acudió al laboratorio de Ferrán, siendo vacunado junto con sus dos compañeros. Cuando la epidemia estalló en Valencia, recomendó a las autoridades la presencia de Ferrán para que aplicara su vacuna, como así se hizo (Báguena, 1985).

CONCLUSIONES

El brote colérico de 1884 en Beniopa ha permitido analizar la aportación de la nueva microbiología médica al conocimiento de las enfermedades infecciosas y su coexistencia con medidas derivadas de la interpretación miasmática del cólera. Ante los casos aparecidos en el sur de Francia, el Ayuntamiento de Gandía aumentó las medidas de higiene pública, que se intensificaron tras la entrada de la enfermedad en España por Novelda. Cuando se sospechó su presencia en Beniopa, el diagnóstico se confirmó mediante técnicas microbiológicas novedosas realizadas por quienes, como Amalio Gimeno, se mantenían informados de los últimos descubrimientos de Robert Koch sobre el vibrión colérico.

Como es sabido, la teoría bacteriana sucedió sin solución de continuidad a la teoría miasmática de la enfermedad infecciosa e incluso asumió algunas de sus interpretaciones. Aquí se comprueba en la alusión a la posibilidad de que una vendedora ambulante hubiera introducido el cólera en las ropas usadas que transportaba (los miasmas se adherían al tejido) (Rica, 1885: 18), cuando se achaca la presencia de malaria a los miasmas que se

desprendían de la marjal vecina (Rica, 1885: 7) y, sobre todo, cuando se habla indistintamente de miasma y bacilo: « ¿Qué puede motivar el descenso de la epidemia? ¿Fue el agotamiento del miasma? ¿Influiría la baja temperatura, dificultando el desarrollo del bacilo?» (Rica, 1885: 21). También se recalca la influencia de las condiciones ambientales y del estado físico de la población en la acción del bacilo, que se vio favorecida por el terreno húmedo, la falta de higiene y el estado caquético de los habitantes de Beniopa. En la prevención y el tratamiento que se aplicaron coexisten también ambas teorías y se utilizaron tanto las fumigaciones de viviendas y mercancías como la administración de antisépticos.

El estudio de las medidas llevadas a cabo durante el brote epidémico ha permitido comprobar cómo se logró que el cólera no traspasara los límites de Beniopa mediante una eficaz coordinación de las autoridades municipales, los médicos locales, los delegados facultativos, el gobernador civil y el ejército, mientras que la iglesia y los habitantes de Gandía contribuyeron con diversas donaciones a paliar la grave situación de la población afectada. La falta de recursos humanos, sanitarios y económicos no solo de Beniopa sino también de Gandía hizo que Valencia ejerciera un papel decisivo en el control de la enfermedad.

Por último hay que resaltar el papel de la prensa local en el apoyo y difusión de las medidas sanitarias colectivas y su confianza en los logros de la nueva microbiología. A través de un ejemplo concreto, el semanario científico-literario gandiense *El Litoral*, se ha visto cómo las autoridades municipales utilizaron la prensa escrita para difundir con mayor amplitud los bandos del Ayuntamiento o de qué modo los médicos dictaron normas higiénicas para combatir la epidemia desde sus páginas. Las noticias que reflejaban la evolución de la enfermedad se completaban con artículos reproducidos de otros medios que se hacían eco de novedosos tratamientos anticoléricos, como la vacuna de Jaime Ferrán, y todo ello dentro de una línea editorial que consideraba prioritaria la defensa de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

«Actas de las sesiones de setiembre y octubre de 1884» (1885-1886), *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 19, pp. 108-112.

- Archivo Municipal de Gandia (1884a): *Acta de la Junta Municipal de Sanidad, 28 de junio.*
- Archivo Municipal de Gandia (1884b): *Acta de la Junta Municipal de Sanidad, 12 de agosto.*
- Archivo Municipal de Gandia (1884c): *Acta de la Junta Municipal de Sanidad, 5 de setiembre.*
- Arias, J. M. (1884a): «Los médicos de Gandía a sus convecinos», *El Litoral*, 7 de setiembre.
- Arias, J. M. (1884b): «Bando», *El Litoral*, 7 de setiembre.
- Báguena, M. J. (1985): «El cólera de 1885 a València i la vacunació de Jaume Ferrán», *L'Espill*, 21, pp. 156-162.
- Báguena, M. J. (1995): «Jaume Ferrán», en Camarasa, J. M., Roca, A. (eds.): *Ciència i tècnica als Països Catalans: una aproximació biogràfica*, Barcelona, Fundació Catalana per a la Recerca, vol. I, pp. 652-675.
- Gimeno, A. (1884-1885a): «El cólera en Beniopa», *La Crónica Médica*, 8, pp. 133-139.
- Gimeno, A. (1884-1885b): «Valor semeyótico del bacilo vírgula en el cólera morbo asiático», *La Crónica Médica*, 8, pp. 165-172; 197-201.
- «La inoculación del microbio» (1884), *El Litoral*, 28 de diciembre.
- «La salud pública» (1884), *El Litoral*, 12 de setiembre.
- Melis, F., Aranda, J., Gómez, J., Lloret, A., Bixquert, A. (1884): «Despedida», *El Litoral*, 26 de octubre.
- «Noticias» (1884a), *El Litoral*, 5 de octubre.
- «Noticias» (1884b), *El Litoral*, 23 de noviembre.
- «Noticias» (1884c), *El Litoral*, 30 de noviembre.
- «Noticias» (1884d), *El Litoral*, 21 de diciembre.
- «Noticias» (1885-1886), *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 19, pp. 25-26.
- Rica Lafora, V. y Cubells Calvo V. (1885): *El cólera morbo en Beniopa. Memoria de la epidemia ocurrida en dicha población en noviembre de 1884*, Valencia, Ramón Ortega.

COMUNICACIONS

ETNOBOTÀNICA

Ríos, S.; Lorenzo, M. L.; Martínez-Francés, V.

*Estació Biològica Torretes-Font Roja-I.U. CIBIO, Universitat d'Alacant

BREU REFERÈNCIA HISTÒRICA

Per què estudiar botànicament una recepta de cuina tradicional?

La preparació d'una pasta de farina de cereals i aigua sense forment, com és el cas dels *minxos*, per a la alimentació humana té un origen molt antic en els pobles de la vora del Mediterrani. Per exemple, podem trobar que els patricis romans preparaven una coca anomenada *mensa*, que posaven sota la carn cuinada a tall de plat i que es deixava perquè se la menjaren els esclaus (March, 1997). Les *menses* romanes van ser el pas fonamental en l'evolució de l'ús del pa com a base o suport d'altres menges. Amb el temps, aquestes coques es van fer molt populars i, a banda de les carns, es van acompanyar de verdures. La creació d'una base per a contenir els aliments ha permès tota una sèrie de productes que avui considerem imprescindibles, com poden ser els entrepans, les empanades, etc., tant de salats com de dolços.

Però el major interès que desperten els minxos és el fet que encara siguin elaborats a partir de verdura silvestre arreplegada manualment. La recol·lecció de verdures silvestres també és paral·lela als inicis de l'alimentació humana. Brots tendres, fulles, tiges, llavors, olis, etc. de moltes espècies han sigut utilitzats al llarg del temps, però sols unes quantes d'aquestes espècies s'han cultivat i són les que avui dia consumim més. Respecte de les silvestres, la seua recol·lecció ha disminuït notablement els últims anys a causa tant del canvi en l'alimentació, amb una millora considerable en l'accessibilitat als aliments, siga carn, peix, fruita o verdura, com a la important disminució de zones de recol·lecció fiables (Rivera, 2006). Hi ha per tant, un canvi en les tasques diàries i en les tradicions, que ha fet que

es perda no solament la diversitat cultural, sinó, a més a més, la diversitat biològica. Moltes de les plantes usades com a verdura silvestre són actualment considerades «males herbes». Amb la seua recol·lecció per al consum humà o com a farratge per als animals, s'aconseguia un control biològic, ja que recollint-les abans de la floració s'evitava que competiren amb altres cultius que hi havia.

Però la disminució o pèrdua en alguns llocs de la recol·lecció de verdures silvestres no ha anat, per sort, acompanyada de la pèrdua d'aquests menjars. Únicament hi ha hagut una substitució de les verdures silvestres per les cultivades (Nuez, 2000), com l'espinaç (*Spinacia oleracea*), la bleida (*Beta vulgaris* var. *cicla*), i la col (*Brassica oleracea* var. *capitata*), presents en la majoria dels horts.

LA DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DE LA PARAULA *MINXO* I LES VARIANTS CULINÀRIES

La paraula *minxo* (Rivera, 2006) fa referència a una pasta feta amb farina de dacsa, amb blat o sense, plana, que pot tenir ferment o no, feta amb oli d'oliva i cuita al forn.

La distribució del mot *minxo*, amb significats més o menys relacionats, és molt àmplia, ja que abraça diferents regions com Múrcia, Albacete, Conca i València, però no coincideix exactament amb la distribució d'aquest tipus de preparats, ja que poden rebre altres noms. En les entrevistes dutes a terme per les províncies d'Alacant i de València, ens hem trobat que està molt estès el coneixement d'aquest menjar. En alguns casos i segons el lloc, canvia la manera de preparar-los, però es conserva el mot. En altres casos, se substitueix el nom *minxo* per *empanades de brossa* (la Vall d'Albaida) o *empanades de verdura* (Pego), sobretot quan la pasta va acompanyada de verdures com els *minxos oberts callosins* (la Vall d'Alcalà). Algunes curiositats són els *minxos* de l'Alacantí, preparats amb farina de guixes i amb diferents farcits; o els de l'Alcoià i l'Alt Vinalopó, molt pareguts a les conegudes *coques de molletes* de l'Alacantí, amb farina de dacsa i oli per damunt.

A la comarca de la Marina Baixa hem trobat la denominació *minxo* per a fer referència a una mena d'empanada, feta amb una pasta escaldada de farina de blat i dacsa, que està farcida d'un sofregit de verdura silvestre. És

l'equivalent del *bollo de maíz* murcià, els *pastissets de verdura* de Dénia i els *bollets a la lloseta* o *a la paleta* d'Altea. Tots segueixen el mateix procés d'elaboració que el *minxo* de la vall de Guadalest, en el qual ens hem centrat perquè s'elaboren amb verdures silvestres.

Una altra classe de *minxos* els trobem a Tàrbena, a la vall de l'Algar, on la pasta escaldada es cou en una paleta en forma de coques i s'acompanyen de productes en salmorra (tomaques i pebreres verdes), sardines salades i altres embotits.

D'altra banda, trobem els *minxos callosins*, fets en llandes i al forn de llenya, a Callosa d'en Sarrià. Damunt de la pasta escaldada i estesa sobre un paper parafinat es posen llucets, trossets de verdura (ceba, tomaques verdes en salmorra, pebreres), sepionet, embotit i altres productes al gust.

Preparats molt semblants de coques o empanades amb verdures en trobem avui dia per les comarques valencianes del sud fins al Baix Segura, on són coneguts com els *minchos de panizo*, i a les Illes Balears. En aquestes últimes hi ha els *cocarros* (pastissets d'espínacs i pinyons) i les *coques de trempó*, a Mallorca (March, 1997), iguals que les de verdures (ceba, tomata i bajoques) a València i Alacant; o els *pastissets*, *cocots*, *cocotets de verdura* o *empanades* d'espínacs o de blada, i les *coques de tomata* (sofregida amb cebes i pebrera), de tonyina, sardina o embotit amb verdures, i també moltes més variants.

L'ETIMOLOGIA DE LA PARAULA *MINXO*

En l'*ajamiat al-Àndalus*, el dialecte o llengua que parlaven els mossàrabs a la península Ibèrica, trobem la paraula *mitxo* o *mitxu*, que es refereix a l'espècie *Panicum miliaceum* (mill) (García Sánchez i al., 1995). És una paraula que prové de l'àrab vulgar africà (Simonet, 1888) i que ja era utilitzada pels pobles anteriors a la invasió musulmana de l'any 712. Probablement, en un principi l'elaboració de coques es devia fer amb diferents cereals fàcils de conrear i de baix rendiment, com el mill, i d'ací podria haver derivat l'ús de la paraula cap a les coques confeccionades amb aquest cereal.

Segons Jordi Colomina (1991), s'hauria de descartar la possibilitat que el mot *minxo* vinga del verb *menjar* (*minjar*) i, per tant, la grafia ha de ser

amb *x*. Segurament s'ha de posar en relació amb l'occità *micxo* –*pan de micxo*–, *mijo* (*boule de farine et maïs*), paraula connectada amb la catalana *mica* i el castellà *miga* i el murcià *miaja*. Però nosaltres pensem que sí que hi té importància la paraula *menjar*. L'expressió de «prendre un aliment» al món llatí es divideix amb la utilització de dues arrels diferents: *comedere* ('ingerir') per *comer*, en espanyol i portuguès, i *mandere* ('mastegar'), *manger* en francès, *mangiare* en italià, *mânca*, *mâncare* en romanés i *menjar* en català. Però la paraula *menjar* té una variant, *minjar*, en certs llocs de les terres catalanes, valencianes i murcianes. Com exposa Joseph Guboy al llibre *Estudis de gramàtica històrica*, el que ha succeït és un canvi de vocal e àtona per i d'avant de *n* + *consonant palatal*. Però, a banda d'aquest canvi vocàlic, també hi ha una palatalització de la *n* amb la consonant següent fent l'efecte de dues palatals. La variant *minjar* pronunciada amb *ǰ* és usual en molts parlars occidentals fins al cim dels Pirineus, i també al Maestrat, i dita amb *ǰ* o *č*, a la resta del País Valencià. També trobem aquest mot en l'occità, en què hi ha referències antigues del seu ús juntament amb *manjar* i *menjar*. Segons Guboy, *minjar* s'ha estès des del català cap a l'Aragó i Múrcia, on s'escriu *minchar*. Aquesta dualitat de l'acció de menjar com a acte i com a aliment, l'hem recollida a Tàrbena en expressions com «Anem a fer-mos una minxà».

Però l'origen més probable de la paraula *minxo* el trobaríem en l'ús del cereal *Panicum miliaceum*, conegut com a *mill*, *micxo* o *mijo*, per a elaborar unes coques sense ferment que es poden omplir amb verdures o servir de base per a altres receptes. Posteriorment s'ha substituït aquest cereal per altres com la dacsca (*Zea mays*), molt productiva, el cultiu de la qual es va generalitzar per tota la península després del segle XVII.

El panís o dacsca (*Zea mays* L.) té una importància especial en aquestes receptes, i s'inclou dins de l'elaboració de la pasta –*minxo de dacsca*– o juntament amb la farina de blat –*minxo de verdura*.

Però és important fer un aclariment i diferenciar entre les dues paraules amb què designem aquest cereal: *panís* i *dacsca*. La paraula *panís*, usada en el valencià meridional, deriva del llatí tardà *panicium* (que, al seu torn, deriva del llatí clàssic *panicum*) i en castellà és conegut com *panizo*. La *dacsca* és la denominació al territori denier, que primer havia designat una espècie de *Panicum* sp., i, en importar-se d'Amèrica l'espècie *Zea mays*, va passar a

designar aquesta gramínia (Climent, 2000). Probablement prové de l'àrab *daqsa*, que vol dir 'gra petit semblant al mill'. De fet, trobem referències escrites que ens relaten el moment en què els moriscos van ser expulsats de la vall de Guadalest l'any 1609, i com van quedar per arrebregar totes les collites de *dacsa*, que segurament era *Panicum miliaceum*, perquè l'espècie *Zea mays* encara no tenia un conreu extensiu per tota la comarca en aquella època (Pla, 1983).

ELS MINXOS A LA MARINA BAIXA

Els minxos que es fan a la comarca de la Marina Baixa es poden diferenciar en tres tipus: el *minxos de verdura*, els *minxos callosins* (fets al forn i dels quals ja hem parlat anteriorment) i els *minxos tarbeners* (de la mateixa pasta escaldada però fets a la paleta i sense farcir). Aquests últims s'acompanyen de productes en salmorra com ara tomaques i pebreres verdes, sardines salades o embotit.

De tots aquests tipus, els que presenten més interès etnobotànic són els de verdura, sobretot en els casos que la verdura utilitzada està formada per plantes silvestres.

La utilització de les plantes que formen part de la mala herba i la seua transformació en aliment, tenint en compte que es tracten de plantes de baixa palatabilitat i prou amargues, és un coneixement ancestral que passa per via oral de generació en generació. No es tracta d'una tasca fàcil perquè les plantes s'han d'arrebregar en el seu estat juvenil, generalment en forma de rosetes basals prou paregudes entre si, i cal un entrenament per a una collita adequada. També fa falta tenir un bon coneixement del territori perquè totes les espècies no tenen els mateixos requeriments ecològics i la persona que va a «fer verdura» ha de recordar d'un any per l'altre les localitzacions de les diferents espècies.

LES PLANTES SILVESTRES COM A VERDURA

A la comarca de la Marina, i més concretament a les valls de Guadalest i de l'Algar, s'utilitzen 45 espècies vegetals per a elaborar els *minxos*. Aquestes es poden classificar en cinc grups: el greix, les verdures cultivades, les verdures silvestres, els condiments i els cereals (vegeu taula 1).

| Nom científic | Nom comú | Família botànica | Origen |
|---|---|------------------|-----------|
| <i>Allium ampeloprasum</i> L. | All porro | Alliaceae | silvestre |
| <i>Asparagus acutifolius</i> L. | Espàrrecs | Asparagaceae | silvestre |
| <i>Beta maritima</i> L. | Bledes | Quenopodiaceae | silvestre |
| <i>Beta vulgaris</i> L. | Bledes | Quenopodiaceae | cultiu |
| <i>Borago officinalis</i> L. | Borratges | Boraginaceae | silvestre |
| <i>Brassica oleracea</i> L. | Col | Cruciferae | cultiu |
| <i>Capsella bursa-pastoris</i> (L.) Medik. | Sarronet, S. de pastor | Cruciferae | silvestre |
| <i>Chondrilla juncea</i> L. | Espinac bord, inflabou | Compositae | silvestre |
| <i>Cichorium pumilum</i> Jacq. | Endívia | Compositae | silvestre |
| <i>Cirsium arvense</i> (L.) Scop. | Calcida | Compositae | silvestre |
| <i>Crepis vesicaria</i> L. subsp. <i>haenseleri</i> (Boiss ex DC.) P.D. Shell | Pesquera vera | Compositae | silvestre |
| <i>Foeniculum vulgare</i> subsp. <i>piperitum</i> (Ucria) Cout | Fenoll | Umbelliferae | silvestre |
| <i>Hypochoeris glabra</i> L. | Borró de fulla ampla | Compositae | silvestre |
| <i>Lactuca sativa</i> L. | Lletuga | Compositae | cultiu |
| <i>Lactuca serriola</i> L. | Endívia, pesquera, lletuga borda | Compositae | silvestre |
| <i>Leontodon longirostris</i> (Finch & P.D.Shell) Talavera | Endívia, borró. | Compositae | silvestre |
| <i>Lycopersicon esculentum</i> Mill. | Tomaques | Solanaceae | cultiu |
| <i>Medicago rigidula</i> (L.) All. | Herba alfalfa, falfi | Leguminosae | silvestre |
| <i>Moricandia arvensis</i> (L.) DC. | Goletxos | Cruciferae | silvestre |
| <i>Papaver rhoeas</i> L. | Roselles | Papaveraceae | silvestre |
| <i>Phaseolus vulgaris</i> L. | Bajoques tendres | Leguminosae | cultiu |
| <i>Picris echioides</i> L. | Crescaporc, llepassa fina | Compositae | silvestre |
| <i>Plantago coronopus</i> L. | Rampet | Plantaginaceae | silvestre |
| <i>Reichardia intermedia</i> (Schultz Bip.) Cout. | Morro, morret | Compositae | silvestre |
| <i>Reichardia picroides</i> (L.) Roth | Pesquera dolça | Compositae | silvestre |
| <i>Reichardia tingitana</i> (L.) Roth | Casconella | Compositae | silvestre |
| <i>Rumex conglomeratus</i> Murray | Penquetes | Polygonaceae | silvestre |
| <i>Scorpiurus sulcatus</i> L. | Llengua de borrego, llengua d'ovella | Leguminosae | silvestre |
| <i>Scorzonera laciniata</i> L. | Picaeta de pardal | Compositae | silvestre |
| <i>Silene nocturna</i> L. | Xiulits | Caryophyllaceae | silvestre |
| <i>Silene vulgaris</i> subsp. <i>vulgaris</i> (Moench) Garcke | Conillets | Caryophyllaceae | silvestre |
| <i>Sonchus oleraceus</i> L. | Llicsons de cameta de burro, llisó d'asa, cascaporc | Compositae | silvestre |

| | | | |
|--|--|-----------------------|-----------|
| <i>Sonchus tenerrimus</i> L. subsp. <i>tenerrimus</i> | Llicsons de cameta de pardal, llicsó de perdiu, llisons | <i>Compositae</i> | silvestre |
| <i>Spinacia oleracea</i> L. | Espinacs | <i>Quenopodiaceae</i> | cultiu |
| <i>Taraxacum laevigatum</i> (Willd.) DC. | Dent de lleó | <i>Compositae</i> | silvestre |
| <i>Taraxacum obovatum</i> (Willd.) DC. | Endivia | <i>Compositae</i> | silvestre |
| <i>Urospermum picroides</i> (L.) Scop. ex F. W. Schmidt | Xicòria | <i>Compositae</i> | silvestre |
| <i>Vicia faba</i> L. | Faves tendres | <i>Leguminosae</i> | cultiu |

Taula 1. Espècies vegetals usades per a elaborar els *minxos* a la Marina Baixa (Alacant).

L'ús de l'oli d'oliva és general i es fa servir en l'elaboració de la pasta i en el sofregit de la verdura.

Dins de les verdures cultivades podem trobar plantes de les quals s'aprofita la fulla –*bledes*– i d'altres en què la part útil és la beina tendra del fruit –*bajoquetes de la mantega* i *faves* molt tendres. Hi ha algunes variacions de la recepta bàsica en què se sofregeix la verdura amb tomaca.

De les plantes silvestres es busca la combinació d'espècies que tinguen diferent grau d'amargor, a més d'una aroma especial, com els brots tendres del fenoll. Entre les més dolces trobaríem les *bledes* (*Beta maritima* L.) i els *conillets* (*Silene vulgaris* subsp. *vulgaris* (Moench) Garcke). De les més amargues podríem escollir tota una colla de plantes de la família de les compostes, com el *morret* (*Urospermum picroides* (L.) Scop. Ex F.W. Schmidt) o el *llitsó d'asa* (*Sonchus oleraceus* L.).

Entre els condiments, el rei és l'all (*Allium sativum* L.), que s'inclou en totes les receptes com a element bàsic dels sofregits de verdura. L'orenga (*Origanum pauti* Mart.) pot afegir-se a la verdura durant el sofregit, però depèn del gust personal. També, en algunes ocasions, s'utilitzen les ametles (*Prunus dulcis* (Mill.) D. A. Webb), torrades i rallades, en molt poqueta quantitat; o el julivert (*Petroselinum crispum* (Mill.) A. W. Hill), per a donar una aroma i una textura diferents.

Respecte de l'orenga (*Origanum pauti* Mart.), es tracta d'un conreu d'origen antic i desconegut, probablement un híbrid entre *O. majorana*, de la Mediterrània oriental, i *O. vulgare*, autòcton (Martínez, 1935), aspecte aquest que encara no s'ha pogut comprovar mitjançant tècniques

genètiques. Sí que és segur que aquesta espècie d'orenga es cultiva de forma disseminada per horts i jardins del sud-est peninsular i de les illes Balears, on és molt apreciada com a espècia, amb un ús molt estès en l'elaboració de botifarres.

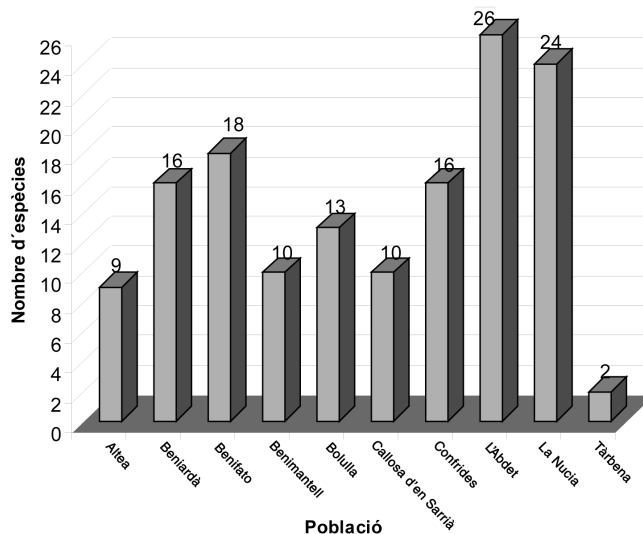
Els cereals només s'utilitzen per a fer la pasta. Actualment, la majoria de les vegades s'usa exclusivament farina de blat (*Triticum aestivum* L), però, com hem pogut comprovar, encara hi ha llocs on s'inclou una proporció de farina de dacsa (*Zea mays* L.).

LES LOCALITATS AMB UN GRAU MÉS ELEVAT D'ETNOBOTANICITAT

El nombre de verdures silvestres que s'aprofiten per a fer un minxo varia d'una localitat a una altra i depèn de la persona que transmet aquest coneixement.

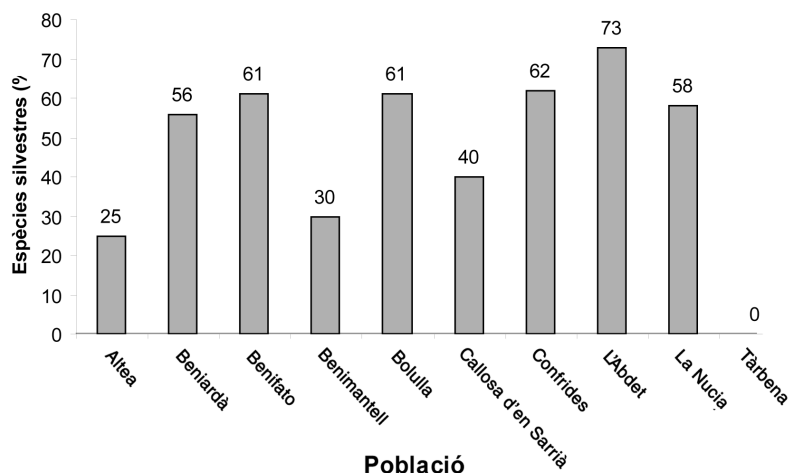
Així, podem trobar localitats on la quantitat d'espècies utilitzada és molt alta, com són els casos de la Nucia (24 espècies) i de l'Abdet (26 espècies); però difereixen en el percentatge d'espècies silvestres que intervenen en la barreja de verdura (el 58 % per a la primera i el 73 % per a la segona) (vegeu figures 1 i 2).

Figura 1. Diversitat d'espècies vegetals utilitzades en cada localitat.



És important remarcar aquests percentatges, ja que el grau d'aprofitament dels recursos locals recol·lectats ve donat, no pel nombre d'espècies totals, sinó pel nombre de les silvestres usades en aquests preparats culinaris.

Figura 2. Percentatges d'espècies silvestres que intervenen en cadascuna de les localitats respecte del total d'espècies utilitzades.



Com a conclusió, trobem que l'originalitat dels minxos està lligada a l'ús de verdures silvestres. Perquè continue aquesta activitat tradicional d'arreglar-ne s'ha de donar la persistència de pobles dins d'ambients rurals, amb hortes tradicionals al voltant seu, i amb una població d'avançada edat que continua amb aquest ús d'*anar a fer verdura*. Atés que aquesta situació cada vegada és més difícil que es done, aquests aprofitaments de recursos corren el perill de desaparèixer. No passa el mateix amb els *minxos* fets amb verdures cultivades, que s'han vist revalorats en la restauració de qualitat. Si es coneguera el valor nutritiu i beneficiós per a la salut que poden aportar aquestes verdures silvestres (ja que moltes són nutricèutiques), probablement es podrien recuperar els minxos en la seua forma més genuïna.

TISANES I ALTRES PREPARATS HERBALS EMPRATS EN LA MEDICINA POPULAR
DE CERTES COMARQUES D'INTERIOR VALENCIANES (L'ALCOIÀ, EL COMTAT I
LA VALL D'ALBAIDA) DURANT PERÍODES EPIDÈMICS DELS SEGLES XIX-XX

Martínez-Francés, V.^a i Ríos Ruiz, S.^a

Estació Biològica Torretes-Font Roja – IU Biodiversitat CIBIO.
Universitat d'Alacant

INTRODUCCIÓ

Durant el segle XIX i principis del XX la malnutrició i la insalubritat eren patents en la vida diària dels pobladors valencians, tant a les zones rurals com a les àrees industrials. Per tant, eren freqüents els problemes gàstrics i la transmissió de malalties contagioses com la tuberculosi, la febre tifoide, etc. Al final del segle XIX i començament del XX, els metges locals intenten convèncer de la necessitat de seguir una sèrie de preceptes higiènics per evitar, principalment, aquests problemes. Però l'accés de la gent a la medicina convencional recomanada per ells era, en la major part dels casos, complicat. Per tant, resultava freqüent trobar al rebost diferents preparats d'herbes d'elaboració pròpia, que es prenién sovint, no solament com a remeis curatius, sinó també com a preventius.

L'afany per trobar remeis eficaços que mantingueren una salut adequada al llarg de la vida ha sigut una constant de l'home, ja que són molts els problemes que el poden afectar durant la seua existència. Dins de la península Ibèrica, a la Comunitat Valenciana, Aragó, Catalunya, Múrcia i les Illes Balears, podem trobar, a hores d'ara, diferents tipus de preparats, principalment tisanes, vins medicinals i macerats d'herbes i fruits en aiguardents.

El ventall de plantes medicinals usades en la medicina tradicional actual és molt més reduït que el de segles passats, però aquests testimonis encara en ús, són un bon referent de la important tradició existent en aquestes terres tant de recol·lecció com d'elaboració de productes medicinals a base

de plantes. Són un reflex mitjanament modificat, de com la població, especialment la rural, era capaç de prevenir o curar molts dels mals més habituals o esporàdics, com les malalties de caràcter epidèmic. La millora en la salubritat, en l'alimentació i l'avanç en la medicina han conduït a una millora substancial de la salut, la qual, de retop, ha empobrit els nostres coneixements fitoterapèutics populars. És a dir, la falta de necessitat ens ha fet oblidar. Amb els estudis etnobiològics i la revisió d'arxius històrics, tractats i textos antics, podem esbrinar una part del nostre saber i comprendre més bé l'evolució que ha seguit la nostra història. A continuació detallarem tota una sèrie d'aspectes que formen part del complex trencaclosques de la vida, l'alimentació, la medicina i la salut en certes comarques muntanyenques de l'interior valencià.

EMMARCACIÓ GEOGRÀFICA

La Comunitat Valenciana està situada a l'est de la península Ibèrica i connecta amb el mar Mediterrani a la seua vessant més oriental. És una comunitat allargada i estreta en la qual les muntanyes ocupen la major part del territori interior i deixen una estreta franja litoral. Aquesta orografia de contacte entre dos grans sistemes muntanyencs peninsulars, l'Ibèric al nord i el Bètic al sud, ha configurat una fesomia en què, des de Castelló fins a Alacant, trobem tota una sèrie de massissos muntanyencs que inclouen nuclis poblacionals amb condicions i requeriments molt semblants. En aquest cas, l'àrea a la qual fem referència ací està emmarcada en l'interior meridional de la província de València i septentrional d'Alacant, entre els massissos i les valls del Benicadell, la Mariola, la Solana i la Font Roja, l'Aitana i la Serrella, el Maigmó i Salinas; encara que, com hem dit, és extrapolable a moltes altres serres valencianes.

CANVIS DE VIDA A LES COMARQUES INTERIORS VALENCIANES.

La vida en aquestes comarques muntanyenques, de caire difícil, amb un treball diari molt dur i dedicat exclusivament a la subsistència, estava representada pels masovers. Com diu Ferragud (2003), el seu rebost eren els recursos forestals barrejats amb una agricultura de baixos rendiments, la ramaderia, la caça i l'artesanat. Així doncs, la prevenció i la cura de les

malalties no era molt més fàcil i havien de recórrer als recursos naturals que els envoltaven.

Amb el pas del temps, la pressió demogràfica colonitzadora impedí que poques d'aquestes àrees pogueren romandre rurals; solament aquelles més dificultoses.

En el cas dels pobles de les comarques de l'Alcoià, el Comtat, la Vall d'Albaida i l'Alt Vinalopó, en què els sectors paperer i tèxtil van adquirir gran importància a partir de final del segle XVIII, l'agricultura de subsistència deixà pas a la indústria, quedà relegada a un segon pla i és considerada actualment com un complement socioeconòmic o una «distracció» familiar.

Per tant, aquesta industrialització va comportar canvis no sols en el paisatge, sinó també en la mateixa societat. Les zones urbanes començaren a desenvolupar-se extraordinàriament per l'enorme trasllat de gent de les àrees rurals. Però per als nouvinguts la vida no era gens fàcil. El treball era pesat i mal pagat, i els salaris tan baixos impedièren una bona alimentació (Pérez, 1914). Encara que podien arribar a fer tres menjades, el règim alimentari era vegetarià barrejat amb l'íctic (sardines, bacallà, tonyina, etc.) i amb molt poca carn, que solia consumir-se els caps de setmana. Com que l'oli era car, els fregits eren escassos, i igualment passava amb els ous. Però la seua consideració nutricional era alta i se solien prendre en cas de malaltia (Pérez, 1914; Bernabeu, 2004). En canvi els burgesos incloïen tots aquests aliments de major cost econòmic de forma habitual, és a dir, una quantitat més elevada de carn, pa, mantega, ous i llet, entre altres.

Atesa la manca de recursos econòmics, les cases d'aquests jornalers també eren prou deplorables, defectuoses i antihigièniques. Les malalties respiratòries s'agreuaven amb la deficiència en la climatització dels habitatges i la manca de ventilació per les creences o les supersticions i les pors d'aquells moments, ja que els «mals aires» o refredaments corporals eren causats per d'aire (Ramón, 2007). Tot això queda reflectit a la *Topografia mèdica de Ontinyent de 1916* per Bernabeu (2004), on també subratlla que aquest problema no es produïa únicament a les cases, sinó que el mateix succeïa als edificis públics (cafés, esglésies, etc.), a les fàbriques i altres establiments industrials que afegien, a més, els contaminants d'aquestes

tasques, com la pols dels diferents tipus de fibres (cotó, cànem, espart) o dels adobs i l'algeps, etc.

Amb el temps, l'avanç econòmic experimentat en la vida de la gent del sector industrial d'aquestes comarques accelerà l'abandó rural, cosa que obligà a una reforma integral de les ciutats, que canviaren la seua fesomia. S'impulsaren les primeres polítiques salubristes amb l'objectiu de millorar les condicions de salut de la població general i dels obrers en particular (Izquierdo, 2000), ja que la nova situació d'amuntegament, falta d'aliment i excés de treball comportava una morbiditat més alta produïda per les malalties infeccioses (tuberculosi, febre de malta, febres tifoides, etc.) i un increment de la mortalitat infantil (Navarro, 2000), entre altres.

Una altra eina de gran importància foren les anomenades "topografies mèdiques". Es tractava d'aportacions de caràcter higienista que pretenien influir en la vida, la moral i la salut de la població (Rosen, 1953). Eren uns diagnòstics de salut que incloïen aspectes ecològics, culturals, socials i morals del lloc en qüestió, gràcies als quals qualsevol metge podia informar-se ràpidament sobre la població que anava a tractar, cosa que li permetia realitzar les seues funcions d'una forma més exhaustiva i amb més eficàcia. En alguns casos eren estudis epidemiològics molt complets, que intentaven esbrinar la distribució social de les malalties i d'aquesta manera poder buscar solucions per combatre-les amb preceptes que milloraven els punts negatius de cadascun dels aspectes analitzats a la topografia (Casco, 2001).

A la fi, es desenvolupà una classe urbana molt adinerada i una altra de mitjana que anava incloent molts dels immigrants de les àrees rurals properes. Per a aquest grup, que ja no solament treballava per a malviure (Ferragud, 2003), l'esforç de moltes hores donava per millorar la seua qualitat de vida, tant alimentària com de l'habitatge, fins a modificar totalment els hàbits alimentaris i condicionant, alhora, la morbiditat i mortalitat d'avui.

Hi ha una evolució clara de les principals causes de mortalitat amb l'aplicació de certes normes d'higiene, tant a la forma de vida com a les infraestructures públiques (clavegueram, escorxadors, abocadors de fem, etc.). Aquest canvi és més patent a partir dels anys 50 del segle passat (Espínós, 1975), en què disminueixen bruscament les malalties infeccioses i

parasitàries, així com les digestives (Beneito, 1993), i donen pas a les malalties cardiorespiratòries, el càncer i les trombosis i hemorràgies cerebrals.

Encara que no han passat tants anys des que s'abandonaren els masos que hi havia al voltant d'aquestes serres valencianes, aquest col·lectiu i el seu entorn ens semblen molt llunyans. Per comprendre els aspectes que ací es tracten no hem de perdre el fil de l'origen dels habitants d'aquestes urbs industrialitzades, ja que molts d'ells eren antics masovers.

LA SALUT DURANT ELS PERÍODES EPIDÈMICS DEL S. XX.

Han sigut molts els patiments pels quals han hagut de passar els pobladors d'aquestes terres. Unes condicions higienicosanitàries deficientes, juntament amb la malnutrició i els constants episodis bèl·lics, afavorien en bona mesura el caràcter endèmic d'algunes malalties, com la febre tifoide, el paludisme i la tuberculosi. Altres malalties epidèmiques adquirien gran importància, com el còlera (que al llarg del segle XIX afectà la província d'Alacant cinc vegades: 1834, 1854-55, 1859-60, 1865 i 1885) (Beneito, 1993) o la febre groga i malalties infeccioses com la tuberculosi pulmonar. Ja en el segle XX, és de destacar la grip del 1918 (Beneito, 1993. Peset, 1918).

La tuberculosi pulmonar era una de les malalties infeccioses que més mortaldat causaven en les zones muntanyenques del sud de València (Bernabeu, 2004) ja que la transmissió es veia afavorida tant per la inhalació de la pols infectada als insalubres carrers, cases i llocs de treball, com també per la ingestió de llet de vaques tísiques sense haver-la bullit abans.

Les malalties digestives eren la causa de mort més important, seguides de les respiratòries (Fresquet, 1994; Pérez, 1914), llevat de les entitats morbosos conegudes. Respecte a les malalties digestives, les gastritis, gastroenteritis i enterocolitis eren les més freqüents, i en les respiratòries destaquen les 'angines', laringitis, bronquitis, broncopneumònies i enterocolitis. En xiquets eren freqüents els paràsits intestinals, els anomenats «cuquets» (*Oxiurus vermicularis*) (Bernabeu, 2004), però la major mortalitat infantil era causada fonamentalment per diarrees (Pérez, 1914), bronquitis aguda, pneumònies, meningitis, alteracions congènites i prematuritat (Fresquet, 1994).

La mortalitat comença a baixar a principis del segle xx, amb l'aplicació dels preceptes higiènics i dietètics que van controlar les malalties digestives. Aquest pas també seria fonamental per a la disminució progressiva de la mortalitat global excepte en els períodes de gran augment, com ara les epidèmies de còlera, grip i els anys de la Guerra Civil (Fresquet, 1994).

Des de l'antiguitat l'home busca la forma de previndre's o de curar-se d'aquestes malalties esmentades i d'altres més freqüents. Així, ha anat provant, errant, aprenent i incorporant a la seua saviesa tota una sèrie de preparats amb vegetals, animals i minerals que, sols o combinats, foren de profit.

LA MEDICINA A CASA: UN COMPENDI DE SALUT A L'ABAST DE TOTHOM

Des de temps remots, la pràctica de la cremació de certes herbes a les brases per purificar una habitació, roba, persones malaltes, etc. ha sigut una de les maneres d'allunyar els mals esperits que es considerava que portaven les malalties a les cases. Hi ha referències pertot arreu de l'ús de plantes aromàtiques i medicinals en aquest tipus de sufumigacions (*sahumerios*) particulars o col·lectives. Totes es feien per a netejar l'aire d'elements impurs (Olmedilla, 1877). Amb el pas del temps s'ha après que aquestes supersticions, que en principi ho eren, tenien un grau de credibilitat, ja que moltes de les herbes emprades actuaven, pels seus principis actius, com antisèptics. Però un exemple de sufumigació destacable per la seua importància com a preventiu davant les possibles epidèmies que podien assolir a Espanya en el segle xix es correspondria a les fumigacions que es feien al llatzeret de Maó. J. M. Vidal (2006) ja ens destaca de l'estudi que va fer de la topografia mèdica de Menorca de Horner, de l'any 1839, els processos de neteja que s'hi feien per descontaminar vaixells, persones i mercaderies, i que Horner anomenava «purificacions». Aquest tema també és esmentat per Viñes (2006) en el seu article *La sanidad española anterior a 1847*, on apareix un llistat d'herbes acordades per la Junta Suprema al maig de 1771, en què s'indicava la composició dels productes incinerats en les sufumigacions. S'hi poden destacar plantes dels gèneres *Ruta*, *Artemisia*, *Juniperus*, *Teucrium*, *Euphorbia*, *Ferula*, entre altres, moltes d'aquestes, presents a molts altres preparats medicinals coneguts (Martínez-Francés, 2003, 2005, 2006 i 2007).

El pas cap a una salubritat definida i adequada per estalviar malestars en la població fou donat seguint uns preceptes de neteja tant individual com dels habitatges. I des d'aquest moment, la sanitat va anar avançant fins arribar a la situació que trobem en l'actualitat. Aquesta transició ha comportat una millora generalitzada de la vida de la població, però una pèrdua en certs coneixements anteriors a aquest salt, quan calia prevenir i curar-se amb el que hi havia al voltant.

Troblem tot tipus de remeis (Verde, 2008): els aplicats externament (compreses o apòsits, banys, cataplasmes, cerats, altres emulsions usades en forma de cremes o pomades, unguents, liniments, locions i olis medicinals, sufumigacions) i els aplicats internament (sucs, tisanes, maceracions, pólvores, xarops, infusos i decoctes, extractes, elixirs, càpsules, tintures, col·liris). En tots aquests remeis es fan servir, depenent del coneixement de cadascú, un nombre major o menor de plantes. A les nostres comarques, atesa la gran riquesa de flora existent, aquest nombre ha sigut prou elevat (Bernabeu, 2004). Fins i tot hi havia gent que es dedicava a la recol·lecció d'herbes per vendre-les a herbolaris, a destil·leries o a empreses farmacèutiques valencianes; els coneguts com *yerberos*. La Mariola, l'Aitana, la Serrella, el Maigmó i moltes altres serres eren recorregudes, tant a la primavera com a la tardor, per collir les herbes demanades. Però no sols feien aquesta tasca els *yerberos*. Aquestes plantes també eren ben conegudes pel sector més popular de la població, que generalment era el més pobre. Els coneixements eren transmesos generació a generació, en uns casos de pares a fills i en altres de mares a filles. Hi havia plantes que eren recollides al camp, però d'altres estaven ben prop, als cossiols de les balconades i dels patis.

El cost del metge i dels medicaments que aquest receptava solia ser molt elevat, per tant, únicament hi acudien quan no trobaven solució (Beneito, 2003; Bernabeu, 2004). Però, mentrestant, prenien tota mena de preparats herbals que ells mateixos preparaven.

L'ús de moltes d'aquestes plantes ja es recull en molts tractats antics. Fins i tot en alguns llibres del segle XVI ens han arribat fins avui, com pot ser el llibre de plantes medicinals de Pedacijs Dioscòrides (Laguna, 1566). A banda, també trobem receptaris com el de *La Pera*, amb remeis per a tot tipus de malestars, i hi ha qui té encara, com un autèntic tresor, algun llibret familiar amb les fórmules de diferents preparats apuntats, o la forma

més popular i a hores d'ara més amenaçada, la transmissió oral d'alguna recepta medicinal.

Amb el perfeccionament de la destil·lació pels àrabs, es va donar un pas important en la forma d'administració dels principis actius de les plantes. Arnau de Vilanova i Ramon Llull (Olmedilla, 1877; López-Piñero, 2006), importants alquimistes valencià i mallorquí respectivament, van ser uns dels principals difusors de l'*aqua vitae*. Aquest producte, l'aiguardent, de sabor aspre si no es rectifica, aconsegueix una bona acceptació quan s'hi afegeix l'anís. Començava, amb aquest gest, tota una cultura d'addició d'herbes o fruits, tant per a conservar llarg temps les propietats medicinals dels additius, com per a millorar el caràcter organolèptic d'aquests destil·lats.

En aquestes terres, com en moltes altres de la Mediterrània, era freqüent la destil·lació del vi, que a les zones muntanyenques no arribava a ser de bona qualitat (Ferragud, 2003), perquè es feia agre. Alambins casolans estaven repartits pertot arreu, en molts masos. Els caps i les cues eren emprades com alcohol per a cremar, però la resta del destil·lat era usat com a medicina, tant per les seues propietats extractives com conservants (Pujol, 1994). Moltes facècies i dites populars fan referència a aquest aspecte, com en *Sentències comentades* de Desideri Lombarte (Sangüesa, 1998):

Matar el cuc:

Los cucs los mate l'esperit,
l'esperit del vi i l'aiguardent,
i per això li fotem
fort a l'aiguardent i al vi.

Aquesta dita, recollida a la comarca dels Ports, a Castelló, ens fa veure que a zones similars de la nostra orografia, zones muntanyenques de vida molt difícil, amb molta població dispersa i amb accessos difícils a les grans urbs, hi havia costums molt semblants a les d'aquestes comarques d'Alacant i València. L'aiguardent s'ha acompanyat, com hem dit, amb tot tipus de saboritzants, però també se li han afegit les tisanes o infusions més comunament emprades com digestives i carminatives, purgants, aperitives, etc. D'ací ve l'origen dels preparats d'herbes coneguts com 'herbero' o 'herberet', 'gitam', 'beatamaria', 'vermut', 'absenta', 'cantueso',

etc.; i també de fruits com el 'licor d'aranyons', 'licor de cireres', 'licor de pepino', etc.

Però no sols s'usava l'aiguardent com a element medicinal. El vi, que ha sigut component fonamental dels àpats quotidians, amb un consum molt elevat, i dels rituals cristians (Ferragud, 2003), també ha format part, sol o com dissolvent, de certes fórmules medicinals. Des de l'edat mitjana, la seua bondat s'instaura en la mentalitat d'aquests pobladors. Per això és freqüent trobar referències d'aquesta mena per les zones costaneres o d'interior de l'est peninsular. A I. Plini expressa la importància d'aquest producte quan assenyala en la seua obra *Vite e vino nel medioevo*, que «el vi era fins i tot més sa que l'aigua, moltes vegades consumida de pous fangosos». Ja en el segle XIX, trobem testimonis com aquest al poble tarragoní de Vila-seca, on es considerava que al mes de setembre l'epidèmia de còlera havia perdut la seua virulència perquè havia arribat l'època de la verema, «i va ser l'olor forta del vi la que va matar el virus del còlera» (Genokes, 1995).

Per tant, durant la industrialització, el vi, que era un producte barat que estava a l'abast de qualsevol economia, formava part de la dieta alimentària de grans i menuts (Beneito, 2003 ; Bernabeu, 2004 ; Pérez, 1914), encara que la quantitat que es bevia solia ser elevada; però així i tot, no es balafiava. Quan es feia malbé, es rectificava amb quina o altres herbes, per a poder usar-lo després com a aperitiu. Hi ha altres referències de l'ús de preparats d'herbes quinats, com el del Dr. Tadeo Lafuente, que adquiriren gran importància arran de la seua utilització com a febrífug en epidèmies de febre groga durant el primer quart del segle XIX (Gaspar, 1992). Un altre exemple d'un vi medicinal és l'encara comunament consumit "vi d'anous", elaborat en totes les terres valencianes seguint tota una sèrie de rituals i supersticions.

En definitiva, a causa de les condicions poc higièniques i dificultoses de la vida, molts dels medicaments que s'usaven eren tònic, reconstituents, digestius, vigoritzants, elixirs, energètics, etc. Als periòdics locals ens han quedat exemples dels vins, licors i elixirs de més anomenada que venien els apotecaris, en aquest cas, a la ciutat d'Alcoi, al principi del segle XX (Beneito, 2003) com: l'elixir callot, el vino Pinedo, l'elixir kinarsol, el licor Carmelitano, el licor antiasmático del Dr. Klein, el vino yodo-tánico, el no-laturu Zarza Costas, el licor brea Costas, el vi de sarsaparrella que elaborava el Dr. Borrel, el ferro-quina-Bisleri, el pectoral de cereza del Dr. Ayer, etc.

Per tant, la ingestió quotidiana d'alcohol anava més enllà del concepte que tenim avui d'aquest producte. Moltes mares tenien alguns remeis curatius i reconstituents casolans als rebosts que solien administrar, tant als grans com als menuts, quan queien malalts, i que estaven fets a base d'alcohol. Fins fa pocs anys era freqüent donar-los als infants batuts de conyac mesclats amb un rovell d'ou cru, o prendre vi calent o un got de llet amb una bona dosi de conyac (Beneito, 2003) davant refredaments, febres o malestars generalitzats.

Diàriament, els treballadors consumien quantitats elevades de vi durant les menjades i prenién licors abans i després del treball. Un costum molt escampat entre la població era ingerir en dejú aiguardents o begudes alcohòliques d'elevada graduació, pràctica a la qual s'atribuïen poders preventius i que, segons deien, «depurava la sang del cos». Una dita popular molt generalitzada i recollida al llibre *Condicions de vida i salut a Alcoi durant el procés d'industrialització* (Beneito, 2003) advertia que «l'herbero-licor d'elevada graduació que s'elaborava mitjançant la maceració d'herbes aromàtiques— matava el cuc, és a dir, preservava del còlera, de la grip o de qualsevol altra malaltia».

L'ús que fem actualment de les plantes medicinals és molt reduït. Sols ens ha arribat allò que encara podem o solem aprofitar, ja que hi ha moltes dolències que han deixat de tindre aquella importància tan transcendental que tenien en aquells moments. La falta de necessitat ens ha fet oblidar, i actualment sols recordem les notes de peu de pàgina de tot un llibre de coneixements.

LA 'BOTELLA CURADA': UN EXEMPLE LLUNYÀ MOLT PRÒXIM

Trobem exemples de preparats herbals hidroalcohòlics complexos i amb funcionalitats ben definides pertot arreu. A l'igual que els herbers al sud-est de la península Ibèrica, en la medicina tradicional del riu Anchicayá les ampolles preparades encara ocupen, sens dubte, un lloc primordial. És difícil trobar una llar on no hi haja, sota un llit o al rebost, una ampolla amb plantes medicinals. Aquestes ampolles es preparen amb *biche* con a solvent per a diluir i mantenir les plantes. Són molts els tipus d'ampolles preparades, ja que, segons la intenció del remei, varien les dosis i les diferents plantes que s'hi afegeixen. En línies generals, es coneixen nou

ampolles preparades: ampolla d'amarg, per a la picada d'escurçó, per al «mal d'ull», per a l'atenció del part, com reconstituent o per a la debilitat sexual, per a la sort, per a la protecció del cos, per a la veu i per produir malefics. De totes aquestes, la més freqüent és l'ampolla d'amargs o més coneguda com la *botella curada*. Se suposa que aquest preparat ajuda a conservar net el fetge i descarregar la bilis, i així mantenir el cos protegit –com a defensa contra les malalties i fins i tot per a les picades d'escurçó o el paludisme–. També s'ha fet servir aquesta recepta contra malefics o *mal puesto* (Zuluaga, 2003).

Fins fa quaranta anys –moment en què apareixen campanyes d'eradicació amb la droga antimalàrica– la malaltia del paludisme no era coneguda com a tal en el Pacífic, encara que la població la patia. Per tant era difícil trobar remeis per tractar-la eficientment, ja que no reconeixien la malaltia, que era classificada en un altre tipus de categories populars com la febre i els calfreds. Així doncs, els majors l'havien patida i tenien remeis contra aquests efectes, encara que no hi haguera una percepció popular de la malaltia com a l'Occident. Els habitants de la zona solien prendre plantes amargues amb regularitat per mantenir el cos *compuesto*, és a dir, per protegir-lo i donar-li resistència, fins i tot contra les picades d'escurçó i conga i contra la malària. Es creu fermament en la utilitat de remeis com les ampolles amb plantes amargues, preparades amb *biche*.

Segons Zuluaga (2003), s'obri una perspectiva d'investigació de les possibles aplicacions profilàctiques d'aquests preparats. Aquesta perspectiva pot resultar extraordinàriament útil per a replantejar la medicina tradicional.

CONCLUSIONS

Amb la medicina actual i les condicions tan benèvols, higiènicament parlant, en què vivim, perdem la perspectiva de fins a quin punt podia resultar difícil la vida abans. La salut d'una comunitat, d'una família o d'un individu, està condicionada per diferents factors que, en el cas més negatiu, ocasionen greus malestars, la cronicitat de determinades malalties i fins i tot la mort. Una vegada vistes les condicions de vida de la societat de finals del segle XIX i principi del XX, podem fer una relació d'aquests factors:

El primer seria l'*hostilitat natural del medi*, atés que la major part d'aquestes comarques es troben emmarcades en una orografia, de vegades abrupta, i un clima que comporta hiverns durs i baixos rendiments de les collites. Encara que el sector industrial tinga un paper rellevant en algunes localitats, han sigut també molt importants els llogarets o masos aïllats pels voltants dels principals nuclis muntanyencs, com també certes localitats encara rurals.

Els *problemes ambientals* ocasionats pel malbaratament dels recursos amb la consegüent pèrdua de diversitat i els canvis en els sistemes productius tradicionals van condicionar la inseguretat alimentària d'aquests pobles (vegeu punt 3.2). El mal en l'esfera física i cultural produeix tant la pèrdua dels recursos genètics medicinals, mitjans directes per a la preservació i/o curació de la salut, com la dels valors i coneixements que els sustentaven. El dany ocasionat en tots aquests aspectes mediambientals reflecteix clarament l'estat de salut de les comunitats.

D'altra banda, tant als nuclis de població grans com a les zones rurals, la *pobresa* era evident. El menjar era escàs en tots dos entorns i la falta de recursos econòmics afavoria l'amuntegament. Això anava en detriment de la *qualitat higienicosanitària* de les cases, molt brutes, amb escassa ventilació, sense latrines, etc. En el millor dels casos, un clavegueram de mala qualitat o, més sovint encara, pous cecs o rius que feien d'abocadors dels excrements, generaven aigües de mala qualitat i la contaminació dels aliments frescos.

Tot i açò, la desesperació i la necessitat de trobar prosperitat i qualitat de vida esperonava les *migracions* del medi rural a l'urbà, de vegades sense meditar molt sobre els condicionants de la nova forma de subsistència. Aquesta comportava un *canvi cultural*, amb sort de bona transició econòmica i, moltes vegades també, un canvi o pèrdua dels valors i de les creences.

La *prestació de serveis de salut* estava condicionada per problemes econòmics i geogràfics, com ara l'existència d'un model de planificació centralitzada, amb l'administració de recursos financers, humans i tècnics incompleta en què l'accessibilitat als sistemes de salut de la població més dispersa era dificultosa. A això s'afegien les barreres econòmiques que exclouïen les capes menys afavorides, amb escassa o nul·la capacitat adquisitiva, circumstància

que dificultava la possibilitat d'assumir el cost de les consultes mèdiques, l'hospitalització i la compra de medicaments. Amb el pas del temps, el distanciament entre les pràctiques tradicionals (moltes vegades encobertes per la superstició, creences i costums) i les convencionals va acabar fent-se cada vegada més gran. En canvi, actualment hi ha un retorn a la medicina natural amb una gran acceptació popular de les teràpies alternatives.

Amb tot el que hem exposat, podríem fer un paral·lelisme entre la situació diferenciadora actual, respecte a les principals causes de mortalitat entre els anomenats primer i tercer món –per fer-nos una idea de la transició experimentada per la nostra societat– i els canvis considerables produïts amb la instauració de preceptes higiènics individuals i col·lectius, és a dir, tant en els habitatges com en la resta d'infraestructures locals.

Mentre que al tercer món les patologies són la pobresa, la desnutrició, les malalties infectocontagioses i les morts violentes –atesa la impossibilitat d'una resposta ràpida per la llunyania de les estructures sanitàries–, al primer món predominen la malnutrició, les malalties del cervell –degeneratives, per l'allargament dels anys de vida–, cardiovasculars i les morts violentes –en aquest cas, amb vehicles–. La transposició de les causes esmentades per al tercer món és total i directa a la situació que reflecteix el segle XIX, i les del primer món es correspondrien amb el final del segle XX.

En definitiva, com afirma Zuluaga (2003), la imposició de models de desenvolupament del primer món al tercer món no ha aconseguit fer desaparèixer les seues patologies, sinó que n'ha ampliat el nombre i les causes d'afecció. Aquesta situació també es va produir amb l'allau de persones que emigraren de les zones rurals a les urbanes durant el procés d'implantació de la Revolució Industrial fins a la meitat del segle XX. Les ciutats no estaven preparades per a rebre aquesta massa de gent i hi va haver un període de transició molt dolent, fins que l'avanç en la salubritat, l'alimentació i la medicina van pal·liar, i en molts casos eradicar, les afeccions mortals que patia la població.

BIBLIOGRAFIA

Beneito Lloris, A. (1993): *Comportamiento epidémico y evolución de las causas de defunción en la comarca de l'Alcoià-Comtat. Ss. XIX-XX* (Tesis doctoral inédita). Facultat de Filosofia y Letras, Universitat d'Alacant.

- Beneito Lloris, A. (2003): *Condicions de vida i salut a Alcoi durant el procés d'industrialització*. Universitat Politècnica de València.
- Bernabeu Mestre, J., Bordera i Bordera, T. F.; Sanchís Carbonell, J. i Terol i Reig, V. (eds.) (2004): *La topografia mèdica de Ontinyent de 1916*. Ajuntament d'Ontinyent.
- Casco Solís, J. (2001): «Las topografías médicas: revisión y cronología». *Asclepio*, vol. LIII(1), pp. 213-244.
- Espinós Gisbert, D. (1975): *Topografía médica de Alcoy*. Alicante, Publicaciones de la Caja de Ahorros Provincial de la Excm. Diputación de Alicante.
- Ferragud Domingo, C. (2003): *El naixement d'una vila rural valenciana. Cocentaina, 1245-1304*. Burjassot, Universitat de València.
- Fresquet, J. L.; Tronchoni, J. A.; Ferrer, F. i Bordallo, A. (1994): *Salut, malaltia i terapèutica popular. Els municipis riberencs de l'Albufera*. Servei de publicacions de l'Ajuntament de Catarroja (Col.lecció Josep Servés, de documentació i recerca).
- Gaspar Garcu, M. D. (1992): «La epidemia de fiebre amarilla que asoló Barcelona en 1821, a través del contenido del manuscrito 156 de la Biblioteca Universitaria de Barcelona», *Gimbernat*, XVIII, pp. 65-72.
- Genokes i Salvado, E. (1995): «Els estralls de l'epidèmia del còlera de 1885 a Vila-seca», *Gimbernat*, XXIII, pp. 95-101.
- Izquierdo Sánchez, J. (2000): *Topografía médica de Rótova y pueblos anejos a su distrito (Alfahuir, Almiserat, Castellonet de la Conquista y Lugar Nuevo de San Jerónimo), 1911*. [Estudi introductori de Josep Lluís Barona]. Simat de la Vallidigna, La Xara Edicions.
- Laguna, A. (1566): *Pedacio Dioscórides Anazarbeo. Acerca de la materia medicinal y de los venenos mortíferos*. Biblioteca de Clásicos de la Medicina y de la Farmacia Española. Fundación de Ciencias de la Salud (edició facsímil).
- López Piñero, J. M. (2006): «Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España Renacentista». *Revista Española de Salud Pública*, 80, pp. 445-456.
- Martínez-Francés, V. i Ríos Ruiz, S. (2003): «Plantas de los herberos en la Sierra de Mariola (SW de Valencia, N-NW de Alicante, España)». *Flora Montibérica*, 25, pp. 42-51.

- Martínez-Francés, V. i Ríos Ruiz, S. (2005): «Lesser know herbal spirits of the Valencia and Alicante provinces (East-Southern Spain)». *Industrial Crops and Rural Development*. Proceedings of 2005 Annual Meeting of the Association for the Advancement of Industrial Crops. Pascual-Villalobos, M. J.; Nakayama, F. S.; Bailey, C. A.; Correal, E. & Schloman, W. W. Jr. (eds.). IMIDA, Murcia, pp. 417-425.
- Martínez-Francés, V. (2006): *Etnobotánica del herbero: el uso de las plantas medicinales en la licorería tradicional valenciana*. Memoria para la obtención del certificado-diploma de estudios avanzados (DEA) dirigida pel Dr. Segundo Ríos Ruiz. Alacant, Universitat d'Alacant, Biblioteca del I. U. CIBIO.
- Martínez-Francés, V. i Ríos Ruiz, S. (2007): «El uso tradicional de elixires, jarabes y vinos medicinales en el Mediterráneo occidental», dins *Etnoecología y Desarrollo Sostenible. Ecodesarrollo*, Madrid, Ed. Ecodesarrollo, pp. 105-119.
- Olmedilla i Puig, J. (1877): «Historia general de los desinfectantes y determinación de los más eficaces como preservativos de las enfermedades». *Revista Europea*, 178 (X), pp. 97-104.
- Pérez Bernabeu, J. (1914): *Algunos apuntes de geografía médica de la ciudad de Monóvar*. València, Librería de la Viuda de R. Ortega (edició electrònica).
- Peset, J. (1918): «La vaccination antityphique en Espagne por el Dr. Peset, de Valencia. Facultad de Medicina de París». Conferencias de los profesores españoles Dres. Martínez Vargas, Peset y Freixas. *Laboratorio*, pp. 97-108
- Ramón Sapena, R.; Betloch Mas, I. i Chiner Vives, E. (2007): «Medicina màgica a les comarques de la Marina. Papers masculins i femenins». *Feminismos*, 10, pp. 17-29.
- Rosen, G. (1953): «Economic and social policy in the development of public health. An essay in interpretation». *Journal of the History of Medicine*, 8, pp. 406-430.
- Sangüesa Ortí, C. (1998): *El cicle tradicional agrari a la comarca dels Ports*. Burriana, Ajuntament de Morella.

- Verde, A.; Rivera, D.; Fajardo, J.; Obón, C. i Cebrián, F. (2008): *Guía de las plantas medicinales de Castilla-La Mancha (y otros recursos medicinales de uso tradicional)*. Albacete, Altabán Ediciones.
- Vidal Hernández, J. M. (2006): «Una topografía médica desconeguda de Menorca». *Gimbernat*, 46, pp. 107-135.
- Viñes Rueda, J. J. (2006): «La sanidad española en el s. XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)». *Colección: Temas de Historia de la Medicina*, 5. Gobierno de Navarra, pp. 37-68.
- Zuluaga Ramírez, G. (2003): *La botella curada. Un estudio de los sistemas tradicionales de salud en las comunidades afrocolombianas del Chocó Biogeográfico*. Colombia, Amazon Conservation Team - Instituto de Etnobiología.

M. T. Pretel y C. Obón

Departamento de Biología Aplicada
Universidad Miguel Hernández, EPS-Orihuela

INTRODUCCIÓN

Desde los tiempos iniciales en la agricultura y con el paso de las primeras civilizaciones, el hombre fue ganando terreno a la vegetación natural de un modo más o menos ordenado. Sin embargo, no es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se produce el declive general de la biodiversidad. Se produce una lenta, pero irremediable mutación paisajística, desapareciendo los policultivos en favor de los cultivos intensivos. La productividad se incrementa en extremo a partir del empleo de los plaguicidas no biológicos y del ahorro de agua generado por el riego localizado, y se avanza rápidamente en el sentido de la selección varietal (García, 1992). Las plantas silvestres que eran objeto de aprovechamiento subsidiario para el hombre o el ganado pasan a ser consideradas competidoras de los cultivos y son eliminadas por medio de herbicidas (Laguna, 1998). Hoy en día, la práctica de recolectar plantas silvestres se ha perdido en la mayoría de los países, aunque no en todos. Existen aquellos donde las verduras silvestres aún constituyen una parte importante y permanente de la alimentación humana como es el caso del distrito de Machakos en Kenia donde se calcula que estos alimentos integran un 35 por ciento en peso de su dieta habitual (Falconer, 1990). En España también se consumen localmente determinadas plantas silvestres como espárragos (*Asparagus acutifolius* L.) o collejas (*Silene vulgaris* (Moench) Garcke) entre otras. Más concretamente, en la Comunidad Valenciana, el uso de alguna de estas especies ha pasado a formar parte del patrimonio gastronómico como es el caso del plato típico de Polinyà de Xúquer, “la fenollà”, que incluye el hinojo entre

sus principales ingredientes (Morales, 2002). El conocimiento de las propiedades beneficiosas de las plantas y su cultivo podría suponer una proyección a medio plazo sobre el sistema productivo del medio rural ya que se podrían abrir nuevos campos de desarrollo a base de recursos naturales de la zona y dar lugar a nuevas fuentes de explotación racional (Tardío y cols., 2002). En este trabajo, nuestro objetivo es el estudio de algunas propiedades beneficiosas de especies vegetales recolectadas y consumidas en la provincia de Alicante, como el contenido en algunos elementos minerales (sodio, magnesio y calcio), capacidad antioxidante y contenido en fenoles. Asimismo, se presenta un estudio realizado en el laboratorio por un panel de catadores, donde se analizaron las características organolépticas de las plantas estudiando sabores, aromas y texturas que puedan ser apreciadas por los consumidores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Material vegetal:

Se utilizaron 12 plantas comestibles silvestres: *raïmet de pastor* (*Sedum sediforme* (Jacq.) Pau), *llengua d'ovella* (*Scorpiurus sulcatus* L.), espárrago triguero (*Asparagus acutifolius* L.), acelga de mar (*Beta maritima* L.), acelga de borde verde y de borde rojo (*Beta vulgaris* L.), pimpinela (*Sanguisorba minor* Scop.), hinojo (*Foeniculum vulgare* Mill.), cardo (*Cynara cardunculus* L.), lisón o *llicsons* (*Sonchus microcephalus* Mejías), cerrajón o *cama-roja* (*Sonchus oleraceus* L.) y lisón o *llicsons* (*Sonchus tenerrimus* L.). Otras 4 plantas fueron adquiridas en comercios especializados: escarola cultivada en ecológico y convencional (*Cichorium endivia* L.) y *cama-roja* (*Cichorium intybus* L.) procedente de un cultivo convencional. Se analizaron también dos plantas adquiridas en mercados especializados que sirvieron como control: acelga procedente de cultivo ecológico y acelga cultivada de forma convencional (*Beta vulgaris* L.). Todos los análisis se realizaron sobre tres muestras homogéneas de cada taxón.

Usos tradicionales de las plantas:

Los datos que aparecen en este estudio sobre la utilización tradicional de la flora comestible de la provincia de Alicante provienen de entrevistas directas

realizadas preferentemente de forma individualizada, aunque en algunos casos se entrevistaron conjuntamente a grupos de hombres y mujeres mayores, reunidos en las plazas o en los bares de los pueblos, o a gentes que se encontraban realizando labores del campo o simplemente paseando. Se recogió un pliego testigo de cada muestra que posteriormente se determinó botánicamente en el laboratorio. El estudio se ha completado con datos bibliográficos.

Determinaciones analíticas:

Para la determinación de la composición mineral se realizó una digestión nitricoperclórica. El sodio fue determinado por fotometría de llama. El calcio y el magnesio se analizaron por espectrofotometría de absorción atómica. Los resultados obtenidos son las medias \pm ES de 3 medidas y se expresan en mmol/Kg de peso seco. La determinación de la capacidad antioxidante total se llevó a cabo según el método de Cano *et al.* (1998). Para la cuantificación de los fenoles totales se empleó el método descrito por Wood *et al.* (2002), con ligeras modificaciones.

Determinación de las propiedades organolépticas. Aceptación por el consumidor:

Para el análisis sensorial de las plantas se seleccionó un grupo de cinco catadores entrenados que juzgaron cuatro atributos sensoriales: sabor (acidez-dulzor), amargor, aroma y masticabilidad. Para la valoración de cada atributo se utilizó una escala de 1 (menos aceptable) a 5 (más aceptable). Los catadores probaron las muestras en crudo y/o cocidas durante 15 minutos, según la forma de preparación de cada planta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Usos tradicionales de las plantas estudiadas

Todas las acelgas estudiadas son consumidas cocidas y se acompañan con otras verduras, como judías verdes, cebollas y patatas, elaborándose el famoso *bullit*, receta muy conocida en la provincia. La acelga es una especie muy extendida en la península, su uso culinario no es exclusivo

de la Comunidad Valenciana; así en la Comunidad de Madrid realizan una cocción previa para posteriormente ser rehogadas, acompañarlas con huevo e incluso con jamón (Tardío *et al.*, 2002). El espárrago y el hinojo son especies que se suelen elaborar en recetas con huevo. El hinojo también se usa como condimento y está muy difundido tanto en nuestra comunidad como fuera de ella. En Alicante se preparan con sus brotes y tallos más tiernos deliciosas tortillas y los famosos encurtidos, junto al *raïmet de pastor*, *llicsons*, aceitunas u olivas. En otros puntos de la comunidad es conocido su uso como aromatizante de las botas de vino o como corrector organoléptico en la elaboración de embutidos, también como verdura cruda masticando o chupando trozos de hinojo directamente o incluso en bocadillo (Mulet, 1991; Tardío *et al.*, 2002). Las dos especies recolectadas en nuestro estudio consumidas en ensalada son el *raïmet de pastor* y la *llengua d'ovella*. El *raïmet de pastor* goza de gran popularidad en la comunidad (Mulet, 1991). Con sus brotes jóvenes y acompañados de hinojo y *llicsons* se preparan ensaladas que se pueden encontrar en bares y restaurantes de muchos pueblos de la provincia. La pimpinela es consumida directamente en crudo, a modo de golosina. De esta especie se sabe más en España por sus usos medicinales que culinarios, mientras que en Holanda, Italia o Francia, es muy utilizada para acompañar ensaladas (Mulet, 1991). Las plantas de la familia asteráceas suelen ser consumidas en fresco, más concretamente en ensalada, siempre acompañadas con otro tipo de verduras y con su correspondiente aliño o bien en hervido (*cama-roja*).

Propiedades nutritivas y funcionales

Los nutrientes son las sustancias químicas contenidas en los alimentos que el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos para cumplir tres fines básicos: a) aportar la energía necesaria para que se mantenga la integridad y el perfecto funcionamiento de las estructuras corporales; b) proporcionar los materiales necesarios para la formación de estas estructuras y, c) suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo. Estos nutrientes incluyen a las proteínas, carbohidratos, lípidos, minerales, vitaminas y el agua. Cada uno de estos nutrientes se caracteriza por las funciones que realiza en el organismo. Las proteínas

tienen principalmente función plástica, esto es, aportan los materiales necesarios para la formación de tejidos y órganos; además, también proporcionan energía y aminoácidos esenciales. Los carbohidratos y las grasas tienen función fundamentalmente energética, aunque las grasas aportan además ácidos grasos esenciales y son vehículo de vitaminas liposolubles. Las vitaminas y los elementos minerales tienen función reguladora de los procesos metabólicos.

Entre los alimentos que contienen estos nutrientes y que forman parte de nuestra dieta habitual, se encuentran las hortalizas y las frutas que constituyen la esencia de lo que entendemos por dieta mediterránea. Los vegetales han sido utilizados desde el principio de los tiempos y en su selección influyen, además de los nutrientes que aportan, los atractivos colores y sabores que presentan.

Desde el punto de vista químico las hortalizas son productos ricos en agua, pobres en proteínas (contenido en torno al 1-4 %) y lípidos (cantidades muy bajas, generalmente menores del 0,5-0,6 %); y en lo que a carbohidratos se refiere están, habitualmente, entre el 1 y el 6 %. Por todo esto se trata de alimentos de escasa importancia desde el punto de vista plástico y energético. Sin embargo sí tienen gran interés por su contenido en micronutrientes: vitaminas y minerales. Además nos aportan la mayor cantidad de fibra que requerimos cada día, y otros compuestos, no nutritivos, pero de importancia para la salud.

El calcio está directamente relacionado con el funcionamiento del tejido óseo por lo que su ingestión previene y minimiza la aparición de la osteoporosis (Hernández *et al.*, 1999). Es destacable el alto contenido de calcio en el *raïmet de pastor* (figura 1) con $1857,08 \pm 59,77$ mmol/Kg PS. Algunos estudios (Turan *et al.*, 2003) ya han comprobado la alta presencia de este mineral en la familia de las crasuláceas. Entre las asteráceas (figura 2), las plantas que mayor contenido en calcio presentan son *Sonchus tenerrimus* y *S. microcephalus* con $544,75 \pm 49,17$ y $339,86 \pm 7,80$ mmol/kg PS respectivamente. Estos resultados son similares a otros estudios sobre las distintas especies de *Sonchus* (Guil-Guerrero *et al.*, 1998).

El magnesio es un micronutriente con actividad protectora frente a los radicales libres (Claye *et al.*, 1998). Las especies de la familia quenopodiáceas (figura 3) presentan los valores más altos, y entre ellas, la acelga de mar

(420,19±25,29 mmol/Kg PS) y la cultivada (384,06±36,34 mmol/Kg PS), muy por encima de otras especies cultivadas como la lechuga, espinaca, perejil y calabaza (Yildirim *et al.*, 2001). Los niveles de magnesio de las especies de la familia asteráceas (figura 4) son muy similares.

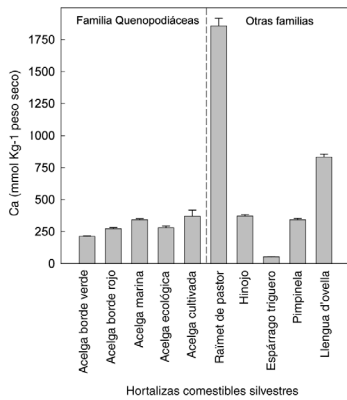


Figura 1. Contenido en calcio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media ± ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

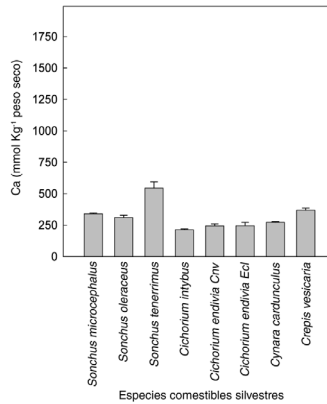


Figura 2. Contenido en calcio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media ± ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

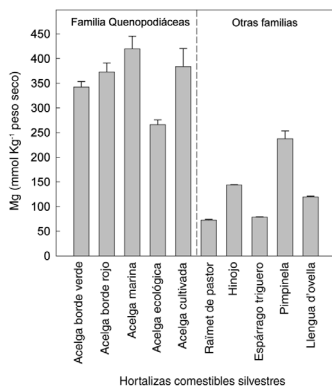


Figura 3. Contenido en magnesio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media ± ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

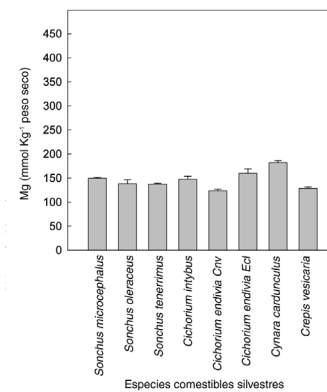


Figura 4. Contenido en magnesio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media ± ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

La presencia de sodio (figura 5) en la familia de las quenopodiáceas es muy significativa. Según Martínez (2002), es una característica propia de algunas hortalizas de hoja; además este mineral es responsable en parte del marcado sabor de estas verduras tan consumidas. Entre las asteráceas, es apreciable la mayor concentración de este elemento en *Cichorium* endivia con $1563,28 \pm 33,02$ mmol/kg. PS. En los estudios realizados por Guil-Guerrero *et al.* (1998) sobre las distintas variedades de *Sonchus*, el sodio presenta altas concentraciones respecto al resto de elementos.

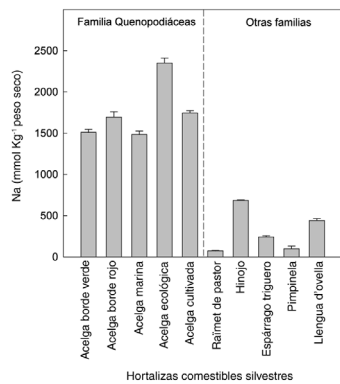


Figura 5. Contenido en sodio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

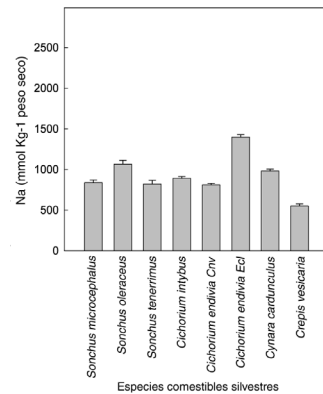


Figura 6. Contenido en sodio (mmol/Kg PS) en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

Una vez comentados aspectos del valor nutritivo de las hortalizas, debemos mencionar también que a la hora de determinar la importancia de un alimento, casi siempre se han considerado los nutrientes como los únicos constituyentes a tener en cuenta, pero en la actualidad se conocen otro tipo de componentes a los que se le atribuyen unas funciones saludables.

No es hasta las décadas de los años 1980 y 1990 cuando en Occidente se empieza a dar importancia a estas sustancias químicas que en algunos casos tienen propiedades fisiológicas importantes, lo que ha dado lugar a que se consideren sustancias bioactivas, y se denominan “fitoquímicos” cuando se trata de compuestos de origen vegetal. Aunque no se les puede considerar

esenciales, ya que no se requieren para nuestro metabolismo, son indispensables a largo plazo para nuestra salud. Intervienen ejerciendo un efecto protector del sistema cardiocirculatorio, reductor de la presión sanguínea, regulador de la glucemia y la colesterolemia, reductor del riesgo de cáncer y mejorador de la respuesta defensiva inmunitaria de nuestro cuerpo. A partir de entonces, se introduce un nuevo concepto, el de “alimentos funcionales”.

Generalmente con el término “alimento funcional” se hace referencia a “cualquier alimento o ingrediente alimentario potencialmente saludable que puede proporcionar beneficios a la salud que van más allá de los nutrientes tradicionales que contienen”. La expresión “funcional” implica que el alimento tiene algún valor identificado que conduce a beneficios para la salud, incluyendo la reducción del riesgo de enfermedad para la persona que lo consume (Palencia, 2001).

Los antioxidantes son sustancias químicas con acciones preventivas frente al estrés oxidativo. Los radicales libres que se producen normalmente como consecuencia de la actividad aeróbica celular, poseen un electrón impar muy reactivo, con potencialidad de dañar a un gran número de moléculas biológicas.

Los nutrientes antioxidantes presentes en la dieta, además de los compuestos fenólicos, son las provitaminas A (carotenoides), vitamina C (ácido ascórbico) y vitamina E (alfa-tocoferol), que previenen reduciendo el riesgo de alteraciones coronarias, además de tener efecto anticancerígeno (Cotte, 1999; Williamson, 1996).

Los compuestos fenólicos están cobrando cada vez mayor protagonismo como agentes bioactivos. Son un grupo complejo de sustancias (se han descrito más de 4.000 diferentes) que incluyen los flavonoles, catequizas, antocianinas y quercetinas. Pueden encontrarse en los vegetales de forma aislada o unidos a azúcares (glicósidos), aunque no todos tienen importancia nutricional. Los más significativos son las antocianinas, presentes en la remolacha y la lombarda, y la quercetina, que se encuentra en frutas y cebollas. Entre los efectos beneficiosos, a los compuestos fenólicos, se le reconocen propiedades preventivas en procesos cancerosos, enfermedades cardiovasculares y propiedades antioxidantes. También son capaces de bloquear la respuesta alérgica del organismo al inhibir la histamina; además tienen acciones antiinflamatorias y diuréticas.

En nuestro trabajo los valores más altos de ATT los presentan el *raïmet de pastor* y la pimpinela (figura 7) con $605,41 \pm 17,12$ y $33156,3 \pm 879,1$ mg/100 g PF respectivamente, lo que supone que el *raïmet de pastor* y la pimpinela tienen 6 y 350 más ATT respectivamente que el resto de las especies estudiadas. Si comparamos estos valores con la clasificación de Leong and Shui (2002) y con los que encontraron Zapata *et al.* (2006) en dos de los frutos con mayor capacidad antioxidante de los consumidos habitualmente en la dieta mediterránea, la fresa y la uva, con $246,76 \pm 5,86$ y $146 \pm 0,6$ mg /100 g PF respectivamente, se puede considerar que el *raïmet de pastor* y sobre todo la pimpinela son plantas con una elevada capacidad antioxidante, mientras que el hinojo, la *llengua d'ovella* y el espárrago se considerarían dentro del grupo de plantas con capacidad antioxidante intermedia; y el resto, de baja capacidad antioxidante. Según Leong y Shui (2002) y Zapata *et al.* (2006) se puede considerar que todas las plantas estudiadas de la familia asteráceas (figura 8) tienen una capacidad antioxidante intermedia, aunque *C. cardunculus* se aproxima a los valores de actividad antioxidante baja.

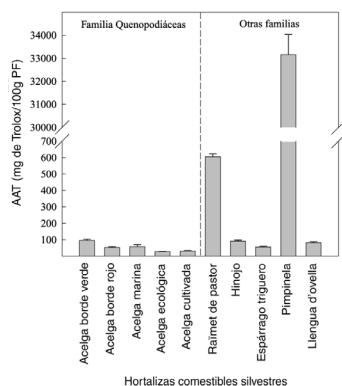


Figura 7. Actividad antioxidante total (AAT) en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

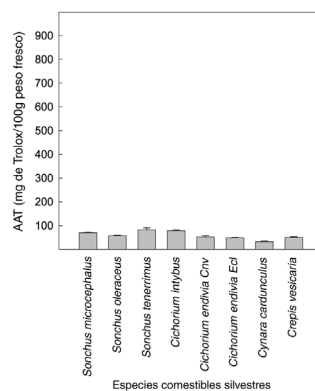


Figura 8. Actividad antioxidante total (AAT) en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

El contenido en fenoles totales del *raïmet de pastor* y de la pimpinela (figura 9) son los más elevados con $162,32 \pm 16,87$ y $167,72 \pm 8,18$ mg/100 g PF respectivamente. En este sentido, Vinson *et al.* (2001) y Zapata *et al.* (2006) encontraron, en estudios comparativos de diferentes frutas, que la fresa, el pomelo y la uva tienen un contenido en fenoles más elevado que otros frutos con $95,22 \pm 3,45$, $60,03 \pm 2,58$ y $61,42 \pm 1,36$ mg/100 g PF respectivamente. Las especies *S. tenerrimus* y *S. microcephalus*, con $81,52 \pm 5,35$ y $68,37 \pm 1,39$ mg/100 g PF respectivamente, tienen contenidos de polifenoles similares a la fresa, el pomelo y la uva (Vinson *et al.* 2001; Zapata *et al.* 2006). Otras hortalizas consumidas por sus hojas, como apio o lechuga, tienen 75 y 32 mg/100 g PF respectivamente (Kevers *et al.*, 2007). Por tanto, algunas especies estudiadas en este trabajo, muestran niveles superiores o comprendidos dentro del rango de otros vegetales considerados importantes fuentes de polifenoles. En general, las especies con mayor AAT también tienen un mayor contenido en fenoles totales. Esta correlación entre los fenoles totales y la AAT se ha encontrado en muchos frutos (Zapata *et al.*, 2006), lo que indicaría que los compuestos fenólicos pueden ser responsables en gran medida de las propiedades antioxidantes.

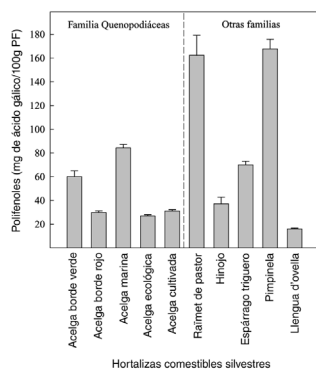


Figura 11. Contenido en fenoles totales en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

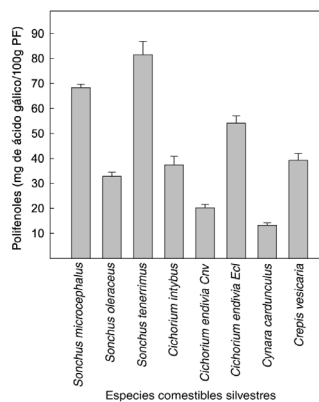


Figura 12. Contenido en fenoles totales en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media \pm ES de las cuantificaciones realizadas en tres muestras de cada taxón y dos extractos de cada muestra.

PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS. ACEPTACIÓN POR EL CONSUMIDOR

Todas las plantas estudiadas tienen un sabor medio (figuras 13 y 14), no domina el sabor de los azúcares ni el de los ácidos, excepto el *raïmet de pastor* que los consumidores encuentran ácido, y es normal pues su contenido en ácidos orgánicos es alto ya que esta planta tiene un elevado contenido en ácido succínico (resultados no mostrados). El *raïmet de pastor* fue considerado muy amargo ya que se consumió solo hervido sin la preparación de la *salmorra*. Cuando se preparó adecuadamente, todo el panel de catadores estuvo de acuerdo en que era una planta muy agradable de comer. El hinojo es la planta más aromática de todas las estudiadas, aunque se reduce cuando se cocina. Las acelgas (figura 13) y las asteráceas (figura 14), son las plantas menos aromáticas. Los catadores consideraron a los espárragos como la planta más fibrosa, seguida del hinojo crudo, que al cocinarlo pierde en textura, por lo que hace más fácil su masticación. Por el contrario las acelgas (sobre todo la de cultivo ecológico y la de mar) y la *llengua d'ovella* fueron catalogadas como las más jugosas de todas las especies.

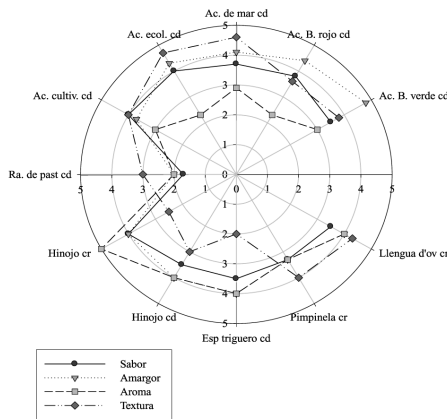


Figura 13. Propiedades organolépticas (sabor, amargor, aroma y textura) en distintas plantas comestibles silvestres de diferentes familias. Cada dato es la media de las degustaciones realizadas por cinco catadores en la forma tradicional de consumo de cada planta, cruda (cr) y/o cocida (cd).

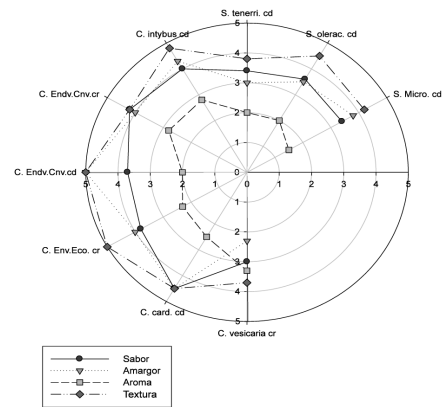


Figura 14. Propiedades organolépticas (sabor, amargor, aroma y textura) en distintas plantas comestibles silvestres de la familia asteráceas. Cada dato es la media de las degustaciones realizadas por cinco catadores en la forma tradicional de consumo de cada planta, cruda (cr) y/o cocida (cd).

CONCLUSIONES

Las especies de la familia quenopodiáceas son ricas en magnesio y sodio. El *raïmet de pastor* es rico en calcio. Tanto el *raïmet de pastor* como la pimpinela presentan una elevada capacidad antioxidante total y un elevado contenido en fenoles totales. Aunque el *raïmet de pastor* fue la planta menos apreciada por los catadores, cuando se preparó adecuadamente su valoración mejoró considerablemente. Por tanto, estas plantas deberían ser consumidas con cierta frecuencia gracias a sus propiedades beneficiosas para el organismo, además de contribuir a mantener y fomentar los rasgos socioculturales tradicionales. Su valor nutricional y funcional y su potencialidad como ingredientes en alimentos funcionales podría mejorar la dieta de la población española contribuyendo a su estado de salud. Todo ello podría favorecer la permanencia y fomentar el cultivo de dichas especies, lo que ayudaría al mantenimiento de la biodiversidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cano, A.; Hernández-Ruiz, J.; García-Cánovas, F.; Acosta, M. y Arnao, M. B. (1998): "An end-point method for estimation of the total antioxidant activity in plant material". *Phytochemical Analysis*, 9, pp. 196-202.
- Claye, S. S.; Idouraine, A. & Weber, C. W. (1998): "In-vitro mineral binding capacity of five fiber sources and their insoluble components for magnesium and calcium". *Food Chem.*, 61(3): pp. 333-338.
- Falconer, J. (1990): "Alimentos del bosque para las carestías". *Revista Unasylva*, 160. Colección FAO. Roma.
- García, M. (1992): *Conservación de especies naturales*. Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación. Hojas divulgadoras, 2. Ed. Rivadeneyra, S. A. Madrid.
- Hernández, M. y Porrata, C. (1999): "Calcio, osteoporosis, hipertensión arterial y cáncer colorrectal". *Rev. Cubana Aliment Nutr.*, 13 (1), pp. 33-45.
- Guil-Guerrero, J. L.; Giménez-Giménez, A.; Rodríguez-García, I. y Torija-Isasa, M. (1998): "Nutritional Composition of Sonchus Species (*S. Asier L*, *S. oleraceus L*, and *S. tenerrimus L*)", *Sci Food Agric.*, 76, pp. 628-632.

- Kevers, C.; Falkowski, M.; Tabart, J.; Defraigne, J. O.; Dommes, J. and Pincemail, J. (2007): "Evolution of antioxidant capacity during storage of selected fruits and vegetables". *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 55, pp. 8596-8603.
- Laguna, E. (1998): *Catálogo de recursos filogenéticos agrarios olvidados o en abandono en la Comunidad Valenciana*. Fundació Bancaixa. Valencia.
- Leong, L. P. and Shui, G. (2002): "An investigation of antioxidant capacity of fruits in Singapore markets". *J. Agric. Food Chem.*, 76, pp. 69-75.
- Martínez, M^a. J. (2002): *Estudio del valor nutritivo de hortalizas de cultivo ecológico*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Morales, A. J. (2002): *Biogeografía y aprovechamiento de la flora autóctona valenciana. El caso de las plantas aromáticas, medicinales y condimentarias*. Tesis Doctoral. Facultad de Geografía y Historia. Universidad de Valencia.
- Mulet, L. (1991): *Estudio etnobotánico de la provincia de Castellón*. Servicio de Publicaciones de la Diputación de Castellón. Castellón, 85.
- Tardío, J.; Pascual, H. y Morales, R. (2002): *Alimentos silvestres de Madrid. Guía de plantas y setas de uso alimentario tradicional en la Comunidad de Madrid*. Ediciones La Librería. Madrid.
- Turán, M.; Saban, K.; Hüseyin, Z.; Atilla, D. and Yildirim, S. (2003): "Macro and micro mineral content of some wild edible leaves consumed in Eastern Anatolia". *Acta Agric. Scand., Sect. B, Soil and Plant Sci*, 53, pp. 129-137.
- Vinson, J. A.; Su, X.; Zubik, L. y Bose, P. (2001): "Phenol antioxidant quantity and quality in foods: fruits". *J. Agric. Food. Chem.*, 49, pp. 5315-5321.
- Wood, J. E.; Senthilmohan, S. T. and Peskin, A. V. (2002): "Antioxidant activity proacyanidin-containing plant extracts at different pHs". *Food Chemistry*, 77, pp. 155-161.
- Yildirim, E.; Dursum, A. and Turan, M. (2001): "Determination of nutrition contents of the wild plants used as vegetables in upper Çoruh Valley". *Turkish Journal of Botany*, 25, pp. 367-371.

Zapata, P.; Valverde, J. M.; Guillén, F.; Bailén, G.; Castillo, S.; Martínez-Romero, D.; Valero, D. y Serrano M. (2006): *Actividad antioxidante en diferentes frutas habituales en la dieta mediterránea*. Dep. Tecnología de Alimentos, Dep. Biología Aplicada, EPSO, UMH Orihuela, Alicante.

CONSUM POPULAR D'HERBES MEDICINALS EN PACIENTS DE DIGESTIU DE LA
SAFOR: ESPÈCIES BOTÀNIQUES, INDICACIONS I USOS NO DOCUMENTATS*

Francesc Devesa i Jordà*, **Joan Pellicer i Bataller****,
Abdul Borghol Hariri*, **Josefa Ferrando Ginestar***,
Andreu Nolasco i Bonmati***

*Hospital Francesc de Borja. Gandia

**Doctor en Etnobotànica (1947-2007)

***Universitat d'Alacant

INTRODUCCIÓ

Les herbes medicinals (HM) constitueixen un dels capítols més importants de la Medicina Alternativa i Complementària (MAC). Són conegudes des de temps prehistòrics i, pel seu caràcter de medicina antiga, tenen ampla difusió en totes les cultures amb gran impacte encara a les poblacions asiàtiques (Winslow, 1998; Ferris, 2002). Des de 1990, l'ús de les HM ha tingut un creixement espectacular als països desenvolupats,¹ tot mostrant una tendència independent del probable estancament de la MAC, assenyalat en EEUU (Tindle, 2005). L'any 2002 es va portar a cap, a l'hospital de Gandia, un estudi d'aproximació a la medicina popular de la Safor a través d'una enquesta realitzada en una mostra de pacients que acudien a les consultes externes de digestiu. El consum d'herbes medicinals (HM) va ser un dels aspectes abordats. Es va comprovar que el 34,7% de les 539 persones entrevistades havia consumit HM en alguna ocasió i que un 26,9% ho havia fet el darrer any. L'anàlisi estadística apuntava una associació positiva del consum d'HM amb el sexe femení, estudis universitaris, pràctica de "trenar l'enfit", patologia funcional digestiva i diagnòstic de

*Treball finançat per AISSA (Associació per a la Investigació Sanitària a la Safor).

1. Winslow (1998), Eisenberg (1998), Ernst (2000).

patologia intestinal.² Hem revisat la base de dades amb l'objectiu d'abordar aspectes no estudiats anteriorment, en especial allò referent a les varietats botàniques, patologia o profilaxis diana, usos no documentats i diferències de perfil entre “compradors” o “recol·lectors” de les HM.

MÈTODES

Es va estudiar la base de dades construïda el 2002, i es procedí a l'estudi del total d'espècies botàniques i les indicacions referides a les enquestes enregistrades, tot contrastant les dites indicacions amb la bibliografia de fitoteràpia general i amb l'específica del País Valencià.³ Es van agrupar les indicacions i l'ús corresponent de les HM en blocs coherents terapèutics o profilàctics a partir de les respostes dels pacients enquestats, fent especial èmfasi en els usos en patologia digestiva, que ha estat desdoblada en diferents capítols, atés l'especial interès del grup investigador cap a la dita patologia. La mostra es va dividir en dos grups segons l'obtenció de les HM, els compradors, que adquirien el producte en farmàcia o tenda d'herbolari, i els recol·lectors, que les recollien del camp directament o a través de familiar o conegut. Aquestes dues submostres van ser confrontades respecte a l'ús total d'HM, variació botànica i espècies utilitzades. Es va aplicar la prova de χ^2 per a comparar variables qualitatives, tot procedint al càlcul del Risc Relatiu (RR) i el seu Interval de Confiança (IC) al 95% per quantificar la magnitud de l'associació a les taules 2X2. Valors de $p < 0,05$ foren considerats significatius.

RESULTATS

Els 187 consumidors van fer 383 usos d'HM. En 47 ocasions (12,3%) el consum fou de compost d'herbolari (CH), en 21 (5,5 %) no es recordava el nom i en 2 (0,5 %) sols recordaven que es tractava d'“herbes exòtiques”. Els 117 consumidors restants van reconèixer 313 usos d'herbes (2,6 usos/pacient), i identificaren, a partir del nom popular, un total de 56 espècies botàniques (taula 1). Les 10 HM més consumides foren: *Santolina*

2. Devesa (2004), Borghol (2004), Devesa (2005).

3. Font Quer (1985), Mulet (1991), Pellicer (2004), Barnes (2005). Castillo (2007) i Segarra (2008).

chamaecyparissus, Tilia platyphyllos, Thymus vulgaris, Equisetum ramosissimum, Mentha pulegium, Valeriana officinalis, Rosmarinus officinalis, Peumus boldus, Illicium verum, Sideritis angustifolia i Lippia triphylla .

Les dianes terapèutiques o profilàctiques dels 187 consumidors van ser classificades en 45 tipus d'indicació. Els 187 consumidors van generar un total de 269 actes mèdics (curatius o preventius) i 371 usos d'HM. Les 10 indicacions més freqüents van ser: ansietat-depressió, dispèpsia-pesadesa, estrenyiment, dolor abdominal, hepatopatia, malaltia renal, protecció digestiva, flatulència, aprimament i patologia de la circulació perifèrica. Ordenades les indicacions en grans grups nosològics, l'aparell digestiu concentra més de la meitat del usos d'HM (55,79 %), seguit, a distància, per la patologia psiquiàtrica (sedació en ansietat, depressió, insomni), urològica i respiratòria (taula 3). La patologia digestiva va agrupar 13 tipus d'indicació, de les quals les cinc més freqüents van ser dispèpsia-pesadesa-enfit, dolor abdominal-epigastràlgia, estrenyiment, malaltia hepàtica i flatulència-aerofàgia (taula 4).

Les HM més utilitzades en malalties digestives van ser: *Santolina chamaecyparissus*, CH, *Mentha pulegium*, *Thymus vulgaris* i *Peumus boldus*. La resta d'indicacions profilàctiques o terapèutiques, amb els usos corresponents de les distintes espècies botàniques, es presenten a les taules 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10. Finalment, la taula 11 agrupa les indicacions amb menys de 5 usos.

Dels usuaris d'HM, 136 les compraven i 46 les recollien (directament o mitjançant algun familiar o conegut). Els recol·lectors van fer més ús d'herbes que els compradors, atès que els 112 usos detectats suposen 2,4 usos/persona enfront dels 1,9 dels compradors amb 259 usos totals, $p < 0,05$, $RR = 1,28$ IC 1,02 a 1,60. L'espectre botànic fou significativament més variat en els recol·lectors que en els compradors; així, els primers van usar 31 espècies distintes entre els 112 usos efectuats (27,6 %) enfront de les 42 de 259 (16,2 %) dels darrers, $p < 0,05$. El CH tingué 45 usos (17,7 %) en els compradors enfront de cap en els recol·lectors, $p < 0,001$, $RR = 0,83$ IC 0,78 a 0,87. Sols en 2 de 112 usos (1,7 %) els recol·lectors no recordaven l'espècie consumida, enfront de 18 de 259 (6,9 %) en el cas dels compradors, $p < 0,05$, $RR = 0,95$ IC 0,91 a 0,99. El tipus d'HM també fou distint. Així, si observem les 10 opcions més usades, trobem que la *Santolina*

chamaecyparissus fou la varietat més consumida pels dos grups. També la *Tilia platyphyllos*, *Equisetum ramosissimum* i *Mentha pulegium* foren consumides en proporcions semblants; però en els recol·lectors, *Thymus vulgaris* va tindre un ús del 13,9 % i en els compradors, del 2,7 %. *Rosmarinus officinalis*, *Lippia triphylla*, *Salvia officinalis*, *Sideritis angustifolia* i *Melissa officinalis* tingueren un ús important entre els recol·lectors, i *Valeriana officinalis*, *Peumus boldus* i *Illicium verum*, entre els compradors.

Al revisar les dianes terapèutiques o profilàctiques de les HM, es va comprovar que de 371 usos, 27 (7,2 %) no tenien indicació científica ni ús tradicional popular documentat (taula 12). De les 56 espècies botàniques, 17 (30,3%) formaven la relació d'indicació no documentada. Hi destacava l'alta proporció d'*Equisetum ramosissimum*, 8/18 (44,4 %), respecte al total d'usos d'aquesta espècie. No es van trobar diferències rellevants en la proporció d'usos no documentats respecte a les indicacions digestives o no digestives ni respecte a la compra o recol·lecció de les HM.

DISCUSSIÓ

L'estudi i les seues limitacions

Malgrat els problemes metodològics inherents als estudis de prevalença de MAC (Ernst, 2006), resulta evident el seu pes social i econòmic en la societat occidental, que fa ús de les seues modalitats tradicionals i altres d'importades de diferents cultures, especialment les orientals. Les HM constitueixen una de les modalitats de CAM més utilitzades i en constant creixement que sembla, fins i tot, contradir una certa tendència a l'estabilització assenyalada per a la MAC en EEUU (figura 1). Les investigacions sobre HM són nombroses, però escassegen els estudis transversals que aporten dades rigoroses sobre el seu ús per la població general. No hem trobat cap estudi similar al nostre que investigue el consum d'HM en una mostra de pacients de digestiu, la qual cosa ens obliga a remarcar les limitacions implícites en la comparació de les nostres dades amb treballs que no tenen el mateix disseny. Les 56 espècies botàniques identificades a partir del nom popular que recordaven els 117 consumidors, ens dibuixen la fitoteràpia usada pels pacients de digestiu de la Safor i, encara que no podem extrapolar aquestes dades a la població general, ens permeten una aproximació a les varietats botàniques de probable major ús a la nostra comarca. Destaca

la màxima freqüència per a la camamil·la (*Santolina chamaecyparissus*) amb 72 usos (18,8%). Hem trobat en altres estudis que la camamil·la, en les seues distintes varietats, figura entre les plantes més usuals a l'àrea mediterrània i a Amèrica, on la influència hispànica és òbvia.

Les espècies botàniques

És conegut que la varietat botànica utilitzada en cada zona depén de les tradicions culturals pròpies, de les espècies que ofereix l'ecosistema autòcton i de la major o menor penetració de cultures al·lòctones, propiciada per la globalització i els moviments migratoris, que determinaran el grau d'aculturació de cada indret o grup social (Agelet, 2001; González-Tejero, 2007). En aquest sentit, el nostre estudi podria ser una eina per ataïllar, d'alguna forma, el nivell de preservació de la cultura saforenca i valenciana en la seua vessant etnobotànica, tot referit òbviament a l'any 1992 en què es realitza la recollida de dades. Cal tenir present que a la mostra no es van incloure els pacients d'origen estranger, que, per altra banda, no eren encara nombrosos, atés que encara no s'havia produït la forta onada immigratòria dels darrers anys. L'estudi etnobotànic de Joan Pellicer (2004), amb 515 espècies recollides al Territori Diànic o Comarques Centrals Valencianes, constitueix un magnífic marc per comparar l'espectre herbari usat pels pacients de digestiu de la Safor. De fet, trobem una correspondència del 80,3%, atés que 45 de les 56 HM del nostre llistat figuraven a la relació de Joan Pellicer (2004). La majoria de les 11 espècies no incloses a la sèrie etnobotànica esmentada són d'origen exogen. Si als usos generats per aquestes 11 espècies, afegim els corresponents al CH (presumptament preparats amb espècies de predomini llunyà) i els de les herbes exòtiques, podem observar que suposen aproximadament un 25% dels usos totals. Dit d'una altra forma: les tres quartes parts d'usos d'HM entre els pacients de digestiu de la Safor, a l'any 1992, corresponien a espècies autòctones o arrelades en la cultura popular, la qual cosa suposa un grau d'aculturació d'aquell moment considerable, però encara no predominant. Al comparar l'espectre botànic dels pacients saforencs amb els catàlegs florístics d'àmbits pròxims, continuem observant alts nivells de correspondència. Així, a l'àrea hispànica trobem un 73,2% (Font Quer, 1985) i a les comarques castellonenques, un 67,8% (Mulet, 1991). A mesura que obrim el marc

de comparació, les proporcions van minvant: 51,6% amb la zona mediterrània (González-Tejero, 2008),⁴ 33,9% amb l'Alt Empordà-Guillerics (Bonet, 1999), 15% amb regions del sud d'Itàlia (Pieron, 2005), 5,4 % amb Cuba (Beyra, 2004) i 4,5% amb les Illes Canàries (Darias, 1989) (figura 2). Respecte a les nostres espècies més usades, trobem màxima concordança amb els estudis de geografia pròxima o d'àmbit hispanoamericà, mentre que és menor o escassa en estudis de l'àrea anglosaxona. Així, cinc de les nostre plantes més freqüents figuren entre les 10 de màxim ús trobades a la veïna comarca de la Ribera Alta, a partir d'entrevistes realitzades a la població general i a curanderos (Fresquet, 1995); en concret es tracta de rabet de gat, camamil·la, romer, til·la i timó. Quatre d'aquestes mateixes plantes (totes excepte la til·la), es troben també entre les 10 de màxim ús a la serra de Mariola (Belda, 2006), amb la particularitat que el primer lloc de la dita sèrie és, com a la nostra, per a la mateixa varietat de camamil·la, la *Santolina Chamaecyparissus*. A Catalunya, a l'estudi etnobotànic de la Segarra (Raja, 1997), trobem 3 HM de les més utilitzades pels pacients de la Safor (timó, camamil·la i til·la) entre les 10 primeres del dit treball. També a la recerca del Montseny (Bonet, 2003) figuren quatre de les plantes de la sèrie de la Safor (timó, til·la, camamil·la i poliol) entre les 10 primeres de la comarca catalana. En un estudi de pacients prequirúrgics mexicans (López-Herranz, 2008) hi ha, entre les 14 espècies més usuals, quatre de les nostres (camamil·la, cua de cavall, valeriana i *te verde*). També a Mèxic, en una enquesta de població general (Salazar, 2004), apareix una correspondència, entre les 10 més usades, de 3/10 (camamil·la, eucaliptus i sàlvia); la camamil·la ocupa el primer lloc de les dues sèries. En un estudi observacional argentí, de la província de Buenos Aires, en què s'estudien les HM dispensades per 259 farmàcies en un any (Consolini, 2007), podem comprovar una correspondència de màxim ús de 4/10, tot coincidint en les dues llistes, camamil·la, til·la, cua de cavall i valeriana. En treballs d'àmbit anglosaxó, l'espectre botànic canvia i les correspondències minven, de forma que sols la valeriana figura entre les espècies més venudes a les tendes d'herborista en EEUU (Winslow, 1998), mentre que en un estudi poblacional del mateix país, amb una mostra de 5.860 persones de 65 o més anys

4. Estudi etnobotànic multicèntric de distintes àrees mediterrànies situades a Albània, Algèria, Egipte, Espanya, Itàlia, Marroc i Xipre.

(Bruno, 2005), la camamil·la és l'única HM coincident, entre les 12 més utilitzades, i ocupa el darrer lloc de la llista. A Europa, en una enquesta realitzada en pacients prequirúrgics escocesos (Shakeel, 2008) sols trobem la valeriana en el lloc 13 d'un llistat de les 20 HM més utilitzades.

Els usos de les herbes medicinals

La patologia digestiva és una de les dianes més importants en l'ús d'HM, i ocupa el primer lloc de la llista d'indicacions en diversos estudis etnobotànics.⁵ En una mostra multicèntrica de pacients d'assistència primària realitzada a l'àrea valenciana, J. Sanfèlix *et al.* (2001) troben un 30,1% de patologia gastrointestinal, que representaria la primera indicació, eliminant el motiu «per gust» recollit per dits autors, indicació que, al nostre treball, fou precisament un motiu d'exclusió. J. L. Carretero (2001), per la seua banda, en una mostra de 127 pacients d'assistència primària de Valladolid, troba 45 pacients que consumien productes herbaris, un 26,6 % dels quals ho feien per problemes digestius, principal causa en el seu llistat d'indicacions. En un gran estudi poblacional americà, revisat per Kennedy (2005), amb una mostra de 41.044 adults, les malalties gastrointestinals ocupen el segon lloc de les indicacions, amb 10,6% del total i excloent problemes de colon i estrenyiment, amb un 1,1% addicional. Cal advertir que la mostra del present estudi és precisament de pacients que acudien a les consultes externes de digestiu i, per tant, hi ha un biaix de selecció important que probablement condiona una sobrerepresentació de la dita patologia. De fet, dels 371 usos totals, 188 (50,1%) corresponien a indicacions terapèutiques o profilàctiques que tenien com a diana l'aparell digestiu; i arriben a 207 usos (55,5%) si incloem les hepatopaties. Precisament aquesta gran presència d'indicacions digestives ens permet estudiar-les més a fons, al dividir-les en distints subgrups (taula 3). En una primera aproximació observem que la majoria de grups podrien contindre una important proporció de patologia funcional que, com és ben conegut, constitueix una part molt important dels problemes digestius. De fet els conceptes més freqüents son els de dispèpsia-pesadesa-enfit, seguit de dolor abdominal-epigastràlgia i estrenyiment. Sols en quart lloc trobem un diagnòstic

5. Bonet (1999), Bonet (2002), González-Tejero (2008).

presumptament orgànic com hepatopatia-hipertransaminassèmia, seguit de flatulència-aerofàgia, molt lligada al funcionalisme. A continuació, la protecció o prevenció digestiva, amb 7,24 %, és una indicació purament profilàctica que, juntament a d'altres, com salut, depuració-neteja de cos o milloria física-promoció energètica, fora de l'àmbit digestiu (taula 10), formarien un conjunt d'indicacions preventives i de promoció de la salut molt volgudes per la medicina popular (Agelet, 2001; Kaufman, 2002). El còlic biliar-colecistopatia seria en la majoria de casos un diagnòstic orgànic causat per la litiasi biliar, mentre que la diarrea pot ser expressió de funcionalitat (colon irritable) o organicitat (causes infeccioses, tumorals, etc.), igual que la indigestió-intoxicació alimentària, la nàusea i la pirosi. Pel contrari les dues últimes indicacions digestives (hemorroides i úlcera pèptica), amb baixa freqüència, corresponen a diagnòstics orgànics. Cal assenyalar, però, que moltes de les indicacions presumptament funcionals, poden amagar diagnòstics de malaltia orgànica, atés que el diagnòstic popular sol ser simptomàtic i no correspon moltes vegades al resultat final que aporta l'estudi del pacient.

El tractament per ansietat o depressió, seria una de les indicacions més importants al nostre estudi, amb 14,5% del total, que arribaria al 16,9 si afegim l'insomni. L'ús de les HM per a efectes ansiolítics, antidepressius i hipnòtics, apareix també com a indicació important, amb proporcions que anirien del 14,6%, en una mostra de dones italianes (Zaffani, 2006) o el 18,6% trobat al País Valencià per J. Sanfèlix (2001), al 42,2 % a Valladolid (Carretero, 2001), segons les característiques de la mostra, amb major presència d'aquest grup d'indicacions en àrees urbanes i més modesta o molt reduïda en els estudis etnobotànics de les zones rurals (González-Tejero, 2008; Bonet, 2003), i esdevé irrellevant en alguns casos (Bonet, 1999; Agelet, 2001), encara que cal recordar que els dits treballs etnobotànics no busquen l'ús de les HM per la població general, atés que les dades procedeixen d'informants més o menys seleccionats entre les persones expertes en el coneixement i/o la recol·lecció les HM.

Els usos de les HM per a malalties urològiques (oligúria, cistitis, còlics renals), amb el 6,19 % del usos, suposa una indicació important al nostre estudi. Aquesta patologia sovintaja també entre les indicacions rellevants dels estudis etnobotànics (Darias, 1989; Bonet, 1999; González-Tejero, 2008) i en el consum de la població general (Consolini, 2007), i arriba a

constituir una de les indicacions principals en estudis referits a poblacions d'edat avançada (Bruno, 2005).

La patologia respiratòria és una de les principals indicacions en estudis etnobotànics i poblacionals,⁶ encara que en alguns treballs, com el de J. Sanfèlix (2001), no tinga una presència rellevant. Entre els pacients de digestiu de la Safor, una modesta proporció del 5,9% representaria el darrer grup entre les indicacions de certa importància.

Usos rars o no documentats

Respecte a les HM utilitzades a les distintes indicacions, la majoria estan avalades pels manuals de fitoteràpia o per la tradició popular. Als treballs d'etnobotànica, els usos rars o no documentats solen ser remarcats pel gran interès de descobrir indicacions no conegudes de les distintes espècies, cosa que pot obrir noves línies d'investigació respecte a les propietats terapèutiques o profilàctiques de les HM (Agelet, 2001; Bonet, 2003). A més a més, en aquest tipus de treballs la identificació de cada planta sol ser rigorosa per la mateixa metodologia dels estudis, atés que la informació s'obté habitualment del «poble mèdic» rural; és a dir, persones expertes en la identificació, recol·lecció i ús de les HM, incloent-hi la comprovació visual de cada herba per personal especialitzat. Pel contrari, als treballs basats en mostres de població generals o sectorials (com en el nostre cas), els enquestats no són gent experta i la identificació de les HM s'obté a partir del nom popular que la persona recorda, circumstàncies que poden induir més fàcilment a error. Amb aquestes limitacions cal observar la llista de 17 HM, utilitzades en 27 ocasions, amb indicació rara o no clarament documentada, que vàrem trobar a la mostra de pacients de la Safor (taula 12). De qualsevol forma, alguns casos de la llista mereixen comentari. Entre els usos no documentats n'hem inclòs alguns que tenen indicacions aproximades. Així, l'ús del romer per a la pruija podria ser explicat per les propietats antisèptiques i antiparasitàries. Així, trobem descripcions documentades per al tractament de ferides infectades, sarna i micosi (Mulet, 1991: 379-384), malalties amb potencial pruriginós conegut. Un altre cas semblant és el de la ceba per al flegmó dentari, ús que derivaria

6. Darias (1989), Bonet (1999), Agelet (2001), Bonet (2003), Beyra (2004), Pieroni (2005), Zaffani (2006), González-Tejero (2008).

probablement de les aplicacions tradicionals per als grans i flegmons cutanis (Mulet, 1991:50-55). La utilització de l'àloe vera o del seu suc dessecat, el sèver, en aprimament, si no es tracta d'un error, podria ser explicat per l'efecte marcadament catàrtic o purgant d'aquesta planta, utilitzada per via oral, atès que pot provocar diarrea intensa i deshidratació, amb la qual cosa l'administració continuada pot ser perillosa (Barnes, 2005: 69). Crida l'atenció que l'*Equisetum ramosissimum* és la planta amb més usos no indicats (29,6 % del total). La planta és molt coneguda a la Safor, on té, com a mínim, tres denominacions (cua de cavall, canut i besnuga), riquesa fitonímica que podria expressar la rellevància de la planta. Aquesta popularitat i el seu ample consum, «Ací ve gent de València a collir-la a cabassas per endur-se-la» (Pellicer, 2004: 288-289), podria influir en el seu ús abusiu. Així, en el cas de l'aplicació per al còlic biliar, podria haver un error o una confusió amb el còlic nefrític, indicació tradicionalment coneguda i fonamentada en l'activitat diürètica de l'herba. Més difícil d'explicar seria l'ús de l'*Equisetum ramosissimum* en el tractament o la prevenció de l'alopecia, indicació que té una certa presència a la xarxa informàtica, basada en especulacions teòriques no demostrades, atribuïdes en part a la riquesa en minerals; hem trobat també un testimoni oral de l'ús extern (fregant la planta sobre el cap) per evitar la caiguda de cabell;⁷ no es pot descartar que l'aplicació tinga un origen simbòlic, que tracte d'aprofitar la similitud de la planta amb els cabells, cosa no gens estranya si tenim en compte la presència constant del pensament màgic a les pràctiques de la medicina popular en general, del qual la fitoteràpia participa sovint.⁸ Caldria recordar, però, que la indicació «documentada» no exclou un ús inadequat, especialment quan es tracta d'usos populars. És el cas de la consolda (*Symphytum officinale*) amb ús vulnerari conegut i emprada popularment també per al tractament de l'úlcer a pèptica. Tanmateix, el seu potencial hepatotòxic, pels alcaloides pirrolizidínics que conté, ha comportat que les autoritats sanitàries advertisquen de la perillositat del seu ús oral (Barnes, 2005: 162-165). Cal advertir també que la tria de les indicacions no documentades és, en alguns casos, problemàtica. De fet, la pimpinella (*Sanguisorba minor*) és una planta amb fama popular

7. Testimoni de la Dra. Maria Llumiquinga Caiza, referit a Equador.

8. Castillo de Lucas (1958), Barona (1988), Balaguer (1992).

d'astringent i hemostàtica, amb activitat anticolinèrgica, citoprotectora i astringent demostrada (Rodríguez, 1997), però les referències al seu ús en el refredat són pobres i, per tant, la base per a incloure dita indicació en el llistat de «documentades» és feble. Així, P. Font Quer (1991: 327-329) i J. Pellicer (2004: 747-748) aporten usos per a nafres i irritacions de gola; aquest darrer autor ens refereix també que la pimpinella “és un component de la ‘bossa de les vint-i-cinc herbes’ de Benissa per al constipat”.

Compradors enfront de recol·lectors

En el món rural l'obtenció de les HM es realitzava bàsicament per recol·lecció directa, pels mateixos usuaris o a través d'algun conegut expert dels molts que hi havia a l'abast, cosa lògica per l'ampli coneixement en fitoteràpia popular de les persones vinculades al camp i per la proximitat del medi natural. És aquest coneixement el que intenten aprofitar els estudis etnobotànics que es basen per tant en usuaris-recol·lectors d'herbes. Pel contrari, els estudis de consum d'HM no solen recollir-ne la forma d'obtenció, probablement per considerar que la gran majoria compra els productes en establiments especialitzats (farmàcies, herboristes, parafarmàcies, etc.), atès que la majoria de mostres poblacionals són d'àmbit urbà. Tanmateix, en una mostra de la ciutat de Valladolid (Carretero, 2001), figura explícitament un 15,74 % de recol·lectors. A la ciutat italiana de Verona (Saffani, 2006), un 89,4 % de les dones que acudien a consultes externes d'un hospital general obtenien les HM de farmàcia o tenda d'herborista, la qual cosa fa suposar que la totalitat o part del 10,60 % restant podria realitzar recol·lecció directa o indirecta (el treball no aclareix aquesta dada). Al nostre estudi, un 25,3 % dels consumidors recollien les HM directament (14,3 %) o a través d'un familiar o conegut (11,0 %). El fet que una quarta part dels usuaris d'HM a la Safor continue servint-se de la recol·lecció es podria explicar per tractar-se d'una comarca semiurbana, però de fàcil contacte amb el camp, on el pes del món rural encara té una certa rellevància. En el present estudi observem que els recol·lectors fan més ús de les HM que els compradors i el patró de consum és distint. Així, els recol·lectors usen més HM, més varietats botàniques i menys CH, recordant més les plantes utilitzades (figura 3), al temps que fan servir un espectre varietal distint, en el qual predominen les espècies autòctones (taula 13). En una

comunicació anterior de l'estudi inicial (Borghol, 2004), es va comprovar que els recol·lectors tenien major edat, més tendència a la autoprescripció de les HM, residien en poblacions menudes i presentaven un major ús recent de trencar l'enfit, pràctica magicoreligiosa estudiada paral·lelament a les HM (Devesa, 2005). Aquestes dades van configurant, per tant, dos possibles perfils de consumidor d'HM entre els pacients de digestiu de la Safor: el comprador, majoritari, de menor edat, d'àmbit més urbà, usuari més aculturat; i el recol·lector, minoritari, més major, d'àmbit més rural, usuari més vinculat a la medicina popular tradicional. ¿Estaria present aquesta dualitat entre els habitants actuals de la comarca? És dubtós. Per una banda han passat set anys des del començament de l'enquesta; per l'altra, la mostra va ser sectorial i no global; finalment, a l'actualitat cal comptar amb una fracció important de nous saforencs vinguts de distintes parts del món, que tindran un pes considerable a l'hora de qualsevol anàlisi. En tot cas, serien necessaris (i molt convenients) nous estudis de tipus poblacional per avaluar l'estat de la qüestió, tant en el terreny de la MAC, en general, com en el de les HM, en particular, per tal de conèixer la realitat de les «altres medicines» a la Safor o a les altres comarques del nostre País.

TAULES I FIGURES

Taula 1: Herbes medicinals utilitzades pels pacients de digestiu de la Safor.

| Nom popular valencià* | Nom científic | Nº usos | % |
|--|-----------------------------------|---------|------|
| Camamirla, cabotetes | <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 72 | 18,8 |
| “Compost d'herborista” | | 47 | 12,3 |
| Til·la | <i>Tilia platyphyllos</i> | 25 | 6,5 |
| Timonet, tomanil, frígola, frigoleta (“tomillo”) | <i>Thymus vulgaris</i> | 23 | 6,0 |
| “No recorda” | | 21 | 5,5 |
| Cua de cavall, canutet, besnuga (“canutillo”) | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 18 | 4,7 |
| Poliol, menta | <i>Mentha pulegium</i> | 17 | 4,4 |
| Valeriana | <i>Valeriana officinalis</i> | 17 | 4,4 |
| Romer, romaní | <i>Rosmarinus officinalis</i> | 11 | 2,9 |
| Boldo | <i>Peumus boldus</i> | 10 | 2,6 |
| Anís estrellat | <i>Illicium verum</i> | 10 | 2,6 |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----|
| Rabet de gat | <i>Sideritis angustifolia</i> | 9 | 2,3 |
| Marialluïsa | <i>Lippia triphylla</i> | 8 | 2,1 |
| Sàlvia | <i>Salvia officinalis</i> | 8 | 2,1 |
| Tarongina | <i>Melissa officinalis</i> | 7 | 1,8 |
| Te verd | <i>Thea sinensis</i> | 5 | 1,3 |
| Espinal, espí blanc | <i>Crataegus monogyna</i> | 4 | 1,0 |
| Carxofa | <i>Cynara scolymus</i> | 4 | 1,0 |
| Malva | <i>Malva sylvestris</i> | 4 | 1,0 |
| Fenoll, anís | <i>Foeniculum vulgare</i> | 4 | 1,0 |
| Card marià | <i>Silybum marianum</i> | 3 | 0,8 |
| Dent de lleó | <i>Taraxacum dens-leonis</i> | 3 | 0,8 |
| Flor de taronger | <i>Citrus aurantium</i> | 3 | 0,8 |
| Te de roca, te de muntanya | <i>Jasonia glutinosa</i> | 3 | 0,8 |
| Regalíssia | <i>Glycyrrhiza glabra</i> | 3 | 0,8 |
| Setge | <i>Helianthemum origanifolium</i> | 2 | 0,5 |
| Raïm de pastor | <i>Sedum sediforme</i> | 2 | 0,5 |
| Morella roquera, morella rogera ¹ | <i>Parietaria judaica</i> | 2 | 0,5 |
| Llima, llimera | <i>Citrus limon</i> | 2 | 0,5 |
| Olivera | <i>Olea europaea</i> | 2 | 0,5 |
| Fuca, fucus | <i>Fucus vesiculosus</i> | 2 | 0,5 |
| Ortiga verda, picamato | <i>Urtica urens</i> | 2 | 0,5 |
| Consolda | <i>Symphytum officinale</i> | 2 | 0,5 |
| Rosella | <i>Papaver rhoeas</i> | 2 | 0,5 |
| “Herbes exòtiques (tropicals, etc.)” | | 2 | 0,5 |
| Àloe vera, sèver | <i>Aloe vera</i> | 1 | 0,3 |
| Comí | <i>Cuminum cyminum</i> | 1 | 0,3 |
| Llicsó de pardalet | <i>Sonchus tenerrimus</i> | 1 | 0,3 |
| Joliverda, olivarda | <i>Inula viscosa</i> | 1 | 0,3 |
| Coronel·la | <i>Doricnyum hirsutum</i> | 1 | 0,3 |
| Esbarzer | <i>Rubus ulmifolius</i> | 1 | 0,3 |
| Violeta | <i>Viola odorata</i> | 1 | 0,3 |
| Lli | <i>Linum usitadissimum</i> | 1 | 0,3 |
| Sèsam | <i>Sesamum indicum</i> | 1 | 0,3 |
| Pinpinella, peripinella | <i>Sanguisorba minor</i> | 1 | 0,3 |
| Ceba | <i>Allium cepa</i> | 1 | 0,3 |
| Te de moro, cabeçuda | <i>Lavandula stoechas</i> | 1 | 0,3 |
| Espinac bord | <i>Chenopodium sp</i> | 1 | 0,3 |
| Garrofer, garrofa | <i>Ceratonia Siliqua</i> | 1 | 0,3 |

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------|-----|
| Pericó, herbeta de Sant Joan | <i>Hypericum perforatum</i> | 1 | 0,3 |
| Malví | <i>Althaea officinalis</i> | 1 | 0,3 |
| Palomesto, aladern | <i>Rhamnus alaternus</i> | 1 | 0,3 |
| Ortosifó | <i>Orthosifon staminens</i> | 1 | 0,3 |
| Noer | <i>Juglans regia</i> | 1 | 0,3 |
| Escorça sagrada | <i>Rhamnus purshianus</i> | 1 | 0,3 |
| Fleix, freix | <i>Fraxinus ornus</i> | 1 | 0,3 |
| Herba-sana | <i>Mentha sativa</i> | 1 | 0,3 |
| Trencapedres | <i>Teucrium buxifolium</i> | 1 | 0,3 |
| Eucaliptus | <i>Eucaliptus globulus</i> | 1 | 0,3 |
| TOTAL | | 383 | |

*S'han respectat els noms populars encara que no siguin normatius o estiguen castellanitzats (com "rabet de gat"), i hem donat preferència a les denominacions saforenques.

¹ El nom de "morella rogera" va ser recollit d'un dels pacients entrevistats (no hem trobat referències bibliogràfiques).

Taula 2: Usos de les herbes medicinals segons grans grups patològics o profilàctics.

| Indicacions de les herbes medicinals | Usos | % |
|---|------------|-------|
| Digestives (inclou hepatobiliars) | 207 | 55,79 |
| Sedació, ansietat, depressió, insomni | 63 | 16,98 |
| Patologia renal | 23 | 6,19 |
| Patologia respiratòria | 20 | 5,39 |
| Aprimament | 14 | 3,77 |
| Patologia de la circulació perifèrica | 11 | 2,96 |
| Salut, milloria física, promoció energètica | 6 | 1,61 |
| Dermatològiques | 6 | 1,61 |
| Miscel·lànies | 21 | 5,66 |
| TOTAL | 371 | |

Taula 3: Usos de les HM en patologia digestiva.

| Espècie botànica | Dispepsia, enft | Dolor abdominal | Estrenyiment | Hepatopatia | Flatulència | Protecció digestiva | Còlic biliar | Diàrrea | Intoxicació alimentària | Nàusea | Pirosi | Hemorroides | Úlcera pèptica | Total |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|-------------|---------------------|--------------|---------|-------------------------|--------|--------|-------------|----------------|-------|
| <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 25 | 14 | 1 | | 4 | 7 | 2 | | 1 | 3 | | | | 57 |
| <i>Mentha pulegium</i> | 7 | 3 | | 1 | | 2 | | | | 1 | | | | 14 |
| <i>Lippia triphilla</i> | 3 | | | | | | | | 1 | | | | | 4 |
| <i>Illicum verum</i> | 3 | 3 | | | 2 | | | | | | | | | 8 |
| Compost Herborista | 3 | | 15 | 4 | | 1 | | 1 | | | | | | 24 |
| <i>Sedum sediforme</i> | 2 | | | | | | | | | | | | | 2 |
| <i>Glycyrrhiza glabra</i> | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | 3 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 2 | 4 | | | 2 | 2 | | 2 | 1 | | | | | 13 |
| No Recorda | 1 | 1 | 8 | | | 1 | | | | | | 1 | | 12 |
| <i>Tilia platyphyllos</i> | 1 | 3 | | | | 1 | | | | | | | | 5 |
| <i>Urtica urens</i> | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Salvia officinalis</i> | 1 | 2 | | | | | | | 1 | | | | | 4 |
| <i>Foeniculum vulgare</i> | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | | | 3 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | 1 | | | 2 | | | | 1 | | | | | 5 |
| <i>Jasania glutinosa</i> | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | 2 |
| <i>Sideritis angustifolia</i> | | 2 | | | 1 | | | | 1 | | | | | 4 |
| <i>Citrus aurantium</i> | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | | | 3 |
| <i>Mentha spicata</i> | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Peumus boldus</i> | | 1 | 1 | 3 | | | 3 | | | 1 | | | | 9 |
| <i>Thea sinensis</i> | | | 2 | | | | | | | | | | | 2 |
| <i>Rhamnus purshianus</i> | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Fucus vesiculosus</i> | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Linum usitadissimum</i> | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Sesamum indicum</i> | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Papaver rhoas</i> | | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Cynara scolymus</i> | | | | 4 | | | | | | | | | | 4 |
| <i>Silybum marianum</i> | | | | 3 | | | | | | | | | | 3 |
| <i>Parietaria judaica</i> | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | | | | 1 | | | 3 | 1 | | | 1 | | | 6 |
| <i>Helianthemum origanifolium</i> | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | 2 |
| <i>Inula viscosa</i> | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| <i>Taraxacum dens-leonis</i> | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Cuminum cyminum</i> | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| <i>Chenopodium sp</i> | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| <i>Rubus ulmifolius</i> | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| <i>Ceratonía siliqua</i> | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| <i>Melissa officinalis</i> | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 |
| <i>Sonchus tenerimus</i> | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| Herbes exòtiques | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| <i>Symphytum officinale</i> | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 54 | 38 | 32 | 19 | 16 | 15 | 9 | 7 | 7 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 207 |

Taula 4: Usos de les HM en ansietat, depressió i insomni.

| Espècie botànica | Ansietat/depressió | Insomni | Total |
|-----------------------------------|--------------------|---------|-------|
| <i>Tilia platyphyllos</i> | 17 | 2 | 19 |
| <i>Valeriana officinalis</i> | 15 | 2 | 17 |
| <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 6 | 1 | 7 |
| <i>Melissa officinalis</i> | 3 | 2 | 5 |
| <i>Salvia officinalis</i> | 2 | 1 | 3 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 2 | | 2 |
| <i>Peumus boldus</i> | 1 | | 1 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | | 1 |
| <i>Lippia triphylla</i> | 1 | | 1 |
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 | | 1 |
| <i>Taraxacum dens-leonis</i> | 1 | | 1 |
| <i>Illicium verum</i> | 1 | | 1 |
| <i>Hypericum perforatum</i> | 1 | | 1 |
| <i>Papaver rhoeas</i> | | 1 | 1 |
| Compost d'herborista | 1 | | 1 |
| No recorda | 1 | | 1 |
| TOTAL | 54 | 9 | 63 |

Taula 5: Usos de les HM en patologia urològica.

| Espècie botànica | Oligúria | Infecció urinària | Càlculs renals | Total |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|----------------|-----------|
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | 3 | 2 | 1 | 6 |
| No recorda | 2 | 1 | | 3 |
| <i>Thea sinensis</i> | 2 | | | 2 |
| Compost d'herborista | 2 | | | 2 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Urtica urens</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Fraxinus ornus</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Illicium verum</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Santolina Chamaecyparissus</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Sideritis angustifolia</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Juglans regia</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Parietaria judaica</i> | | | 1 | 1 |
| <i>Teucrium buxifolium</i> | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 14 | 6 | 3 | 23 |

Taula 6: Usos de les HM en aprimament.

| Espècie botànica | Usos |
|-------------------------------|-----------|
| Compost d'herborista | 4 |
| No recorda | 2 |
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | 2 |
| <i>Taraxacum dens-leonis</i> | 2 |
| <i>Thea sinensis</i> | 1 |
| <i>Aloe vera</i> | 1 |
| <i>Fucus vesiculosus</i> | 1 |
| <i>Orthosifon staminens</i> | 1 |
| TOTAL | 14 |

Taula 7: Usos de les HM en patologia vascular.

| Espècie botànica | Circulació perifèrica | Hipertensió | Hipotensió | Total |
|-------------------------------|-----------------------|-------------|------------|-------|
| Composta d'herborista | 3 | | | 3 |
| No recorda | 2 | | | 2 |
| <i>Olea europaea</i> | 1 | 1 | | 2 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Crataegus monogyna</i> | 1 | | | 1 |
| <i>Rhamnus alaternus</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Lavandula stoechas</i> | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 8 | 2 | 1 | 11 |

Taula 8: Usos de les HM en refredat i patologia respiratòria.

| Espècie botànica | Refredat | Bronquitis /asma | Faringitis | Tos | Afonia | Total |
|-----------------------------------|----------|------------------|------------|-----|--------|-------|
| <i>Malva sylvestris</i> | 3 | 1 | | | | 4 |
| <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 2 | | | | | 2 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | | 2 | | | | 2 |
| Compost d'herborista | | | | 1 | 1 | 2 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 1 | | 1 | | | 2 |
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Salvia officinalis</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Lippia triphylla</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Althaea officinalis</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Eucaliptus globulus</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Sanguisorba minor</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Citrus limon</i> | | | 1 | | | 1 |
| <i>Sideritis angustifolia</i> | | | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 12 | 3 | 3 | 1 | 1 | 20 |

Taula 9: Usos de les HM en refredat i patologia dermatològica.

| Espècie botànica | Pruïja/ picors | Alopècia | Cel·lulitis | Herpes Zooster | Psoriasi | Total |
|-------------------------------|-------------------|----------|-------------|-------------------|----------|----------|
| Compost d'herborista | | | 1 | 1 | 1 | 3 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | | | | | 1 |
| <i>Equisetum ramosissimum</i> | | 1 | | | | 1 |
| TOTAL | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |

Taula 10: Usos de les HM en promoció de la salut, milloria física i energètica.

| Especie botànica | Salut | Milloria física | Total |
|-----------------------------------|----------|-----------------|----------|
| Compost herboristeria | 1 | 1 | 2 |
| <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 1 | | 1 |
| <i>Thymus vulgaris</i> | 1 | | 1 |
| <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 | | 1 |
| <i>Foeniculum vulgare</i> | 1 | | 1 |
| TOTAL | 5 | 1 | 6 |

Taula 11: Herbes medicinals en indicacions de poc ús (≤ 4).

| Indicació | Espècies botàniques | Nº usos |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Artrosi, espondilitis, lumbàlgia | Compost d'herborista | 2 |
| | No recorda | 1 |
| | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |
| Depuració, neteja de cos | <i>Crataegus monogyna</i> | 2 |
| | <i>Doricnyum hirsutum</i> | 1 |
| Cicatrització ferides | <i>Thymus vulgaris</i> | 1 |
| | <i>Sideritis angustifolia</i> | 1 |
| | <i>Symphytum officinale</i> | 1 |
| Mussol | <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 2 |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|----|
| Dismenorrea, molèsties de regla | <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 1 |
| | <i>Lippia triphylla</i> | 1 |
| Flegmó dentari, odontàlgia | <i>Sideritis angustifolia</i> | 1 |
| | <i>Allium cepa</i> | 1 |
| Menopausa, "calorades" | Compost d'herborista | 1 |
| Diabetis | Compost d'herborista | 1 |
| Astènia | Compost d'herborista | 1 |
| Hiperuricèmia | Compost d'herborista | 1 |
| Inapetència, hiporèxia | No recorda | 1 |
| TOTAL | | 21 |

Taula 12: HM en indicacions rares o no documentades.

| Indicació | Herbes | Nº usos |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Sedació, ansietat, depressió | <i>Salvia officinalis</i> | 2 |
| | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |
| | <i>Illicium verum</i> | 1 |
| | <i>Taraxacum dens-leonis</i> | 1 |
| Estrenyiment | <i>Thea sinensis</i> | 2 |
| | <i>Sesamum indicum</i> | 1 |
| | <i>Papaver rhoeas</i> | 1 |
| | <i>Santolina chamaecyparissus</i> | 1 |
| Còlic biliar | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 3 |
| | <i>Helianthemum origanifolium</i> | 1 |
| Hepatopatia, hipertransaminasèmia | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |
| | <i>Parietaria judaica</i> | 1 |
| Dolor abdominal, epigastràlgia | <i>Citrus aurantium</i> | 1 |
| Malaltia renal, oligúria | <i>Illicium verum</i> | 1 |
| Aprimament | <i>Aloe vera</i> | 1 |
| Refredat | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----|
| Diarrea | <i>Chenopodium sp</i> | 1 |
| Insomni | <i>Salvia officinalis</i> | 1 |
| Pirosi | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |
| Picors, pruija | <i>Rosmarinus officinalis</i> | 1 |
| Caiguda de cabell, alopecìa | <i>Equisetum ramosissimum</i> | 1 |
| Flegmó dentari | <i>Allium cepa</i> | 1 |
| Hipotensió | <i>Lavandula stoechas</i> | 1 |
| TOTAL | | 27 |

Taula 13: Factors relacionats amb la compra o recol·lecció de les HM.

| Variable | Compradors | Recol·lectors | SE |
|---|---------------|---------------|---------|
| Edat (mitjana±DE)* | 52,34±16,42 | 58,78±16,84 | P<0,05 |
| Sexe (Hòmens/dones)* | 52/84 (1:1,6) | 23/23 (1:1) | NS |
| Origen valencià (%)* | 79,4% | 89,1 | NS |
| Nivell d'estudis: sense estudis+ primaris+superiors ¹ (%)* | 69,1 | 82,6 | NS |
| Població <10.000 habitants ² (%)* | 16,9 | 47,8 | P<0,001 |
| Autoprescripció HM ³ (%)* | 60,0 | 86,9 | P<0,001 |
| Ús de TE en darrer any (%)* | 10,2 | 27,6 | P<0,05 |
| Usos/persona HM | 1,9 | 2,4 | P<0,05 |
| Espècies distintes/usos (%) | 16,2 | 27,6 | P<0,05 |
| Ús de compost d'herborista (%) | 17,7 | 0,0 | P<0,001 |
| No record de l'espècie (%) | 6,9 | 1,7 | P<0,05 |
| Espècies al·lòctones ⁴ (%) | 13,9 | 6,2 | NS |

SE: Significació estadística.

DE: Desviació estàndard.

TE: Trencar l'enfit.

* Variables estudiades en anterior treball (Borghol, 2004).

1 Enfront d'estudis intermedis (mitjants i carreres tècniques).

2 Enfront dels tres nuclis grans: Gandia, Oliva i Tavernes.

3 Enfront de la prescripció per metge, herbolari o curandero.

4 Les que no són pròpies de l'ecosistema saforenc ni de llarga tradició.

Figura 1.- Evolució del consum d'herbes medicinals en comparació amb la MAC i algunes de les seues principals modalitats, en la població dels EEUU, durant el període 1990-2002 (Eisenberg, D. M., 1998; Tindle, H. A., 2005).

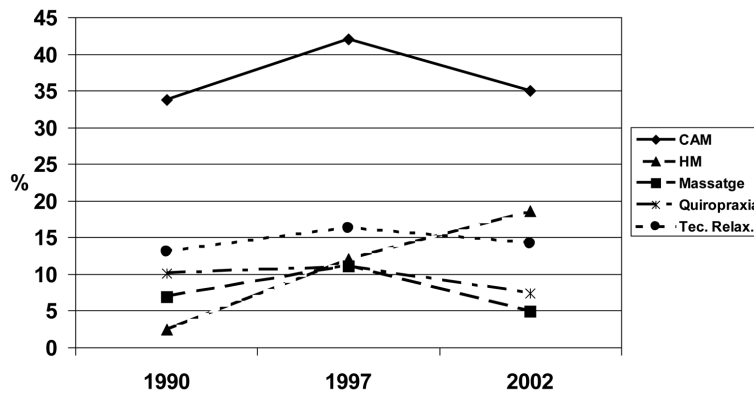


Figura 2.- Correspondència del llistat d'espècies botàniques aportat pels pacients de digestiu de la Safor amb els catàlegs florístics del Territori Diànic (Pellicer, J. 2004), península Ibèrica (Font Quer, 1985), comarques de Castelló (Mulet, 1991), països mediterranis (González-Tejero, 2008), Alt Empordà-Guilleries (Bonet, 1999), sud d'Itàlia (Pieroni, 2005), Cuba (Beyra, 2004) i Illes Canàries (Darias, 1989).

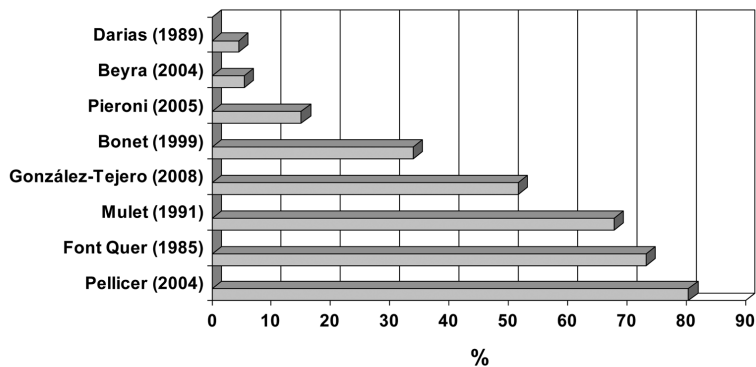
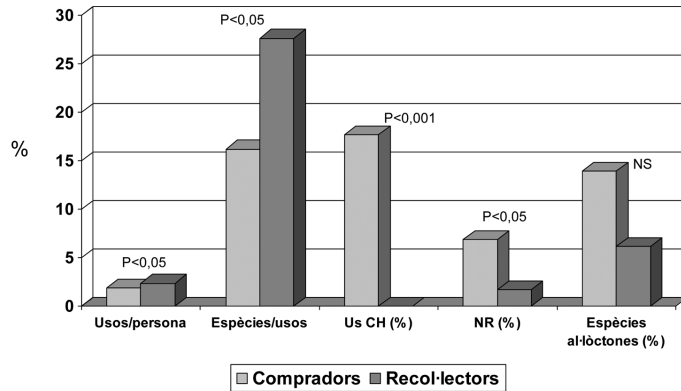


Figura 3.- Variables associades segons l'obtenció de les herbes medicinals (compra o recol·lecció).



CH: Compost d'herborista.

NR: "No recorda" l'espècie consumida.

NS: No significatives (les diferències estadístiques).

BIBLIOGRAFIA

- Agelet, A.; Vallès, J. (2001): «Studies on pharmaceutical ethnobotany in the region of Pallars (Pyrenees, Catalonia, Iberian Peninsula). Part I. General results and new or very rare medicinal plants», *J Ethnopharmacol*, 77(1), 57-70.
- Balaguer, E. (1992): «La medicina popular», dins José María López Piñero, *Historia de la Medicina Valenciana (Tomo III)*, Paterna, Vicent García, 197-209.
- Barnes, J.; Anderson, L. A.; Phillipson, J. D. (2005): *Plantas medicinales*. Barcelona, Pharma Editores.
- Barona, J. L.; Valladolid, M. J. (1988): «Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties "no de metges"», dins *La medicina profana*, Alacant, Canelobre, 11, 48-54.
- Belda, A.; Bellod, F. J. (2006): *Plantas medicinales de la Sierra de Mariola*, Sant Vicent del Raspeig. Publicaciones de la Universidad de Alicante, 11.

- Beyra, A.; León, M. C.; Iglesias, E.; Ferrándiz, D.; Herrera, R.; Volpato, G.; Godínez, D.; Guimarães, M.; Alvàrez, R. (2004): «Estudios etnobotánicos sobre plantas medicinales en la provincia de Camagüey (Cuba)», *Anales del Jardín Botánico de Madrid*, 61, 185-204.
- Bonet, M. A.; Parada, M.; Selga, A.; Vallès, J. (1999): «Studies on pharmaceutical ethnobotany in the regions of L'Alt Empordà and Les Guilleries (Catalonia, Iberian Peninsula)», *J Ethnopharmacol*, 68(1-3), 145-168.
- Bonet, M. A.; Vallès, J. (2003): «Pharmaceutical ethnobotany in the Montseny biosphere reserve (Catalonia, Iberian Peninsula). General results and new or rarely reported medicinal plants», *J Pharm Pharmacol*, 55(2), 259-270.
- Borghol, A.; Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando Marrades, I.; Garrido, J. R.; Ferrando Ginestar, J.; Bustamante, M.; Rull, S. (2004): «Recolección o compra de hierbas medicinales en los pacientes que acuden a consultas externas de digestivo. ¿Dos perfiles distintos de consumo?», *Rev Esp Enferm Dig*, 96 (Supl I), 176-177.
- Bruno, J. J.; Ellis, J. J. (2005): «Herbal use among US elderly: 2002 National Health Interview Survey», *Annals Pharmacother*, 39, 643-648.
- Carretero, J. L.; Ruiz, A.; Yagüe, E.; Pérez, R. N. (2001): «Medicina alternativa frente a medicina científica en un área básica de salud ¿Un fenómeno emergente?», *Med Clin (Barcelona)*, 117, 439.
- Castillo de Lucas (1958): *Folkmedicina*, Dossat, Madrid, 29.
- Castillo García, E.; Martínez Solis, I. (2007): *Manual de fitoterapia*, Barcelona, Elsevier-Masson.
- Consolini, A. E.; Ragone, M. I.; Tambusi, A.; Paura, A. (2007): «Estudio observacional del consumo de plantas medicinales en la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el periodo diciembre de 2004-noviembre de 2005», *Lat Am J Pharm*, 26, 924-936.
- Darias, V.; Bravo, L.; Rabanal, R.; Sánchez Mateo, C.; González Luis, R. M.; Hernández Pérez, A. M. (1988): «New contribution to the ethnopharmacological study of the Canary Island», *J Ethnopharmacol*, 25(1), 77-92.
- Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando, J.; Borghol, A.; Bustamante, M.; Ortuño, J.; Ferrando, I.; Llobera, C.; Sala, A.; Miñana, M.; Nolasco, A.; Fresquet, J. L. (2004): «Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo», *Gastroenterol Hepatol*, 27 (4), 244-249.

- Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando, J.; Borghol, A.; Bustamante, M.; Ortuño, J.; Ferrando, I.; Lull, J. A.; Sintes, M. A.; Nolasco, A.; Fresquet, J. L. (2005): «Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo», *Gastroenterol Hepatol*, 28, 267-274.
- Eisenberg, D. M.; Davis, R. B.; Ettner, S.; Appel, S.; Wilkey, S.; Van Rompay, M. *et al.* (1998): «Trends in alternative medicine use in the United States. Results of a follow-up national survey», *JAMA*, 280, 1569-1575.
- Ernst, E. (2000): «Herbal medicines: where is the evidence? Growing evidence of effectiveness is counterbalanced by inadequate regulation», *BMJ*, 321, 395-396.
- Ernst, E. (2006): «Prevalence surveys: To be taken with a pinch of salt», *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 272-275.
- Ferrís, J.; Garcia, J. (2002): *Medicines alternatives: mites i realitats*, València, Brosquil edicions.
- Font Quer, P. (1985): *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado*, Barcelona, Labor.
- Fresquet, J. L.; Tronchoni, J. A. (1995): «El uso popular de las plantas medicinales en la Ribera Alta», dins Fresquet, J. L., editor: *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*, València, Universitat de València-CSIC, 131-246.
- González Tejero, M. R.; Casares Porcel, M.; Sánchez Rojas, C. P.; Ramiro Gutiérrez, J. M.; Molero Mesa, J.; Pieroni A.; Giusti, M. E.; Censorii, E.; de Pascuale, C.; Della, A.; Paraskeva-Hadijchambi, D.; Hadijchambis, A.; Houmani, Z.; El-Demerdash, M.; El-Zayat, M.; Hmamouchi, M.; Eljohrig, S. (2008): «Medicinal plants in the Mediterranean area: synthesis of the results of the project Rubia». *J Ethnofarmacol*, 116(2), 341-357.
- Kennedy, J. (2005): «Herb and supplement use in the US adult population», *Clin Ther*, 27(11), 1847-1858.
- López-Herranz, G. P.; Arroyo-Valerio, A. G. (2008): «Consumo de hierbas medicinales en pacientes prequirúrgicos en el Hospital General de México», *Rev Med Hosp Gen Mex*, 71, 6-10.

- Mulet, L. (1991): *Estudio etnobotánico de la provincia de Castellón*, Castellón, Servicio de Publicaciones, Diputació.
- Pellicer i Bataller, J. (2004): *Recerques etnobotàniques al Territori Diànic o Comarques Centrals Valencianes*. Tesi doctoral dirigida pel Dr. Josep Lluís Fresquet i Febrer. Universitat de València, Biblioteca de la Facultat de Medicina i Odontologia.
- Pieroni, A., Quave, C. L. (2005): «Traditional pharmacopoeias and medicines among Albanians and Italians in southern Italy: a comparison», *J Ethnopharmacol*, 101(1-3), 258-270.
- Raja, D.; Blanché, C.; Vallès Xirau, J. (1997): «Contribution to the knowledge of the pharmaceutical ethnobotany of La Segarra region (Catalonia, Iberian Peninsula)», *J Ethnopharmacol*, 57(3), 149-160.
- Rodríguez Martínez, M^a. J. (1997): *Contribución al estudio farmacognóstico y farmacodinámico de "Sanguisorba minor Scop magnolii Spach"*, tesi doctoral dirigida per la Dra. Paulina Bermejo Benito. Madrid, Universidad Complutense.
- Salazar, R.; Garza, A.; Cenicerós, L.; Caballero, A.; Ramírez, R.; Alcorta, E.; Salazar, M.; Rivas, V.; Waksman, N. (2004): «El consumo de productos herbolarios en Nuevo León», *Medicina Universitaria*, 6, 248-254.
- Sanfèlix, J.; Palop, V.; Rubio, E.; Martínez-Mir, I. (2001): «Consumo de hierbas medicinales y medicamentos», *Atención Primaria*, 28, 311-314.
- Segarra i Durà, E. (2008): *Etnobotànica farmacèutica de Gàtova*, València, PUV.
- Shakeel M.; Bruce, J.; Jehan, S.; Mcadam, T. K.; Bruce, D. M. (2008): «Use of complementary and alternative medicine by patients admitted to a surgical unit in scotland», *Ann R Coll Surg Engl*, 90, 571-576.
- Tindle, H. A.; Davis, R. B.; Phillips, R. S.; Eisenberg, D. M. (2005): «Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults, 1997-2002», *Altern Ther Health Med*, 11(1), 42-49.
- Winslow, L. C.; Kroll, D. J. (1998): «Herbs as medicines», *Arch Intern Med*, 158, 2192-2199.
- Zaffani, S.; Cuzzolin, L.; Benoni, G. (2006): «Herbal products: behaviors and beliefs among italian women», *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, 15, 354-359.

M^a Concepción Obón de Castro

Departamento de Biología Aplicada, Universidad Miguel Hernández

Rocío Márquez

Departamento de Biología Aplicada, Universidad Miguel Hernández

Juan Francisco Giner

Departamento de Biología Aplicada, Universidad Miguel Hernández

Diego Rivera Núñez

Departamento de Biología Vegetal, Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

En las zonas rurales de España y Portugal, pero también de otros países europeos, mucha gente aprovecha recursos locales como plantas y hongos para comidas y bebidas. Esto forma parte de una tradición de usar dichos recursos como elemento de una vida agraria o pastoril y demuestra la familiarización, el conocimiento y relevancia cultural del ambiente como elemento predominante de la cultura del día a día. Las plantas comestibles son elementos indispensables de cada cultura y por tanto son un elemento predominante del paisaje creado por el hombre en los últimos siglos (Heinrich, 2006).

La cultura no es estática y las tradiciones cambian muy rápidamente, y muchas están en peligro de desaparecer; por tanto estamos frente a una pérdida de diversidad cultural. Por este motivo es importante recoger la información que tienen los habitantes de las diversas comarcas valencianas en cuanto al conocimiento de las plantas comestibles recolectadas localmente.

Aunque el uso de los alimentos silvestres ha disminuido a favor de las plantas cultivadas, se ha mantenido en ambientes rurales por diversos motivos. En primer lugar, la inseguridad de las cosechas, que ha ocasionado periodos de escasez de alimentos, tanto debido a condiciones meteorológicas

adversas como a las guerras. A lo largo de nuestro trabajo de campo nos han comentado que, tras los años de penuria posteriores a la guerra civil española, la recolección y consumo de plantas silvestres fue de vital importancia para la supervivencia. En segundo lugar, la estacionalidad de las producciones hacía que las plantas silvestres supusieran un buen complemento y un importante aporte nutritivo adicional en algunas épocas del año (Tardío y cols., 2002). Además el hecho de recolectar lo que hoy en día se consideran malas hierbas permitía mantener limpio el campo de cultivo y aprovechar como comestibles estas plantas. Actualmente muchas de estas especies se recolectan para consumo animal.

Los cambios en la agricultura ocurridos en el siglo xx han hecho que se haya ido abandonando el consumo de alimentos recolectados, por tanto se pierden los conocimientos que tenían nuestros antepasados. Las generaciones actuales no muestran interés por conocer las prácticas tradicionales, por este motivo la transmisión de la práctica oral se ve interrumpido; ante esta situación, si queremos conservar este patrimonio cultural, es preciso recoger y documentar todos estos conocimientos.

Hoy en día la finalidad del uso de este tipo de plantas es distinto del que hacían generaciones anteriores; antiguamente suponía un aporte nutricional, mientras que en la actualidad se consumen por ser plantas apetecibles y muy saludables (Giner, 2004).

El objetivo del presente estudio es documentar las plantas recolectadas, conocidas y en la mayoría de los casos todavía consumidas en las comarcas alicantinas de la Marina Alta y la Vega Baja. Una vez identificadas se comparan y analizan las similitudes y diferencias entre ambas comarcas.

Lo primero es situar y describir las dos comarcas que son objeto de nuestro estudio.

La Marina Alta es una comarca que se localiza en la parte septentrional de la provincia de Alicante (mapa 1). Limita al norte con la provincia de Valencia, al sur con la Marina Baja, al oeste con el Comtat y por el este está bañada por el mar Mediterráneo. La zona de estudio está constituida por 33 municipios y cuenta con una población de 188.567, según censo del año 2007 (INE 01-01-2007). Los municipios más poblados son Denia (42.704 habitantes), Jávea (29.923 habitantes) y Calpe (27.768 habitantes). Tiene una orografía bastante compleja, ya que la surcan numerosas montañas, valles y una costa

muy accidentada. La pluviometría es de 600-900 mm al año según la zona. Ha sido una comarca dedicada principalmente a las actividades agrarias en el interior y a las relacionadas con la pesca en los municipios costeros. A partir de los años 60 su dedicación básica ha sido al sector terciario.

La Vega Baja se encuentra al sur de la provincia de Alicante (mapa 1), y limita al sur con la provincia de Murcia, al norte con la comarca del Bajo Vinalopó y, al igual que la Marina Alta, está bañada por el mar Mediterráneo por el este. Cuenta con una población de 383.247 habitantes, según censo del año 2008 (INE 01-01-2008), repartidos en 27 municipios, siendo Torrevieja con 101.381 habitantes y Orihuela con 84.626 habitantes los más poblados. Es una zona más o menos llana, surcada por el río Segura hasta su desembocadura, donde destacan la sierra de Orihuela y la sierra de Callosa. Se distinguen claramente tres zonas en la Vega Baja: la central, que es la propia huerta del Segura, llana y fértil dedicada a la agricultura de regadío con población densa pero dispersa. El interior, más montañoso, con grandes explotaciones agrícolas y escasa población. La costa, dedicada al turismo y por tanto al sector terciario. Es una comarca de escasa pluviosidad (Orihuela 291 mm, Torrevieja 243 mm) que ha sufrido a lo largo de la historia las crecidas del río Segura.



Mapa 1. Situación de la comarca la Marina Alta al NE y de la comarca de la Vega Baja al S de la provincia de Alicante.

MATERIAL Y MÉTODO

Hay que destacar que, debido a la amplitud de ambas comarcas, estas no se han estudiado minuciosamente, sino que se ha hecho un muestreo seleccionando algunos municipios en cada comarca, y en cada uno de estos se han entrevistado pocas personas, por tanto los resultados son una aproximación al conocimiento de ambas zonas, no es un estudio exhaustivo. Es de destacar que mientras que en la Marina Alta hay resultados publicados por Pellicer (2000a, 2000b y 2002), en la Vega Baja solo disponemos del trabajo de Obón (2006).

Las comarcas de estudio seleccionadas son muy amplias, por tanto el primer paso fue seleccionar los municipios en los que se iba a trabajar en las dos zonas. La elección de municipios en la Marina Alta estuvo en función de su proximidad a la costa (Denia, Benissa, El Verger), de su relación con la actividad agrícola (la Vall de Alcalá, la Vall de Gallinera, Sanet), de su considerado número de habitantes (Pego), de su tradición artesana (Gata) y de su ubicación en una zona intermedia (Murla, Parcent). En total se trabajaron 10 municipios. En la Vega Baja se estudiaron algunas poblaciones cercanas al mar (Guardamar del Segura y Pilar de la Horadada), otras muy pobladas como Almoradí y Albatera, algunas pedanías de Orihuela (La Matanza, Rincón de Bonanza, Hurchillo, San Bartolomé, Torremendo, Jacarilla, y Benferri), algunas con gran actividad industrial (Callosa de Segura, Catral, Dolores) y por último algunos pueblos muy ligados a la agricultura como Bigastro, Redován, Rojales y Cox.

A continuación el trabajo se centró en los informantes buscando compensar el reducido número con una selección de personas que fueran consumidoras y conocedoras de este tipo de plantas. En la Marina Alta se entrevistaron un total de 20 personas con edades comprendidas entre 36 y 95 años, siendo la media de edad de unos 60 años. En la Vega Baja se entrevistaron a 28 personas de una edad de 25 a 82 años, siendo la media de edad de 57 años. A cada persona se le realizó una entrevista, que se anotaba en un cuaderno, y posteriormente se completaban una serie de cuestionarios. En total para la Marina Alta se realizaron 190 cuestionarios, uno por planta conocida por cada informante. En la Vega Baja se realizaron 145 cuestionarios. En los cuestionarios se anotaba el nombre popular, la parte de la planta consumida, época de recolección,

forma de recogida, preparación, frecuencia y forma de consumo entre otros datos. Cada planta conocida por nuestros informantes fue recogida e identificada botánicamente en los laboratorios de Botánica de la Universidad Miguel Hernández y/o de Murcia. Con cada una de ellas se preparó posteriormente un pliego testigo que se conserva en la UMH. Todos los datos recogidos en los cuestionarios fueron introducidos en una base de datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado se recogen un total de 44 especies comestibles, las cuales pertenecen a 20 familias botánicas distintas para la Marina Alta y 23 especies pertenecientes a 10 familias para la Vega Baja (tabla 1).

| Comarca | Marina Alta | Vega Baja |
|----------------------------------|-------------|-----------|
| Familias botánicas identificadas | 20 | 10 |
| Especies botánicas identificadas | 44 | 23 |

Tabla 1: Número de familias y especies botánicas comestibles estudiadas en las comarcas Marina Alta y Vega Baja.

De las familias estudiadas, las compuestas o asteráceas son las más numerosas en cuanto al número de especies consumidas en la Marina Alta, 15 especies, lo que representa el 34,09% del total de las especies estudiadas. Estos resultados coinciden con los de Márquez (2003), ya que en la Vega Baja pertenecen a las compuestas el 43, 47% del total de las especies conocidas. En total, en la Vega Baja se consumen 10 especies diferentes de esta familia.

El resto de las familias tienen un escaso número de especies representadas en ambas comarcas. En la Marina Alta la segunda familia es papaveráceas (6,81%) y umbelíferas (6, 81%) con 3 especies consumidas cada una.

| Comarca | Marina Alta | Vega Baja |
|--------------------------------|-------------|-----------|
| Amarantáceas | 1 | 0 |
| Asparagáceas | 1 | 2 |
| Borragináceas | 2 | 0 |
| Campanuláceas | 2 | 0 |
| Caparidáceas | 0 | 1 |
| Cariofiláceas | 2 | 2 |
| Compuestas o Asteráceas | 15 | 10 |
| Crasuláceas | 1 | 0 |
| Crucíferas | 2 | 2 |
| Geraniáceas | 1 | 0 |
| Leguminosas | 1 | 0 |
| Liliáceas | 1 | 0 |
| Malváceas | 1 | 0 |
| Papaveráceas | 3 | 1 |
| Plantagináceas | 2 | 0 |
| Poligonáceas | 2 | 0 |
| Portulacáceas | 1 | 1 |
| Primuláceas | 1 | 0 |
| Quenopodiáceas | 1 | 2 |
| Umbelíferas | 3 | 1 |
| Urticáceas | 1 | 1 |
| TOTALES | 44 | 23 |

Tabla 2: Número de especies botánicas comestibles pertenecientes a diferentes familias en las comarcas Marina Alta y Vega Baja.

En la Marina Alta las especies más conocidas son *Sonchus oleraceus* L., que es citada por 18 personas (conocida por el 90% de los encuestados), y es consumida en las 10 localidades estudiadas (100%).

A continuación están *Cichorium intybus* L, conocido por 12 personas; *Sonchus tenerrimus* L., por 11 personas, y las siguientes especies (*Picris*

echioides L., *Silene vulgaris* (Moench) Garcke, *Urospermum picroides* L., *Sedum sediforme* (Jacq.) Pau subsp. *dianium* (O. Bolós) y el hinojo (*Foeniculum vulgare* Mill. subsp. *piperitum* (Ucria) Coutinho) son consumidos por 9 de las personas encuestadas (45% del total).

A la familia compuestas pertenecen especies muy consumidas en las dos comarcas estudiadas. De todas las especies trabajadas las que aparecen en más cuestionarios en la Marina Alta son *Sonchus oleraceus* L. (90%) y *Sonchus tenerrimus* L. (60%); en el caso de la Vega Baja, la especie más popular y por tanto más consumida de la familia compuestas es *Sonchus tenerrimus* L., conocida por 17 informantes, lo que representa el 60,71% de las personas entrevistadas. Además es una planta muy apreciada por los consumidores. Se suele consumir en ensalada. *Sonchus oleraceus* es poco utilizado, solo el 28,57% de los encuestados. Por tanto la proporción de personas que conocen la planta del total de personas entrevistadas es similar en las dos áreas estudiadas.

Las acelgas (*Beta maritima* L. y *Beta vulgaris* L.) son muy consumidas en la Vega Baja. *Beta maritima* L. es consumida por el 78,57% de los encuestados. En el caso de la comarca de la Marina Alta no llega a ser tan popular ya que solo es consumida por el 20 % de las personas con las que hemos trabajado.

El consumo de las acelgas es también muy frecuente en la cercana provincia de Murcia, donde se consumen junto a una sardina (Rivera y Obón, 1991) y en el hervido en Torre-Pacheco (Rabal, 1995). En la Vega Baja existen múltiples formas de preparación siempre hervidas, en la mayoría de los casos con otras plantas silvestres recogidas en el campo y luego rehogadas con ajo o tomate.

Los nombres populares de las plantas varían mucho en función de las localidades. En la tabla 3 podemos ver los distintos nombres populares que reciben dos de las especies más frecuentemente consumidas en las dos comarcas estudiadas. Los nombres más frecuentes para *S. tenerrimus* es lisón y *llicsó de marge* y para *S. oleraceus*, cerrajón y *llicsó*. Hay que destacar que la diferencia que existe en la nomenclatura entre el castellano y el valenciano no es muy grande *llicsó* y *lisón* tienen un origen común y se parecen también al nombre que toma en Cataluña, *lletsó*, que se utiliza para *Sonchus oleraceus* (Font Quer, 1962).

| Comarca | Marina Alta (* localidades) | Vega Baja (* localidades) |
|------------------------------|---|--|
| <i>Sonchus tenerrimus</i> L. | Llicsó de marge (5), Llicsó de perdiu (1), Encisam (1), Llicsó de perdigot (1) | Lisonés (8), Linsonés (2), Linzón de pico pájaro (1) |
| <i>Sonchus oleraceus</i> L. | Llicsó (8), Llicsó d'ase (1) | Cerrajón (6) |

Tabla 3: Nombres populares recogidos para las dos especies de *Sonchus* más frecuentes en distintas localidades de las dos comarcas estudiadas.

Con respecto a los nombres populares, es muy frecuente que se emplee el mismo nombre para varias especies botánicas distintas ya que se usan indistintamente (tabla 4). En la Vega Baja se emplean dos especies de la familia crucíferas y que no son consumidas en la Marina Alta. No obstante en esta otra comarca denominan con este nombre a otra especie completamente distinta que pertenece a otra familia (compuestas).

| Comarca | Marina Alta | Vega Baja |
|---|-------------|--|
| <i>Coronopus didymus</i> L. | - | Rampete (Callosa, Hurchillo, Redován), Rampeta (Benferri, La Matanza) |
| <i>Sisymbrium erysimoides</i> Desf. | - | Rampete (Bigastro, Dolores, Jacarilla) |
| <i>Leontodon taraxacoides</i> (Vill.) Mérat | Rampets | - |

Tabla 4. Nombre popular que reciben dos especies diferentes en la comarca de la Vega Baja.

Respecto a los informantes, la persona que más plantas conocía en la Vega Baja fue una señora con 65 años que identificó 11 especies. En la Marina Alta fue una señora de 75 años que conserva un gran conocimiento, ya que utiliza 23 especies distintas. Es de destacar que las mujeres poseen un mayor conocimiento. La media de los informantes conoce entre 5 y 10 especies en la Marina Alta y entre 4 y 6 en la Vega Baja.

En cuanto a las zonas donde se cogen estas plantas, suele ser en los campos en barbecho, bordes de camino, lindes de huertas, y muchas crecen

como malas hierbas en los campos de cultivo. Tradicionalmente la gente salía a las afueras de los pueblos y recolectaba este tipo de plantas. Actualmente hay que llevar mucho cuidado ya que muchas plantas no se deben de recoger si crecen cerca de carreteras transitadas (problemas de plomo y otros metales pesados) o en campos que son tratados con herbicidas y pesticidas.

La recolección de la mayoría de las especies empieza tras las primeras lluvias otoñales y se prolonga hasta principio de primavera, que es cuando la mayoría de las especies inician su floración. Solo hay una especie característica del verano, que es *Portulaca oleracea* L.

Este tipo de plantas suelen ser frecuentes en nuestros campos, aunque con la incorporación de nuevas técnicas de laboreo, muchas especies han desaparecido; es el caso de la novia (*Silene secundiflora* Otth.), en la Vega Baja. En otros casos ha sido sustituida una especie por otra: *Scorzonera laciniata* L. (burumbaya, marvalla), esta especie se utilizaba tradicionalmente pero, al desaparecer, ha sido sustituida por otra de reciente introducción, *Gazania ringens* Gaert, a la que llaman con el mismo nombre y la consumen de la misma forma (ambas son compuestas).

Otras son muy escasas; es el caso de las amapolas, ababoles, *roselles*, que con el uso abusivo de herbicidas son muy difíciles de encontrar.

Las partes de las plantas más consumidas en ambas zonas son hojas jóvenes o bien tallos y hojas.

En cuanto a los modos de preparación, la mayoría se consumen en hervido; una vez tiernas se quita el agua y se pueden sofreír con ajo, tomate, o hacer en tortilla o revuelto de huevo. Solo unas pocas como *Sonchus tenerimus* se toman en ensalada, y en *salmorra* se preparan el *raïm de pastor* y las alcaparras.

La singularidad de la flora utilizada se puede apreciar en la lista completa de especies registradas en las dos zonas (tabla 5) y compararla con los datos disponibles en Rivera y Obón (2009), que es una base de datos con más de 11.000 especies y 200 localidades de todo el mundo. Aparecen muy pocas especies exclusivas o casi exclusivas, y, curiosamente, en proporción similar en las dos zonas; y son en los distintos casos especies poco conocidas en la zona. Las especies más comúnmente empleadas en una y otra zona son plantas muy conocidas en el conjunto de la región mediterránea y Europa (tabla 5).

Tabla 5: Plantas consumidas en la Vega Baja o la Marina Alta y su singularidad. Comparadas con datos disponibles en la base de datos de alimentos recolectados (Rivera y Obón 2009) tanto sobre zonas próximas (Huerta de Murcia y Marina Baixa) como en general, en Europa y la Región Mediterránea. Los datos se ordenan de mayor a menor singularidad de las especies consumidas.

| Familia | Especie | Vega Baja | Marina Alta | Marina Baixa | Huerta de Murcia | Total | Total Europa | Total Mediterráneo |
|------------------------|---|-----------|-------------|--------------|------------------|-------|--------------|--------------------|
| <i>Aliaceae</i> | <i>Allium ampeloprasum</i> L. | . | + | + | + | 31 | 24 | 27 |
| <i>Amaranthaceae</i> | <i>Amaranthus retroflexus</i> L. | . | + | . | . | 29 | 10 | 10 |
| <i>Asparagaceae</i> | <i>Asparagus acutifolius</i> L. | + | + | + | + | 40 | 36 | 38 |
| <i>Asparagaceae</i> | <i>Asparagus albus</i> L. | + | . | . | + | 7 | 6 | 6 |
| <i>Borraginaceae</i> | <i>Borrago officinalis</i> L. | . | + | + | . | 43 | 36 | 32 |
| <i>Borraginaceae</i> | <i>Echium vulgare</i> L. | . | + | . | . | 17 | 13 | 9 |
| <i>Cactaceae</i> | <i>Opuntia ficus-indica</i> (L.) Mill. (= <i>O. ficusbarbata</i> A. Berger; <i>O. vulgaris</i> Mill.) | + | . | . | + | 25 | 15 | 17 |
| <i>Campanulaceae</i> | <i>Campanula trachelium</i> L. | . | + | . | . | 21 | 17 | 13 |
| <i>Campanulaceae</i> | <i>Trachelium caeruleum</i> L. | . | + | . | . | 2 | 2 | 2 |
| <i>Cappariaceae</i> | <i>Capparis sicula</i> Veill. sp. sicula | + | . | . | + | 19 | 16 | 18 |
| <i>Caryophyllaceae</i> | <i>Silene latifolia</i> Poirer (= <i>S. alba</i> (Miller) E.H.L. Krause) | . | + | . | . | 8 | 7 | 7 |
| <i>Caryophyllaceae</i> | <i>Silene secundiflora</i> Orth. | + | . | . | . | 1 | 1 | 1 |

| Familia | Especie | Vega Baja | Marina Alta | Marina Baixa | Huerta de Murcia | Total | Total Europa | Total Mediterráneo |
|-----------------|---|-----------|-------------|--------------|------------------|-------|--------------|--------------------|
| Caryophyllaceae | <i>Silene vulgaris</i> (Moench) Garke subsp. <i>vulgaris</i> (= <i>S. cucubalus</i> With.) | + | + | + | + | 53 | 41 | 40 |
| Chenopodiaceae | <i>Beta vulgaris</i> L. | + | . | . | . | 11 | 7 | 9 |
| Chenopodiaceae | <i>Beta vulgaris</i> L. subsp. <i>maritima</i> (L.) Archangeli (= <i>B. perennis</i> (L.) Freym.) | + | + | + | + | 29 | 22 | 24 |
| Compositae | <i>Andryala integrifolia</i> L. | . | + | . | . | 7 | 7 | 7 |
| Compositae | <i>Carthamus lanatus</i> L. (incl. sp. <i>baeticus</i> (Bois. & R.) N.) | . | + | . | . | 7 | 5 | 5 |
| Compositae | <i>Centaurea diluata</i> Aiton | . | + | . | . | 1 | 1 | 1 |
| Compositae | <i>Chondrilla juncea</i> L. | . | + | + | . | 35 | 26 | 28 |
| Compositae | <i>Chrysanthemum coronarium</i> L. | + | . | . | . | 12 | 6 | 10 |
| Compositae | <i>Cichorium inybus</i> L. | + | + | . | + | 74 | 47 | 44 |
| Compositae | <i>Crepis vesicaria</i> L. (incl. sp. <i>taraxacifolia</i> (Thuill.) Th., <i>Barkhausia taraxacifolia</i>) | . | + | + | + | 26 | 26 | 26 |
| Compositae | <i>Cynara scolymus</i> L. | + | . | . | + | 3 | 3 | 3 |
| Compositae | <i>Galactites tomentosa</i> Moench. | + | . | . | . | 3 | 3 | 3 |
| Compositae | <i>Gazania ringens</i> Gaertn. | + | . | . | . | 1 | 1 | 1 |
| Compositae | <i>Lactuca serriola</i> L. (= <i>L. scariola</i> L.) | + | + | + | + | 36 | 29 | 29 |

| Familia | Especie | Vega Baja | Marina Alta | Marina Baja | Huerta de Murcia | Total | Total Europa | Total Mediterráneo |
|--------------|---|-----------|-------------|-------------|------------------|-------|--------------|--------------------|
| Compositae | <i>Leontodon taraxacoides</i> (Vill.) Merat | . | + | . | . | 2 | 2 | 2 |
| Compositae | <i>Leontodon tuberosus</i> L. | . | + | . | . | 10 | 10 | 10 |
| Compositae | <i>Picris echioides</i> L. (= <i>Helminthia echioides</i> (L.) Gaertn.) | + | + | + | + | 19 | 18 | 16 |
| Compositae | <i>Reichardia picroides</i> (L.) Roth. | . | + | + | + | 23 | 23 | 23 |
| Compositae | <i>Scorzonera laciniata</i> L. var. <i>laciniata</i> (= <i>Podospermum laciniatum</i>) | + | . | + | + | 18 | 15 | 15 |
| Compositae | <i>Sonchus asper</i> (L.) Hill. (incl. sp. <i>glaucescens</i> (Jord.) Ball.) | + | . | . | + | 45 | 30 | 29 |
| Compositae | <i>Sonchus oleraceus</i> L. | + | + | + | + | 74 | 42 | 41 |
| Compositae | <i>Sonchus tenerimus</i> L. | + | + | + | + | 19 | 16 | 16 |
| Compositae | <i>Urospermum picroides</i> (L.) Scep. | . | + | + | + | 11 | 11 | 11 |
| Crassulaceae | <i>Sedum sedifolium</i> (Jacq.) Pau | . | + | . | . | 5 | 4 | 5 |
| Cruciferae | <i>Coronopus didymus</i> L. | + | . | . | + | 4 | 2 | 2 |
| Cruciferae | <i>Diphloxix erucoides</i> (L.) DC. | . | + | . | + | 10 | 9 | 10 |
| Cruciferae | <i>Rorippa nasturtium aquaticum</i> (L.) Hayek (= <i>Nasturtium officinale</i>) | . | + | . | . | 64 | 35 | 33 |

| Familia | Especie | Vega Baja | Marina Alta | Marina Baja | Huerta de Murcia | Total | Total Europa | Total Mediterráneo |
|----------------|---|-----------|-------------|-------------|------------------|-------|--------------|--------------------|
| Cruciferae | <i>Sisymbrium erysinoides</i> Desf. | + | . | . | . | 2 | 1 | 1 |
| Geraniaceae | <i>Erodium cicutarium</i> (L.) L'Her. | . | + | . | . | 23 | 11 | 9 |
| Labiatae | <i>Satureja obovata</i> Lag. (incl sp. <i>canescens</i>) | + | . | . | + | 6 | 6 | 6 |
| Leguminosae | <i>Glycyrrhiza glabra</i> L. | + | . | . | + | 43 | 18 | 22 |
| Leguminosae | <i>Scorpiurus subvillosus</i> L. | . | + | . | . | 3 | 3 | 3 |
| Malvaceae | <i>Lavatera cretica</i> L. | . | + | . | + | 5 | 4 | 4 |
| Palmaceae | <i>Chamaerops humilis</i> L. | + | . | . | + | 9 | 8 | 8 |
| Palmaceae | <i>Phoenix dactylifera</i> L. | + | . | . | + | 20 | 4 | 5 |
| Palmaceae | <i>Phoenix iberica</i> Rivera et al. | + | . | . | + | 2 | 2 | 2 |
| Papaveraceae | <i>Papaver dubium</i> L. | . | + | . | + | 12 | 7 | 8 |
| Papaveraceae | <i>Papaver pinnatifidum</i> Moris | . | + | . | + | 4 | 4 | 4 |
| Papaveraceae | <i>Papaver rhoas</i> L. | + | + | + | + | 48 | 39 | 38 |
| Plantaginaceae | <i>Plantago coronopus</i> L. | . | + | + | + | 16 | 14 | 12 |
| Plantaginaceae | <i>Plantago lagopus</i> L. | . | + | . | . | 4 | 4 | 4 |
| Polygonaceae | <i>Rumex crispus</i> L. | . | + | . | + | 55 | 27 | 24 |
| Portulacaceae | <i>Portulaca oleracea</i> L. | + | + | . | + | 99 | 42 | 41 |

| Família | Especie | Vega Baja | Marina Alta | Marina Baixa | Huerta de Murcia | Total | Total Europa | Total Mediterráneo |
|---------------------|---|-----------|-------------|--------------|------------------|-------|--------------|--------------------|
| <i>Primulaceae</i> | <i>Samolus valerandi L.</i> | . | + | . | . | 4 | 2 | 2 |
| <i>Umbelliferae</i> | <i>Caucalis platycarpus L.</i> | . | + | . | + | 3 | 3 | 3 |
| <i>Umbelliferae</i> | <i>Grihonum maritimum L.</i> | . | + | . | . | 19 | 13 | 14 |
| <i>Umbelliferae</i> | <i>Foeniculum vulgare Mill. (incl ssp. piperitum)</i> | + | + | + | + | 62 | 41 | 44 |
| <i>Umbelliferae</i> | <i>Scandix pectenventris L.</i> | . | + | . | . | 11 | 8 | 9 |
| <i>Urticaceae</i> | <i>Urtica urens L.</i> | + | + | . | + | 43 | 28 | 29 |

CONCLUSIONES

El mayor número de especies conocidas en la Marina Alta frente a la Vega Baja pueden ser debidas entre otros factores al clima y al hábitat. La abundancia de precipitaciones en la comarca de la Marina Alta permite que existan especies comestibles que no hay en la Vega Baja y por tanto se puedan usar. También es posible que la investigación en la Marina Alta haya sido más profunda que en la Vega Baja, o bien que el grado de conocimiento actual de los habitantes de la Marina Alta sea mayor que en la Vega Baja.

Lo que sí hemos podido constatar a lo largo de los años que venimos realizando este tipo de estudios es que la transformación que ha sufrido la comarca de la Vega Baja es enorme. De hecho, han desaparecido varias de las especies que antes eran comunes y por tanto se consumían con frecuencia. Las acequias han sido todas entubadas, el laboreo de la tierra penetra a gran profundidad y el abuso de pesticidas y fertilizantes ha hecho que la flora arvensis haya cambiado mucho; debido a esto, han surgido un gran número de colectivos en defensa de la huerta y de la biodiversidad que esta encierra. Existen varios proyectos de recuperación del conocimiento agrícola tradicional.

En las dos comarcas hemos detectado que las personas que más especies conocen son las mujeres, ya que éstas son las que siempre han sido las encargadas de ir al campo a recoger este tipo de plantas y luego prepararlas. De hecho, en muchas localidades alicantinas se denomina el ir a recoger estas plantas como “ ir a coger camarrojas”.

Por último, señalar que las preferencias de la población local respecto a las plantas comestibles es diferente en las dos zonas, incluso en las plantas que son comunes.

BIBLIOGRAFÍA

- Font Quer, P. (1962): *Plantas medicinales*. Ed. Labor, Barcelona.
- Giner, J. F. (2004): *Estudio de las plantas comestibles silvestres de la Marina Alta*. Trabajo fin de carrera de Ingeniero Técnico Agrícola. Universidad Miguel Hernández, Orihuela.

- Heinrich, M. (2006): "Plantas en las culturas del Mediterráneo", en Rivera, D.; Verde, A.; Fajardo, J.; Inocencio, C.; Obón, C. y Heinrich, M. (eds.): *Guía etnobotánica de los alimentos locales recolectados en la provincia de Albacete*. Instituto de Estudios Albacetenses. Albacete.
- Márquez, R. (2003): *Estudio de las plantas comestibles silvestres del Bajo Segura*. Trabajo fin de carrera de Ingeniero Técnico Agrícola. Universidad Miguel Hernández.
- Obón, C. (2006): *La importancia de la conservación de las plantas comestibles locales en la Vega Baja (Alicante)*. *Raijos de la Vega*. Ed. Volcam y Ayuntamiento de Almoradí. Almoradí.
- Pellicer, J. (2000 a y b): *Costumari botànic. Recerques etnobotàniques a les Comarques Centrals Valencianes*. Tomo 1 y 2. Ed. del Bullent. Picanya.
- Pellicer, J. (2002): *Costumari botànic. Recerques etnobotàniques a les Comarques Centrals Valencianes*. Tomo 3. Ed. del Bullent. Picanya.
- Rabal, G. (1995): *Cuando la chicoria echa flor. Etnobotánica en Torre-Pacheco-Murcia*. Compobell.
- Rivera D. y Obón, C. (2009): *Base de datos de las plantas alimenticias recolectadas en el mundo* (inédita).
- Rivera D. y Obón, C. (1991): *La guía INCAFO de las plantas útiles y venenosas de la Península Ibérica y Baleares (Excluidas medicinales)*. Incafo, Madrid.
- Tardío, J.; Pascual, H. y Morales, R. (2002): *Alimentos silvestres de Madrid*. Ediciones la Librería. Madrid.

ETNOBOTÁNICA DE LA PALMERA DATILERA Y ESPECIES PRÓXIMAS
(*PHOENIX, ARACACEAE*) EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M^a Concepción Obón de Castro

Departamento de Biología Aplicada, Universidad Miguel Hernández,
EPS-Orihuela

Diego Rivera Núñez

Departamento de Biología Vegetal, Universidad de Murcia

Andreu Alonso i Maciá

Departamento de Biología Aplicada, Universidad Miguel Hernández

Francisco Alcaraz Ariza

Departamento de Biología Vegetal, Universidad de Murcia

Emilio Laguna Lumbreras

Centro para la Investigación y Experimentación Forestal, Conselleria de
Medio Ambiente, Agua, Urbanismo y Vivienda. Generalitat Valenciana.

INTRODUCCIÓN

La presencia de la palmera datilera (*Phoenix dactylifera* L., *Phoenix iberica* D. Rivera S. Ríos y Obón, y sus híbridos), en la península Ibérica constituye un hecho singular en el continente europeo, tanto por la existencia de poblaciones de apariencia silvestre en algunas ramblas del sureste como por los testimonios de la presencia antigua de estas especies del género *Phoenix*. Bajo esta referencia de palmera datilera se excluye *Ph. canariensis* Chabaud, cuya introducción es presumiblemente reciente y más bien ligada a la jardinería, no correspondiéndole por tanto muchos de los usos que se describen en el presente trabajo

Los palmerales son un elemento básico del paisaje del sur de la Comunidad Valenciana desde hace siglos. La presencia de la palmera junto a las casas, de los huertos de palmeras y de los grandes palmerales como los de Elche, Orihuela, Albatera, Callosa o Alicante se debe a la actividad

de los campesinos y especialmente de los palmereros. Aquí se encuentran los más notables palmerales europeos continentales como los de Elche y Orihuela, clasificados durante decenios como lugares de valor histórico. Su valor como testimonio de una cultura y de una diversidad genética ha llevado a la UNESCO a clasificar el Palmeral de Elche como Patrimonio de la Humanidad.

La existencia de esas formaciones no espontáneas que son los palmerales se debe a la particular resistencia de las variedades locales de palmera y a la habilidad de los agricultores, hortelanos y palmereros que los gestionaron durante siglos. Las decisiones que estos adoptaron en el pasado determinan la estructura y características de las poblaciones de palmera que encontramos en la actualidad, y sus actividades configuran en gran medida el aspecto futuro de los palmerales; precisamente esto es lo que nos ha llevado a plantear, en el marco de un proyecto de conservación de recursos genéticos, el estudio etnobotánico de la palmera. De esta gestión destacamos los diferentes tipos de dátil que reconocen y que van a ser objeto de este estudio. Un fenómeno a resaltar es el sistema de selección y multiplicación tradicional en toda la zona (por semilla), no clonal por tanto, y los flujos de polen, semillas y plantas entre los diversos palmerales. La propia presencia de la palmera en el terreno ha condicionado la estructura de los huertos, de forma poligonal y dimensiones situadas dentro de un rango muy limitado, así como los cultivos asociados, tanto arbóreos como herbáceos.

La palmera datilera en el sur de la Comunidad Valenciana ha sido un recurso de gran importancia, no sólo por el valor nutritivo de sus frutos, sino por el aprovechamiento integral de los recursos que proporciona la planta: estipe, tocones, hojas, savia, cogollos tiernos, etc. Por tanto se van a documentar los usos tradicionales que se han dado, o que todavía están vigentes, de la palmera en el SE ibérico.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante los últimos dos años se han llevado a cabo muestreos sistemáticos en decenas de palmerales de la Comunidad Valenciana, Murcia y Andalucía, dirigidos a la localización y caracterización de las diferentes formas de datileras y dátiles existentes en el territorio (usando descriptores morfológicos

y marcadores moleculares). Se han entrevistado expertos en la gestión de las palmeras, agricultores y palmereros. Se visitaron los mercados tradicionales y se recogieron muestras de los diferentes tipos de dátiles vendidos en circuitos locales o comarcales.

Entendemos como palmeral, o conjunto de huertos de palmeras, formaciones con más de cincuenta individuos con distancias entre individuos que no superen los 200 metros. Por tanto hemos prestado mayor atención a los palmerales que a las palmeras dispersas existentes junto a las casas en muchas huertas de la Comunidad Valenciana.

Se han documentado gráficamente los diversos tipos de aprovechamientos. Se analizó la literatura histórica y etnográfica disponible al objeto de determinar la continuidad o discontinuidad en los procedimientos recogidos y los cambios en la extensión y localización de los mismos palmerales. Se revisó el corpus léxico del español (Real Academia, 2008) para las palabras dátiles y palmeras. Existen trabajos especializados como el de Galiana y Agulló (1983), Muñoz-Palao (1929) o el de Munier (1957).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la palmera datilera todo es utilizado, como ya comentaba Munier (1957). A continuación vamos a exponer los principales aprovechamientos que se realizan actualmente de la palmera y que hemos recogido de distintos testimonios dados por nuestros informantes. En primer lugar destacamos la obtención y preparación de la palma blanca para su uso el Domingo de Ramos. Los primeros documentos que hacen referencia a palma blanca datan del siglo xv. En un acta municipal del 21 de marzo de 1429 se explica que en Valencia fueron apresados unos vecinos de Elche que habían ido a vender palma blanca (Ramos, 1970). Existe otro documento de 30 de junio de 1481, que es un protocolo notarial donde se arrendaba la producción de palma blanca de un huerto (Jaén, 1994). A finales del siglo xv empieza a celebrarse el Misteri d'Elx, donde la palma tenía y tiene un papel protagonista. Para obtener palma blanca se utilizan las palmeras macho o las hembras que producen dátiles de mala calidad. El encaperuzado (encapuruchado, capuruchado, *encaporutxat*), es decir hacer el capirucho o capirote, es la operación mediante la cual se priva a las hojas de palmera de recibir la luz del sol, con el fin de hacer desaparecer la clorofila y por tanto las hojas se

tornan amarillo pálido y así obtener la “palma blanca”. Esta práctica consta de tres operaciones: liar (atar, *nyigar*, *nugar*) es la primera y se efectúa entre los meses de enero y junio; se cortan las palmas que estorban hasta dejar unas 50 palmas que se atan con cuerda de esparto; la punta queda suelta sin liar y se le denomina “copo”. La segunda, encaperuzar (*capurutxar*, tapar, poner el *vellet*): antes se usaban palmas secas procedentes de la poda, actualmente se emplea plástico negro ahorrando tiempo y abaratando costos; esta actividad consiste en tapar el copo para impedir que entre la luz, se suele hacer entre abril y septiembre e incluso después si no ha dado tiempo antes. Por último, la tercera, hay que cortar las palmas blancas (*tallar*) que se suele hacer desde septiembre hasta la proximidad del Domingo de Ramos (Palmablanca, 2009). Aproximadamente mueren el 10% de las palmeras encaperuzadas y más del 90% si la operación se repite a los pocos años sobre la misma palmera. Una vez recolectadas se procede a la limpieza, clasificación y tratamiento. La limpieza consiste en cepillar una a una todas las palmas blancas y a su posterior lavado en balsas. La clasificación es el hecho de seleccionar las palmas según su medida. Una vez clasificadas, se procede a su tratamiento, que consiste en colocar las palmas en cámaras herméticas en las cuales se quema azufre para obtener un color más vivo y para su conservación. A continuación se procede a la elaboración de las palmas rizadas o artesanales. Las figuras que componen las palmas procesionales son variadísimas: *boles*, *boletes*, *cadeneta*, columnas, *creu*, *xurret*, *fardatxo*, *gatet*, *Mare de Déu*, margarita, mocho, palma ratllada, palma rizada, pico, piña, *sardineta*, *sellet* y sello, señor, trensilla.

La palmera ha sido importante como elemento de la construcción. Se aprovechan los troncos como vigas y pilares de las casas (Abanilla, els Basars (al sur de Elche)). Los *cascabots* (cascabotes, parte basal de la hoja, con raquis grueso y foliolos espinosos) se emplean en la construcción de vallas. Las hojas secas, como sombrajes y cortavientos. También se ha empleado el tronco en la fabricación de muebles, tanto sillas como mesas, jardineras, casi siempre para uso externo.

Es de destacar el uso de la semilla del dátil en artesanía. Nos han indicado, al menos en las comarcas de l’Horta, la Ribera y la Safor (al sur de Valencia), que ocasionalmente las semillas se utilizaban como cuentas de collares, para fabricar collares, brazaletes, etc., agujereándolas con leznas y ensartándolas con hilo de palomar.

Hace unos 20 o 25 años, en la zona de Montroi y Montserrat, afamadas capitales de la apicultura valenciana, se empleaban *rusc* o rusco (colmena artesanal, al estilo de las tradicionales de corcho); estas estaban hechas con un tronco hueco de palmera. Los ruscos se sustituyeron hace ya décadas por las colmenas de madera. Precisamente las fabrican y exportan desde esos mismos pueblos, pero los colmeneros más viejos las han seguido llevando en sus coches o motocicletas, porque eran las que usaban para recoger panales naturales completos, cuando los llamaban para erradicar las abejas que hacían grandes nidos en las casas, parques, etc.

Es de destacar el dátil como fruto comestible, tanto para el hombre como para los animales. Respecto al consumo humano, los dátiles frescos se comercializan desde mediados de octubre hasta finales de febrero. El uso generalizado de los congeladores y las cámaras frigoríficas hace que se pueda disponer de dátiles “no adobados” durante un periodo de tiempo prolongado; sin embargo el frío, al igual que el adobo con vinagre, produce dátiles poco duraderos una vez adquiridos por el consumidor. En este sentido, los dátiles *tendres* que se venden en rama son los que presentan mejor conservación. Este año 2008-2009 pudimos comprobarlo con unos *tendres* del palmerero *Sopascures*, adquiridos en Navidad y con unos *neulats* (sin polinizar y por tanto sin hueso) rojos adquiridos en el mercado de San Antón en Elche. La tabla 1 presenta un resumen de los tipos de dátiles mencionados en las entrevistas y en la revisión bibliográfica. Podemos destacar que hay datos de 1584 en los que se prohíbe la venta de dátiles adobados en vinagre, siendo esta una práctica habitual para los dátiles ásperos, como cita Cavanilles (1797), y que se sigue realizando en la actualidad para los dátiles que no se podrían comer si no se someten a este tratamiento. Nos han indicado que cuanto más áspero es el dátil mejor coge el vinagre.

En todo el SE de España, destacando Elche y Murcia, así como en algunas comarcas valencianas como l’Horta, la Ribera y la Safor (donde presumiblemente se alojaron en el pasado grandes concentraciones de palmeras en los alrededores de Valencia) existía la tradición de hacer dulces con los dátiles, entre otros el pan de dátiles, al estilo del pan de higos. Este postre tiene forma de torta y contiene dátiles deshuesados y prensados.

Hay distintas variedades del pan de dátil: se puede hacer con almendras o también con nueces, pero el más habitual es el realizado con almendras.

Hay casas donde todavía se realiza, pero lo más frecuente es comprarlo ya hecho. Existen ciertas empresas que lo comercializan, pero en la mayoría de las ocasiones no está hecho con dátiles locales sino con dátiles importados. Es frecuente comprarlo en fiestas especiales.

Hace ya más de 25 años, por la zona del Marquesado de Llombay, nos sorprendió que el pastor de la zona, uno de los últimos que aún hacía la trashumancia desde la costa valenciana hasta Javalambre, solía llevar dátiles secos en el zurrón, que ofrecía como premio a los perros cuando se portaban bien recogiendo el ganado, reuniendo las ovejas extraviadas, etc.

Los dátiles de baja calidad, bien porque son pequeños, con poca carne y mucho hueso, o porque no han madurado, son utilizados como alimento para el ganado, ya que son muy apreciados por los animales. Los huesos de dátil se han vendido para fabricar pienso para el ganado

El palmito es la parte tierna de la yema apical de la palmera y es vendido actualmente en el mercado de San Antón (17 de enero) (en el puesto del palmerero Paco *el Rambla*) de Orihuela para su consumo, sobre todo en ensalada, o bien en la misma feria recién comprado, ya que con el paso del tiempo va perdiendo humedad, se oxida y amarga un poco; no se debe conservar mucho tiempo. También se vendía en el mercado de Elche. Se suelen escoger palmeras adultas que no sean muy productivas. Está constituido por diversas capas que corresponden a las hojas. Desgraciadamente cuando utilizamos el palmito matamos la palmera ya que destrozamos su yema apical.

Actualmente es frecuente la venta y consumo de licor de dátil en Elche; este uso parece no ser tradicional en la zona de estudio. Todas las personas a las que hemos preguntado nos aseguran que antes no se hacía licor. Sin embargo, vino y vinagre de dátiles se hicieron en el pasado.

Otro tipo de aprovechamiento es el textil. Las nervaduras de los foliolos se emplearon como hilo (Galiana y Agulló, 1983). La fibra desmenuzada de los foliolos se ha usado en los campos de Elche para atar tomateras u otras verduras a las cañas, o bien las bolsas de uva de mesa. La artesanía ha sido importante, con la palma todavía se realizan cestos, sombreros, bolsos y esteras.

La fabricación de escobas y cepillos fue muy importante en el sureste. Estos se fabrican con las palmas verdes secas que sobran de la poda que se dejan al sol; una vez secas se utilizan las mejores para encapuchar y el

resto que estén en buen estado, para hacer escobas y cepillos. Fue una actividad importante en Albaterra, asociada con el aprovechamiento del palmeral. Hasta no hace mucho tiempo, Albaterra había alcanzado una merecida fama de fabricar las mejores escobas de palma, hoy en desuso. En Albaterra había cinco fábricas y tres en Catral. Las escobas constan de cañas, alambre y los foliolos de la hoja de palmera.

Como combustible, para alimentar los hornos de pan, se emplean las tabalas o tocones (bases de las hojas podadas) y *casabots*. Por otra parte el *sedàs* (*seasos*, mantellina, fibra que recubre el tronco y que arde con facilidad) se empleaba para la realización *d'atxes* (son una especie de antorchas hechas con una palma seca en la que se envolvía el cedazo y se ataba); estas eran quemadas por los niños la noche de Reyes (6 de enero) y se dice que era para guiarlos hacia sus casas.

En heráldica, la palmera aparece en el escudo de San Isidro de Albaterra. San Isidro es conocido como “El Oasis de la Vega Baja”, por la cantidad y calidad de sus palmeras. No en vano, la localidad se asienta sobre una antigua zona húmeda llamada El Saladar. También aparece en el escudo de la Sociedad Económica de Amigos del País. La palmera datilera representa la rama agrícola (Galiana y Agulló, 1983).

Como uso lúdico destacamos el empleo de los huesos de los dátiles para jugar en el colegio en la ciudad de Valencia; eran muy apreciados por los niños en el siglo pasado. Se coleccionaban cual monedas (que se ganaban o se perdían jugando a cualquier juego de habilidad), y, si se encontraba la caña del diámetro adecuado, eran perfectos para jugar a la cerbatana.

Es importante el valor ornamental que representa la palmera en jardinería, tanto popular como urbana. De hecho parte de los palmerales del sureste ibérico han desaparecido por su exportación a diversos países. Así como su extracción y traslado a diversas localidades de la costa mediterránea recientemente. Las palmeras utilizadas proceden de viveros, en los cuales suelen permanecer hasta alcanzar una altura de tallo de un metro. Se comercializan palmeras de hasta nueve metros de altura, pero son preferibles los tamaños pequeños por los menores gastos y mayores posibilidades de que prosperen una vez replantadas.

Era frecuente plantar palmeras alrededor de las parcelas de la huerta para delimitarlas.

En medicina tradicional y popular se utiliza tanto la carne como el hueso (cuesco) del dátil. El hueso, reducido a polvo, y calcinado, se emplea como astringente, antiséptico bucal y dentífrico. Los dátiles se utilizan en emplastos como emolientes, suavizantes, para heridas y tumores. Se considera que son beneficiosos para la respiración.

CONCLUSIONES

La palmera ha sido un recurso de gran importancia por el aprovechamiento integral de los recursos que proporciona la planta: estipe, tocones, hojas, savia, cogollos tiernos, etc. Hay que destacar el que se realiza por vez primera una descripción exhaustiva de los tipos de dátiles conocidos y descritos del sureste ibérico. En la actualidad se sigue realizando. Se han documentado las siguientes categorías de uso: palma blanca, construcción, mobiliario, licorería, alimentación, heráldica, textil, artesanía, escobas, combustible, ornamental, medicinal.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se realiza dentro del proyecto INIA RF2007-00010-C03, Prospección y recogida de recursos fitogenéticos autóctonos de palmera datilera y especies silvestres emparentadas. Esta investigación ha recibido una ayuda de la Generalitat Valenciana.

Tabla 1. Tipos de dátiles citados en la bibliografía revisada.

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|---------------|----------|------------|---|-------|---|
| - | - | farinós | Pulpa de textura harinosa, debido a la picadura de un insecto (el flaret) | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | granat | Con hueso o semilla que procede de una palmera que ha sido machheada o entaconada, está bien desarrollado, pero no significa que sea de buena calidad | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| Hermafroditas | - | - | Palmeras machos que echan dátiles, pero esos dátiles no valen para el consumo | 1992 | Antonio García, El palmeral de Orihuela |
| - | - | neulat | Procede de una palmera no entaconada (polinizada). No tiene hueso o éste aparece poco desarrollado | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | pansit | Está arrugado y deshidratado. Siempre gana en dulzor con relación al tierno o fresco. El dátil <i>candit</i> y el dátil <i>rent</i> terminan estando más o menos <i>pansits</i> | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | primerenco | El dátil que madura antes de la época normal de la recolección | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|---------|---|-------|--|
| - | - | tardano | El dáttil que madura al final de la época normal de la recolección | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | ásperos | Para poder comer los ásperos se rocían con vinagre común | 1797 | Antonio José Cavanilles, Observaciones sobre la historia natural |
| - | - | bollior | Su calidad se mejora por acción del calor, con agua hirviendo o vapor de agua. Suelen ser de color amarillo y sabor áspero; si los dulces se tratan así se hacen más dulces | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | candios | Se consumen en fresco (madurados en la palmera) | 1988 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |
| Candios | - | - | Maduran en la palmera y se recolectan a pedradas; se echan a perder enseguida | 1992 | Antonio García, El palmeral de Orihuela |
| - | - | candir | Dátiles secos, y su consumo puede ser a largo plazo. La piel se arruga cuando se curan al sol, pasan del amarillo al marrón | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | candir | Madura en la palmera, pero queda áspero, por lo que se seca al sol para que pierda aspereza, mejora su sabor y queda más dulce | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|-----------------|---|-------|--|
| - | - | Candits | Madura en la palmera; son pequeños, amarillo dorados antes de madurar | 1929 | Muñoz-Palao, La palmera datilera |
| - | - | Candits | Los dulces, llamados vulgarmente <i>candits</i> , se arrugan en la palma, y se comen sin aderezo alguno | 1797 | Antonio José Cavanilles, Observaciones sobre la historia natural |
| - | - | d'adob (madurs) | Blandos, se consumen frescos y se estropean en pocos días | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | d'adob daurat | Pasan del amarillo al marrón oscuro | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | d'adob negre | Pasan del rojizo al negro | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | d'adob verd | Pasan del verde claro al marrón verdoso | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | de adobo | Se prohíbe la venta de dátiles adobados en vinagre | 1584 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|------------------|----------|-------|---|-------|--|
| De adobo | - | - | Son dátiles candiols recogidos antes de madurar y lavados con vinagre | 1992 | Antonio García, El palmeral de Orihuela |
| De corteza sutil | - | - | Que se regaña y cristaliza de azúcar | 1916 | Gabriel Miró, Figuras de la pasión |
| De jugo lechoso | - | - | Producen miel y vino "en jericio" | 1916 | Gabriel Miró, Figuras de la pasión |
| De sol | - | - | Sirven de pienso a los animales | 1992 | Antonio García, El palmeral de Orihuela |
| Enjutos | - | - | Arrugados, grandes, tiernos y dulcísimos | 1916 | Gabriel Miró, Figuras de la pasión |
| - | frescos | - | Dátiles frescos | 1916 | Vicente Blasco Ibañez, trad. de Las mil y una noches |
| - | - | gros | En 1583 se pagan cuatro dineros por una libra de dátiles gros | 1583 | Carlos Galiana y Miguel Aguiló, La palmera dátilera |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|-----------|---|-------|--|
| - | largos | - | Dátiles que eran largos como los dedos de un árabe noble | 1916 | Vicente Blasco Ibáñez, trad. de Las mil y una noches |
| Largos | - | - | Leves que se curvan graciosamente como dedos de mujer | 1916 | Gabriel Miró, Figuras de la pasión |
| - | - | maduros | Se consumen en fresco | 1988 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |
| - | - | marranero | Dátil de mala calidad, no apto para el consumo, utilizado para alimentar al ganado | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | matür | Madura en la palmera, suele tener un tono de color marrón, que oscila entre muy oscuro a caramelizado. En él la piel se desprende de la pulpa con facilidad | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | morado | De mucha carne, difíciles de madurar; comidos en fresco están bastante dulces | 1929 | Muñoz-Palao, La palmera dátilera |
| - | - | negros | Vale cuatro dineros la libra de dátiles amarillos | 1584 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELICHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|-----------|---|-------|--|
| - | - | negros | Hay que consumirlos pronto | 1929 | Muñoz-Palao, La palmera datilera |
| - | - | negros | En 1583 se pagan seis dineros por una libra de dátiles negros | 1583 | Carlos Gallana y Miguel Agulló, La palmera datilera |
| - | - | negros | Vale seis dineros la libra de dátiles negros | 1584 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |
| - | - | obat | Variedad que se prepara con vinagre para mejorar su sabor | 2004 | Francisco Orts, Anrología de palabras |
| - | - | pinolenco | Dátil cuyo hueso o semilla es muy grande con relación a la pulpa | 2004 | Francisco Orts, Anrología de palabras |
| - | rojos | - | Más deliciosas que los dátiles rojos en sus racimos | 1916 | Vicente Blasco Ibañez, trad. de Las nül y una noches |
| - | - | secos | Se pueden dejar en la palmera hasta que todo el racimo esté maduro cortándose entonces el racimo entero | 1988 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELCHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|-----------|--|-------|---------------------------------------|
| - | - | semisecos | Se pueden dejar en la palmera hasta que todo el racimo esté maduro cortándose entonces el racimo entero | 1988 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |
| - | - | tenaos | Se consumen en fresco | 1988 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |
| - | - | tenaos | Están mucho tiempo en la palmera sin caerse; cuando se cogen con su támara aguantan hasta dos meses sin pudrirse | 1929 | Muñoz-Palao, La palmera datilera |
| - | - | tenat | Dátil que se ha dejado desarrollar y secar en la palmera, donde adquiere todo su sabor. No es maduro, puesto que es seco y la piel queda adherida a la pulpa | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |
| - | - | tenat | Dátiles secos, y su consumo puede ser a largo plazo; la piel no se queda arrugada cuando se curan al sol; pasan del amarillo al marrón | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| - | - | tendre | Dátil de color amarillo, rojo o verde, pero dulce y sabroso, no áspero. Es una de las variedades que más suele gustar a los ilicitanos | 2004 | Francisco Orts, Antología de palabras |

| ORIHUELA | VALENCIA | ELICHE | DESCRIPCIÓN | FECHA | REFERENCIAS |
|----------|----------|----------|--|-------|---|
| - | - | tendre | Cualquier tipo de dátil que se cosecha antes de completarse la maduración | 2008 | Andreu Alonso, Estudio del cultivo |
| tiernos | - | - | Hay pocas palmeras que den dátiles de estos; se comen antes de que maduren porque cuando empiezan a madurar se pudren por la punta | 1992 | Antonio García, El palmeral de Orihuela |
| tiernos | - | - | Se consumen verdes porque se pudren al madurar | 2000 | Diego Ruiz, Vocabulario de las hablas murcianas |
| - | - | verdales | De mucha carne, difíciles de madurar; comidos en fresco están bastante dulces | 1929 | Muñoz-Palao, La palmera datilera |
| - | - | verdes | Se prohíbe coger los dátiles verdes | 1591 | Ruiz y Aranda, El palmeral de Elche |

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, A. (2008): *Estudio del cultivo y del aprovechamiento tradicional de la palmera en Elx*. Trabajo fin de carrera. EPSO. Universidad Miguel Hernández, Orihuela.
- Cavanilles, A. J. (1795-1797): *Observaciones sobre la historia natural*. 2 vols. Imprenta Real, Madrid.
- Galiana, C. y Agulló M: (1983): *La palmera datilera, cultivo y aprovechamiento*. Instituto de Estudios Alicantinos, Alicante.
- García, A. (1992): *Estudio sobre el palmeral de Orihuela*. Universidad de Murcia, Murcia (trabajo inédito).
- Jaén, G. (1994): *Les palmeres del Migjorn Valencià*. Consell Valencià de Cultura, Valencia.
- Miró, G. (1916): *Figuras de la pasión del Señor*. Ed. E. Doménech, Barcelona.
- Munier, P. (1957): «Le palmier-Dattier en Espagne continentale». *Fruit*, 12/6, 269-276.
- Muñoz-Palao, L. (1929): *La palmera datilera*. Confederación Sindical Hidrográfica del Segura, Murcia.
- Orts, F. (2004): *Antología de palabras, dichos y refranes de la comarca de Elche*. Francisco Orts Serrano, Elche.
- Palmablanca. (2009): *Palma Blanca. La auténtica Palma de Elche*. <http://www.palmablanca.com> (último acceso 27/2/2009).
- Ramos, A. (1970): *Historia de Elche*. Ediciones Picher, Elche.
- Real Academia Española (2008): Dátiles en Corpus. <http://corpus.rae.es> (último acceso 1/10/2008).
- Ruiz, A. y Aranda, J. (1988): *El palmeral de Elche*. Universidad de Murcia, Murcia (trabajo inédito).

HOMENATGE A JOAN PELLICER

Emili Laguna Lumbreras

Centre per a la Investigació i Experimentació Forestal.
Conselleria de Medi Ambient, Aigua, Urbanisme i Habitatge.
Generalitat Valenciana

INTRODUCCIÓ: L'ETNOBOTÀNICA VALENCIANA I EL SEU ESTAT ACTUAL A LES
TERRES VALENCIANES

L'Etnobotànica és la disciplina científica que estudia la relació tradicional de l'ésser humà amb les plantes, traduïda en usos i aprofitaments populars mantinguts al llarg de la història. El coneixement etnobotànic més conegut és sense dubte el referit a l'ús medicinal de les plantes, tot i que aquesta ciència es dedica també a l'estudi d'altres relacions tradicionals amb el món vegetal com ara l'artesanania, els usos religiosos i cerimonials, etc. Els coneixements populars sobre les virtuts de les plantes silvestres i conreades ha estat la base del naixement de la ciència mèdica i farmacèutica arreu del món, i continuen mantenint una estreta relació amb aquelles ciències a les cultures i els països on la medicina 'oficial' –la que s'explica a les universitats i es practica als hospitals o centres de salut– para suficient atenció a l'anomenada 'medicina tradicional', com ara a la Xina, a Mèxic, etc. (WHO, 2002). La cultura occidental sembla haver-se allunyat cada vegada més d'aquells coneixements populars, tot adjudicant-los de vegades fins i tot un caire despectiu; però, no és menys cert que, a nivell popular –i no només a l'àmbit rural– hi ha un demanda creixent sobre aquest tipus de coneixement, al temps que sembla incrementar-se la necessitat que la població urbana mantinga un contacte cada vegada més estret i regular amb la natura i el medi rural.

Tot i que els antics tractats de medicina valenciana podien considerar-se sovint com excel·lents estudis etnobotànics, i que alguns naturalistes locals,

com ara Simón de Rojas Clemente y Rubio, van fer un ample recull de noms i usos populars de les plantes al seu voltant (Martín Polo & Tello, 2000: 17-445), el terme 'etnobotànica' comença a utilitzar-se cap a la fi del segle XIX, i es configura com a disciplina científica amb metodologies pròpies al llarg de la segona meitat del XX (Martin, 1994). A terres valencianes, la ciència etnobotànica reuneix un conjunt de coneixements pluridisciplinars, on els principals experts s'han aproximat a l'estudi de l'ús popular de les plantes des de diferents perspectives, tot i que amb sòlides bases científiques, de vegades integrades en un marc conceptual més ample com el de l'Etnobiologia (p. ex. Barber & Redero, 2005). Els coneixements etnobotànics valencians, tot seguint una minuciosa metodologia de presa de dades mitjançant entrevistes amb informadors locals, reomplint fitxes d'usos de cada espècie i identificant-les correctament des del punt de vista botànic (Martin, 1994), s'han desenvolupat sobretot als darrers 30 anys, i han atés una forta popularitat arran de diferents publicacions tècniques i divulgatives. Al llarg d'aquestes tres dècades, podem parlar d'un ample grup d'especialistes i treballs d'etnobotànica valenciana, amb un ample ventall d'autors locals sovint provinents del món de l'excursionisme, l'afició naturalística, l'herboristeria o la pràctica farmacèutica a nivell local; però, sense dubte cal destacar cinc grans noms propis d'experts i equips de recerca, caracteritzats pel seu rigor científic en la recollida i l'anàlisi de dades:

- L'escola creada pel Dr. Juan Bautista Peris Gisbert des del Departament de Botànica de la Facultat de Farmàcia de la Universitat de València, on, a banda dels treballs propis (Peris *et al.*, 1991; Stübing i Peris, 1998), destaca el bon quefer del seus deixebles com ara el Dr. Luis Mulet Pascual, amb obres referides a la província de Castelló (Mulet, 1987 i 1991). Més recentment, de la mateixa escola podem destacar els treballs de nous deixebles com Eduard Segarra i Durà (v. Segarra, 2008).
- L'escola del Dr. Josep Lluís Fresquet com a professor d'Història de la Ciència de la Universitat de València, amb nombroses obres pròpies (p. ex., Fresquet, 1995) o editades amb els seus deixebles.
- Els equips formats des del Departament de Ciències Ambientals i Recursos Naturals de la Universitat d'Alacant sota la direcció del

Dr. Segundo Ríos, estretament lligat als dels Drs. Diego Rivera (Universidad de Murcia) i Concepción Obón de Castro (Universidad Miguel Hernández). Entre els deixebles i els especialistes formats dintre d'aquest grup de treball cal destacar-ne alguns amb renom propi com ara el Dr. Antoni Barber (p. ex. Barber i Redero, 2005). En aquest cas, els treballs dels grups s'han adreçat a estudis concrets d'usos de poques espècies (espart, margalló, etc.), de territoris molt concrets (p. ex. el terme d'Ibi) o de productes molt específics (p. ex. el 'minxos' o pastissos d'herbes, els 'herberos' o licors tradicionals amb plantes, etc.).

- L'encomiable treball del químic i professor Daniel Climent i Giner, qui s'ha encarregat de l'estudi dels usos de tota la flora alacantina, i ha abastat a més una forta popularitat mitjançant les seues publicacions com ara *Les nostres plantes* (Climent, 1985), que durant molts anys va ser utilitzada per molts naturalistes com a l'única guia il·lustrada de flora valenciana. Daniel Climent va donar especial importància no només als usos o les virtuts de les plantes, sinó també al seu lligam cultural mitjançant la diversitat de noms populars, la seua relació amb la literatura, etc.
- El metge Dr. Joan Pellicer i Bataller (1947-2007), que va dedicar-se més a fons a l'estudi etnobotànic del sud de València i nord d'Alacant –allò que ell anomenava Terres de Diània–, i va fer una rica aproximació múltiple, que reunia en bona part molts dels matissos ja indicats pels autors abans esmentats.

Dels anteriors equips, és sense dubte Pellicer qui va atènyer més popularitat, fins al punt que el seu treball, mitjançant una dotzena de llibres i nombroses aparicions regulars en mitjans de comunicació –especialment al programa 'Medi Ambient' de la cadena Punt 2 de Radiotelevisió Valenciana– ha estat al capdavant de la divulgació sobre el coneixement de les plantes valencianes. Per a molta gent, Pellicer era 'l'home de les plantes', que aconseguia reunir i transmetre el coneixement del món vegetal que ens envolta, molt més enllà que qualsevol altre botànic professional a terra nostra. Podem trobar resultats del seu estudi etnobotànic a totes i cadascuna de les seues obres, tot i que bona part del seu llegat es concentra en

quatre obres amb títols ben il·lustratius: *Herbes medicinals del País Valencià* (1988), *Herbari breu de la Safor* (1991), *Flora pintoresca del País Valencià* (1999), i sobretot els tres volums del seu *Costumari botànic* (2000-2004). Moltes d'elles reflecteixen resultats del seu treball doctoral (Pellicer, 2004), resultat de vora 30 anys de treball de camp i gabinet.

ETNOBOTÀNICA, CONSERVACIÓ DE LA FLORA I CONTRIBUCIONS DE JOAN PELLICER I BATALLER

Tot i que la relació entre estudis etnobotànics i conservació de les plantes sembla ser evident des del punt de vista intuïtiu, particularment pel cas de les plantes medicinals (Cunningham, 2001), el fet que l'Etnobotànica siga una ciència multidisciplinària ha implicat que sovint siga infravalorada i no reba l'adient suport oficial com a eina conservacionista de primer ordre. Per tal de justificar l'esmentada relació, podem incloure fins a cinc raons, fàcils d'aplicar al cas valencià, que es detallen a continuació en sengles apartats.

La conservació popular de les plantes en funció de la seua utilitat

És ben conegut el fet de que algunes de les plantes més rares del planeta, i fins i tot d'extingides a la natura, s'han conservat *ex situ* —en cultiu agrari o en jardins— gràcies a l'apreciació de les seues qualitats, dels usos tradicionals o el respecte popular per atribucions de tipus religiós, cerimonial, etc. (Cunningham, 2001; Hamilton, 2008). Hi ha nombrosos exemples en l'àmbit internacional com ara el del ginkgo (*Ginkgo biloba*), o el de l'eucòmia (*Eucommia ulmoides*) al continent asiàtic. Tot i que en molts casos siga impossible distingir si les actuals poblacions naturals d'algunes espècies mediterrànies són relictos d'altres antigues majors, o bé podrien provindre d'introduccions fetes pels humans al llarg dels segles, sovint hom sospita que la seua conservació al territori valencià ha estat clarament afavorida per l'activitat humana, que les ha beneficiades per sobre la resta de plantes del seu entorn; un bon exemple en podria ser el cas del llozer mediterrani (*Laurus nobilis*), gairebé desaparegut a les serralades valencianes —encara conservat formant petites bosquines a la Murta (Alzira) i altres barrancs ombrius preitorals, indicats entre d'altres per Joan Pellicer

(2000-2004, t. 1: 124-128)–, i sovint considerat com a relict de la vegetació termòfila de les antigues laurisilves del terciari i el començament del quaternari. Un cas paral·lel ben sorprenent als darrers anys ha estat el descobriment de la palmera datilera ibèrica *Phoenix iberica* al si dels estudis etnobotànics de l'equip del Dr. Diego Rivera, que ha trobat que la planta, ja quasibé extingida a les badies litorals i rambles salines del sud-est ibèric, encara es conserva com a pol·linitzadora de les palmeres datileres nord-africanes –*Ph. dactylifera*– als palmerars del sud d'Alacant (v. Rivera *et al.*, 1997).

La preservació de les plantes singulars mitjançant la intervenció tradicional sobre l'estructura de la vegetació

L'aspecte i l'estructura d'algunes comunitats vegetals autòctones han estat històricament condicionats pels seus aprofitaments no industrialitzats, que ara per ara considerem d'interés etnobotànic i que són objecte de l'estudi dels especialistes en aquesta matèria. De fet la conservació de les mateixes espècies de plantes d'interés etnobotànic ha depés sovint de les pràctiques de gestió de la vegetació (Akerle *et al.*, 1991). Vora un terç dels endemismes valencians viuen en matollars i pastures obertes, mantinguts mitjançant l'ús ramader i l'extracció de combustibles vegetals al llarg dels segles (Laguna, 1998a); paral·lelament, l'existència de pràctiques tradicionals relacionades amb eixes espècies obrin la possibilitat de trobar-les quan es consideren rares o localment extingides, tot contactant amb informadors locals mitjançant el treball etnobotànic. Alhora alguns ecosistemes rars –els anomenats 'microhàbitats'– plens de plantes singulars, sovint mantenen una estreta relació amb els usos tradicionals, com ara descansadors i abeuadors del ramat, etc.; un bon exemple de la contribució etnobotànica a la descoberta d'aquests ambients és el capítol de *Meravelles de Diània* (Pellicer, 2002) sobre la Bassa de Benirrama, lloc representant del rar microhàbitat anomenat 'basses temporals mediterrànies', on Pellicer va trobar, entre d'altres, espècies rares com ara el poliol de riu (*Mentha pulegium*), pròpies de sòls descarbonatats. Al llarg del *Costumari* trobem igualment nombrosos exemples de plantes rares o amenaçades pròpies d'hàbitats mantinguts pel pastoreig, el foc o altres pràctiques originades o controlades per l'home, com ara el card

sant del Montgó (*Carduncellus dianius*) o moltes espècies d'orquídies. El mateix podem indicar d'altres obres com *Meravelles de Diània* (2002), on trobem referències d'espècies amenaçades clarament dependents de l'activitat de l'home i el ramat com *Silene diclinis*, *Geranium sanguineum* o *Adonis vernalis*.

El manteniment popular de la biodiversitat agrària

L'exemple més potent de lligam entre etnobotànica i conservació potser siga el referit al manteniment d'usos extensivament extingits al territori per a algunes espècies, tant autòctones com introduïdes d'antic, que es mantenen molt localment com a plantes conreades. És fàcil que els lectors compreguen aquest cas amb exemples com el de determinades verdures dels horts valencians gairebé desaparegudes a la resta de la península Ibèrica com ara el cacauet (*Arachis hipogea*), el moniato (*Ipomoea batatas*) o sobretot el garrofó (*Phaseolus lunatus*), component bàsic de la paella tradicional. En sentit invers, moltes espècies ací ja quasi perdudes, com el fesol de careta (*Vigna unguiculata*), són encara bastant apreciades en altres regions. La llista d'espècies vegetals conreades en abandonament es fa força ampla (Laguna, 1998*b*), i molt més llarga encara la de varietats locals, anomenades 'autòctones' tot i que no tinguen el tradicional sentit biològic que es dóna a la mateixa paraula. Cal ressenyar ací les nombroses referències de Joan Pellicer a les esmentades varietats locals i als antics cultius per tot el sud de València i nord d'Alacant, particularment al tractar les virtuts de fruiters i verdures al *Costumari botànic*; algunes de les espècies que hi tracta, com ara l'alficòs (*Cucumis flexuosus*), es troben quasibé extintes a les nostres comarques. A nivell monogràfic, també va tractar nombrosos exemples a la seua secció 'Botànica estimada' de la revista *Mètode*, com ara el dedicat a l'alfàbega (Pellicer, 2001) o a les verdures silvestres valencianes (Pellicer, 2003).

Els noms populars de les plantes i el seu reflex a la toponímia

La recerca de noms populars de les plantes –potser de fet l'aportació més popular i coneguda de l'ample treball de Joan Pellicer–, que sovint constitueix una eina insubstituïble a l'hora de cercar plantes rares o amenaçades. L'exemple recent més lluïdor és sense dubte el de la tramussera valenciana

(*Lupinus maria-josephi*), trobada arran de les llavors recollides a la serra del Besori per un caçador en veure l'atracció que produïen sobre les perdius de la zona, descrita vora un quart de segle després sobre el material conreat a partir d'eixes llavors quan es pensava extingida l'espècie a la natura, i en acabant trobada en estat salvatge cercant llocs amb el topònim 'tramús', 'tramussar' o 'tramussos' (Navarro *et al.*, 2006; Fos *et al.*, 2007). En el cas dels treballs de Pellicer, el mateix autor va trobar nombroses noves localitats de plantes singulars com ara el teix (*Taxus baccata*), cercant-les arran de la toponímia local; en sentit invers, la seua obra, i particularment el *Costumari*, fa un completíssim recull de topònims estretament relacionats amb la fitonímia popular, reflectit a la majoria de les seues fitxes d'informació botànica.

El treball dels etnobotànics a la recerca d'espècies singulars

A banda de tot allò dit als paràgrafs anteriors, és important tindre en compte el paper dels mateixos etnobotànics com a descobridors de noves poblacions d'espècies rares o amenaçades. Tot i que la majoria de plantes d'interés popular coincideixen amb vegetals d'ampla distribució local –ja que rarament són amenaçats–, de vegades el saber popular ha conservat dades de la ubicació d'espècies molt rares que tenen utilitats concretes, o simplement que, per ser més comunes en altres territoris, gaudeixen de certa fama tot i ser ací espècies més amenaçades. Al *Costumari* de Joan Pellicer trobem així cites botàniques noves de relleu per a espècies com l'aloc (*Vitex agnus-castus*) o la llengua de cèrvol (*Phyllitis sagittata*), extremadament rares i en extinció al territori valencià; aquestes poblacions vegetals, pel fet de tractar-se de localitats aïllades, contenen material crític per a la recuperació de les espècies en cas de plantejar-se possibles plans futurs de recuperació o de reintroducció. Si eixemplem el concepte de conservació no només cap a les plantes en extinció, sinó per extensió a totes les endèmiques –que tot i poder ser localment abundants en alguns casos tenen una distribució mundial clarament restringida–, el treball de Pellicer rendeix centenars de referències per a nombrosos gèneres de plantes exclusives de les terres iberollevantines, ben conegudes pels seus usos medicinals, p. ex., *Thymus*, *Helianthemum*, *Sideritis*, *Salvia*, etc.

LA CONTRIBUCIÓ A LA CONSERVACIÓ DE LA FLORA MITJANÇANT
L'INCREMENT DEL CONEIXEMENT POPULAR

A banda de les cinc raons abans indicades, estretament relacionades amb l'activitat de recerca científica practicada pels etnobotànics, no podem obviar el fort lligam entre aquesta disciplina i la comunicació social. L'etnobotànica és el recer d'un coneixement en extinció constant, sovint emmagatzemat a la memòria de persones majors que no poden transmetre a les següents generacions, fugides del camp a la ciutat; a la vegada és una expressió del coneixement popular transmés generació a generació –per tant mantenint un caire de senya d'identitat del poble–, la qual cosa fa augmentar l'interés pel seu coneixement. Tampoc s'ha d'obviar que l'apreciació de la població per qualsevol espècie vegetal s'incrementa en funció de la seua utilitat, sobretot si tenim en compte que provenim d'una societat que fins fa poques dècades es dedicava majoritàriament al sector primari de la producció, on sovint tota espècie vegetal 'inútil' era considerada 'mala herba' i no mereixia cap atenció ni respecte. És ben coneguda la frase conservacionista 'No es pot conservar allò que no es coneix', i és ben clar que els experts en la taxonomia vegetal, utilitzant un llenguatge excessivament científic, sovint no són bons transmissors d'eixe coneixement. La fórmula 'planta + utilitat' o 'planta + ús popular' és, sense cap dubte, l'eina més eficaç per a incrementar el coneixement botànic de tota la població i per augmentar paral·lelament l'interés per la seua conservació.

Al si d'aquestes raons, Joan Pellicer ha estat el més eficaç transmissor del coneixement sobre les plantes valencianes, i els seus llibres s'han convertit en els principals *best-sellers* botànics locals, tot requerint en alguns casos diverses reedicions. Atés que les plantes abundants són sovint les que gaudeixen de més utilitats, i són a la vegada més fàcils de trobar al camp, els llibres de Pellicer han substituït la mancança de guies de camp de la flora valenciana, tan demandades pels excursionistes, naturalistes o afeccionats al coneixement del medi que ens envolta; a la vegada, han servit per a dignificar la imatge social de moltes espècies vegetals fins ara considerades 'males herbes' per la població rural valenciana, que sovint desconeixia que en zones o pobles propers servien per a curar malalties o consumir-se com a verdures salvatges. En el cas de l'obra escrita, Pellicer va utilitzar un acurat llenguatge on la recuperació constant de fitònims, mots i expressions rurals

quasibé perduts a la nostra llengua, es barreja amb una profunda cultura literària –amb abundants referències tant a la literatura clàssica com a la de llengua catalana– i donaren com a resultat una prosa especialment captivadora, alhora que fàcil de llegir. Però sobretot l'aparició regular de Joan Pellicer al programa televisiu *Medi ambient*, protagonitzant la secció 'Les nostres plantes' –nom que el mateix Pellicer va proposar per a rendir homenatge al llibre homònim editat per Daniel Climent (1985)–, va mantindre al llarg dels anys un públic fidel i en continu creixement, interessat pel coneixement de la flora, i no podrà esborrar-se fàcilment de la memòria col·lectiva de les actuals generacions valencianes.

BIBLIOGRAFIA

- Akerele, O.; Heywood, V. H. i Synge, H. (eds.) (1991): *Conservation of medicinal plants*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Barber, A. & Redero, S. (coords.) (2005): *Aproximació al coneixement etnobiològic i etnoecològic d'Ibi (Foia de Castalla, Alacant)*, Barcelona, Identia Institute.
- Climent, D. (1985): *Les nostres plantes*, Alacant, Instituto Juan Gil Albert / Diputación Provincial de Alicante, Colección Divulgación, n. 4.
- Cunningham, A. B. (2001): *Applied Ethnobotany: People, wild plant use and conservation*, Londres, Earthscan.
- Fos, S.; Navarro, A. J.; Ferrando, I.; Alba, S. i Laguna, E. (2007): "El descobriment de l'últim endemisme: la tramussera valenciana", *Mètode*, 52, pp. 106-113.
- Fresquet, J. L. (ed.) (1995): *Salud, enfermedad i terapèutica popular en La Ribera Alta*, València, Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia.
- Hamilton, A. (ed.) (2008): *Medicinal plants in conservation and development. Case studies and lessons learnt*, Salisbury, Plantlife.
- Laguna, E. (ed.) (1998a): *Flora endémica, rara o amenazada de la Comunidad Valenciana*, València, Conselleria de Medi Ambient, Colección Biodiversidad, 1.
- Laguna, E. (1998b): *Catálogo de recursos fitogenéticos agrarios olvidados o en abandono en la Comunidad Valenciana*, València, Fundació Bancaixa.

- Martin, G. J. (1994): *Ethnobotany: a Methods Manual*, Londres, Earthscan.
- Martín Polo, F. & Tello, E. (2000): *Historia civil, natural y eclesiástica de Titaguas de D. Simón de Rojas Clemente y Rubio*, València, Facultat de Filologia de la Universitat de València, Anejo 38 de *Cuadernos de Filología*.
- Mulet, L. (1987): *Etnobotánica farmacéutica de l'Alt Maestrat*, Castelló, Diputació de Castelló, Col·lecció Universitària, sec. Ciències, n. 2.
- Mulet, L. (1991): *Estudio etnobotánico de la provincia de Castellón*, Castelló, Diputació de Castelló.
- Navarro, A. J.; Fos, S.; Ferrando, I. i Laguna, E. (2006): "Localización del endemismo aparentemente extinto *Lupinus mariae-josephi*", *Flora Montiberica*, 33, pp. 59-63.
- Pellicer, J. (1988): "Herbes medicinals al País Valencià", *Canelobre*, 11, pp. 67-80.
- Pellicer, J. (1991): *Herbari breu de la Safor*, Gandia, Universitat Popular de Gandia.
- Pellicer, J. (1999): *Flora pintoresca del País Valencià*, València, Tàndem Edicions.
- Pellicer, J. (2000-2004): *Costumari botànic*, 3 vols., Picanya, Edicions del Bullent.
- Pellicer, J. (2001): "Alfàbega (*Ocimum basilicum*)", *Mètode*, 30, p. 84.
- Pellicer, J. (2002): *Meravelles de Diània. Camins, paratges i paisatges de les comarques centrals valencianes*, Picanya, Edicions del Bullent.
- Pellicer, J. (2003): "Verdura salvatge valenciana", *Mètode*, 40, p. 109.
- Pellicer, J. (2004): *Recerques etnobotàniques al territori diànic o Comarques Centrals Valencianes*, Tesi Doctoral, València, Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València.
- Peris, J. B.; Stübing, G.; i Figuerola, R. (1991): *Guía de las plantas medicinales de la Comunidad Valenciana*, València, Las Provincias.
- Rivera, D.; Obón, C.; Ríos, S.; Selma, C.; Méndez, F.; Verde, A. i Cano, F. (1997): *Las variedades tradicionales de frutales de la Cuenca del Río Segura. Estudio Etnobotánico*, 2 vols., Murcia, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

- Segarra, E. (2008): *Etnobotànica farmacèutica de Gàtova*, València, Publicacions de la Universitat de València.
- Stübing, G. i Peris, J. B. (1998): *Plantas medicinales de la Comunidad Valenciana*, València, Conselleria de Medi Ambient, Colección Biodiversidad, n. 2.
- WHO (2002): *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Ginebra, WHO (World Health Organisation, Organització Mundial de la Salut).

Francesc Devesa i Jordà

Hospital Francesc de Borja. Gandia

Joan Pellicer era metge. Cal insistir-hi, encara que siga una obvietat. De fet gran part del seu públic addicte se sorprenia quan algú aclaria aquest fet. Potser perquè la figura del “metge” tradicional no casava gens ni mica amb el tarannà del nostre etnobotànic. Tanmateix, no es pot entendre la seua forma de ser i la seua tasca sense tindre en compte els seus estudis a la Facultat de Medicina de València a les “inquietes aules dels anys 60”,¹ on la influència de José María López Piñero² va ser probablement determinant, com reconeix el mateix Pellicer. Més encara, Joan Pellicer fou membre del col·legi de metges de València des de la seua llicenciatura amb el número 13.350.

Per què Joan Pellicer s'allunyà de la medicina oficial i començà a endinsar-se en el món de la ruralia, a la recerca dels últims indígenes? Caldria probablement un estudi minuciós dels anys de carrera i postgrau per poder trobar les claus d'esta decisió. Hi ha però algunes pistes que ens ajuden a seguir la dreuera del seu pensament. “És que hi ha més gran aventura que la d'arriscar-se a ser qui ets?”, deia el 1987 a les pàgines d'una cartellera cultural de la Safor.³ Una cosa és certa, Joan Pellicer era perfectament conscient d'on anava i què volia. També d'allò que havia de deixar. Coneixia perfectament el paradigma de la medicina oficial amb els seus triomfs espectaculars i les seues misèries. Sabia de les exigències rigoroses del mètode que havia donat èxits enlluernadors a la medicina científica. Temia, potser, els peus de fang del gegant: la deshumanització creixent,

1. Pellicer, J. (2004). Tesi doctoral. Agraïments, p. 7.

2. Catedràtic d'Història de la Medicina en la Universitat de València en el període 1969-1998, amb gran influència en diverses generacions de metges i d'historiadors de la Medicina.

3. Es tracta de *Bagalina*, una cartellera de la Safor amb marcat contingut cultural que circulà a les darreries dels anys huitanta.

la iatrogènia, fruit de tractaments i tècniques cada volta més agressius, la medicalització excessiva d'un sistema on cada vegada hi havia menys espai per a la compassió i l'afectivitat, la prepotència que no tolerava altres formes de curar o de promoure la salut. ¿Va ser esta consciència crítica de la biomedicina una de les claus de la seua "deserció"? Potser. En tot cas, és evident que el món de l'altra medicina, la del saber antic guardat per la tradició oral del "poble mèdic", el va fascinar. Li cremava "la progressiva desvinculació entre la cultura popular i l'acadèmica, entre el camp i la ciutat, entre el bosc i l'home".⁴ S'inclinà per la part més feble. Trià la cultura popular, el camp i el bosc, sense abandonar mai el punt de mira acadèmic, en un intent de posar remei a la sagnant confrontació. Joan Pellicer sabia també on s'endinsava. "La cosmovisió del món rural relativa a la salut, la malaltia, el dolor i la mort de l'organisme humà"⁵ era una concepció més holística que la de la medicina oficial; les relacions, més humanes. Però ni les plantes eren totes "bones", com creuen alguns insensats, ni el món dels herbolaris i curanderos (igual que el dels metges i els sanitaris) està exempt d'engalipadors i farsants. Pagava la pena, però, dedicar els millors anys de la seua vida a recollir el saber de l'home antic. Una colla de pastors, herbolaris, llauradors i dones de la ruralia constituïren la base dels informants de Joan Pellicer. El darrer vestigi d'un món que s'extingia ràpidament. Els seus instruments eren paper i llapis, càmera fotogràfica i cinta magnètica. Material suficient per a preservar-nos una forma de curar, un coneixement de la medicina transmés de pares a fills, les arrels del qual arribaven a la prehistòria. Era conscient de la importància de la tasca, sabia que els hòmens i les dones que entrevistava eren les darreres baules d'una cadena a punt de trencar-se.

Quan comença Pellicer l'aventura apassionant de la recerca etnogràfica? Ell mateix ens ho diu el 1988 a *Canelobre*.⁶ "Ara fa deu anys llargs que encetàrem de bon grat el rude i atractiu periple devers els rastres del que podia quedar de la saviesa del món popular i tradicional arreu de les nostres terres, tenint especial mira en l'ús de les herbes remeieres". Podríem,

4. Pellicer J. (2004). Tesi doctoral. Pròleg, p. 12.

5. *Ibid.* p. 13.

6. Revista de l'Institut d'Estudis Juan Gil Albert que el 1988 edità un monogràfic sobre "La medicina profana".

per tant, fixar una data d'inici al voltant de 1977. Molt més tard, a la seua tesi doctoral, reconeix més de 20 anys dedicats a la recollida de dades. Enmig, el llarg i feixuc treball de camp. Després, la transmissió dels coneixements apresos: cursets, excursions, programes de TV eren instruments per a contagiar l'entusiasme per les plantes i el gaudi dels paisatges a través d'un discurs apassionat i lúdic, pletòric de digressions cultes i referències mitològiques amb el salpebre d'alguns comentaris àcids de les misèries humanes. Vingueren els llibres: *Lluors de Gaia*, *Herbari breu de la Safor*, *Bellreguard, verd esguard*, *Meravelles de Diània*, *De la Mariola a la mar*, *Flora pintoresca del País Valencià*, *Costumari botànic*;⁷ lliuraments preliminars d'allò que esdevindria probablement el seu testament científic, la tesi doctoral, *Recerques etnobotàniques al territori diànic o Comarques Centrals Valencianes*, on diposità gran part de les seues investigacions provinents dels més de 500 informants que anomena un per un, en un homenatge merescut. Eren, al capdavant, els seus (i nostres) "indígenes" o "catedràtics" de les herbes, com li agradava qualificar-los. Tot això ho fa Joan Pellicer des de la modèstia i el trellat de conèixer els propis límits. Primer sols pretenia, "amb incert encert", fer "el mateix que Josep Mascarell i Gosp";⁸ després deia que el seu treball era el mateix que feia Luis Mulet Pascual⁹ a les comarques de Castelló, o que la seua obra no suposava més que "aportacions al Font Quer",¹⁰ com li sentírem comentar. Finalment, sabia que la mampra tenia moltes vessants que requerien el treball multidisciplinar d'experts en farmacologia, història, etnologia i filologia. De fet, ens adverteix, a la introducció de la seua tesi, que "Aquestes recerques no poden aspirar a ser més que una mera aproximació. Som lamentablement profans en cada una de les disciplines o ciències esmentades,...". És la lucidesa del savi que valora el seu treball, per important que siga (com és el cas), com a menudes pedretes que contribueixen a bastir el gran mur del saber.

Hi ha, però, uns aspectes menys coneguts de la seua petjada científica. Aquells que van relacionar Joan Pellicer amb la medicina oficial a l'àmbit

7. Pellicer (1989), Pellicer (1991), Pellicer (1994), Pellicer (1995), Pellicer (1997), Pellicer (1999), Pellicer (2000), Pellicer (2004).

8. Autor del llibre *Amics de muntanya*, al qual Pellicer fa referència en el pròleg de l'*Herbari breu de la Safor*.

9. Mulet (1987), Mulet (1991), Mulet (1997).

10. Autor del llibre *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado*.

de la Safor. El 1999 li vàrem proposar, des de la direcció d'AISSA,¹¹ la realització d'un curs, dirigit al personal sanitari de la comarca, sobre l'ús medicinal i culinari de les plantes autòctones. El curs va durar d'abril a juny amb classes impartides a l'hospital i excursions a la font de Lloret (Gandia), el coll de Peapa (Villalonga), la Font Roja (Alcoi) i el parc de Sant Pere (Gandia). A partir d'aleshores es va encetar una col·laboració fructífera entre Joan Pellicer i AISSA. Al voltant del 2000 es dissenya un projecte d'investigació sobre medicina popular, amb el propòsit d'estudiar les herbes medicinals i la pràctica de "trençar l'enfit" entre els pacients de consulta externa de digestiu de l'Hospital de Gandia. Joan Pellicer va formar part de l'equip investigador. El 2002 es presenten les primeres comunicacions del treball al XVI Congrés de la Societat Valenciana de Patologia Digestiva.¹² Al mateix congrés (figura 1), Pellicer va participar amb una ponència sobre "Utilització popular de les herbes medicinals en patologia digestiva". El 2004 i 2005 es van publicar, a la revista *Gastroenterogía y Hepatología*, els articles principals de l'estudi, dels quals Joan Pellicer és coautor.¹³ El dia 11 de maig de 2005 Joan Pellicer realitzà una conferència, al saló d'actes de l'hospital de Gandia, sobre "Les deu plantes medicinals de més renom al territori diànic". La xarrada, amb motiu de la seua tesi doctoral, va ser organitzada també per AISSA. Més endavant, el 9 de juny de 2006, es realitza una jornada d'antropologia mèdica, organitzada per AISSA i el CEIC Alfons el Vell, sobre el tema: *L'enfit: una malaltia de la medicina popular*. La jornada comptà amb la participació de Pellicer amb una ponència que portava per títol "Plantes digestives indicades en les indigestions, enfits o empaxaments", una de les darreres activitats del nostre etnobotànic.¹⁴ Durant la jornada Joan Pellicer va conèixer un dels participants, Roberto Campos Navarro, metge i antropòleg de la Universitat de Mèxic, país en què Pellicer estava molt interessat per la seua riquesa etnobotànica.

11. Associació per a la Investigació Sanitària a la Safor, formada per personal sanitari de la comarca amb seu a l'hospital Francesc de Borja.

12. Celebrat a la platja de Gandia el 22 i 23 de novembre.

13. Borghol (2004), Devesa (2004), Devesa (2005).

14. La Jornada es realitzà a Gandia (Casa de Cultura) en forma de taula redona moderada per el Dr. Pasqual Molina i amb la participació de Josep Lluís Fresquet, Francesc Devesa, Joan Pellicer i Roberto Campos. Veure els textos en "Quaderns Comarcals", núm. 16, CEIC Alfons el Vell.

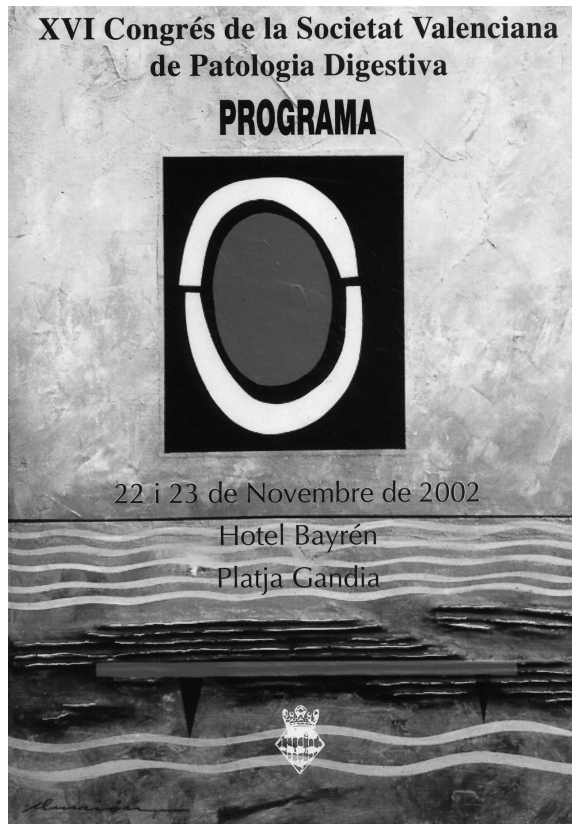


Figura 1. Portada del programa del XVI Congrés de la Societat Valenciana de Patologia Digestiva, on Joan Pellicer participà amb una ponència sobre *Utilització popular de les herbes medicinals en patologia digestiva*.

Cal remarcar, com un nou retrobament amb la medicina oficial, el fet que Joan Pellicer retornà a la Facultat de Medicina de València els darrers anys de la seua vida. Allí va ser acollit amb la calidesa necessària per portar a terme la tesi doctoral, des del Departament d'Història de la Ciència i Documentació, on va fer públic els resultats de les recerques a principis de 2005. De fet, la tesi de Pellicer, *Recerques etnobotàniques al Territori Diànic o Comarques Centrals Valencianes* (figura 2), pot ser considerada el seu veritable testament científic. Es tracta d'una obra monumental, que espera el treball de nous investigadors per poder traure-li tot el suc al gran inventari etnobotànic, lexicogràfic i, fins i tot, literari dipositat per l'autor.

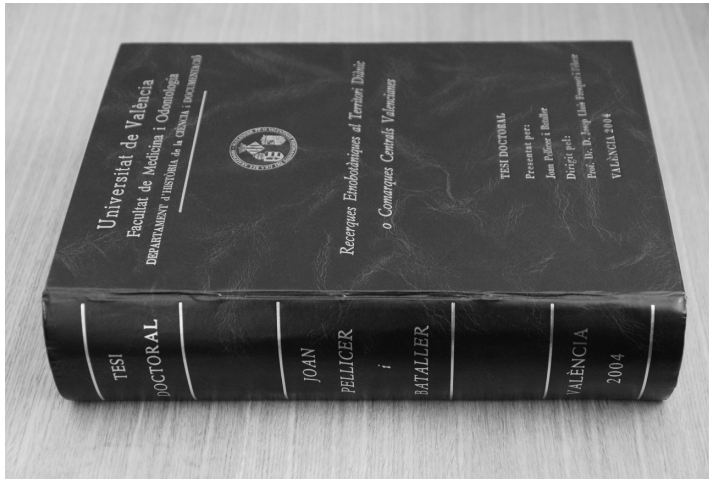


Figura 2. Exempler de la tesi doctoral de Joan Pellicer.

Pellicer fou també col·laborador honorífic del Departament d'Infermeria Comunitària, Medicina Preventiva i Salut Pública i Història de la Ciència de la Universitat d'Alacant, tot col·laborant als cursos d'estiu de la seu universitària de Cocentaina. La fatalitat del destí va impedir els projectes en què es trobava immers, com la preparació d'un expert universitari en fitoteràpia o la realització d'una classe als alumnes del diplomatarí de nutrició humana i dietètica.

Quin era el model ideal de medicina de Joan Pellicer? Evidentment no un retorn impossible al passat, al món antic. Ell mateix ens ho adverteix. "Ocupar-se ara de les herbes salvatges no és un simple exercici nostàlgic, un esplaiar-se en sentiments ancorats en un passat més o menys idealitzat".¹⁵ Tampoc es tracta d'aportacions servils per augmentar la farmacopea de la medicina oficial. Ni de confrontar les dues formes d'entendre la salut i la malaltia. Va més enllà.

Més que l'antagonisme, hem buscat la confluència. Ens hem deixat guiar per l'esperit d'integració, de concordança: la complementarietat dels sabers. Un estés i nefast malentès ha volgut fer rivals la ciència de la poesia, la mística, la màgia i el saber tradicional, la tecnologia de la naturalesa, la ciutat

15. *Canelobre*, 11.

del camp, la medicina acadèmica de totes les altres maneres d'assistir i de guarir.¹⁶

En aquest ambiciós programa Joan Pellicer deixava les coses clares, fa 20 anys, avançant la idea d'un concepte de medicina que intenta unir totes les formes de curar i de promoure la salut. És allò que actualment anomenem medicina integrada o integradora,¹⁷ on cabria la medicina oficial i qualsevol forma de MAC amb els nivells de seguretat i eficàcia adequats. En realitat, tota la seua tasca estava, en part, destinada a desfer el “nefast malentés” i buscar la “necessària reconciliació i la feliç simbiosi entre l'home i la terra, entre la cultura i la natura, entre el progrés i les tradicions”.¹⁸ És factible la medicina integradora que, potser, somniava Joan Pellicer? Pot haver-hi el necessari diàleg entre medicina i antropologia?¹⁹ Eixa seria una altra qüestió. Com a mínim podem parlar de corrents i formes de pensar favorables. Revistes, congressos i escoles semblen caminar en aquesta direcció. Es promou l'ensenyament de la medicina integradora (figura 3) i es proposa l'acreditació dels professionals de MAC.²⁰ L'ambient va *in crescendo*, però les dificultats i les malfiances són encara importants. La controvèrsia hi és present encara.²¹ El temps dirà si finalment s'esdevé la desitjada reconciliació entre les distintes formes de guarir o previndre la malaltia. En tot cas la tasca realitzada per Joan Pellicer ha estat impagable i la seua continuïtat és imprescindible per preservar els coneixements rurals i la natura del País Valencià, sense els quals és impossible una veritable salut física i mental, que al cap i a la fi és la mateixa:

Evidentment l'eina més eficaç o, si es vol, l'arma més potent contra totes les formes de barbàrie és la cultura. Mai no seran prou, en una societat que es vol solidària i ecològica, l'energia invertida en l'educació i la investigació en qualsevol dels seus aspectes i nivells.²²

16. *Ibid.*

17 Dalen (1998), Rees (2001).

18 *Canelobre*, 11.

19 Veure Comelles (1993).

20 Owen (2001), Bell (2002), Eisenberg (2002), Maizes (2002), Maizes (2006).

21 Dalen (1999), Caspi (2000), Snyderman (2002), Lyles (2005), Ernst (2007).

22 Pròleg a *Plantas medicinales de la sierra de Mariola* d'A. Belda i F. J. Bellod, 2006.

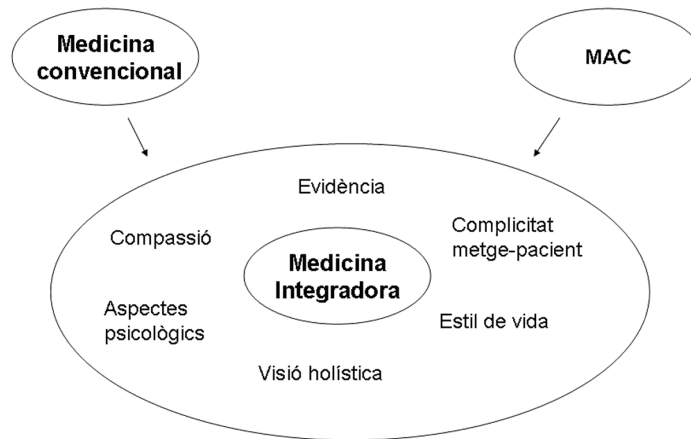


Figura 3.- La confluència de la medicina convencional i la MAC podria donar lloc a la medicina integradora, que recolliria allò millor de les dues anteriors unint la visió holística al rigor científic, recuperant els aspectes compassius i la complicitat metge-pacient, fent èmfasi en l'estil de vida i els aspectes psicològics fonamentals per a una visió global de la salut.

BIBLIOGRAFIA

- Bell, I. R.; Caspi, O.; Schwartz, G. E.; Grant, K. L.; Rychener, D.; Maizes, V.; Weil, A. (2002): «Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care», *Arch Intern Med*, 162, 1781-1782.
- Borghol, A.; Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando Marrades, I.; Garrido, J. R.; Ferrando Ginestar, J.; Bustamante, M.; Rull, S. (2004): «Recolección o compra de hierbas medicinales en los pacientes que acuden a consultas externas de digestivo. ¿Dos perfiles distintos de consumo?», *Rev Esp Enferm Dig*, 96 (supl. I), 176-177.
- Caspi, O.; Bell, I. R.; Rychener, D.; Gaudet, T. W.; Weil, A. T. (2000): «The Tower of Babel: communication and medicine: An essay on medical education and complementary-alternative medicine», *Arch Intern Med*, 160, 3193-3195.
- Comelles, J. M.; Martínez Hernández, A. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, Eudema.

- Dalen, J. E. (1998): «“Conventional” and “unconventional” medicine. Can they be integrated?», *Arch Intern Med*, 158, 2179-2181.
- Dalen, J. E. (1999): “Is Integrative Medicine the Medicine of the future? A debate between Arnold S. Relman, M. D., and Andrew Weil, M. D.”, *Arch Intern Med*, 159, 2122-2126.
- Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando, J.; Borghol, A.; Bustamante, M.; Ortuño, J.; Ferrando, I.; Llobera, C.; Sala, A.; Miñana, M.; Nolasco, A.; Fresquet, J. L. (2004): «Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo», *Gastroenterol Hepatol*, 27 (4), 244-249.
- Devesa, F.; Pellicer, J.; Ferrando, J.; Borghol, A.; Bustamante, M.; Ortuño J.; Ferrando, I.; Lull, J. A.; Sintes, M. A.; Nolasco, A.; Fresquet, J. L. (2005): «Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo», *Gastroenterol Hepatol*, 28, 267-274.
- Eisenberg, D. M.; Cohen M. H.; Hrbek, A.; Grayzel, J.; Van Rompay, M. I.; Cooper, R. A. (2002): «Credentialling Complementary and Alternative Medical Providers», *Ann Intern Med*, 137, 965-973.
- Ernst, E. (2007): «The Fascination of Complementary and Alternative Medicine (CAM)», *J Health Psychol*, 12, 868-870.
- Font Quer, P. (1985): *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado*, Barcelona, Labor.
- Lyles, A. (2005): «Evidence Gaps in Complementary and Alternative Medicine Use», *Clin Ther*, 27, 1832-1833.
- Maizes, V.; Schneider, C.; Bell, I.; Weil, A. (2002): «Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the university of Arizona», *Acad Med* 77, 861-863.
- Maizes, V.; Silverman, H.; Lebenshon, P.; Koithan, M.; Kligler, B.; Rakel, D.; Schneider, C.; Kohatsu, W.; Hayes, M.; Weil, A. (2006): «The integrative family medicine program: an innovation in residency education», *Acad Med*, 81, 583-609.
- Mascarell, J. (1961): *Amics de Muntanya. Excursionisme i plantes medicinals*. València, Sicània.
- Mulet, L. (1987): *Etnobotánica farmacéutica de l'Alt Maestrat (Castellón)*, Castelló, Servei de Publicacions, Diputació.

- Mulet, L. (1997): *Flora tóxica de la Comunidad Valenciana*, Castelló, Servei de Publicacions, Diputació.
- Mulet, L. (1991): *Estudio etnobotánico de la provincia de Castellón*, Castelló, Servei de Publicacions, Diputació.
- Owen D. K.; Lewith G.; Stephens C. R. (2001): «Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine?», *Br Med J*, 322, 154-157.
- Pellicer, J. (1987): «L'espai de l'aventura», *Bagalina*, 2, 15.
- Pellicer, J. (1988): «Herbes medicinals al País Valencià», dins *La medicina profana*, Alacant, *Canelobre*, 11, 68-80.
- Pellicer, J. (1989): *Lluors de Gaia*, Departament de Cultura de l'Ajuntament de Gandia.
- Pellicer, J. (1991): *Herbari breu de la Safor*, Oliva (la Safor), Universitat Popular de Gandia. Departament de Cultura de l'Ajuntament de Gandia.
- Pellicer, J. (1994): *Bellreguard, verd esguard*, Gandia, Ajuntament de Bellreguard.
- Pellicer, J. (1995): *Meravelles de Diània*, Oliva, CEIC Alfons el Vell.
- Pellicer, J. (1997): *De la Mariola a la Mar*, Bellreguard, Col·lectiu de Mestres de la Safor.
- Pellicer, J. (1999): *Flora pintoresca del País Valencià (I)*, València, Tàndem.
- Pellicer, J. (2000): *Costumari botànic (1 i 2)*, Picanya, Edicions del Bullent.
- Pellicer, J. (2004): *Costumari botànic (3)*, Picanya, Edicions del Bullent.
- Pellicer i Bataller, J. (2004): *Recerques etnobotàniques al Territori Diànic o Comarques Centrals Valencianes*, tesi doctoral dirigida pel Dr. Josep Lluís Fresquet i Febrer. Universitat de València, Biblioteca de la Facultat de Medicina i Odontologia.
- Pellicer, J. (2006): «Prólogo», dins Belda, A.; Bellod, F. J.: *Plantas medicinales de la sierra de Mariola*, San Vicent del Raspeig. Publicaciones de la Universidad de Alicante, 11.
- Pellicer, J. (2006): «Plantes digestives indicades en les indigestions, enfits o empaxaments», dins *L'enfit: una malaltia de la medicina popular*, Gandia, CEIC Alfons El Vell / AISSA, 43-63.

- Rees, L.; Weil, A. (2001): «Integrated medicine. Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine», *BMJ*, 322, 119-120.
- Snyderman, R.; Weil, A. T. (2002): «Integrative medicine: bringing medicine back to its roots», *Arch Intern Med*, 162, 2381-2383.

Daniel Climent i Giner

IES Badia del Baver. Alacant

La primitiva Roma es va formar a la vora de l'únic gual que permetia el trànsit entre el nord i el sud d'Itàlia, entre la rica i pròspera Etrúria i la igualment civilitzada Magna Grècia, contacte sovint impedit pel turbulent i imprevisible Tíber. Roma va descobrir els avantatges de tendir ponts que salvaren el gual i que, en afavorir la comunicació entre les ribes, li permetien obtindre el millor de cadascuna.

Eixos ponts es van bastir gràcies a uns hòmens que van posar el seu saber i voler a disposició de la seua ciutat, de la seua pàtria. Hòmens que van rebre el nom de *pontífexs*, “constructors de ponts”.

També a nosaltres ens calen ponts per lligar natura i cultura, per connectar diferents móns: els llenguatges científic i popular, la cultura urbana i la rural, la raó i la passió, l'ahir i l'avui, i l'avui i el demà.

Sí. Ens calen ponts, i també *pontífexs* capaços de bastir-los amb el bagatge tècnic, intel·lectual i afectiu que han adquirit al llarg d'anys de tasca callada i sovint poc reconeguda. Persones que no tan sols entenguen els múltiples llenguatges en què s'expressa i és interpretable la Natura, sinó que siguen capaços de relacionar-los amb els coneixements que generosament ens van llegar els savis que ens van precedir. Coneixements transmesos a través dels escrits, però també, per què no? de les tradicions orals, dels rituals, els costums, les llegendes i els mites; de les escultures, pintures, cançons, endevinalles, receptes culinàries i tantes formes expressives com les que han generat els humans al llarg del temps.

Però, per adaptar eixos ponts als nous temps, vehicles i passatgers, cal afegir uns carreus nous que avui dia tenen forma de llibres, de programes de televisió o de muntatges audiovisuals. I, en eixe sentit, un dels nostres *pontífexs* era el metge, botànic, poeta i escriptor saforenc Joan Pellicer (Sotaia de la Safor, 1947 - Miramar, febrer 2007).

Pellicer no era un constructor qualsevol: cadascun dels seus llibres, capítols televisius, conferències o passejades, eren una meravella d'enginyeria. D'eixa enginyeria adaptable i versàtil que utilitza les paraules per combinar, de manera elegant, harmònica i alhora sòlida, el coneixement i el sentiment, la saviesa i la joia, la sensibilitat i l'interés inacabable per tot el que ens envolta.

Per això ens sentíem afortunats quan persones com Joan posaven sobre paper, o exposaven amb la veu i el gest, allò que sabien; allò que els seus sentits, enfortits per l'estima a la terra i a la gent, havien après a captar d'allò més proper. Perquè entenia que "és un gran error pensar que només a les selves tropicals i als boscos alpins i llocs allunyats i exòtics es troben les bel·leses i meravelles de la Natura, ja que aquestes es troben també a prop nostre, voltant-nos i ben a l'abast", com escrivia al pròleg de la seua primera obra editada, *Lluors de Gaia* (1989). Es tractava d'un àlbum "de cromos" estructurat en vuit apartats relatius a cadascun dels principals ecosistemes de la comarca, des de voramar fins a les desafiant muntanyes que emmarquen la Safor, i que va editar el Centre de Professors de Gandia amb motiu de la VII campanya de Cultura a l'Escola propiciada per l'Ajuntament de Gandia. L'àlbum es presentava amb la intenció que fóra "un motiu d'apropament al formós i misteriós món salvatge que ens rodeja, un estímul per conèixer-lo i respectar-lo, i una semença d'amor per tota la Natura, l'exploració i la contemplació de la qual són el millor camí i la més apassionant aventura". Com veiem, un avanç del que posteriorment es blasmaria en llibres, articles, conferències i programes de televisió.

Amb les paraules, Joan Pellicer ens preparava per aconseguir que l'espurna del saber arribara viva a l'esca de la curiositat, i encenguera en nosaltres el foc sagrat del goig intel·lectual. Un foc que, pel que fa a la divulgació de la Natura, és difícil d'incentivar en la mesura que per a molta gent encara s'identifica, de manera barroerament excloent, la cultura amb la literatura o amb manifestacions com les arts plàstiques, les escèniques i la música. Formes d'expressió que, no cal dir-ho, han contribuït de manera essencial a l'estructuració social mitjançant la capacitat de vehicular formes de creació i d'expressió, i de crear imaginaris col·lectius i referents arquetípics.

Però ara sembla que això no és suficient. Perquè avui dia es manifesta una nova inquietud social que demana gaudir la natura i les manifestacions

culturals des de la doble dimensió racional i afectiva, i combinar-ho amb els avanços científics i tècnics que han caracteritzat el darrer segle. Progressivament s'incrementa el nombre dels qui entenen que el gaudi millora si es combinen la interpretació racional amb la vibració emotiva d'aquelles manifestacions culturals i sistemes de creences, afectes i projectes col·lectius amb què ens identifiquem. Cal relacionar la ciència acadèmica formalitzada amb els dispersos coneixements que la humanitat ha elaborat i fixat en forma de manifestacions culturals, sistemes de creences i representacions simbòliques i ritualitzades.

La divulgació de la Natura es presenta com una de les formes més suggeridores de combinar tot això, sempre que el bagatge amb què ens hi apropem siga més ric en actituds positives que no necessàriament en coneixements acadèmics.

De fet, la divulgació intenta trencar les barreres que dificulten l'accés al coneixement. Unes barreres que, si no són superades mitjançant visions integradores, ens fan sentir tan torbats davant el calidoscopi d'esdeveniments quotidians que sovint optem per la renúncia a les pròpies capacitats.

Afortunadament, i malgrat que Joan ja no pot acompanyar-nos físicament, gran part del seu llegat divulgatiu podem trobar-lo en la sèrie formada per *Meravelles de Diània*,¹ *De la Mariola a la mar*² i *Herbari breu de la Safor*.³ Una sèrie dedicada a les terres que poèticament anomenava Diània, latitudinalment limitada per la Marina Baixa i la Safor, i des de voramar fins a les comarques de l'Alcoià i el Comtat. Uns espais florístics, paisatgístics i també humanitzats, d'este petit trosset del planeta Terra que ens ha tocat cuidar.

A *Meravelles de Diània* (2002) Pellicer se'ns mostrava com un coneixedor excepcional d'eixa mena de rombe encavalcat sobre la vocació mediterrània del sistema bètic, intricada orografia a través de la qual Joan ens orientava per la ruta dels arbres gegants, de les fonts i de les ermites, des de Mariola fins les Agulles de la Serrella. O ens encoratjava a travessar les angostures de la Penya Forata, d'Aitana, i de la quasi homònima de la Foradada, de la Vall de Gallinera. I a coronar el cim del Montgó, o conquerir la

1. Edicions del Bullent.

2. Col·lectiu de Mestres de la Safor.

3. Universitat Popular de Gandia.

nevera del Benicadell, enfortits l'ànima i el cor per la promesa de paisatges irrepetibles.

Però, si és el fons de les valls i els cursos dels rius el que més ens agrada, podem seguir una altra ruta, la que descrivia en *De la Mariola a la mar* (1997) i, delectats per la seua remor, acompanyar el riu Serpis des de l'Alcoià i el Comtat fins a la Safor. Un riu que ha sigut la força motriu de les fàbriques del Molinar o del Barxell, alhora que potent escampador de fèrtils llims per les vores i la desembocadura. Riu Blanc per a l'Islam, riu d'Alcoi o Serpis per als cristians, però, en qualsevol cas, i més enllà del nom, un riu de mesura humana, de vores passejables, gaudibles, mengívoles. Un riu ornat per les restes del bellíssim bosc fluvial o de ribera, d'una albereda amb parèntesi de baladres i de canyes, de tamarits i de murtes, de sargues, llidoners i xops, de joncs, bogues i lliris grocs. I puntejat, i musicat, per granotes i gripaus, abellerols i blauets, oriols i rossinyols. Però també un riu irregular, imprevisible, ferèstec, inconstant, com tots els mediterranis. I, ai!, claveguera de la qual ens dolem tots aquells que, com el mestre Espriu en l'"Assaig de càntic en el temple", estimem amb un desesperat dolor aquesta nostra pobra, bruta, trista, dissortada pàtria.

Més endavant, quan el riu es torna més plàcid, Pellicer ens esperava amb l'*Herbari breu de la Safor* (1991) per acompanyar-nos en una serena passejada pels camins d'hortes i tossals, la xarxa viària i afectiva que configura la trama peripatètica de la seua comarca, com em comentava en una de les primeres relacions epistolars que vam tindre: "Pel que fa al meu *Herbari breu de la Safor*, es tracta d'un treball de pura divulgació sense més pretensió que mostrar un ramell de plantes nostres, cinquanta-una concretament, amb la dignitat que es mereixen tot valent-me de les meues anotacions de camp, de les converses, entrevistes i dels millors llibres i llegendes; [...] Crec que pot ser una eina útil per a iniciar-se en les nostres plantes medicinals i el vull una continuació del llibret del meu estimat paísà Josep Mascarell i Gosp, *Excursionisme i plantes medicinals*. Si aconseguisc comunicar una mica només d'interés per les nostres flors, em done per ben pagat".

Una comarca i un poble, el seu, recreat amb idèntica estima en *Bellreguard, verd esguard* (1994).⁴ Un llibre que, com altres, vaig tindre ocasió de presentar en resposta agraïda a la confiança que em mostrava, reflectida en

4. Ajuntament de Bellreguard.

paraules que em dirigia, i que reproduïsc per mostrar les dificultats per què passava a l'hora d'editar: "Cordial amic Climent: Heus ara i ací altra volta, Daniel, demanant-te un novell però ja quasi vell favor: que vingues, si pots i et vaga, a la Safor allà per l'equinocci de la Tardor, a presentar aquest petit i darrer treball meu sobre camins, paisatges i vilatges diànics. Les condicions en què m'ha tocat treballar han estat infernals a causa de la fredor i la manca de fe dels qui els tocara flamejar d'amor i cura per la nostra gent, la nostra terra, la nostra cultura i la nostra llengua, però, fet i fet, el resultat s'acosta al que em proposava: convidar amb senzillesa i sinceritat els nostres bons paisans a conèixer la nostra terra i la nostra serra, el nostre país, a si mateix."

Anys més tard, el mestre ens tornà a fer partícips del seu penetrant i lúcid estil amb un nou llibre, *Flora pintoresca del País Valencià* (1999),⁵ obra de divulgació per la qual desfilen moltes de les més preuades perles del nostre mantell vegetal, des de les falagueres antigues i remeieres fins a les imaginatives i seductores orquídiades, els preciosos endemismes i altres meravelles florístiques del nostre País.

La seua mirada botànica, i sobretot etnobotànica, assolí un sostre difícil de superar amb el *Costumari botànic* (2000-2004),⁶ una trilogia estimulada per l'èxit del primer volum, guanyador del primer premi "Bernat Capó", concedit per Bancaixa. Vist en conjunt, el *Costumari* se'ns revela com un compendi ben articulat de fragments que parlen de plantes i alhora de gent, expressat amb una sensibilitat per les arrels de la saviesa popular digna d'elogi. Una sensibilitat que tant trobem a faltar en el nostre País, que si estiguera poblat per més Joan Pellicer i per gent que haguera llegit els seus llibres, probablement estaria menys maltractat del que està i més estimat del que ho és.

Afortunadament, els seus llibres no tan sols ens ensenyen a percebre la Natura a través de la Cultura, sinó que tenen un valor afegit: són un bàlsam per a l'esperit. Perquè arriba un moment en què, tot i que les certituds es redueixen, el cor s'eixampla i la memòria ens urgeix a la recuperació, sovint a través de la lectura, dels paradisos que temíem perduts.

Utilitzats com a "ulleres", els seus llibres milloren la visió que tenim de les múltiples bellesaes de les plantes, i a més les ornem amb paraules càlides que reflecteixen des dels afectes als recels més atàvics.

5. Tandem edicions.

6. Edicions del Bullent.

Els seus són llibres que parlen de plantes, sí, però no són tan sols llibres de plantes. També parlen de paisatges. Paisatges naturals, i alhora humanitzats en la mesura que els nostres avantpassats els van crear buscant simbiosis harmòniques amb el medi.

I parlen de persones. De les persones que han assumit voluntàriament la tasca de recopilar, d'ordenar, de gravar en la memòria tot allò que ens ha possibilitat arribar a ser el que som. Gent, la nostra, que havia participat, amb les mans, la ment i el cor, en la transformació del paisatge d'una manera gradual i, potser per això, escassament violentadora. I que, arribat el moment, ens han ofert, gratuïtament, amablement, el tresor dels seus coneixements. Uns coneixements que, ai!, freqüentment no es valoren en la mesura en què no estan escrits o que no formen part dels *curricula* acadèmics ni de la "cultura" mercantilitzada.

Perquè sovint no som conscients del fet que hem viscut rodejats de persones que són dipositàries d'uns sabers articulats que sintetitzen les recerques dels qui ens van precedir, els èxits i els fracassos per aconseguir equilibris vitals entre ells i amb la mare Natura. Dipositaris, per tant, de tot un caliu de coneixements coberts per una fina capa de cendra que amaga un foc d'antiga saviesa. Potencials autors d'un conjunt de llibres valuósíssims que malauradament encara no han estat escrits, i que sense poetes i científics com Joan Pellicer mai no ho hagueren sigut.

El *Costumari* també es caracteritza per un marcat afany per compartir el coneixement i l'estima per les plantes que havia adquirit, entre altres maneres, conversant amb aquelles persones. I Joan ho compartia amb tots nosaltres mitjançant la divulgació etnobotànica, el coneixement dels usos i les pautes culturals relacionats amb les plantes: medicinals, culinàries, tèxtils, màgics, ..., i que enfonsen les arrels en el més profund de la història de la humanitat. Una Etnobotànica en què el prefix *etno-* "fa referència no solament a la recuperació de la medicina popular i per tant de la fitoteràpia popular, sinó a tots els usos de les plantes, des dels agrícoles, els relacionats amb la construcció tradicional, els tèxtils, d'artesanía... fins i tot els que entren dins la rondallística popular, les festivitats religioses tradicionals i la literatura actual o tradicional també".

Però, ai!, ajuntar etnobotànica i divulgació, i a més en català, i des d'un compromís ferm de defensa del territori, feia molt difícil la tasca de Joan

Pellicer. Els estaments consolidats, polítics, universitaris, culturals, no accepten diletants que proposen transversalitats incòmodes i, menys encara, que no es deixen seduir pels cants de sirena que prometen favors a canvi de silencis.

Tot i això, Joan posseïa un afany indomable, intens, per divulgar l'íntima relació entre els àmbits cultural, lingüístic i natural: amb la veu i les mans ens convidava a participar en la festa de l'etnobotànica, amb independència de títols o d'escalafons, i ens feia veure coses que sense la seua ajuda no hauríem vist mai: eixa flor bellíssima de nom encisador i propietats entre màgiques i medicinals; o eixa roca feta de llegenda pètria i alhora subtil; o aquella petita ermita carregada d'història i de treball...

I cultivava, amb la passió i el gust d'un jardiner, el noble art de transmetre el coneixement i l'estima per les coses. Fóra als assistents a una conferència, conglomerat d'edats, vivències i professions diferents, però units per l'interés de conèixer el que deia "l'home de les plantes", com als alumnes dels cursos de la Universitat d'Estiu, a Cocentaina, o de la Universitat Popular de Gandia; o a un grup que li havia demanat que els fera de guia per les sendes de les muntanyes diàniques que tan bé coneixia.

Literàries infusions de plantes enriquien així mateix la secció "Botànica estimada", des de la qual Joan col·laborava a fer de la revista *Mètode* eixe model d'excel·lència divulgativa difícilment superable que ha aconseguit la Universitat de València de la mà del director Martí Domínguez i el seu equip col·laborador.

Però, la forma de transmissió que es feia particularment fecunda era la que Joan vehiculava, a través de les conferències i de la televisió, per arribar a una altra gent que difícilment llegiria els seus llibres i articles però que es veia reflectida en els paisatges, la paraula i els gestos de Joan Pellicer. Uns paisatges, gestos i paraules que multiplicaven el seu impacte en la mesura que la relació que establia Joan amb les càmeres esdevenia particularment fàcil, fructífera i mútuament potenciadora.

I que va quallar durant alguns anys en productes televisius de qualitat, tant a Gandia Televisió com en els vuit anys que va durar la relació amb el programa Medi Ambient de Punt 2. Un programa impulsat, malgrat tots els entrebancs tècnics i econòmics, pel bon quefer i criteri de Xelo Miralles i Josep Manuel Alcañiz, fonamentalment, i amb el qual Punt 2 es desmarcava,

com en tants altres programes i sèries, de la mediocritat, quan no la grolleria d'un Canal 9 transformat en canongia i en aparell de propaganda institucional.

Un programa que, boicotejat per la Conselleria de Medi Ambient i mantingut gràcies al patrocini de Gas Natural, va meréixer el Premi Rei Jaume I de Periodisme de l'any 2007. Dins el programa, Joan Pellicer s'encarregava de la secció "Les nostres plantes", on va arribar a descriure dos centenars d'espècies del catàleg florístic valencià.

Una secció el nom de la qual representa per a mi quelcom molt especial en la mesura que, amb eixe nom, Joan retia homenatge –com em va dir en moltes ocasions– al meu primer llibre, anomenat justament *Les nostres plantes*,⁷ editat el 1985, quatre anys abans que vera la llum el seu deliciós àlbum *Lluors de Gaia*. Encara conserve moltes de les cartes que ens serviren per iniciar i consolidar la nostra amistat. Com aquella que, des de Sotaia de la Safor, em remetia al principi de la nostra relació, quan encara em parlava amb la certa distància que representa per a nosaltres el "vosté": "Cordial senyor: ... Els seus darrers treballs són bons i encara més útils. Bé m'agradaria un estudi com el seu sobre Gandia. [...] Amb tot, la meua predilecció és "Les nostres plantes", que en un any vosté pot aconseguir convertir en un inoblidable clàssic". Una predilecció que va voler reflectir en el títol del seu programa i pel que sempre li estaré tan agraït com content perquè, més enllà del meu llibre, s'haja assolit la meta de fer un autèntic i "inoblidable clàssic" de l'etnobotànica valenciana, el *Costumari botànic*.

En qualsevol cas, jo crec que quan Joan escrivia, o quan parlava a la càmera o a la gent, les marques que els fets havien imprés en la seua memòria es transformaven en signes de joventut, mentre formava oracions d'una poesia intel·ligent que amagava un caliu capaç de fer botar el foc de l'estima pel propi País, i alhora estimular els sentits per a assaborir millor el món que ens envolta, més enllà del soroll quotidià.

I no hauríem de consentir que el soroll ens ensordisca ni que ens faça ignorar eixa memòria viva col·lectiva amb la qual Joan tractava d'estendre un pont de paper entre nosaltres i la Natura, entre el present i el futur, perquè

7. Institut de Cultura Juan Gil Albert, de la Diputació d'Alacant; reimprés el 1986. Posteriorment es va ampliar en una nova edició (Aguaclara, Alacant, 1992) sota el nom *Les nostres plantes: Una visió multidisciplinària del món vegetal de les nostres terres*.

en un demà llunyà algun dels nostres descendents pugui saber que va existir un avui del qual ell és en gran mesura el fruit. Perquè només d'un passat que és present i futur alhora i en nosaltres, val la pena dur recompte: una primavera passejada entre els bancals en flor, la càlida sensació de l'amistat, el plaer de llegir un bon llibre, la companyia d'una bona música, un crepuscle a la vora de la mar, un bes pel qual ens sentiríem capaços de pujar al cim del Puigcampana, l'olor perdurable d'un moment feliç i, en definitiva, tota la bellesa que ens va ser transmesa per qui ens precediren per a evitar que ens sentírem a soles o pensàrem que acabàvem de començar.

O, senzillament, per traure el millor de nosaltres mateixos.

Daniel Climent i Giner

Alacant, gener de 2009

