

Alimentación, beneficencia y condiciones de vida en la transformación de las zonas rurales durante la industrialización: Olot, siglos XIX-XX¹.

Roser Nicolau
Josep Pujol

INTRODUCCIÓN.

El renovado interés por el estudio de los niveles de vida en las investigaciones de Economía e Historia Económica, ha devuelto la atención de estas disciplinas al que debería ser su último referente. El desarrollo de aquel campo de estudio, además, ha reforzado las conexiones de aquellos ámbitos del conocimiento con otras ciencias, y esta circunstancia ha fomentado la formulación de nuevas preguntas y perspectivas analíticas. Esto es consecuencia del interés que tradicionalmente ha tenido entre muchos historiadores el estudio de los niveles de vida de la población, y de las diversas aportaciones que se han realizado sobre distintos aspectos de la misma variable, especialmente desde finales del siglo XIX, desde las ciencias sociales, experimentales o de la salud ². Como resultado de estos trabajos, hoy sabemos por ejemplo que aquella variable esta condicionada por un elevado número de factores de características muy distintas, cuyo estudio de forma integrada resulta particularmente complejo. Tres circunstancias explican esta situación: (a) las dificultades que se derivan de encontrar indicadores cuantitativos adecuados de uno u otro de aquellos factores y agregarlos; (b) las distintas valoraciones de las que pueden ser objeto, tanto por parte de los investigadores como de los colectivos investigados en el curso del tiempo; y (c) el hecho de que aquellos factores están muy a menudo relacionados entre sí, y sus formas de relacionarse han experimentado, a su vez, cambios significativos. Las recientes propuestas sobre la elaboración de nuevos Índices de Desarrollo Humano, y las controversias que se han suscitado en torno a ellas, ilustran en buena medida lo que estamos diciendo³.

El presente estudio se enmarca en esta problemática y responde, concretamente, a dos de los principales objetivos que guían el grupo de investigación del que formamos parte. De un lado, aproximarnos al estudio de los niveles de vida a partir de casos singulares bien definidos, que ayuden a determinar mejor las diferentes variables que condicionaron su evolución y los cambios experimentados en sus mutuas relaciones. Del otro, elaborar un marco analítico más

¹ Este artículo se integra en el proyecto de investigación SEJ2004-00799 ("Alimentación, mortalidad y niveles de vida en España (siglos XIX y XX). Josep Pujol y Roser Nicolau son profesores, respectivamente, de Historia Económica y Demografía de la Unitat d'Història Econòmica de la Universitat Autònoma de Barcelona.

² Ver, por ejemplo, las síntesis de Taylor (1986) y Fontana (1992), y estudios más específicos como los de Thompson (1989), Mokyr and Stein (1997), Fogel (1997), Coll y Komlos (1998) o los existentes en Martínez Carrión (2002).

³ Sen (1987), Nussbaum y Sen (1993), Dasgupta (1993) y Crafts (1997).

general, mediante la comparación de aquellos casos, que permita explicar más claramente cómo se alteraron algunos parámetros básicos de los niveles de vida con la expansión de la sociedad de mercado.

En las páginas siguientes intentaremos avanzar en las anteriores cuestiones, centrando la atención en dos aspectos básicos de la evolución de los niveles de vida: los cambios alimentarios y sus relaciones con los diferentes mecanismos de acceso de la población a los alimentos. Tomaremos como referencia la localidad de Olot durante los siglos XIX y XX, y, más concretamente, las dietas que se suministraban en dos instituciones de este municipio: el Hospital de Sant Jaume desde la década de 1850, y la institución de beneficencia La Caritat desde 1914. Sobre estas bases, organizaremos la exposición en cuatro apartados. En el primero, argumentaremos el interés de Olot como caso de estudio. En el segundo, destacaremos las principales características de aquellas instituciones, en el marco de los distintos procesos que fueron cambiando desde el siglo XIX el concepto mismo de beneficencia. En el tercero, analizaremos las dietas que se suministraban en aquellos centros, y las compararemos con otras informaciones y procesos ya estudiados. En el cuarto, introduciremos en el análisis la evolución de los salarios y propondremos unos primeros razonamientos sobre los cambios que experimentaron los niveles de vida en la localidad con respecto al consumo de alimentos. En las conclusiones, sintetizaremos los principales resultados alcanzados y propondremos nuevas líneas de estudio.

1. LA SINGULARIDAD DE OLOT EN LA TRANSFORMACIÓN DEL MUNDO RURAL CATALÁN.

Tras estudiar en un reciente artículo los cambios alimentarios en Barcelona durante el mismo período de tiempo, la elección de Olot como nuevo caso de estudio debe ser argumentada. Si con respecto a Barcelona analizamos los cambios alimentarios en una ciudad muy dependiente de las importaciones de alimentos, intensamente ligada a la industria y el comercio, y particularmente dinámica en la génesis y asimilación de nuevos conocimientos científicos y técnicos, en el caso de Olot empezamos a analizar los cambios que se sucedieron al mismo tiempo en los núcleos de población ubicados en el mundo rural⁴. Más concretamente, en localidades de reconocida importancia en el desarrollo económico y social, pero que al estar relativamente alejadas de los grandes centros de consumo e información durante gran parte del

⁴ Con respecto a Barcelona, Nicolau y Pujol (2005).

siglo XIX, experimentaron una transformación muy acusada cuando se intensificaron los procesos de industrialización y los intercambios comerciales⁵.

Pero con respecto a Olot analizaremos un caso particular de las economías rurales. Olot es la capital de la Garrotxa, comarca situada en el Prepirineo oriental de Catalunya, y se ubica por tanto en una zona, que en el período que vamos a considerar compartía muchas características de las economías de montaña. A diferencia de otros núcleos de población ubicados en zonas similares, además, la economía de Olot estaba muy diversificada a principios del siglo XIX y su evolución posterior estuvo marcada por dos grandes coyunturas.

Aunque el municipio era la capital de una comarca preferentemente agraria y mal conectada en un principio con los grandes centros de consumo, las actividades industriales y comerciales ya habían alcanzado a finales del siglo XVIII una notable importancia en la localidad. Esto fue consecuencia de diversas circunstancias. En primer lugar, Olot se sitúa a las orillas del río Fluvià y dispone de una pluviosidad relativamente elevada. En segundo lugar, el municipio estaba rodeado de una amplia área que integraba actividades muy diversas, y esta circunstancia potenció sus intercambios comerciales con otros núcleos de población, como Vic, Torelló, Camprodon o Figueras. En tercer lugar, y en parte por los anteriores motivos, sus habitantes podían realizar actividades distintas y complementarias, eludiendo así los problemas que generaba en la mayoría de ellas la estacionalidad de la producción. Olot, en otras palabras: a) disponía de un importante recurso energético, el hidráulico; b) era un importante centro de conexión de zonas con distintas líneas de especialización, que incluían la producción de madera y ganado (Ripollès, Cerdanya), actividades agrícolas muy intensivas y diversificadas (Empordà o Osona) y/o una intensa actividad comercial con ciudades como Gerona, Lérida o Barcelona (Banyolas, Figueras, Osona); y c) se beneficiaba de las posibilidades que ofrecía a sus habitantes la pluriactividad⁶.

Estos aspectos de la sociedad olotense ya fueron destacados en numerosas crónicas y estudios de la época, y han seguido centrando la atención de los historiadores hasta nuestros días⁷. Estos trabajos ilustran bien, por ejemplo, la elevada importancia que tenían para los

⁵ Sobre la importancia de núcleos de población como Olot en el desarrollo económico, ver por ejemplo, para Catalunya, Carreras y Torra (2004) y diversos trabajos recogidos en Vicedo (2004). Más en general Vries (1987). Sobre la evolución de las comunicaciones terrestres, Madrazo (1984) y Pascual (1987-1988, 1999).

⁶ Sobre la pluriactividad, ver Garrabou, Pujol, Colomé y Saguer (1992) y Colomé, Saguer y Vicedo (2002).

⁷ Recordemos el informe encargado por Jovellanos a Francisco de Zamora y realizado por J. Amat en 1787 (Zamora (1787, 1973)), las obras de Paluzié (1860), Madoz (1845-1850) y Vidal i Forga (1937) o las memorias médicas de Torà (1822), Casellas (1849, 1856) y Bassols i Prim (1879). Sobre otros estudios posteriores, Danés i Torras (1999-2002, vol XIX y XX), Lluch

habitantes del municipio desde inicios del siglo XIX, los ingresos que generaban las actividades industriales y comerciales. En 1822, Torà estimaba que sobre una población total de unos 11.000 habitantes, cerca de 1.460 hombres, 3.386 mujeres y unos 1.660 menores de edad, trabajaban en la industria textil de la localidad. También indicaba que en el municipio funcionaban 6 jabonerías, 6 molinos de papel y 1 fábrica de producciones metálicas, y que los intercambios de Olot con el Urgell, Aragón, Barcelona e incluso Valencia, eran habituales. Unos años más tarde, en 1849, Casellas también destacaba la elevada presencia de operarios industriales en el municipio, y las actividades de un crecido número “de tragineros y algunos ordinarios que de su cuenta los unos y por encargo los otros transportan y jiran artículos de primera necesidad...géneros coloniales, ropas y géneros del país”. Sobre una muestra total de 587 cabezas de familia que llegaron a Olot entre 1861 y 1900, Simón Tarrés ha observado, asimismo, que 35 se dedicaban a actividades comerciales, 8 eran empleados, 158 se dedicaban a la pequeña producción artesanal y 103 eran asalariados. Pero estos trabajos también ponen de relieve otros aspectos de la evolución económica de Olot que es preciso recordar⁸.

Nos referimos a la depresión económica y social que afectó al municipio a mediados del siglo XIX y a la renovada expansión que experimentó seguidamente su economía hasta la década de 1930. De un lado, las actividades industriales tradicionales entraron en crisis entre las décadas de 1840 y 1870, a consecuencia de la creciente competencia de los nuevos núcleos industriales en expansión y de los problemas que generaba la ubicación del municipio y las vías de comunicación existentes. Del otro, Olot fue uno de los principales escenarios de los conflictos sociales que acompañaron la desintegración del Antiguo Régimen en Catalunya, y esta circunstancia, además de deteriorar las pautas tradicionales de estabilidad social, contribuyó a deprimir aun más la actividad económica de la localidad⁹. Como resultado, numerosas actividades manufactureras desaparecieron o se trasladaron a otros municipios, el comercio declinó, y la emigración se acentuó: si en 1831 se estimaba que el municipio tenía una población de casi 12.000 habitantes, en 1860 se estimaba que tenía unos 10.300 y en 1877 poco más de 6.800¹⁰. Desde la década de 1880, sin embargo, esta situación cambió de nuevo y el municipio entró en una nueva fase de crecimiento. De un lado, las mejoras en los transportes, la innovación tecnológica en las antiguas actividades manufactureras y el surgimiento de nuevas

(1980), Bolós (1976, 1977), Palomer i Pons (1983), Simón Tarrés (1992/1993) y Nadal et altri (2003).

⁸ Torà (1822), Casellas (1849, 1856) y Simón Tarrés (1992-1993, p.210).

⁹ Torras (1976) y Fontana (1980).

¹⁰ Sobre los datos de población que utilizaremos, ver AHCO (Serie recuentos de población, Registro de traslaciones de domicilio, 1856-1901 y Registro de altas, 1861-1901), Danés i Torras (1999-2002, vol II, pp.211-237), Iglèsies (1961) y Benavente y Nicolau (1990).

industrias, como la estatuaria y la de embutidos, relanzaron la actividad industrial y comercial del municipio¹¹. Del otro, las transformaciones que experimentó el sector agrario también fueron significativas, con la difusión de nuevas rotaciones de cultivos y nuevos medios de producción (biológicos, químicos y mecánicos), y la producción agraria de la comarca no sólo incrementó, sino que se hizo más diversificada y orientada hacia el mercado. A consecuencia de estos procesos, las tendencias demográficas también se invirtieron y la población del municipio se incrementó hasta 9.220 habitantes en 1912 y hasta unos 12.500 en 1936¹². Todo ello, sin embargo, en un nuevo marco de relaciones sociales sobre el que volveremos más adelante¹³.

2. EL HOSPITAL DE SANT JAUME Y LA CARITAT

El Hospital de Sant Jaume se creó en la década de 1550, cuando el notario "Miquel Març cedía a la villa de Olot la mitad de su patrimonio con el fin de construir y mantener un hospital adecuado"¹⁴. El Hospital surgió pues inicialmente como otras instituciones similares en aquellos años. Es decir, como un centro de beneficencia a partir de legados particulares, y como resultado por tanto de unos comportamientos caritativos por parte aquellos sectores de la sociedad, que, al decir del refranero popular, al mismo tiempo que alentaban la caridad creaban los pobres¹⁵. Esta situación no varió en lo fundamental en los siglos siguientes. A mediados del ochocientos el hospital todavía cuidaba preferentemente a enfermos pobres del municipio y otras localidades vecinas, y sus ingresos procedían de una diversa gama de cesiones, donativos y legados, principalmente de sacerdotes, comerciantes, notarios y diversos propietarios rurales y urbanos. Pero en este contexto, varias circunstancias cambiaron seguidamente la gestión y funcionamiento de la institución. De un lado, las medidas desamortizadoras y desvinculadoras que acompañaron la disolución del Antiguo Régimen, y el reconocimiento general sobre la importancia que tenían las instituciones hospitalarias en la higiene pública y la asistencia a los enfermos, hicieron precisa una nueva legislación a nivel estatal (ley de 1849 y reglamento de 1852), que si bien seguía reconociendo el patronazgo privado, incrementó la participación de las

¹¹ Sobre los cambios en las vías de comunicación deben destacarse la construcción del ferrocarril de Olot a Gerona (1884-1895) y la mejora en general de la red viaria (Pascual (1999)).

¹² Danés i Torras (1999-2002, vol XIX y XX), Lluch (1980), Bolós (1976, 1977), Palomer i Pons (1983) y Simón Tarrés (1992/1993). Sobre los cambios agrarios de la comarca, ver las referencias existentes en Pujol (2002b).

¹³ Bassols i Prim (1879), Vidal i Forga (1980), Canal i Morell (1986) y Cuéllar Bassols (1991).

¹⁴ Danés i Torras (1999-2002, vol XVII, pp. 3045-3.146 ; cita en p.3.060).

¹⁵ El refrán castellano que fue adaptándose con el tiempo, decía: "El doctor don Juan de Robres -de caridad sin igual- para con todos los pobres -construyó este santo hospital- pero antes hizo los pobres. Así, arrebañando cobres del flaco contribuyente, hace caridad robriente el Estado Liberal y gastando mucho y mal, veja al pobre y mata gente".

instituciones públicas de gobierno en la gestión y financiación de aquellos centros¹⁶. Así, por la R.O. de 21 de agosto de 1860, el Hospital de Sant Jaume fue declarado hospital municipal, al “haberse justificado en el expediente que sus rentas no eran suficientes para cubrir los gastos, siéndole precisa una subvención del Excmo. Ayuntamiento”¹⁷. Poco después, los trastornos políticos y económicos del momento “dejaron agotada la ejemplar generosidad de sus benefactores ancestrales”, y esta situación sumió al hospital en una grave crisis económica de la que no empezó a recuperarse hasta la década de 1880¹⁸. A partir de este momento, por último, los progresos en los conocimientos médicos fueron significativos, y esta nueva circunstancia contribuyó a consolidar aún más la importancia de la institución. Como resultado, su funcionamiento y financiación debieron ser asumidas cada vez más por el gobierno local, las estancias de pago incrementaron sucesivamente su importancia, y la organización y las instalaciones del centro fueron transformándose, adaptándose con relativa rapidez a las nuevas exigencias sanitarias que se iban generando¹⁹. En este proceso el Hospital fue incorporando así nuevo personal sanitario, además de mejorar los servicios de cocina, baños y farmacología y, ya entrado el siglo XX, la institución se dotó de un Servicio de Ambulancias de la Cruz Roja (1913), una nueva Clínica de Operaciones (1916), un Dispensario Municipal (1933), un Servicio de Maternidad (1936) y una Sala de Rayos X (1933-1934). En todo este período, de todos modos, el cuidado diario de los enfermos siguió normalmente a cargo de unos 11 o 12 frailes y monjas y uno o dos asistentes (criados o sirvientes según la terminología de la época)²⁰.

La Caritat fue una institución muy diferente, ya que su actividad principal era suministrar comida a los pobres en sus propias instalaciones, en sus domicilios particulares o proporcionándoles bonos canjeables por alimentos. Sin embargo, tanto por sus orígenes como por su evolución, es preciso situar La Caritat en el mismo proceso de cambios que llevaba a las instituciones públicas a asumir cada vez más las tradicionales actividades de beneficencia, aunque de forma más lenta con respecto a la atención de aquel colectivo. De un lado, estas actividades eran necesarias para mantener la estabilidad social y evitar los trastornos que

¹⁶ Sobre estas cuestiones, González Ugarte y Pérez Castroviejo (2004).

¹⁷ Danés i Torras (1999-2002, volXVII, p.3.116).

¹⁸ Danés i Torras (1999-2002, vol XVII, pp. 3.117-3.119).

¹⁹ Sobre la crisis financiera del Hospital y las nuevas formas de financiación que debieron asumirse, Danés i Torras (1999-2002, pp.3.117-3.120). Según Danés las subvenciones públicas al hospital se situaron en unas 8.000 ptas en 1913 y en más de 12.000 ptas. en los años treinta, momento en el que las estancias de pago generaban unos ingresos parecidos. Sobre otros procesos similares, Sau y Santaló (1928), Riu et altri (2001), Anguera (1990), Ferrándiz (1983), Vallès (1980), Barbany (1999) y Pladevall et altri (2000). Más en general, Grenshaw y Porter (1989)

²⁰ Los frailes iniciaron su actividad en el centro en 1784, procedentes del Hospital de la Santa Creu de Barcelona. Las monjas la iniciaron más tarde, en 1847, y procedían de las Germanes Carmelites de la Caritat, comunidad religiosa fundada en Vic en 1826.

generaba la expansión del mercado, su inestabilidad y las desigualdades que ocasionaba. Del otro, asumir con fondos públicos aquella atención, hubiera exigido cambios más profundos en las finanzas municipales de los que se estaba dispuesto a aceptar.

Diversos informes de la época y otros estudios posteriores ilustran bien, nuevamente, estas cuestiones²¹. Estos trabajos muestran que la pobreza fue especialmente relevante en Olot durante la crisis económica y política de mediados del siglo XIX, y que si bien su incidencia tendió a remitir desde la década de 1890, su permanencia e importancia hicieron preciso cambiar la forma de tratarla. En las memorias médicas de 1849 y 1879, por ejemplo, no sólo se destacaba la gravedad de aquella situación y los trastornos que provocaba. Sus autores también ponían de relieve que los paliativos que exigía podían llegar a ser una pesada carga para quienes podían y debían asumirlas, y que tras los conflictos sociales y políticos de mediados de siglo, su tratamiento se hizo más complejo al debilitarse las estructuras jerárquicas tradicionales²². Posteriormente, además, el renovado crecimiento económico de Olot convirtió al municipio en un importante centro de atracción de los pobres de otras localidades, y esta situación se agudizó aun más, ya entrado el siglo XX, cuando la mendicidad fue prohibida en Girona, Figueras, Banyoles, Camprodon, Ripoll, Torelló o Vic²³.

En este contexto, también está bien documentada la paulatina degeneración que experimentaron las actividades tradicionales de caridad y cómo se gestaron, a partir de esta situación y de las nuevas disposiciones para la protección de la infancia y la represión de la mendicidad de 1908, las fuerzas que habrían de empezar a cambiar el concepto de pobreza y las formas de atenderla. A finales del siglo XIX, concretamente, la caridad privada e individual había sido substituida por una caridad también privada, pero organizada de forma colectiva, en la que los pobres acudían en grupos determinados días de la semana y a horas convenidas a las casas pudientes de la ciudad, o a diversas entidades benéficas, para obtener un plato de comida o recibir limosnas en especie o en dinero²⁴. De esta forma se instituyeron lo que popularmente

²¹ Cuéllar i Bassols (1991), Vidal i Forga (1937 y 1980) y Danés i Torras (1999-2002, Vol. XXV, pp.114-184). Consultar también Torà (1822), Casellas (1849, 1856), Bassols i Prim (1879), Mascaró Castañer (1914), Millet (1798) y Sau y Santaló (1928).

²² Casellas (1849, pp.55-58) señalaba “que muchas casas consumen casi la mitad de sus rentas así en los pobres de puerta como ocultamente en las familias necesitadas” y que “por la falta de un asilo de pública beneficencia divagan por la villa y comarca muchos pobres ancianos e imposibilitados para el trabajo y unos cuantos jóvenes de ambos sexos faltos de él principalmente de la clase fabril, los cuáles muchas veces tienen que mantenerse forzosamente por este medio así en la villa como en las afueras”. Ver también las observaciones de Bassols i Prim (1879, pp.61-70), sobre la inestabilidad que generaron los conflictos carlistas. Sobre los recursos que podía absorber la atención a los pobres en los siglos XVIII y XIX, ver, más en general, Wrigley (1992).

²³ Cuéllar i Bassols (1991, pp. 11-20).

²⁴ Cuéllar y Bassols (1991, pp.12-13).

se conocieron como las procesiones de pobres, que acabaron ocasionando no pocos conflictos al hacer más públicas y explícitas las profundas diferencias que generaba la nueva sociedad. A consecuencia de la creciente organización del movimiento obrero desde la década de 1880, paralelamente, la confrontación social y política en Olot, como en otras localidades, entró en una nueva etapa de perspectivas y contenidos, y esta circunstancia generó presiones adicionales para reinterpretar las situaciones de marginalidad e intentar integrarlas en el nuevo orden social que se iba definiendo²⁵. Así pues, con estos objetivos y motivaciones, pero aprovechando ahora la R.O. de 1908, que respondía sin duda a una problemática más general²⁶, las clases medias y altas de la localidad aceptaron la creación de una institución como La Caritat que proponía el Dr. Candi Agustí, y el nuevo centro entró en funcionamiento el 3 de agosto de 1914 tras dos años de estudios y negociaciones.

Estas negociaciones no sólo se realizaron con el Ayuntamiento para determinar su aportación. También se hicieron con las familias que sostenían en mayor grado a los pobres, y, más en general, con los comerciantes e industriales del municipio. La nueva entidad, en definitiva, conservaba numerosos aspectos de la concepción tradicional de pobreza, y de ahí su misma denominación. Sin embargo, con su creación también empezaba a aceptarse, al menos implícitamente, que la pobreza era cada vez más un problema colectivo y no transitorio, cuya superación o tratamiento no podían basarse tan sólo, como se había hecho hasta entonces, en los criterios de la iniciativa privada. Con todo, sobre unos ingresos totales de la institución de unas 38.000 ptas en 1929, las subvenciones del Ayuntamiento sólo se situaron en 6.300. El resto seguía procediendo de los intereses devengados por legados privados y de limosnas anónimas, aunque ahora también, y esta era otra novedad, de las cuotas de entre 500 y 600 socios, muchos de los cuales eran comerciantes e industriales de la localidad a los que debía acudir la institución, para adquirir los productos que precisaba o contratar los servicios necesarios para su mantenimiento²⁷.

²⁵ Cuéllar i Bassols, señala que “La mendicidad, sin embargo, iba en aumento, hasta que llegó un momento que constituyó un problema de carácter público que precisaba erradicarse” (1991, p.14). Ver también, Danés i Torras (1999-2002, vol. XXV, pp.27-50; 253-266), Vidal i Forga (1980) y Canal i Morell (1986).

²⁶ Brugués (2000), Marsal (2002), Sanahuja (1944), y, más en general, Barry y Jones (1991) y Madler (1990).

²⁷ Danés i Torras (1999-2002, vol XXV, pp. 132-149), Cuéllar i Bassols (1991, pp.21 y ss) y La Caritat (1915, 1917, 1925 y 1929).

3. EL CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOSPITAL DE SANT JAUME Y LA CARITAT.

Las dietas que vamos a considerar son por tanto muy distintas, y probablemente poco representativas de lo que consumían normalmente los habitantes del municipio. En el caso del Hospital, analizaremos las dietas de enfermos y parte de sus cuidadores, por lo que sus contenidos reflejan, en gran medida, los conocimientos médicos del momento sobre nutrición. Con respecto a La Caritat, las dietas que analizaremos corresponden a las de aquel grupo de población con ingresos insuficientes para atender sus necesidades diarias, pero que reunían las condiciones necesarias para beneficiarse de los servicios de la nueva institución (vivir en el mismo municipio o pueblos cercanos). Asimismo, y si consideramos las informaciones disponibles sobre las estancias equivalentes de tres raciones en uno y otro centro, tampoco debemos perder de vista una última cuestión. Mientras que el número diario de estancias completas en el Hospital fluctuó entre 50 y 70, en el caso de La Caritat lo hizo entre 55 y 88. Si recordamos los totales de población que hemos indicado antes, resulta pues evidente que las muestras que vamos a analizar no sólo son sesgadas sino también reducidas y que su consideración, por tanto, sólo puede proporcionarnos unas primeras referencias sobre la evolución de las pautas alimentarias de la localidad durante los siglos XIX y XX. Sin perder de vista estas limitaciones, veamos ahora qué podemos deducir de las dietas que se suministraron en una y otra institución entre las décadas de 1850 y 1930.

3.1. Las dietas hospitalarias y los alimentos de origen animal.

Las dietas del Hospital cubren un período de tiempo más largo y podemos contrastarlas mejor con otras informaciones más dispersas. Previamente es preciso advertir, sin embargo, que sólo las podemos conocer de forma aproximada. Los documentos disponibles no siempre informan de las estancias totales a las que deberíamos imputar los alimentos consumidos, y cuando las indican, las informaciones que proporcionan presentan dos deficiencias: no informan de las distintas clases de dietas que se suministraban a los enfermos según su estado de salud, ni en que medida se contabilizaban las estancias de los cuidadores. Por diferentes indicios sabemos que en el Hospital se diferenciaba entre dietas de leche, caldo, medias dietas y dietas completas, y que las proporcionadas a militares y cuidadores tendían a ser más cuantiosas y diversificadas. Con respecto a los cuidadores, todo parece indicar que frailes y monjas se alimentaban normalmente en la misma institución, pero que los sirvientes, los vigilantes y los miembros del cuerpo médico en general, sólo lo hacían en parte o no lo hacían. Para los diferentes años consultados, además, siempre se informa de forma agregada sobre el valor de

un diverso grupo de alimentos que no podemos detallar. En definitiva, el conjunto de estas circunstancias impide que podamos estimar de forma precisa el consumo medio de alimentos de una estancia completa de tres raciones, aunque la información recogida sí nos permite, como seguidamente veremos, establecer unos márgenes de variación muy razonables. Los anteriores problemas, asimismo, no afectan a las estimaciones realizadas sobre la estructura de las dietas proporcionadas en uno u otro momento, ya que la partida de varios que no podemos desagregar sólo representaba entre el 1 y el 3% del gasto total en alimentos²⁸.

Hechas estas advertencias, los cálculos que hemos realizado permiten concluir, en primer lugar, que las dietas que se suministraban en el Hospital debían ser relativamente completas, en términos al menos de calorías y proteínas. Según nuestros cálculos, la ingesta de estos últimos nutrientes se habría situado normalmente entre 65 y 100 gramos diarios por estancia, y el consumo de calorías entre 2.100 y 3.600 Kcal²⁹. En este marco de gran estabilidad que no debería sorprender, al tratarse de dietas aconsejadas por médicos, es probable sin embargo que su composición tendiera a empeorar durante las décadas de 1860 y 1870. En estos años el gasto total en alimentos se redujo desde algo más 15.500 ptas entre 1854 y 1865, hasta poco más de 12.000 ptas en 1874/75, y en esta reducción, más concretamente, mientras que las compras de vino y carne disminuyeron respectivamente en un 54 y un 31%, las de pan sólo lo hicieron en un 9%³⁰. Las causas de estas caídas y su significado todavía no las podemos precisar. De un lado, es probable que el número de enfermos también tendiera a reducirse, al acentuarse como hemos visto en aquellos años las migraciones del municipio. Del otro, sabemos que el Hospital conoció una grave crisis económica en aquel mismo período, y que esta circunstancia obligó a sus gestores a reajustar los gastos alimentarios de la institución³¹.

Superada esta coyuntura, las informaciones recogidas muestran finalmente una tercera característica de las dietas que estamos considerando, relevante de nuevo por su estabilidad. Nos referimos a la elevada presencia que tenían los alimentos de origen animal en su composición. De estos alimentos destaca especialmente el consumo de carne, sobre todo de

²⁸ Para este estudio elaboramos las informaciones referentes a los años de junio a julio de 1854/55, 1856/57, 1864/65, 1874/75, 1885/86, 1886/87 y 1898/99 y las referidas a los años naturales 1905, 1920, 1921, 1934, 1936 y 1937. Sólo utilizamos las más representativas.

²⁹ Para estos cálculos hemos utilizado los coeficientes de conversión existentes en Raventos (1923) y en la página web: <http://www.portalfitness.com/nutrición/tablas>.

³⁰ Las compras de carne se redujeron desde unas 7.000 ptas a unas 4.800, y las de vino y pan, respectivamente, desde más de 2.200 ptas hasta menos de 1.000, y desde más de 4.000 a poco más de 3.600. Estas caídas implicarían una reducción del consumo de pan de entre 2.500 y 3.000 kg, de unos 2.500 kg en el caso de la carne y de más de 3.000 l. con respecto al vino (AHCO (Fons Hospital d'Olot, (c-19, c-26, c-24-31)).

³¹ Danés i Torras (1999-2002, vol.XVII, pp.3.117-3.118).

ovino hasta los años treinta del siglo XX, y la posterior incorporación del consumo de huevos y leche³². El consumo de pescado, en cambio, siempre fue muy reducido (incluido el de bacalao), y lo mismo sucedió con el de grasas animales (tocino y manteca).

CUADRO 1: CONSUMO DE LOS PRODUCTOS QUE SE INDICAN Y ESTRUCTURA DE LAS DIETAS EN EL HOSPITAL DE S. JAUME.

		Consumo/estancia/día				Distribución %											
		1885	1905	1921	1936	Gastos monetarios				Calorías				Proteínas			
						1885	1905	1921	1936	1885	1905	1921	1936	1885	1905	1921	1936
Clases de productos						99,7	97	98,6	99,5	100	100	100	100	100	100	100	100
Vegetales						35,4	33,6	27,7	27,4	63,0	62,4	59,5	47,9	58,2	62,3	65,1	55,2
Pan	gr.	601,9	612,4	619,3	404,4	26,9	27,7	20,2	17,4	47,8	51,4	42,0	30,8	43,5	51,1	44,0	32,8
Arroz	gr.	66,74	32,8	50,7	7,7	4,1	2,1	1,6	0,5	7,2	3,7	4,7	0,8	4,8	2,7	3,6	0,6
Patatas	gr.	55,60	53,1	211,5	339,7	0,7	0,6	2,3	5,4	1,4	1,4	4,6	8,3	1,1	1,3	4,2	7,8
Judías	gr.	21,44	8,0	25,4	37,4	1,0	0,4	0,6	1,4	2,3	0,9	2,3	3,8	4,5	1,9	5,2	8,8
Garban.	gr.	4,37	4,6	20,3	7,6	0,3	0,3	0,8	0,5	0,5	0,6	2,1	0,9	0,9	1,1	4,3	1,8
Pastas	gr.	34,06	35,9	39,3	29,8	2,4	2,5	2,3	2,3	3,8	4,3	3,8	3,2	3,4	4,2	3,9	3,4
Cárnicos						44	31,6	38,7	41,3	16,9	13,1	11,1	13,9	40,3	34,8	31,2	40,0
Carne	gr.	229,1	157,0	165,3	179,5	44	29,3	36,2	36,1	16,9	12,3	10,4	12,7	40,3	31,9	28,6	35,5
Gallinas	gr.		14,5	15,4	13,1		2,3	2,5	3,8		0,8	0,7	0,7		2,9	2,6	2,5
Otros	gr.				10,1				1,3				0,5				2,0
Pescados						0,2	0,7	0,8	1,7	0,1	0,2	0,2	0,5	0,3	1,2	1,8	1,9
Bacalao	gr.	1,35	4,0	4,5		0,2	0,7	0,6	0,9	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3	1,2	1,1	
Frescos	gr.			4,2	9,8			0,3	0,9			0,1	0,2			0,7	1,9
Otros de animales						2,8	14,1	13,0	15,7	1,2	6,3	8,0	19,0	0,1	0,8	1,1	2,6
Huevos	u.	0,13	0,3	0,4	1,0	1,5	3,7	3,7	4,6	0,6	1,5	1,3	4,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Leche	cl.	2,60	20,3	35,2	68,4	1,3	10,4	9,3	11,1	0,6	4,8	6,7	14,6	0,1	0,7	1,1	2,4
Varios						17,4	17,0	18,3	13,5	18,8	18,1	21,1	18,7	1,0	0,9	0,7	0,4
Tocino	gr.	15,40	14,7	15,0		2,3	2,9	2,2	1,3	3,7	3,7	3,1		0,4	0,4	0,4	
Aceite	cl.	4,07	3,1	5,3	4,9	4,1	3,7	6,3	4,8	11,3	9,1	12,5	13,1				
Vino	cl.	12,24	18,4	24,6	17,6	6,4	7,2	8,1	5,1	2,7	4,3	4,6	3,7				
Sal	gr.	23,34	27,7	30,4	34,0	0,3	0,3	0,2	0,2								
Chocolate	gr.	10,59	7,8	6,1	6,0	4,2	2,7	0,9	0,8	1,0	0,8	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4
Azucar	gr.	0,65	2,0	4,2	10,5	0,1	0,3	0,3	0,7	0,1	0,3	0,5	1,3				
Cafè	gr.			1,1	1,8			0,3	0,7								

Fuente: A partir de AHCO (Fons Hospital d'Olot, "Administración General" (c-19a 31 y c-230; "Libro Mayor del Almacén" (c-33, c-165, c-166, c-169 a 173) y "Apuntes de lo que entra y se gasta en comestibles en el Santo Hospital de Olot" (c-224); ver nota 23) y de Alsina, Feliu, Marquet (1996), Raventos (1923) y <http://www.portalfitness.com/nutrición/tablas>.

³² Aunque el consumo de huevos puede estar subestimado para el siglo XIX, en 1921 se contabilizaba un consumo total de 290 docenas. Es decir, un consumo diario por enfermo de entre 0,35 y 0,21 unidades.

Notas: (a) en la estructura de gastos monetarios el índice total no suma 100, al existir una partida que no podemos desagregar; (b) La inexistencia de cifras indica que el consumo era inexistente o despreciable.

El cuadro 1 ilustra las anteriores cuestiones, con respecto a cuatro momentos que consideramos muy representativos. Destaquemos también, del mismo cuadro, que las aportaciones de calorías de los alimentos animales en las dietas del hospital, eran lógicamente inferiores a las proporcionadas por los alimentos de origen vegetal (principalmente pan, arroz, judías, pastas de sopa, patatas, aceite y vino), pero mayores sin duda a las que debían ser más comunes en las dietas habituales de los habitantes del municipio.

El cuadro 2 permite destacar dos cuestiones más, aunque ahora únicamente con respecto a las dietas que se suministraban en la institución con anterioridad a la Primera Guerra Mundial. De un lado, aquellas dietas muestran una gran similitud con las que se suministraban al mismo tiempo en el Hospital Clínico de Barcelona, cuando consideramos la participación que tenían en unas y otras los alimentos de origen animal y vegetal. Del otro, las estimaciones realizadas también muestran que había importantes diferencias entre ellas, cuando consideramos el consumo que se hacía en cada una de aquellas instituciones de algunos alimentos concretos. En ambos centros, concretamente, el consumo de alimentos animales era elevado y particularmente remarcable en el aporte de proteínas. Asimismo, el consumo de tocino y manteca era muy parecido, e inferior en sus principales aportes a los del aceite, el de pescado tenía poca importancia y el consumo de alimentos vegetales era destacable, sobre todo, por sus aportes calóricos. Paralelamente, en el Clínico era más alto el consumo de pescado y leche fresca, así como el de patatas, judías, garbanzos y azúcar, mientras que en el Hospital de San Jaume era mayor el consumo de pan, chocolate y arroz.

¿Qué conclusiones podemos extraer de estas estimaciones? En nuestra opinión, las informaciones utilizadas en los párrafos anteriores apuntan en cuatro direcciones. En primer lugar, las referencias que hemos utilizado sugieren que las dietas hospitalarias, además de ser relativamente completas en calorías y proteínas, debieron ser más estables y homogéneas de lo que debía ser más común a nivel general. En segundo lugar, los anteriores razonamientos también permiten sustentar que aquellas dietas debieron preceder a lo que después se ha caracterizado como transición nutricional, al incluir una elevada proporción de alimentos animales. En tercer lugar, las estimaciones realizadas ilustran de nuevo, como observábamos también en Barcelona, que la composición de las dietas debió estar muy condicionada por las condiciones de abastecimiento de cada zona, al menos hasta que las mejoras en los transportes y las técnicas de producción y conservación, facilitaron el acceso de los distintos núcleos de

población a las diversas clases de alimentos. Por último, el diferente consumo de productos como el chocolate o las patatas, en uno y otro centro, sugiere que en la composición de las dietas también intervinieron otros factores más difíciles de estimar, aunque de incidencia menos remarcable que los anteriores.

CUADRO 2: CONSUMO DE LOS PRODUCTOS QUE SE INDICAN Y ESTRUCTURA DE LAS DIETAS EN LOS HOSPITALES DE S. JAUME Y CLÍNICO.

	Consumo/estancia/día		Distribución %			
			Calorías		Proteínas	
	S. Jaume	Clínico	S. Jaume	Clínico	S. Jaume	Clínico
	1905	1909	1905	1909	1905	1909
Clases de productos						
Vegetales			62,37	46,64	56,58	41,62
Pan	gr. 612,41	394,21	51,43	28,67	46,43	23,49
Arroz	gr. 32,76	11,58	3,74	1,14	2,45	0,68
Patatas	gr. 53,11	324,12	1,43	7,57	1,14	5,45
Judías	gr. 7,97	16,08	0,90	1,58	1,74	2,76
Garbanzos	gr. 4,60	35,37	0,59	3,91	1,03	6,21
Pastas sopa	gr. 35,87	36,33	4,28	3,76	3,80	3,03
Cárnicos			13,08	15,01	31,60	32,92
Carne	gr. 156,95	208,04	12,28	14,10	28,98	30,20
Gallinas	gr. 14,53	19,29	0,80	0,92	2,61	2,73
Otros	gr.					
Pescados			0,16	0,67	1,07	4,15
Bacalao	gr. 3,98	4,82	0,16	0,16	1,07	1,02
Frescos	gr.	22,19		0,51		3,14
Otros de animales			6,26	15,49	9,92	20,70
Huevos	u. 0,31	0,35	1,46	1,43	3,20	2,81
Leche	cl. 20,33	68,90	4,80	14,06	6,72	17,90
Varios			18,13	22,18	0,85	0,60
Tocino	gr. 14,66	19,29	3,70	4,22	0,37	0,38
Aceite	cl. 3,08	3,82	9,06	9,73	0,48	0,22
Vino	cl. 18,38	23,40	4,30	4,72		
Chocolate	gr. 7,76	4,50	0,80	0,40		
Azucar	gr. 2,02	26,37	0,27	3,11		

Fuente: A partir del *Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona* (1906-1923) y de las mismas fuentes del cuadro 1.

Nota: (a) La inexistencia de cifras indica que el consumo era inexistente o despreciable.

Sobre la primera cuestión no insistiremos más. La gran estabilidad que observa a largo plazo las composiciones de las dietas en el Hospital de Sant Jaume, y la similitud de estas dietas con las del Clínico, especialmente con respecto a la participación en cada una de ellas de los grandes grupos de alimentos, animales y vegetales, no creemos que sean fenómenos casuales. Antes al contrario, creemos que forman parte de unas tendencias de mayor alcance, que se explican, sobre todo, por las necesidades alimenticias de los colectivos analizados y la importancia de las prescripciones médicas. Consideremos más detenidamente las otras cuestiones.

En nuestro estudio sobre Barcelona, ya destacamos la intensa expansión que experimentó en esta ciudad el consumo de proteínas animales entre la década de 1880 y la Primera Guerra Mundial, como resultado del creciente consumo de carne, leche y huevos³³. En este período, el consumo medio de carne en canal habría pasado de unos 38 a unos 43 kg por habitante y año, y el de leche de menos de 15 l a unos 60. Paralelamente, el consumo de huevos se habría incrementado desde cerca de 90 unidades a unas 135, y el de pescado (fresco y salado) se habría mantenido muy estable en torno a 18,5 Kg. Según los datos que aportamos ahora, sin embargo, en 1909 el consumo de carne en el Clínico se situó entre 70 y 80 kg, el de leche superaba ampliamente los 200 l, y sólo para los huevos y el pescado el consumo era similar o inferior. El consumo de huevos se situó en unas 127 unidades y el de pescado en 10 kg. Estos últimos resultados no deberían sorprender.

Como apuntábamos en aquel estudio, el consumo de huevos en Barcelona se difundió con mucha rapidez desde finales del siglo XIX, como resultado de su buena adaptación a las nuevas exigencias alimentarias que generaba la vida urbana. Con los huevos podía elaborarse una amplia gama de platos en poco tiempo y utilizando además poca energía. Así y todo, tampoco en este caso deberíamos descartar que su consumo fuera inicialmente más elevado en los centros hospitalarios de la ciudad, y que lo que se produjo en los años siguientes fue, principalmente, una convergencia de trayectorias entre las pautas urbanas de consumo y las hospitalarias. Raventós señalaba en este sentido en 1923, que “las preferencias por la leche y los huevos podían ser hijas de los consejos que se dan a los enfermos y que se los aplican los que están sanos para satisfacer su gula”³⁴. Con respecto al consumo de pescado, recordemos de nuevo que en Barcelona se consumía sobre todo pescado salado, poco recomendable en muchos casos de enfermedad, y que el consumo de pescado fresco todavía era por entonces muy reducido, a causa de su fácil deterioro. Así, mientras que en el conjunto de la ciudad se

³³ Nicolau y Pujol (2005).

³⁴ Raventós (1923, pp.30-31).

consumieron unos 8,5 kg por habitante y año de pescado fresco y unos 10 kg de salado entre 1900 y 1914, el consumo medio de pescado fresco en el Clínico fue similar, y el de pescado salado no llegó a los 2 kg.

Con respecto a Olot todavía no podemos proponer resultados similares, porque las informaciones disponibles sobre la alimentación del municipio son menos abundantes y más difíciles de contrastar. Con todo, las memorias médicas existentes para el siglo XIX y otras informaciones posteriores, apuntan en una misma dirección. Esto es, que el consumo de proteínas animales no empezó a aumentar hasta las últimas décadas del ochocientos, y cuando su consumo ya era elevado a nivel hospitalario. En aquellas memorias, se destaca que el consumo de alimentos animales estuvo muy concentrado en los grupos de mayores ingresos hasta la década de 1880, y que cuando este consumo se incrementó en los años siguientes, primero lo hizo como resultado de una mayor ingesta de carne y después de leche. Con respecto a este alimento, más tarde incluso que en Barcelona y, de nuevo, después que en el Hospital de Sant Jaume ya alcanzara una cierta importancia en torno a 1905. En las memorias médicas de 1822 y 1849, por ejemplo, se señalaba que en la localidad era muy común el consumo de distintas clases de sopas (con patatas, nabos y judías) y pan elaborado con diferentes harinas (fajol, maíz, habas y otras leguminosas), pero que el consumo de carne, vinos añejos y huevos sólo era destacable entre las clases acomodadas. Los médicos que elaboraron aquellas memorias también observaban el abuso que se hacía entre la población de vinos adulterados y carne salada de cerdo, producida en las mismas casas particulares como complemento de la dieta familiar, y sólo hacían referencia a la leche por su utilidad terapéutica³⁵. Indicaban que el exceso de carnes saladas y vino conducía a un abuso de leche de cabra o de burra y de suero “que en abundancia se consume principalmente de la primera dentro de la villa y del tercero en ella y las aldeas, con el fin de corregir los precitados vicios de sangre”³⁶. Sobre la precariedad existente y la importancia del autoconsumo, asimismo, en 1849 Casellas señalaba que el bosque de Tosca, al lado mismo de Olot, se había convertido en un verdadero “patrimonio de los pobres del término y de algunos circunvecinos”, ya que de él conseguían obtener, con no poco esfuerzo, “trigo, mezcladizo, centeno, maíz, fajol...habichuelas, patatas, calabazas y varias hortalizas”. Unos años después, en 1879, Bassols i Prim recordaba de nuevo que “antes las clases pobres consumían pan de centeno y poca carne”, pero añadía que esta situación había empezado a cambiar, al ser cada vez más común el consumo de pan de trigo o mezcladizo y “el consumo de

³⁵ El vino o era alcoholizado procedente del Empordà o se trataba de vino “verde porque nunca llega a sazonar bien su uva y es el de más uso entre los pobres” (Casellas (1849, p.31))

³⁶ Torà (1822) y Casellas (1849 y 1856, pp. 27-50 y 59).

substancias nitrogenadas o de carne". Este médico también destacaba el consumo de carne salada de cerdo, pero ahora tras el sacrificio de los animales en el matadero municipal. Sobre la leche, el pescado e incluso los huevos no hacía ninguna mención³⁷. Con respecto al primero de estos productos, Pujol y Pujolar informaban más tarde que su consumo no empezó a difundirse hasta después de 1900 y que no alcanzó niveles relativamente importantes hasta la década de 1920³⁸. Con respecto a la ingesta de carne no podemos decir mucho más. Es muy probable que continuara aumentando hasta principios de aquella década, cuando se alcanzaron unos niveles medios de consumo por habitante y año de casi 55 kg de carne en canal, y que después, al igual que se observa en Barcelona y otras ciudades, el consumo tendiera a estancarse o reducirse. Según las estadísticas del matadero municipal, el consumo en Olot se situó en unos 58 kg por habitante y año en 1928³⁹.

Los razonamientos anteriores no significan que las dietas hospitalarias fueran el origen de los cambios alimentarios que se difundieron en el conjunto de la población desde finales del siglo XIX. Sí creemos, sin embargo, que aquellas dietas influyeron en el comportamiento de los consumidores por dos motivos. De un lado, porque reflejaban lo que médicamente se consideraba más apropiado, según los conocimientos nutricionales del momento. Del otro, porque también reflejaban, probablemente por el mismo motivo, el tipo de alimentación que era más común entre los sectores de rentas altas. Con todo, la evolución del consumo también debió estar condicionada, como señalábamos antes cuando comentábamos el cuadro 2, por las distintas posibilidades de abastecimiento de aquellos núcleos de población. Así se explicaría mejor, desde nuestro punto de vista, la diferente presencia que tenía en una y otra localidad y centro hospitalario, el consumo de pescado y leche fresca, en el primero de estos productos hasta muy entrado el siglo XX.

De un lado, el pescado fresco en condiciones apropiadas era más fácil de conseguir en Barcelona que en Olot, donde a menudo llegaba deteriorado procedente de Rosas⁴⁰. Con respecto a la leche, del otro, recordemos que su producción de forma especializada se inició antes en Barcelona y su entorno que en comarcas como la Garrotxa, donde diferentes

³⁷ Bassols i Prim (1879, p.50)

³⁸ Pujol (1906, p.10) señalaba que "Desde hace poco tiempo se ha desarrollado en los alrededores de esta población una gran afición a la cría de vacas suizas". Ver también Pujolar (1929) y (Fons d'Administració Local: Inspección sanitaria de alimentos y bebidas, (c-1709)).

³⁹ Rossell i Vilar (1921) y AHCO (Fons d'Administració Local, (c-1579 y 1739)). Este consumo era claramente superior al de Barcelona para los mismos tipos de carne, al situarse en la capital en menos de 50 kg en 1914 y poco más de 30 en torno a 1933.

⁴⁰ Es ilustrativa la constante preocupación de los técnico municipales sobre el estado higiénico de este alimento (AHCO (Fons d'Administració Local, (c-1711))). Rosas se situa al norte de la Costa Brava.

circunstancias retardaron la expansión del nuevo sector. En efecto, a pesar de la importancia agrícola y ganadera de aquella comarca, otros trabajos ya han destacado que fue en cambio en Barcelona donde antes se inició la difusión de las nuevas razas lecheras, suizas y holandesas, y que este proceso no afectó a las zonas rurales más alejadas de la capital hasta una o dos décadas después⁴¹. Hasta que esto no sucedió, la reducida producción lechera en aquellas zonas se utilizaba principalmente para la cría de ganado de carne o labor, por lo que la leche sólo intervenía en la alimentación humana de forma limitada y en circunstancias especiales⁴². Con respecto al pescado salado, paralelamente, es probable que su menor consumo en Olot fuera consecuencia de la mayor facilidad de este municipio para proveerse de carne, y así parecen indicarlo los mayores niveles de consumo de este alimento en aquella localidad con respecto a Barcelona⁴³. Finalmente, las distintas posibilidades de abastecimiento también creemos que debieron propiciar un mayor consumo de judías, garbanzos, azúcar y café en Barcelona, y de arroz en Olot. En el primer caso, por estar Barcelona mejor conectada con las zonas de producción y ser éstas muy diversas. En el segundo, por estar Olot relativamente cerca de la zona productora de l'Empordà.

Esta línea explicativa debe sin embargo matizarse, cuando intentamos explicar el distinto consumo de patatas que se hacía en aquellos centros hospitalarios con anterioridad a 1914: muy elevado en el Clínico y claramente inferior en el Hospital de Sant Jaume. Olot, concretamente, se convirtió en una importante zona productora de aquel tubérculo a finales del siglo XIX y a partir de entonces, como veremos en el siguiente apartado, su consumo debió ser elevado entre los pobres de la localidad⁴⁴. Así pues, no parece que su menor consumo en el hospital de Olot pueda imputarse a problemas de producción, sino más bien a otras circunstancias más difíciles de determinar. Por ejemplo, a la diferente calidad de aquel alimento en una y otra zona, o a las diferentes preferencias de unos y otros colectivos con respecto a su consumo. En el caso de las patatas, además, no debemos olvidar una última circunstancia. Su explotación continuada exigía renovar periódicamente las variedades sembradas, importándolas normalmente de Francia y Gran Bretaña, y esta actividad también se inició antes en las zonas

⁴¹ Pujol (2002a, 2003) y Nicolau y Pujol (2005)

⁴² Torà (1822), Casellas (1849 y 1856), Bassols i Prim (1879), Pujol (1906, p.10) y Pujolar (1929), o también Pujol (2002a y 2002b). El tardío consumo de leche también es observable en la localidad de Camprodón, más cercana a los Pirineos (Sau y Santaló (1928, pp. 49-51)).

⁴³ Mientras que en Barcelona se consumían en torno a 40 kg. de carne en canal por habitante y año en la década de 1920, en Olot se consumían más de 50.

⁴⁴ Pujol (2002b). Em 1908 se plantaban en el municipio unas 70 ha de patatas buffet, que superaban en extensión las siembras de habas, judías y otros cereales menores, y en 1926, seguidamente, estas plantaciones se situaron en torno a las 137 ha. Con todo, las siembras más importantes siempre fueron de trigo (500 y 350 ha respectivamente) y maíz (450 y 514 ha) (AHCO (Fons d'Administració Local, ll. 1739, 1751)).

proveedoras de Barcelona, tanto con respecto a las variedades tempranas como a las más tardías, que se producían en distintas comarcas⁴⁵. Es muy probable, por tanto, que el abastecimiento de patatas fuera más estable en Barcelona que en Olot, al ser en la Garrotxa más estacional, y que la calidad de las patatas que llegaban al consumo también fuera mayor en la primera de aquellas localidades. Desde Olot, de hecho, este tubérculo también se exportaba a otros centros de consumo, y es probable que las clases exportadas fueran las de mayor calidad. Con respecto a la elevada presencia de chocolate en las dietas del Hospital de Jaume y a su menor presencia en el Clínico, por último, sólo podemos proponer, como hipótesis, que su consumo debía estar muy concentrado entre los frailes y monjas que cuidaban de los enfermos. En cualquier caso, no debemos olvidar que era un producto muy marginal en la dieta de aquellos centros y que su consideración no altera las principales líneas argumentales que intentamos sustentar.

3.2. Las dietas de La Caritat y el predominio de alimentos de origen vegetal.

Las informaciones sobre las dietas de La Caritat cubren un período de tiempo más corto, aunque relevante, por ser anuales y reflejar la situación existente durante los años de la Primera Guerra Mundial y la década de 1920. Pero como en el caso anterior, aunque por distintos motivos, tampoco resulta fácil en este caso establecer de forma precisa las dietas medias de tres raciones que se suministraban en el centro. Las fuentes consultadas sólo informan sobre dos variables: los gastos monetarios que realizaba la institución en las distintas clases de alimentos, y el número total de comidas suministradas, según sexo (hombres y mujeres), edad (adultos y menores) y tipo de comida (desayunos, almuerzos y cenas). Para estimar pues las dietas medias en términos físicos y otros indicadores como los utilizados anteriormente: (a) hemos aplicado a aquellos valores los precios medios de los alimentos vigentes en el mercado de la localidad entre 1914 y 1929, o los que se consignaban al mismo tiempo en el Hospital de Sant Jaume; y (b), una vez estimadas las cantidades consumidas de cada alimento, hemos calculado la dieta de una estancia completa dividiendo previamente por tres el número total de comidas suministradas. Salvo en lo referente a la distribución de los gastos monetarios entre las distintas clases de alimentos, en síntesis, los indicadores que seguidamente utilizaremos tan sólo deben considerarse, por ahora, como unas primeras estimaciones de las dietas que se proporcionaban en aquella institución.

En primer lugar, destaquemos que estas dietas, como las hospitalarias, también debieron ser relativamente completas, en términos nuevamente de calorías y proteínas. Según

⁴⁵ Pujol (2002b).

nuestros cálculos, una estancia media de tres raciones en La Caritat debía proporcionar diariamente, por lo general, entre 2.300 y 2.600 kcal y entre 70 y 90 gr de proteínas. En segundo lugar, las estimaciones que hemos realizado también muestran que la composición de aquellas dietas era muy diferente de las que se suministraban al mismo tiempo en el hospital de la localidad, al ser muy inferior la presencia que tenían en ellas los alimentos de origen animal. Como se ilustra ahora en el cuadro 3, el consumo de estos alimentos en La Caritat no sólo era casi inexistente con respecto al pescado fresco. También era muy reducido con respecto a la carne, los huevos y la leche, y en este último caso, a pesar de suministrar anualmente la institución entre 15 y 20.000 comidas a menores. En el caso de La Caritat, asimismo, el consumo de grasas animales (tocino y manteca) era particularmente elevado, el consumo de chocolate y azúcar casi despreciable y sólo tardíamente se incorporó el de vino. En el caso del colectivo que estamos considerando, en definitiva, las dietas se componían en una proporción muy elevada de pan, arroz, patatas, legumbres y pastas de sopa. Los gastos realizados en estos productos superaron normalmente el 70% de los gastos totales en alimentos, y sus aportaciones concentraron entre el 80 y el 90% de las calorías suministradas y una proporción incluso mayor de las proteínas ingeridas.

CUADRO 3: CONSUMO DE LOS PRODUCTOS QUE SE INDICAN Y ESTRUCTURA DE LAS DIETAS EN LA CARITAT.

		Consumo/estancia			Distribución %								
		1914	1921	1928	Gastos monetarios			Calorías			Proteínas		
					1914	1921	1928	1914	1921	1928	1914	1921	1928
Clases de productos					97,5	95,4	96,8	100	100	100	100	100	100
Vegetales					78,7	73,1	66,7	87,5	91,3	83,6	97,1	96,3	93,0
Pan	gr.	534,36	533,76	543,80	43,6	44,6	40,9	51,3	49,9	52,1	51,9	43,2	52,5
Arroz	gr.	71,21	76,55	70,20	9,4	6,2	5,3	9,3	9,7	9,1	6,8	6,1	6,7
Patatas	gr.	313,27	157,14	170,30	7,7	4,4	4,3	9,7	4,7	5,2	8,6	3,6	4,6
Judias	gr.	69,63	133,41	47,00	8,5	8,2	5,6	9,0	16,8	6,1	19,5	31,2	13,1
Garbanzos	gr.	15,17	30,08	37,12	2,3	3,0	4,7	2,2	4,3	5,4	4,3	7,2	10,6
Pastas sopa	gr.	43,33	44,34	40,80	7,1	6,6	5,9	5,9	5,9	5,6	5,9	5,0	5,5
Cárnicos					5,8	12,8	10,4	1,5	1,5	2,3	2,3	2,3	5,4
Carne	gr.	2,79	7,05	19,90	1,3	8,3	7,5	0,2	0,6	1,8	0,7	1,4	4,7
Butifarra	gr.	11,03	7,87	5,10	4,5	4,6	2,9	1,2	0,8	0,6	1,6	1,0	0,7
Pescados					0,2	1,1	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1	1,0	1,0
Bacalao	gr.	0,26	3,37	2,90	0,2	1,1	0,8		0,1	0,1	0,1	1,0	1,0
Pescado fresco	gr.												
Otros de animales						1,0	0,7		0,4	0,3		0,1	
Huevos	u.												
Leche	cl.		1,48	1,10		1,0	0,7		0,4	0,3		0,1	
Otros					12,8	7,3	18,2	11,1	6,7	14,0	0,5	0,4	0,5
Tocino	gr.	20,54	15,61	16,10	9,6	5,9	5,5	6,1	4,5	4,8	0,5	0,4	0,5
Aceite	cl.	1,19	0,69	1,95	3,2	1,4	5,4	5,0	2,3	6,5			
Vino	cl.			9,70			7,3			2,7			

Fuente: Ver texto y La Caritat (1915, 1917, 1925, 1929)⁴⁶.

Notas: (a) en los gastos monetarios el índice no suma 100 por existir una partida que no podemos desagregar, (b) Cuando no se indican cifras son 0.

⁴⁶ Los precios utilizados para convertir los valores monetarios en cantidades proceden del Hospital, de Danés i Torras (1991-2002, vol. XIX, pp.3.494-3497), del *Boletín del Instituto de Reformas Sociales* (Vols I y II (1915) y de *La Aurora Olotense, Montsacopa, El Eco Olotense y El Deber*. También hemos utilizado las informaciones existentes en AHCO (Fons Administració Local (c-1760, 1762 y 1739)).

En síntesis, las consideraciones realizadas hasta aquí resultan de nuevo razonables y permiten sustentar nuevas conclusiones. En primer lugar, no creemos arriesgado plantear que los cambios nutricionales que observábamos en Barcelona durante el primer tercio del siglo XX también se experimentaron en Olot, aunque en este caso de forma más lenta y tardía. En segundo lugar, los anteriores razonamientos corroboran asimismo que aquellos cambios estuvieron condicionados por diversas variables, que interactuaron a la vez, y entre las que destacarían, en particular: la evolución de la renta y su distribución, los cambios técnicos en la producción y comercialización de los alimentos, y la creciente influencia de los conocimientos médicos y sanitarios en el comportamiento de la población⁴⁷. En el próximo apartado desarrollaremos algo más la influencia de los cambios en la renta y su distribución.

4. ALIMENTACIÓN Y NIVELES DE VIDA EN OLOT ENTRE LAS DÉCADAS DE 1850 Y 1930.

Con diferentes informaciones del Ayuntamiento de Olot hemos elaborado el cuadro 4, en el que se ilustra la evolución que siguieron en el municipio los salarios de distintos oficios entre las décadas de 1890 y 1920. Con todas las limitaciones que tiene esta variable como indicador de los ingresos familiares, hay algunos aspectos que no deberíamos pasar por alto⁴⁸. En primer lugar, los salarios masculinos, tanto agrícolas como industriales, fueron muy estables hasta 1913. Los primeros pasaron de 2 a 2,5 ptas diarias a finales del siglo XIX, a entre 2,5 y 3 ptas en torno a 1906, y ya no se movieron prácticamente hasta el inicio de la guerra. Al mismo tiempo, los salarios agrarios pasaron de entre 1,75 y 2 ptas, a situarse entre 1,75 y 2,5 ptas en torno a aquel mismo año, y seguidamente también se mantuvieron muy estables hasta 1913. Con los salarios femeninos debió suceder algo parecido, aunque siempre se situaron por debajo de los masculinos. Tanto en la industria como en la agricultura se situaron entre 1 y 1,5 ptas en torno a 1908 y entre 1,5 y 2 ptas al inicio de la guerra. Una estadística más detallada de 1913, muestra además que no debían existir grandes diferencias en los salarios que se percibían en las principales empresas de la localidad. En Sacrest, los salarios mayoritarios de los trabajadores a los que no se les descontaban los días festivos, se situaban entre 14 y 16 ptas semanales. En este mismo intervalo se situaban los salarios que se pagaban en Aubert, Plana, Farrés, Castañer y Artigas, y en Masllorens y Descals, respectivamente, los intervalos iban de 10,5 a 19 ptas y de 15 a 25 ptas⁴⁹. En segundo lugar, y siguiendo las mismas tendencias observadas en otros

⁴⁷ Sobre los cambios de dietas a nivel regional, Cussó y Garrabou (2005).

⁴⁸ Sobre como interpretar la evolución de los salarios y los salarios reales durante los siglos XIX y XX, Scholliers (1996) y Scholliers y Zamagni (1995).

⁴⁹ AHCO (Fons d'Administració Local (c-1108)).

estudios para distintas localidades, las informaciones disponibles para Olot también muestran la expansión que experimentaron los salarios tras la guerra, y dos de sus principales características⁵⁰. De un lado, los salarios se incrementaron como reacción a los aumentos de precios y después de intensos conflictos entre obreros y patronos. Del otro, aquellas mejoras estuvieron acompañadas por una mayor diversidad salarial, por motivos que sólo podemos apuntar. Por ejemplo, porque la capacidad de negociación de los distintos colectivos obreros debía ser muy distinta, y/o porque los empresarios reaccionaron a las presiones salariales introduciendo nuevos incentivos, o diversificando más los salarios en función de distintos criterios. Esta diversidad se aprecia en parte en las estadísticas más detalladas que se elaboraron entre 1913 y 1917, en plena fase inflacionista. Según estas informaciones, el salario medio de zapateros y alpargateros se situó en torno a 3 ptas, el de mineros y herreros en 3,5, el de pintores y sastres en 4, el de metalúrgicos, curtidores y carpinteros entre 4,25 y 4,5, y el de cerrajeros y canteros entre 4,75 y 5 ptas. En el caso de los peones, en cambio, todavía se señalaban unos salarios de tan sólo 2,5 ptas por día de trabajo. Alrededor de 1927, seguidamente, otras informaciones indican que el salario más general debió situarse entre 6,5 y 7 ptas en el caso de los jornaleros agrícolas, y entre 7,5 y 8 ptas en el de los trabajadores de la industria y el sector comercial. Con todo, mientras que los cerrajeros percibían entre 8 y 9,5 ptas, y algunos obreros del "Arte fabril" hasta 10, los albañiles percibían entre 6,4 y 8,5 ptas y los peones entre 4,4 y 5,5⁵¹.

CUADRO 4: SALARIOS MASCULINOS POR DÍA DE TRABAJO EN OLOT (ptas).

	Agrícolas	Industr.	Diversos	Cerrajeros	Arte fabril	Albañiles	Peones
1877/87							
1896	2-1,75	2,5-2	2,25-2				
1897	2-1,75	2,5-2	2,25-2				
1897/98	2-1,75	2,5-2	2,25-2				
1898	2-1,75		2,25-2				
1898	2-1,75	2,5-2	2,25-2				
1899	2-1,75	2,5-2	2,25-2				
1906	2,5-1,75	3-2,5					
1907	2,5-1,75	3,5-2,5					
1908	2,75-2,5	3,25-2,75	3-2,25				
1909	2,75-2,5	3,25-2,75	3-2,25				
1910	2,25-2	3-2,5	4,0-3				

⁵⁰ Pujol (1999), Llonch (2001, 2004a, 2004b), Enrech (2004), y los estudios sobre salarios en Martínez Carrión (2002).

⁵¹ AHCO (Fons d'Administració Local (c-1739, 1760 y 1108)).

1911	2,25-2	3-2,5	4,4-3				
1912	2,5	3-2,5	4,0-3				
1913	2,5-2,25					4,25-3,75	
1914-1916				4,25			2,5
1917				4,75			2,5
1921						6,4-8,5	4,4-6
1922						6,4-7,5	4,4-5
1923						6,4-8,5	4,4-5,5
1927	6,5-7,5		7,5	8-9,5	8,0-9,0		

Fuente: A partir de AHCO (Fons d'Administració Local ((c: 1739, 1760 y 1108)).

Comparemos ahora estas informaciones, con los costes monetarios de las dietas que hemos estimado en los apartados anteriores. Según nuestros cálculos, una dieta media antes de la guerra se situaba en unas 0,77 ptas en el Hospital y en unas 0,45 ptas en La Caritat. Seguidamente, el coste de estas dietas se elevó hasta 1,76 y 0,95 ptas respectivamente en 1921, y ya no varió de forma significativa hasta 1936. Desde La Caritat se informaba que el coste alimentario de una estancia media de tres raciones se situó en 1.05 ptas en 1929, y desde el Hospital se estimaba que el coste de la dieta media de un enfermo se situaba, respectivamente, en 1,71 ptas en 1931 y en 1,84 en 1936⁵².

Antes de la guerra, por tanto, no parece que la mayoría de salarios que se pagaban en la localidad permitieran hacer frente a demasiados gastos, una vez cubiertas las necesidades de alimentos, si consideramos, tomando como referencia la dieta de un pobre en La Caritat, que una familia de cuatro miembros debía gastar fácilmente en su alimentación cerca de 1,80 ptas diarias. Con aquellos salarios, en definitiva, la unidad familiar tan sólo disponía de 0,70 a 1,20 ptas aproximadamente para atender sus otras necesidades (vestido, energía, habitación, ajuar...), por lo que resultaba imprescindible que mujeres y menores participaran en la percepción de ingresos. En este contexto, además, si consideramos que no siempre se podía trabajar por un salario, que había familias de cinco o más miembros y que la edad o el estado de salud de algunos de ellos no siempre les permitía realizar una actividad remunerada, no resulta arriesgado concluir que las dietas más comunes debían parecerse más a las de La Caritat que a las del Hospital. Tras la guerra, en cambio, todo parece indicar que esta situación tendió a mejorar, al menos para aquellos colectivos que consiguieron incrementar suficientemente sus ingresos. Con un salario diario de 7,5 ptas, sin embargo, el coste medio de la dieta de un pobre nos permite deducir que las familias de cuatro miembros que sólo dependían de aquel ingreso

⁵² La Caritat (1929). En el caso del Hospital hemos hecho el cálculo a partir de los gastos en alimentos y las estancias consignadas.

debían seguir dedicando a la alimentación cerca del 60% de su presupuesto, y siempre que aquel salario se percibiera con regularidad. Si utilizamos como referencia el coste medio de una dieta en el Hospital de Sant Jaume, aquel porcentaje superaría el 90%.

Ciertamente estos datos deben ser tomados con precaución, si queremos llegar a conclusiones más generales. De un lado, sabemos que un salario de entre 7 y 8 ptas para un adulto masculino era muy común en una amplia zona de la Catalunya rural, particularmente de Barcelona y Gerona, y que en la capital de la región, aunque el abanico de salarios era más amplio, los más comunes difícilmente superaban las 9 o 10 ptas.⁵³ Del otro, también es preciso recordar que la población de zonas como Olot tenía más fácil acceso a diversos alimentos sin pasar por el mercado, para consumirlos o venderlos, ya fuera por disponer de pequeños huertos, criar algunas gallinas o incluso un cerdo, o porque tenía la posibilidad de recurrir periódicamente a la caza, la pesca y la recolección de diversos frutos silvestres⁵⁴. Finalmente, los precios de muchos alimentos eran más altos en la capital, aunque su oferta fuera más estable y diversa, y lo mismo sucedía con los precios de los combustibles y la vivienda. En definitiva, mientras no conozcamos mejor estos aspectos de la vida de la población, es difícil sacar conclusiones sobre la evolución de los niveles de vida en los núcleos rurales y urbanos de Catalunya durante su industrialización. Con todo, las anteriores consideraciones creemos que nos permiten avanzar algunos resultados de interés, que pasamos seguidamente a sintetizar.

5. CONCLUSIONES.

El término niveles aplicado a una variable, sugiere inmediatamente la necesidad de medirla y de establecer al mismo tiempo un punto de referencia, con respecto al cual interpretar los resultados de la medición. Cuando hablamos de niveles de vida, sin embargo, es obvio que nos referimos a niveles de la calidad de vida, en tanto que es sobre esta variable, y no sobre la vida misma, sobre lo único que podemos decir algo razonable en términos socioeconómicos. Pero esta matización no facilita demasiado el problema a resolver, porque en la calidad de vida de una población intervienen demasiadas variables, no todas ellas igualmente cuantificables y agregables, y cuyo tratamiento exige, cuando las investigaciones se orientan en esta dirección, supuestos muy restrictivos y controvertidos. Una opción muy común para superar esta situación ha sido elegir los ingresos de la población como indicador de la calidad de vida, y acompañar en todo caso este indicador de otros más sofisticados, sobre la salud del colectivo estudiado, su

⁵³ Deu (1987), Maluquer de Motes (1989), Benaül, Calvet y Deu (1994), Camps (1995), Garrabou, Tello y Roca (1999), Llonch (2004b) y Enrech (2004).

⁵⁴ Estas prácticas todavía eran habituales tras la guerra, especialmente entre los habitantes de los barrios periféricos.

grado de alfabetización u otros aspectos que se consideran básicos en los niveles de vida. Con todo, la evolución de los ingresos sigue ocupando un lugar central en las elaboraciones y razonamientos que se proponen.

De un lado, esta opción es razonable porque con la expansión del mercado y la industrialización, los ingresos monetarios se fueron convirtiendo en la principal vía de acceso de la población a los bienes y servicios que definían y definen en cada momento los contenidos de la calidad de vida. Del otro, no hemos de perder de vista que los ingresos monetarios sólo son eso, un mecanismo de acceso, cuya importancia ha variado en el curso del tiempo y cuya relevancia tampoco ha sido la misma en distintos ámbitos geográficos en una fase determinada de aquellos procesos. Además, hoy en día disponemos de numerosos ejemplos sobre la reducida eficacia de aquel mecanismo, para el acceso estable de importantes segmentos de la población a una alimentación adecuada, a la sanidad o a la educación, y sobre el necesario desarrollo que han debido experimentar, en consecuencia, otras formas de acceder a estos bienes.

Por todos estos motivos hemos organizado la exposición como lo hemos hecho, aunque limitando de nuevo nuestro estudio a un solo aspecto de los bienes y servicios que influyen en la calidad de vida: la alimentación. Tras argumentar el interés de Olot como caso de estudio y destacar algunas características distintivas del Hospital de Sant Jaume y La Caritat, en primer lugar hemos analizado las dietas que se suministraban en aquellas instituciones y después, tras contrastarlas con otras informaciones, hemos comparado los procesos observados con la evolución de los salarios. Es decir, con una parte de los ingresos familiares que, como acabamos de indicar, ha tenido una importancia creciente en el tiempo como mecanismo social para el acceso de la población a los alimentos. De la exposición realizada creemos que podemos sacar las siguientes conclusiones.

En primer lugar, podemos concluir que el cambio nutricional que se inició en Catalunya a finales del siglo XIX fue un proceso muy generalizado, aunque más lento y tardío en el mundo rural, y que estuvo muy condicionado, a la vez, por tres variables: la evolución de los ingresos y su distribución, los cambios técnicos y científicos, y las diferentes posibilidades y limitaciones en las que se desenvolvían las poblaciones rurales y urbanas. En segundo lugar, también parece razonable concluir que la influencia de la clase médica en el desarrollo de aquellos procesos debió ser más importante de lo que acostumbramos a pensar y que esta circunstancia debería ser analizada con más detenimiento.

De la exposición realizada, asimismo, consideramos que pueden plantearse algunas hipótesis de trabajo para desarrollar mejor en futuras investigaciones. En primer lugar, parece

razonable plantear que las mejoras en los ingresos, cuando se produjeron, no sólo fueron resultado del crecimiento económico y la expansión del mercado. También fueron consecuencia de intensas presiones sociales, que contribuyeron a su vez a mejorar los niveles de vida de amplios grupos de población, al acentuar su cohesión interna y su capacidad de incidir en la vida social. En segundo lugar, los párrafos anteriores también permiten sustentar que la intensificación de los mecanismos de mercado fue poco eficaz para enfrentarse a nivel social a los problemas de higiene pública o al tratamiento de la pobreza, que generaba al mismo tiempo el crecimiento económico, por lo que, al menos en los casos más extremos (enfermos y pobres), tuvieron que articularse otros mecanismos complementarios para que la población pudiera acceder a una alimentación adecuada. En tercer lugar, también es importante destacar que el cambio en las dietas fue más lento en el mundo rural que en el urbano, probablemente por dos motivos: (a) porque la diversidad de alimentos disponibles se incrementó con más lentitud en el primero de ellos; y (b) porque en este ámbito coexistieron más tiempo otros mecanismos de acceso para obtener alimentos. En cuarto lugar, todo parece indicar que con el creciente protagonismo de los ingresos monetarios aparecieron nuevos problemas distributivos que condicionaron el acceso de la población a los bienes y servicios que definían en cada momento la calidad de vida, y de ahí las profundas diferencias que seguían existiendo en los años veinte y treinta. Así, aunque la alimentación tendió a mejorar a nivel general, mientras que esta mejora se manifestó sobre todo en un acceso más estable de la población con menos ingresos a las dietas de base vegetal, las mejoras en la ingesta de proteínas animales tendieron a concentrarse, sobre todo, en las clases medias y altas.

A partir de los anteriores razonamientos, por último, creemos que los estudios sobre la calidad de vida deberían enfocar mejor algunas cuestiones. De un lado, pensamos que estos estudios deberían distinguir más claramente entre los mecanismos de acceso a los distintos bienes y servicios que han ido configurando la cesta de variables que definimos como niveles de vida, de los contenidos concretos de esta cesta, y, en consecuencia, que no deberían mezclar sus respectivos indicadores con agregaciones controvertidas y difíciles de interpretar. Del otro, también pensamos que tanto aquellos mecanismos como los contenidos mismos de la calidad de vida están a su vez integrados por diversas variables, y que su distinción resulta indispensable. No es lo mismo la caridad privada que la beneficencia pública y/o la corresponsabilidad social, para hacer frente a las situaciones de marginalidad, ni pueden equipararse las distintas formas de conseguir un salario, por día, semana o año, y defenderlo. Tampoco es lo mismo conseguir una dieta considerada correcta en un determinado momento, utilizando el trabajo de los menores de edad, que sin utilizar este recurso. Por último, también pensamos que cuanto más precisos

seamos en la caracterización de los mecanismos de acceso y en los contenidos concretos de la calidad de vida en cada momento del tiempo, no sólo nos enfrentaremos a problemas conceptuales sino también metodológicos. De un lado, porque tanto unos grupos de variables como los otros han tendido a variar, en respuesta a los cambios técnicos y científicos, las preferencias de los consumidores, la evolución y distribución de la renta y el marco institucional. Del otro, y no menos importante, porque muchas de aquellas variables están a menudo correlacionadas entre sí. Pero estas circunstancias, que son sin duda un problema para determinadas agregaciones y análisis estadísticos, forman parte de hecho del mismo objeto de estudio que intentamos analizar, por lo que su tratamiento debería estimular otras aproximaciones⁵⁵.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio forma parte del proyecto financiado por la DGICYT (SEJ2004-00799/ECON) "Alimentación, mortalidad y niveles de vida (España, siglos XIX y XX)" (ALMONI). Agradecemos los comentarios recibidos de G. Feliu, G. Munda, M. Cabeza, X. Cussó, R. Garrabou, J.M. Alier, C. Sarasúa y M. Llonch, las observaciones realizadas a una primera versió del texto por los asistentes al Congreso sobre "Condiciones de vida en el mundo rural" (Lleida 14/16 Abril 2005) y muy especialmente a los comentarios críticos de los evaluadores de esta revista. También agradecemos la colaboración prestada por los miembros del Arxiu Històric Comarcal d'Olot (AHCO), el Arxiu de la Reial Académica de Medicina de Catalunya (ARAMC) y el Arxiu Històric Nacional de Catalunya (AHNC).

REFERENCIAS

- ALSINA, CI., FELIU, G., MARQUET, LI (1996): *Diccionari de mesures catalanes*. Barcelona, Curiel.
- ANGUERA, P. (1990): *Hospital de San Joan de Reus: 1240-1990*. Hospital de S.Joan de Reus.
- BARBANY, C. (1999): *L'Hospital de Granollers*. Barcelona, Lunwerg.
- BENAUL, J.M., CALVET, J., DEU, E. (1994): *Industria i ciutat. Sabadell, 1800-1980*, Barcelona, Publicacions Abadía de Montserrat.
- BENAVENTE, J. y NICOLAU, R. (1990): "La Població". En *Història Econòmica de la Catalunya Contemporània, s. XIX*. Barcelona, Enciclopedia Catalana, pp. 11-120
- BARRY, J. y JONES, C. (ed.) (1991): *Medicine and charity before the welfare state*. London, Routledge.
- BASSOLS y PRIM, A. (1879): *Estudio topográfico-médico de Olot*. Ejemplar manuscrito. Arxiu de la Reial Académica de Medicina de Catalunya..

⁵⁵ Una discusión sobre algunos aspectos de estos problemas en Munda (2005).

- BOLÓS, María de (1977): *La comarca de Olot*, Barcelona.
- BOLÓS, María de (1976) : “Evolución del núcleo textil de Olot a partir de mediados del siglo XVIII”. *Primer Simposio Nacional sobre la industria textil*. Tarrassa, Museo Provincial Textil, pp.177-184.
- BRUGUÉS, G. (2000): *Historia de la Casa de la Caridad: Barcelona, 1362-1957*. Barcelona.
- CAMPS, E. (1995): *La formación del mercado de trabajo industrial en la Cataluña del siglo XIX*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- CANAL i MORELL, J. (1986): “L’any 1890 a Olot. El moviment obrer vist des d’una òptica conservadora”. *Annals*, Patronat d’Estudis Històrics d’Olot i comarca.
- CARRERAS, A. Y TORRA, L. (2004): *Història Econòmica de les fires a Catalunya*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- CASELLES, P. (1849): *Ensayo topográfico-filosófico-médico o sea reseña circunstanciada de la sociedad y de los habitantes de la Muy Leal Villa de Olot*. Barcelona.
- CASELLES, P. (1856): *Observaciones médicas atmosférico-topográficas de la villa de Olot y sus inmediaciones presentadas a la M. Ilre Academia de Medicina y Ciencia de Barcelona*. Ejemplar manuscrito, Arxiu de la Reial Académica de Medicina de Catalunya..
- COLL, S., KOMLOS, J. (1998) “The biological standard of living and economic development: nutrition, health and well-being in historical perspective” en NUÑEZ, C:E, (ed.) *Debates and Controversies in Economic History*. Madrid. Fundación Ramón Areces. Pp 219-282.
- COLOMÉ, J., SAGUER, E., VICEDO, E. (2002) : “Las condiciones de reproducción económica de las unidades familiares campesinas en Cataluña a mediados del siglo XIX”. En J.I. Martínez Carrión, *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII-XIX*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp.321-358.
- CRAFTS, N.F.R., (1997a): “The Human Development Index and changes in the standard of living: some historical comparisons”, European Review of Economic History, nº 1, pp. 299-322.
- CUÉLLAR i BASSOLS, A (1991): *La Caritat en el seu 75é aniversari. Entitat benèfica particular*. Olot.
- CUSSÓ, X., i GARRABOU, R (2005) "La transició nutricional a la Catalunya contemporània 1780-1936". Pendiente de publicación en Recerques.
- DANÉS i TORRAS, J. (1999-2002), *Historia de Olot*, vols: II, XVII, XVIII, XIX, XX y XXV. Olot, Edicions Municipals, Ajuntament d’Olot.
- DASGUPTA, P. (1993): *An Inquiry into Well-Being and Destitution*. Oxford, Clarendon Press.
- DEU, E. (1987): “Les condicions materials dels obrers sabadellencs en el primer quart del segle XX”, *Arraona*, 1, pp. 43-52.
- ENRECH, C. (2004): “Conflictivitat, gènere i raqionalització dels temps de treball (1891-1919)”. En M. Llonch, *Treball textil a la Catalunya contemporània*, Lleida, Pagès Editors, pp.95-112.
- FERRÁNDIZ, J. (1983): *Història de l’Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell: 1283-1983*. Sabadell, Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell.
- FOGEL, R. (1997): “New findings on secular trends in nutrition and mortality:. Some implications for Population Theory”. En M. Rosenberg y O. Stark (ed.),

- Handbook of population and family economics*, Amsterdam, Elsevier, pp. 433-473.
- FONTANA, J. (1980): “Crisi camperola i revolta catalana”, *Recerques* nº10, pp.7-16.
- FONTANA, J. (1992): *La Historia después del fin de la historia: reflexiones acerca de la situación actual de la ciencia histórica*. Barcelona, Crítica.
- GARRABOU, R., PUJOL, J., COLOMÉ, J. y SAGUER, E. (1992) : « Estabilidad y cambio en la explotación campesina (Cataluña s. XIX-XX). En R. Garrabou (e.), *Propiedad y explotación campesina en la España contemporánea*, Madrid, MAPA, pp. 15-92.
- GARRABOU, R., TELLO, E. y ROCA, A. (1999): “Preus del blat i salaris agrícoles a Catalunya (1720-1936)”. En A. Carreras et altri (eds), *Industrialització i desenvolupament econòmic d’Espanya*. Vol I, Barcelona, Universitat de Barcelona, pp. 423-454.
- GONZÁLEZ UGARTE, M^a Eugenia y PÉREZ CASTROVIEJO, Pedro (2004): “Evolución económica y sanitaria des enterprises hospitalières: les hospiteaux basques (1800-1936), en Ch. Bouneau et A. Fernández (dir), *L’entreprise publique en France et Espagne, 18^e-20^e siècles*, Maison des Sciences de l’Homme d’Aquitaine, pp. 235-255.
- GRENSHAW, L. y PORTER, R. (1989): *The Hospital in history*. London and NY, Routledge.
- IGLÉSIES, J. (1961) : *El movimiento demográfico en Cataluña durante los últimos cien años*. Barcelona, Memorias de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona.
- LA CARITAT (1915,1917,1925,1929): *Memorie(s) de la gestió realitzada per aquesta Junta.....*, Olot.
- LLONCH, M. (2001): “La evolución de los salarios en la industria textil catalana (1891-1936). En C. Arenas, A. Florencio y J. Pons (eds), *Trabajo y relaciones laborales en la España contemporánea*. Sevilla, Mergablum, pp. 237-252.
- LLONCH, M. (2004a): “Jornada, salarios y costes laborales en el sector textil catalán (1891-1936). *Revista de Historia Industrial*, nº26, pp.101-140.
- LLONCH, M. (2004b): “La feminització del treball tèxtil a Catalunya (1891-1959)”. En M. Llonch, *Treball tèxtil a la Catalunya contemporània*, Lleida, Pagès Editors, pp.77-94.
- LLUCH, E. (1980): “La revolució industrial a la Garrotxa (1777-1822). *IV Assemblea d’Estudis del seu Comptat, vol I*. Amics de Besalú, Camprodón, pp. 279-303) (también en *Annals de l’Institut d’Estudis Gironins*, vol XXV-II (1981, pp.193-230).
- MADOZ, P. (1845-1850): *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. Madrid. Ver también *Articles sobre el Principat de Catalunya, Andorra i zona de parla catalana del regne d’Aragó al “Diccionario...”*, Barcelona, Curial (1985).
- MADRAZP, S. (1984): *El sistema de transportes en España*, Madrid, Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, Turner.
- MALUQUER DE MOTES, J. (1989): “Precios, salarios y beneficios. La distribución funcional de la renta”. En A. Carreras (Coord), *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX-XX*, Madrid, Fundación Banco Exterior.
- MANDLER, P. (ed) (1990): *The Uses of Charity: the poor on relief in the Nineteenth-century metropolis*. Philadelphia, U. of Pennsylvania Press.

- MARSAL, M. (2002): *Pobreza y beneficencia pública en el siglo XIX español*. Valladolid, Lex Nova.
- MARTÍNEZ CARRIÓN, J.M. (ed) (2002): *El nivel de vida en la España rural, siglos XVIII-XX*. Publicaciones Universidad de Alicante.
- MASCARÓ CASTANYER, J.M^a (1914): *Topografía médica de Bañolas* (1912). Gerona.
- MILLET, A. (1798): *Topografía médica de Vic*. Edición de José Manuel López (1992), Barcelona.
- MOKYR, J., STEIN, R. (1997): "Science, health and household technology: the effect of the Pasteur revolution on consumer demand", en T.F. Bresnahan and R.J. Gordon, *The economics of new goods*. Chicago, 143-205.
- MUNDA, Giuseppe (2005) "Measuring sustainability": A Multi-Criterion framework", , *Development and Sustainability*, vol 7, n^o1, pp. 117-134
- NADAL, J. (dir.): *Atlas de la industrialización de España, 1750-2000*. Barcelona, Fundación BBVA y Ed Crítica.
- NICOLAU, R. y PUJOL, J. (2005): "El consumo de proteínas animales en Barcelona entre las décadas de 1830 y 1930: evolución y factores condicionantes", en curso de publicación en *Investigaciones de Historia Económica*.
- NUSSBAUM, M. and SEN, A. (eds.): *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press.
- PALOMER i PONS, J. (1983): *El desenvolupament de la indústria del punt a Olot, s.XVIII-XIX*. Ajuntament d'Olot, Olot.
- PALUZIÉ, E. (1860): *Olot, su comarca, sus extinguidos volcanes, su historia civil, religiosa y local, biografías de sus hijos más notables en letras, armas, etc*. Barcelona.
- PASCUAL, P. (1987-1988): "La Diputació i la modernització de la xarxa viària catalana: 1840-1868", en B. de Riquer, *Història de la Diputació de Barcelona*, Barcelona, Diputació de Barcelona, vol. I, pp. 142-195.
- PASCUAL, P. (1999): *Los caminos de la era industrial*. Barcelona. Monografías de historia industrial.
- PLADEVALL, A., PRADES, I., y ROCAFIGUERA, F. (coord.) (2000) : *Hospital de la Santa Creu de Vic: història d'una institució assistencial*. Vic, Hospital de la Santa Creu.
- PUJOL, J. (1999): "Trabajo asalariado y actividad agraria en Can Codorniu: un caso excepcional en la explotación del viñedo catalán durante el primer tercio del siglo XX". En A. Carreras, P. Pascual, D. Reher, C. Sudrià. *Doctor Jordi Nadal. La industrialización y el desarrollo económico de España*. Vol. I. Publicaciones Universidad de Barcelona, pp. 479-506
- PUJOL, J. (2002a): "Especialización ganadera, industrias agroalimentarias y costes de transacción: Cataluña, 1880-1936". *Historia Agraria*, n^o27, 2002, pp. 191-219.
- PUJOL, J (2002b): "Cap a una nova interpretació del capitalisme agrari a Catalunya fins la guerra civil". *Estudis d'Història Agrària*, n^o15, 2002, pp. 19-56.
- PUJOL, J. (2003): "Sobre los orígenes de la industrialización en el sector alimentario: Cataluña, 1880-1935". En C. Barciela y A. Di Vittorio, *Las industrias agroalimentarias en Italia y España Durante los siglos XIX y XX*. Universidad de Alicante, 2003, pp.245-278.
- PUJOL, T (1906): "Sobre la ramaderia en la comarca olotina" (separata).

- PUJOLAR, R. (1929): *Como se ha evitado la adulteración de la leche en la ciudad de Olot*. Olot.
- RAVENTÓS, J. (1923): *L'alimentació humana*. Barcelona, Mancomunitat de Catalunya.
- RIU, M. et altri (2001): *L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 1401-2001*. Barcelona, Lunweg.
- SANAHUJA, P. (1944): *Historia de la beneficencia en Lérida*. Lérida, Escuela Provincial.
- SAU y SANTALÓ, J. (1928): *Topografía médica de la comarca de Camprodon*. San Feliu de Guixols.
- SCHOLLIERS, P. (1996): *Wages, manufacturers, and workers in the nineteenth-century: the Voortman Cotton Mill in Ghent*, Oxford, Berg Publishers.
- SCHOLLIERS, P. and ZAMAGNI, V. (eds.) (1995): *Labour's reward : real wages and economic change in 19th and 20th century Europe*, Aldershot, Edward Elgar.
- PUBLICACIO Milano : Università Bocconi, 1994
- SEN, A. (1987) *The standard of living*, Cambridge. C.U.P.
- SIMÓN TARRÉS, A. (1992/1993): "Desindustrialización y movimientos migratorios en la Cataluña del Ochocientos. El caso de la ciudad de Olot". *Annals*, Patronat d'Estudis Històrics d'Olot i Comarca, pp. 200-215.
- TAYLOR, A.J. (ed.) (1986): *El nivel de vida en Gran Bretaña durante la Revolución Industrial*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- TORÀ, D. (1822): *Primeras líneas topográficas de la villa de Olot en Cataluña*. Ejemplar manuscrito. Archivo Histórico Comarcal de Olot.
- THOMPSON, E.P. (1989): *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Barcelona, Crítica.
- TORRAS, J. (1976): *Liberalismo y rebeldía campesina, 1820-1823*. Barcelona, Ariel.
- VALLÈS, E. (1980): *L'Hospital Clínic de Barcelona, ahir i avui*. Barcelona, Edicions 62.
- VICEDO, E. (ed.) (2004): *Fires, mercats i món rural*, Lleida, Institut d'Estudis Il·lerdencs.
- VIDAL i FORGA, G. (1937): *L'evolució social a Olot*. Olot.
- VIDAL i FORGA, G. (1980): *45 anys de vida olotina a través del Centre Obrer*. Olot.
- VRIES, J. De (1987): *La urbanización de Europa, 1500-1800*, Barcelona, Crítica.
- WRIGLEY, E.A. (1992): *Cambio, continuidad y azar. Carácter de la Revolución industrial inglesa*, Barcelona, Crítica.
- ZAMORA, F. (1787): *Memoria de los telares de gorros que hay en la Villa de Olot y otros pueblos del Principado de Cataluña*. Madrid.
- ZAMORA, F. (1973): *Diario de los viajes hechos en Catalunya*. Barcelona, Ed Curiel.