



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Molero-Mesa, Jorge

“Del maestro sangrador al médico... europeo”: Medicina, ciencia y diferencia colonial en el protectorado Español de Marruecos (1912-1956)

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 13, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 375-392

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386137989010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



“Del maestro sangrador al médico... europeo”: Medicina, ciencia y diferencia colonial en el protectorado Español de Marruecos (1912-1956) *

“From master bleeder to European physician”: medicine, science, and colonial difference in the Spanish Protectorate of Morocco (1912-1956)

Jorge Molero-Mesa
Centre d'Història de la Ciència (CEHIC),
Facultat de Medicina, Universitat
Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra – Barcelona – España
jmolero@servet.uab.es

MOLERO-MESA, J.: “Del maestro sangrador al médico... europeo”: medicina, ciencia y diferencia colonial en el protectorado Español de Marruecos (1912-1956). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 2, p. 375-92, abr.-jun. 2006.

El objeto de este trabajo es indagar acerca del papel que la ciencia y la medicina occidental jugaron en el proceso colonizador llevado a cabo por el Estado español entre 1912 y 1956 en el norte de Marruecos. Para ello se ha tenido en cuenta la estrategia seguida por los colonizadores para imponer la ‘superioridad’ del método científico a través de la medicina. La ‘retórica de la verdad científica’ cobraría más importancia, como instrumento colonizador efectivo, que la actuación e imposición de dogmas en otros campos más conflictivos como el derecho o, sobre todo, la religión. Las fuentes utilizadas abarcan distintos documentos manuscritos generados por la Administración española y marroquí (Majzen) que se encuentran en el Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares, España) y en la Biblioteca General y Archivos de Tetuán (Marruecos), así como escritos realizados por médicos españoles en monografías, artículos de revista y prensa general tanto de la metrópoli como de la colonia.

PALABRAS CLAVE: pensamiento hegemónico; ciencia y subordinación; protectorado de España en Marruecos; estudios poscoloniales; medicina colonial.

MOLERO-MESA, J.: “From master bleeder to European physician”: medicine, science, and colonial difference in the Spanish Protectorate of Morocco (1912-1956). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 2, p. 375-92, Apr.-June 2006.

The article explores the role played by science and Western medicine in the colonization process undertaken by the Spanish State between 1912 and 1956 in northern Morocco. It takes into account the colonizers’ strategy of using medicine to impose the ‘superiority’ of the scientific method. They believed the ‘rhetoric of scientific truth’ would hold greater sway as an effective tool of colonization than reliance on and imposition of dogma from other, more contentious fields, like law or, particularly, religion. Sources for this study encompass different handwritten documents released by the Spanish and Moroccan administrations (Majzen), which can be found at the Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares, Spain) and at the Biblioteca General y Archivos de Tetuán (Morocco), as well as writings by Spanish physicians in the form of monographs and journal and press articles, from both the metropolis and the colony.

KEYWORDS: hegemonic thinking; science and subordination; Spanish Protectorate of Morocco; post-colonial studies; colonial medicine.

¿Por qué diablos debe esperarse que una explicación operativa a gran escala explicara de modo automático lo pequeño también? ¿Por qué razón estas explicaciones que parecen ser aplicables a nivel general deben asumirse universalmente como preeminentes?

Gwyn Prim, 1991, p. 383

Para el colonizado, la objetividad siempre va dirigida contra él.

Frantz Fanon, 1969, p. 69

La medicina occidental en el espacio colonial

* Esta investigación forma parte del proyecto: BHA2001-2979-C05-03 financiado por Ministerio de Ciencia y Tecnología español.

En otro lugar hemos señalado algunas características que justificaron la implantación en la zona marroquí de Protectorado español de ciertas medidas sanitarias como la defensa de la metrópoli de epidemias y enfermedades ‘exóticas’, el papel de instrumento de ‘atracción pacífica’ del colonizado hacia el colonizador y, por último, la protección de la salud del colonizador mediante la construcción de ‘oasis sanitarios’ que le aislara de los focos de contagio locales (Molero, Jiménez y Martínez 2002; Medina y Molero 2002; Martínez, 2004). Sin embargo, la defensa y aplicación de los conocimientos científicos en la colonia representó uno de los elementos más significativos de la llamada, por Walter Mignolo (2003), ‘diferencia colonial’. La diferencia colonial es el espacio en el que se trata de imponer el pensamiento hegemónico para justificar la inferioridad de grupos humanos; es, en definitiva, el producto de las relaciones de poder entre los colonizadores y los colonizados, donde se unen los ‘diseños globales’ con las ‘historias locales’ y donde aquellos tienen que adaptarse e integrarse o ser adoptados, rechazados o ignorados. La monopolización y control de la forma de conocimiento e interpretación de la realidad sería una de las cuatro formas de dominio descritas por Mignolo junto con el ejercido sobre la economía, la política y sobre el género y la sexualidad.

En el caso que nos ocupa, el control del conocimiento toma una especial relevancia debido al régimen de protectorado en el que se llevó a cabo la colonización de Marruecos. El Estado que ocupa el territorio tras la firma de capitulaciones se compromete (al menos formalmente) a respetar las costumbres y la riqueza del territorio ocupado. Por tanto, el discurso colonial hegemónico en el que los colonizadores expusieron los principios en los que basar una supuesta superioridad (de todo tipo) sobre el pueblo colonizado y una justificación absoluta de la ocupación no tendría su máximo exponente en los textos relacionados con la religión, la justicia o la economía, sino precisamente en aquellos que no admitían ninguna discusión sobre su validez universal: los textos científicos y médicos.

De esta forma, podemos constatar cómo en la propaganda oficial

del Estado colonizador se destacaba el respeto hacia la población autóctona, a la que se pretendía ayudar sin suprimir sus creencias religiosas ni sus costumbres, así como el respeto y reconocimiento de la independencia de los tribunales de justicia indígena. En el plano económico, el régimen de protectorado garantizaba la titularidad indígena de los bienes y tierras comunitarias (Habices, ligadas al culto religioso; las del Majzen o las de las *yemaas*). La propaganda colonial también destacaba que esta estrategia, al respetar la forma de vida indígena en una ocupación que se suponía provisional, no provocaba el rechazo de los colonizados a la presencia de una nación extranjera y acabaría convirtiendo, según las palabras del médico Ruiz Albéniz en 1930, el ‘protectorado impuesto’ por el ‘protectorado deseado’ (Ruiz Albéniz, 1930). De esta idea surgen conceptos como el de ‘estrategia colonizadora civilista’, ‘penetración pacífica’ o ‘política de atracción’ utilizada por las potencias coloniales que expresaban más un deseo que una realidad concreta, dado el alto grado de violencia que todo proceso colonizador implica (Morales Lezcano, 1984 y 2002).

Sin embargo, esta retórica colonial no ocultaba la ‘superioridad’ de la civilización occidental al expresar que, de la mano del conocimiento científico y tecnológico, había alcanzado un grado de riqueza, prosperidad y bienestar inimaginable en las colonias. Sólo esta consideración ya justificaba la intervención territorial porque, según el discurso occidental sobre ‘el progreso’, el pueblo de Marruecos al desconocer precisamente la metodología científica moderna se situaba en un ‘grado de civilización’ inferior y, por tanto, necesitaba la ayuda de los países occidentales para salir de su ‘atraso secular’. Intencionadamente, la medicina fue el principal escaparate para mostrar a los indígenas las ventajas de asumir la ‘protección’ occidental convencidos como estaban los colonizadores de que, en palabras del Inspector General de Sanidad Exterior en 1913, “el instinto natural de conservar la salud y la vida [está] muy desarrollado hasta en las razas más atrasadas y salvajes” (Martín Salazar, 1927).

En este punto, debemos señalar que toda la tolerancia asumida para con el colonizado se perderá al hablar de ciencia y medicina y, al contrario de lo que ocurrió en otras áreas, los colonizadores se mostraron intransigentes e inflexibles. Las estrategias utilizadas para vencer las ‘resistencias’ y mostrar las ‘bondades de la ciencia’, como la creación de personal sanitario auxiliar marroquí, la contratación de médicas europeas para atender a mujeres y niños o la gratuidad de la medicina (Molero, Jiménez y Martínez, 2002), fueron, en realidad, encaminadas a imponer el análisis científico como forma de pensamiento hegemónico. La primera consecuencia en el campo de la salud sería el abandono por parte del indígena de las formas tradicionales de curación, y la última y definitiva, la

aceptación de la ciencia tal y como se entendía en occidente: una herramienta de conocimiento neutral de la que puede beneficiarse toda la humanidad por igual, sin distinción de raza, género o clase social.

A pesar de que uno de los elementos que configuran la identidad cultural de un pueblo es su forma común de conocer e interpretar la realidad, los médicos españoles no destacaron el pensamiento religioso como un obstáculo que les impidiera difundir las bondades de la ciencia europea, menos aun entre los bereberes que, según estos testimonios, no habían acabado de islamizarse. El médico de las Minas del Rif que llegó a Marruecos a comienzos del siglo XX, Víctor Ruiz Albéniz (Tebib el Arrumi), afirmó en 1930 que “el rifeño es un *islámico atenuado, muy atenuado*... Pocos son los indígenas del campo que rezan sus cinco oraciones de ritual; menos aun los que las hacen preceder de las abluciones koránicas, y muchísimo menos los que practican escrupulosamente el ayuno del Ramadan y la limosna” (Ruiz Albéniz, 1930, p. 59). De la misma opinión era el capitán médico Julián Bravo, quien en 1932 afirmaba que “pocos moros rezan las cinco plegarias cotidianas. El Ramadán lo empiezan muchos y lo abandonan a la mitad. En resumen, el kabileño es un creyente, pero seguramente poco grato al Profeta, si viviera en nuestros tiempos” (Bravo, 1932, p. 112).

Sin embargo, el conjunto de conocimientos y prácticas sanadoras autóctonas estaba relacionada, según los médicos europeos, con la ‘superstición’, término peyorativo que implica ‘desviación’ de las ‘creencias verdaderas’ y expresión de la irracionalidad que impregnaría dichas prácticas (Amster, 2003). Según el testimonio de Julián Bravo, “los mogrebinos achacan sus enfermedades al frío, al aire y sobre todo a los *Yenun* (plural de *yin*: espíritus) o diablos, presididos por *Iblis* o Satanás” (Bravo, 1932, p. 113). Estas creencias darían pie para que un buen número de marroquíes se dedicaran a las prácticas sanadoras y que, además, dichas habilidades fuesen consideradas como ‘verdaderas profesiones’ por sus compatriotas (Ibn Azzuz Hakim, 1953, p. 34).

Este fenómeno desconcertaba a los médicos europeos que no entendían el poder del sanador sobre los indígenas y cómo los hábitos en materia de salud desarrollados por ellos durante siglos estaban por encima de los que se trataba de imponer. Una de las quejas más frecuentes de los médicos de los dispensarios españoles era que los nativos utilizaban los productos farmacéuticos europeos según su particular forma de entender la enfermedad. Para tratar la sarna, por ejemplo, los indígenas preparaban una mezcla de aceite, azufre y sal con la que se embadurnaban el cuerpo al tiempo que ingerían también un trozo de pan untado con esta mezcla. Consecuentemente, cuando el médico europeo recetaba una pomada para esta enfermedad, los indígenas, a pesar de la negativa de los

médicos, acababan ingiriéndola (Bravo, 1932, p. 92-3). El poder de algunos talismanes no dependía del sanador sino del propio objeto, por lo que el paciente o un familiar de él podía utilizarlo en su propia casa. Esta práctica habitual entre los marroquíes, como denunciaron algunos médicos españoles, hacía que el enfermo no acudiera directamente al dispensario sino a través de un familiar para pedir las medicinas y aplicarlas ellos mismos en sus casas y según sus costumbres. La respuesta a esta problemática desde la ciencia occidental también fue inflexible pues la medicina moderna implicaba un reconocimiento por ‘órganos y aparatos’ que no podía hacerse a distancia. Julián Bravo reconocía que en aquellas circunstancias costaba trabajo convencerles “de que al enfermo es preciso verle para curarle” (Bravo, 1932, p. 120).

No obstante, los médicos europeos culpaban a los sanadores de ser los responsables de ‘mantener en el engaño’ a la población, y no tendrían ningún reparo en intentar erradicar no sólo las prácticas no científicas consideradas ‘aberrantes’ o ‘desviadas’ sino también, y esto es lo significativo, a las personas que lo creaban y con ellos el mecanismo epistemológico que generaba o transmitía dichos conocimientos. El problema de fondo, no obstante, no sería la mera sustitución de un método por otro, sino que realmente lo que se estaba dando a cambio era un producto ya elaborado y preparado para el consumo mientras que algunas de las formas indígenas de curación, las que tenían un mayor componente empírico, eran ‘positivizadas’ y anexadas al acervo occidental bajo el nuevo prisma científico (Arnold, 1993, p. 9).

La superstición a la que se achacaban las distintas prácticas sanadoras retrotraía al médico europeo a un periodo que reconocía en occidente como ‘ya superado’ y perteneciente a la historia de la medicina, estudiada y utilizada en las escuelas y facultades de medicina hasta fechas recientes precisamente para glorificar el método científico moderno. El conocimiento que traían los médicos europeos no era un ‘conocimiento revelado’, ‘empírico-creencial’ ni siquiera era un conocimiento ‘científico clásico’, categorías todas bien estudiadas por la historia de la medicina y que, en mayor o menor grado, se daban en Marruecos. Aquí tendríamos dos tipos de historias locales que, desarrolladas en distintos espacios y tiempos, confluyen en la diferencia colonial. El problema estriba en que una de ellas, la occidental, no se presentó como una historia local sino como un diseño global con el objetivo definido de ser hegemónico.

Una vez destruida la medicina autóctona e impuesta la occidental se negó a los colonizados el ‘secreto’ que sustentaba las prácticas científicas y, a la par que se les pedía fe en sus métodos, se les relegaba a un papel auxiliar en la tarea del apostolado científico. De esta forma, la dependencia del colonizado es cada vez mayor, pues una vez asumidas las ideas del pensamiento hegemónico, los colonizados

necesitarán de todo el andamiaje que rodea a las prácticas científicas, incluido, cómo no, a las personas e instituciones que en occidente tenían el monopolio de las distintas áreas de conocimiento. Significativamente, esta dependencia irreversible se ha utilizado como argumento de la validez del método científico al comprobarse que después de los procesos de descolonización ningún pueblo rechazó el conocimiento científico.

La jerarquía se establece en el espacio colonial según el sistema racial y patriarcal establecido por occidente desde el siglo XVI. Todos los pobladores del planeta se clasificaban atendiendo al patrón de referencia, a saber: habitante europeo, varón, blanco, heterosexual, cristiano y, tras las ideologías seculares que surgieron de la Revolución Francesa, conservador, liberal o socialista (Mignolo, 2003, p. 35). En nuestro caso, atendiendo a la forma de conocimiento podríamos añadir otras dos características que también forman parte del patrón occidental: racional y positivista.

La ciencia y la medicina trabajaron para establecer de forma definitiva la jerarquía de dominación basada en estos parámetros, incluida la monopolización de las formas de conocimiento. Seguiremos en el desarrollo de nuestro trabajo los tres elementos que, según Albert Memmi, definen la práctica racista basada en la diferencia. En primer lugar se buscan y se exponen las *diferencias* entre colonizador y colonizado; en segundo lugar, se valoran dichas diferencias siempre en provecho del colonizador y, por último, se elevan las diferencias a “un plano *absoluto*, afirmando que son definitivas y obrando para que lo sean” (Memmi, 1971, p. 129). Las diferencias así establecidas describirán la ‘naturaleza’ diferente del colonizado imposibilitando la semejanza con el colonizador ya que la igualdad, según este autor, destruiría la relación de poder que otorga todos los privilegios al colonizador.

Medicina y raza. En busca de la diferencia

La búsqueda de la diferencia está presente en el discurso de la mayoría de los autores médicos que visitaron la zona marroquí para trabajar en las instituciones sanitarias civiles o militares. Era lugar común las referencias al ‘atraso’ secular que sufrían los indígenas antes de la llegada de los europeos. Una cita de Juan Solsona, comandante médico y ex inspector de sanidad del Protectorado (Martínez, 2003), las resume de manera representativa:

Los marroquíes permanecían desde siglos al margen de la civilización, y a ellos no habían llegado los conocimientos médicos ni ellos se habían preocupado de ir a buscarlos o de conocerlos, divulgarlos y aplicarlos. Vivían en este aspecto en un tranquilo aislamiento, con interpretación fatalista de los accidentes de la

vida y de las enfermedades, y estaban metidos en la práctica rutinaria de los procedimientos curativos elementales, empíricos y naturalistas, ensamblada con variadas ceremonias basadas en las supersticiones (Solsona Conillera, 1962, p. 8).

La ausencia de una medicina científica entre los colonizados se expresaba, según estos testimonios, en la presencia en la colonia de enfermedades desconocidas o erradicadas de los países occidentales así como en un desarrollo más acentuado de las enfermedades comunes. De esta forma, algunos autores justificaban la alta frecuencia del paludismo en el norte de África por “desconocimiento absoluto de la naturaleza del mal” por parte del indígena, lo que le dejaría inerte frente a la picadura del anopheles (Solsona Conillera, 1945, p. 21). Era una idea frecuente entre los médicos españoles que los indígenas no concedieran importancia a las enfermedades, sobre todo a las de evolución lenta como la lepra: “el moro enfermo de lepra no siente su enfermedad como los leprosos dotados de cierta cultura: sus conocimientos intelectuales son escasos y sus aspiraciones reducidas... desconoce su enfermedad, y su nombre no le causa el espanto y el horror que a un civilizado” (Toro Cano, 1935, p. 87-8). En cuanto a las enfermedades comunes a todos los países, Solsona destacaba que las lesiones tumorales “alcanzaban aspectos llamativos, sin que hubiera personas ni servicios que pudieran hacer desaparecer o atenuar la trágica gravedad y la aparente fealdad de las manifestaciones externas y visibles que aquellas producían”. Como ejemplo señalaba “una enferma con cáncer vegetante de labio, que iba de zoco en zoco buscando inútilmente la curación” (Solsona Conillera, 1945, p. 13-4). Las imágenes en las que se destacaban exageradas deformidades eran muy frecuentes en los trabajos españoles sobre la patología marroquí, lo que reforzaría la idea de ‘atraso’ y ‘abandono’ en el que se encontraban los indígenas (figura 1). De la misma forma se acentuaba que, incluso siendo las mismas patologías, existían diferentes desarrollos de las mismas entre los colonizadores y los colonizados.

Esta situación de ‘alto riesgo’ para la salud de los pobladores norteafricanos también era achacada a las prácticas que multitud de sanadores indígenas ejercían en la zona. Estas personas eran consideradas de forma similar a los sanadores que en la metrópoli estaban al margen de la medicina oficial siendo, por tanto, tachados de ‘curanderos’, ‘charlatanes’



Figura 1 – Angioma de labio superior.
Fuente: Solsona Conillera 1959.

y ‘estafadores’ que por medio de ritos basados en supersticiones explotaban la falta de cultura ‘científica’ popular. Estos sanadores, siempre según los médicos españoles, no sólo no resolvían ningún problema de salud sino que, además, provocaban enfermedades o facilitaban la transmisión de otras. En esta tesitura, ni aun las prácticas autóctonas que poseían un fuerte contenido empírico fueron respetadas.

En efecto, una de las enfermedades más frecuentes entre los colonizados, la sífilis, fue presentada como el fruto tanto de las costumbres indígenas como de prácticas sanadoras ‘erróneas’. El primer mecanismo de contagio descrito por los médicos europeos era ‘el coito impuro’ ya que, según José Martín, “las costumbres sexuales de los moros, a pesar de los obstáculos religiosos, son decadentes en extremo”. Se incluían en este apartado la poligamia legal, el adulterio y la prostitución. El segundo mecanismo incluía los hábitos comunes: “el marroquí no conoce el escrúpulo; come en el mismo plato, bebe en el mismo vaso y fuma en la misma pipa que los demás”. Por último, el tercer mecanismo de contagio era la homosexualidad “aquí cosa corriente y poco censurada” aunque, al contrario que en occidente, se trataba de un “homosexualismo rutinario, de fácil enmienda, que no tiene más imperativo que el de las costumbres decadentes que se heredan” (Martín Gregorio, 1932, p. 295-6).

La subordinación de la medicina indígena

En cuanto a las prácticas sanadoras como medio de contagio de la sífilis se destacaba la intervención directa del barbero-sangrador (figuras 2 y 3) que transmitía la enfermedad a través de sus herramientas:

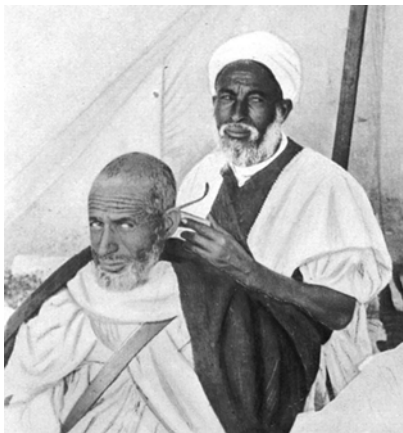


Figura 2 – Sangrador rifeño en el zoco.
Fuente. Lazo García 1913, p. 232.

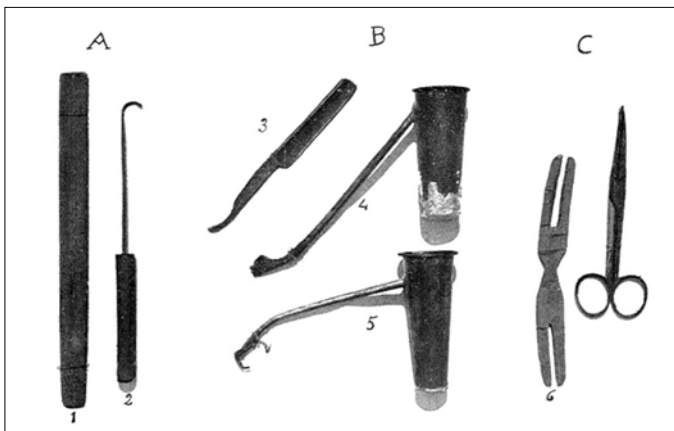


Figura 3 – Instrumentos utilizados para a) extirpación de la úvula, b) sangría y c) circuncisión. Fuente: Bravo 1932, p. 128.

como es sabido, el moro se afeita la cabeza y el pubis; este último suele afeitárselo él solo, pero la herramienta se la facilita el barbero, después de rasurar a muchos...[Otros vectores del contagio eran:] El sangrador: por las escarificaciones que hace y las ventosas y herramientas que nunca limpia. La circuncisión: hecha en condiciones de suciedad características. El tatuaje y la extracción de dientes. (Bravo, 1932, p. 150-1)

Los ataques a las prácticas de los sanadores indígenas eran más acentuados cuando interferían con la propia medicina occidental, modificando cuadros patológicos o confundiendo al médico europeo en su diagnóstico. Un caso paradigmático fue la costumbre que tenían los marroquíes de hacer extirpar a los niños la úvula palatina, que vulgarmente se conoce por ‘campanilla’. Los médicos occidentales, al desconocer esta tradición, solían diagnosticar de sífilis cualquier mutilación o deformidad de dicho apéndice. Por tanto, al contrario de lo que ocurría con la circuncisión, la uvulectomía no era reconocida como una práctica beneficiosa. El médico Lope García, no entendía que,

en cuanto un niño tiene una tos pertinaz o vómitos de alguna duración, muchos de los cabileños llaman al *ajacham*, el cual, haciendo recostar la úvula del enfermo sobre una tosca espátula de madera, la secciona por su base con una especie de cucharilla cortante, que muchas veces no corta lo que fuera menester y determina hemorragia de consideración o lesiones de alguna importancia en el velo del paladar, que, cicatrizadas, pueden confundirse fácilmente con mutilaciones de origen sifilítico. (García de Obeso, 1930, p. 210-1)

Para demostrar aun más la peligrosidad de esta práctica y de su inutilidad, Julián Bravo relata el contenido de una entrevista que tuvo con un indígena que practicaba esta operación. Según éste, la úvula se cortaba porque “unas veces los padres lo desean, a fin de que sus chicos hablen más claro; otras para que los lactantes mamen con más facilidad, y otras por enfermedades de la garganta” como dolores y “ronqueras”. Sin embargo, Bravo añadía que el “*cirujano* ... nos confesó que a veces los niños no mejoran y mueren” (Bravo, 1932, p. 91-2).

Los conocimientos empíricos de los colonizados, sobre todo los relacionados con el rico arsenal botánico, también eran despreciados al contener sus recetas alusiones de índole mágico o religioso. De esta forma, para el tratamiento de la sífilis se utilizaba la *oxba*, una infusión a base de zarzaparrilla y romero cuyo poder curativo se debía a que la primera planta encerraba un genio llamado *Mebruka* (bendita). Al mismo tiempo, cuando el grado de elaboración de una dieta o una receta era considerable y tenía cierta lógica racional no se le reconocía originalidad ni mérito alguno, buscando

similitudes y comparando los preparados con recetas medievales europeas. En este caso, una dieta que debía llevarse a cabo a la vez que se tomaba la *oxba* y que consistía en alimentarse frugalmente y exclusivamente “de pan de cebada nueva, sin sal, pollitos tiernos, cabritos, carne de borrego de cuatro meses, yemas de huevos, té y agua de pozo” y sin picantes, era reconocida por nuestro médico español como la “cura de hambre” practicada contra la sífilis en Europa de los siglos XVIII y XIX (Bravo, 1932, p. 93-5).

En efecto, un manual oficial del gobierno español editado para facilitar la tarea a los mandos responsables del protectorado les recordaba “que si en algún tiempo [la medicina en Marruecos] pudo ser espléndida, ha perdido por completo las soberbias enseñanzas de otras épocas, y hoy no existe prácticamente el médico, sino solo el curandero, sin base científica alguna” (*Manual...*, 1928, p. 234).

En este sentido, merece la pena destacar las reacciones de los médicos españoles ante la presencia en Marruecos del “último médico moro científico” que quedaba en Tetuán, Sidi Mohamed ben Hosmi el Bakali, lector del *Canon de Avicena*, al que situaban en la época medieval y perteneciente a una etapa de la historia ya superada por los europeos (figura 4). En 1929, la revista *Marruecos Sanitario* iniciaba su andadura con una entrevista a este médico tradicional en la que afloran, a pesar de la cercanía de Marruecos, todos los tópicos de la época sobre el esplendor del pasado árabe:



Figura 4 – El médico tradicional tetuaní Sidi Mohamed ben Hosmi el Bakali. Fuente: Bravo 1932, p. 128.

la contemplación de este anciano, de continente reposado y serena majestad, nos influyen en tal grado de abstracción que nuestra imaginación nos sugiere la sensación de vivir por unos momentos en época remota, merced a un gigantesco salto atrás. (Amigueti y Cajal, 1929, p. 12)

Se cumplía, de esta forma, uno de los objetivos propuestos por los médicos españoles que crearon esta revista en Tetuán: “investigar hasta qué punto científico alcanza actualmente la medicina mora, buceando en los bajos fondos del empirismo charlatán del curandero de zoco, husmeando entre los profesionales del arte de curar, profundizando en sus raíces, hasta llegar a encontrar los restos o vestigios que queden de aquella floreciente época del Califato de Córdoba...” (ibidem, p. 10). Sin embargo, los testimonios que hemos recogido nos indican que los médicos españoles se acercaban a los sanadores indígenas con el fin de desprestigiarlos.

José Sievert, director del Laboratorio Español de Tánger, contaba el caso de un tratamiento ficticio sobre una enferma que “creía tener gusanos en un oído”:

[la enferma] fue a consultar con una de esas curanderas permitiéndoseme asistir a la cura ante mi fingido deseo de admirar y aprender tanta maravilla. Después de mucha conversación y valiéndose de una paja hueca fue sacando del oído gusanos en cantidad tal que llenaron un vaso de agua de los corrientes. El juego era sencillísimo: la mora curandera tenía preparados los gusanos, que no eran otros que larvas de la mosca *cophaga carnaria*, criadas en un trozo de carroña, y con gran habilidad hacía como que aspiraba dentro del oído y después soplaba con fuerza por la paja y los depositaba en el vaso. Esto lo repetía con un gran número de pajitas, de las que en un descuido, pude proporcionarme una que encontré llena de gusanos antes de haberla utilizado. (Sievert, 1929, p. 48)

Otras veces, el médico esperaba su turno en los zocos para actuar después del fracaso del sanador indígena para demostrar la inutilidad de sus remedios y, a la vez, la eficacia de los propios. Uno de estos casos es relatado por Bravo en relación al uso de los amuletos curativos (*hayab* o *jaraz* en chelja) más utilizados en la zona, según este autor, que los preventivos:

Durante nuestra actuación como médico de estas kabilas [Quebdana y Ulad Setut] tuvimos que admitir la *colaboración* de los *frailes* en el tratamiento de los enfermos; pero aprovechando las ocasiones oportunas, en que después de agotados por el paciente todos los recursos mágicos, la aplicación precisa de un medicamento o la intervención quirúrgica demostraran la ineficacia de los amuletos. (Bravo, 1932, p. 120)

El componente mágico-religioso que acompañaba todas las prácticas sanadoras, incluidas aquellas que tenían un alto componente empírico, también era motivo de burla por parte de los médicos españoles que publicaban sus experiencias con estos sanadores como ‘anécdotas’ de su estancia en Marruecos. La que nos relata el médico militar Bertoloty parte de una denuncia que él mismo hizo ante el *Bajá* (gobernador de la ciudad) de un barbero-dentista que había extraído, junto con la muela, un trozo de mandíbula a un soldado indígena de su regimiento. La autoridad marroquí, según este médico, “acordó administrar al *facultativo* unos buenos palos para que agudizara su técnica”. Al poco tiempo, Bertoloty fue llamado por el *Bajá* para que atendiera las explicaciones que el barbero-dentista quería hacerle y que transcribimos a continuación:

Que los palos no podía quitárselos porque ya los había recibido, pero sí quería que su prestigio quedara a salvo, por lo cual había reunido a todos los de su gremio que, conociendo el caso, habían suscrito las siguientes conclusiones que quería conociera yo, precisamente delante de la autoridad que lo había juzgado. 1ª Que la extracción había estado bien hecha, porque la herramienta era buena, la posición la adecuada y la técnica la conocida, y sobre todo ello, la voluntad, porque había sido puesta en Dios. 2ª Que ni yo, ni la herramienta, ni la posición, ni la técnica, ni la voluntad, tenían la culpa de que el maxilar hubiera ido tras de la muela. (Bertoloty, 1930)

La ‘infalibilidad’ de la medicina europea

Junto con el descrédito y menosprecio de la medicina indígena y el de sus practicantes, la estrategia de la administración española para imponer definitivamente el discurso y las prácticas científicas consistió en mostrar, exagerar y a veces manipular las bondades y excelencias de la medicina occidental. Los mensajes propagandísticos conjugaban estas dos premisas como puede apreciarse en la figura 5, en la que los sanadores ‘charlatanes’ se contraponen a la ‘medicina científica’ que ofrece el dispensario médico occidental. La tecnología médica y sanitaria desplegada en las campañas sanitarias, la asistencia gratuita, y las demás estrategias ya señaladas anteriormente, perseguirían mostrar la ciencia y la medicina occidentales como el único medio válido de curación y prevención de las enfermedades.

El objetivo de desacreditar la medicina indígena y la necesidad de mostrar la infalibilidad de la ciencia occidental llevaron a las autoridades españolas a instruir a los médicos desplegados en los dispensarios indígenas en el uso ‘interesado’ de sus tratamientos. En el *Manual para el Servicio del Oficial de Intervención en Marruecos* se recogían las siguientes instrucciones sobre el comportamiento que debía seguir el médico en los zocos cuando competía con los sanadores indígenas:

A todos aquellos [enfermos] cuya importancia lo merezca habrá de asistir [el médico], y en todos ellos tendrá multiplicadas y excelentes ocasiones de ejercer su necesaria y caritativa misión. Debe, pues, estar provisto de material a propósito para el ejercicio de esta Medicina ambulante y no olvidar que, sobre todo en las primeras etapas, su acción benéfica ha de entrar a los indíge-nas ‘por los ojos’, como vulgarmente se dice. Quiere esto expresar



Figura 5 – Cartel mural de propaganda de los dispensarios médicos.
Fuente. Solsona Conillera 1959.

que, ante la duda de un éxito rotundo, debe abstenerse de tratar un caso, disculpándose como pueda. No desperdiciará, en cambio, ocasión alguna de obtener un triunfo aparatoso y brillante. Esto, sobre todo, es explotable en las intervenciones quirúrgicas, en las que jamás debe el médico arriesgarse a un fracaso. En cambio, los casos que estén claros, deben prepararlos y ejecutarlos con el máximo de propaganda y efectismo. Los indígenas son impresionables en extremo, y esta cualidad suya debe aprovecharse con habilidad por los médicos. (*Manual...*, 1928, p. 206)

Ignacio Iribarren confirmaba, en 1942, la existencia de estas prácticas que él mismo llevó a cabo cuando ejercía de médico militar en Marruecos. La selección de enfermos sobre los que aplicar los recursos de la medicina occidental, según Iribarren, era fundamental para el éxito de la colonización pues estaba en juego el prestigio del país ocupante y la credibilidad de su herramienta más visible, la ciencia:

el fracaso del médico no sólo es el fracaso individual, sino que arrastra consigo el fracaso de la Nación protectora. No hay que olvidar que la misión del médico tiene también un fin político que no conviene dificultar con intervenciones de éxito más o menos aleatorio. Esto se tenía muy en cuenta por los Jefes de las Intervenciones militares y no ha sido la primera vez que el médico fue preguntado por el Jefe de la Intervención acerca de las posible curabilidad de algún indígena que convenía atraer, antes de aconsejar al enfermo que acudiera al Consultorio. De este modo, al principio nos librábamos de bastantes malos ratos. (Iribarren Cuartero, 1942, p. 18-9)

La estrategia que debía aplicar el médico para colaborar en la implantación definitiva de la medicina occidental y la erradicación de las prácticas autóctonas fue resumida por Bravo en 1932, el cual pensaba que el papel del médico debía ir más allá de “curar una herida, dar pomada para la sarna, o tizar el pecho con yodo”. En efecto, el médico español, al hilo de lo que recomendaban las consignas oficiales y según este autor, debía aprovechar las ocasiones en las que las intervenciones fueran fáciles y de éxito asegurado pero, si se temía un fracaso del tratamiento y no se podía evitar aplicarlo, se debía recurrir a la interpretación religiosa y fatalista que los nativos tenían de la enfermedad “dejando que Alá (el *Mektub* [está escrito] o el *Ynch Alá* [si Dios quiere]) tome buena parte en los resultados médicos” (Bravo, 1932, p. 70).

El marroquí a los ojos de la medicina científica

Por último, en el proceso de subordinación epistemológica, el discurso científico-médico trabajó para que las diferencias entre colonizados y colonizadores, siempre en beneficio de estos últimos, fueran ‘esenciales’ y por tanto definitivas. Según Memmi, la idea

que se pretende transmitir desde el pensamiento hegemónico es que los europeos habían conquistado el mundo gracias a que su naturaleza les predisponía a ello mientras que los no europeos fueron colonizados porque su naturaleza les condenaba a ello (Memmi, 1971, p. 177). Por supuesto, y aunque Memmi piense que tras esta afirmación se esconde un prejuicio racista, será la ciencia occidental la que certifique la distinta 'naturaleza' de uno y otro, comenzando por forjar en las propias mentes de los indígenas la idea de que antes de la llegada de los occidentales estaban sumidos en la 'barbarie' (Said, 1990).

En 1930, Víctor Ruiz Albéniz, prefiere dar una opinión propia de la psicología de los rifeños ya que su experiencia fue adquirida "en épocas y en circunstancias en que estos no tenían para qué disimular su carácter y costumbres" cosa que, al parecer, después sí que lo hacían, confirmando uno de los caracteres del colonizado más frecuentemente citados: el arte de la mentira. En efecto, para este médico, los 'defectos esenciales' y por tanto pertenecientes a su propia naturaleza eran: "codicia del bien ajeno; desconfianza y disimulo de la verdad; afición desmedida al dinero; falta de disciplina social; crueldad en la guerra y espíritu vengativo" (Ruiz Albéniz, 1930, p. 58 y 62-3).

Este catálogo sobre las características del marroquí se repite en otros textos escritos por médicos españoles que también se ufanaban de haber convivido durante años con los colonizados. Julián Bravo, médico militar responsable del dispensario de las Cábilas de Quebdana y Ulad Setut, se oponía a las opiniones que defendían la degeneración racial en la que supuestamente estaba sumido el pueblo rifeño. Para este médico no sería posible esta afirmación porque sencillamente "nunca tuvo caudal que perder. Está igual que hace siglos; ni más ni menos... Como pueblo, todavía vive en la infancia, posee rasgos propios" (Bravo, 1932, p. 106).

Entre estos rasgos destacaba los siguientes:

es perezoso ... Aficionado a quedarse con lo ajeno, embustero y sucio ... No tiene por lo general noción de la limpieza, ni de la higiene. Aunque se lave y se cambie de ropa, no le inquieta ver paseando por sus vestidos los ectoparásitos ... Orgullosa, sobre todo los árabes, los cuales conservan celosamente su genealogía, impidiendo así la mezcla con otros. Como funcionario suele ser venal. Ignora el orden, el método, la organización. [Sin embargo] no le contamos como defectos el predominio de la pasión sexual ... Pesa en él el sabido fatalismo, proveniente de su religión o de sus orígenes más remotos: el *Suerte Munana* (el *Mektub Alá*) constituye el fundamento de su filosofía. (Ibidem, p. 106 y 108)

Estas ideas sobre la forma de ser de los indígenas no sólo iban dirigidas a otros científicos europeos (lectores de revistas médicas en nuestro caso) sino también, a través de obras de divulgación, a to-

dos los estratos sociales tanto de la metrópoli como de la colonia. En efecto, el colonialismo, como sostiene Madan Sarup, es una empresa cooperativa aunque no sea equitativa, y necesita que el colonizado acabe asumiendo las ‘verdades’ que provienen de la ciencia occidental aunque deje a los colonizados en una situación de inferioridad (Sarup, 1999, p. 24). El discurso científico tuvo la fuerza suficiente para imponer al colonizado el pensamiento hegemónico como una verdad absoluta e indiscutible. Frantz Fanon cuenta cómo en la Argelia ocupada se elaboró una teoría por parte de algunos psiquiatras franceses que defendía que el argelino era un criminal nato. El comportamiento agresivo sería coherente con su biología, pues, al igual que en los animales vertebrados inferiores, predominaba el diencéfalo frente a la corteza cerebral. La teoría defendía que “no hay, pues, ni misterio ni paradoja. La reticencia del colonizador para confiar una responsabilidad al indígena no es racismo ni paternalismo, sino simplemente una apreciación científica de las posibilidades biológicamente limitadas del colonizado” (Fanon, 1969, p. 279). Los estudiantes de medicina argelinos que estudiaban en la Facultad de Argel tenían que estudiarla y aprenderla. Uno de ellos, tras exponer oralmente estas teorías, añadió: “Es duro de tragar, pero está científicamente probado” (Fanon 1969, p. 276).

El caso que nos revela Fanon no debe llevarnos a engaño sobre el papel que la ciencia asignó a los colonizados en su desarrollo. El hecho de que algunos argelinos pertenecientes a las élites autóctonas pudiesen estudiar medicina no indica que fuese una práctica común. Todo lo contrario, la subordinación epistemológica pasaba por alargar la dependencia científica y tecnológica de los países colonizados el máximo tiempo posible. La ciencia y la medicina se ofrecería en las colonias como un producto elaborado, relegando a los indígenas a un papel auxiliar en su desarrollo. En 1953 había, según Ibn Azzuz Hakim (1953, p. 44), 105 médicos generales ejerciendo en el servicio Sanitario Oficial del Protectorado de los cuales sólo dos eran marroquíes, mientras que entre el personal subalterno su número ascendía a 30 practicantes y 30 comadronas. Cuando Marruecos adquirió la independencia en 1956 no existían, entre las dos zonas (francesa y española), más de 28 médicos marroquíes (Martín 1973, p. 8).

La asunción y subordinación a largo plazo por parte de los pueblos colonizados de los supuestos y métodos de la ciencia occidental completaría el proceso de dominación y dependencia de dichos pueblos bajo el signo de la globalización. Destruídas o asimiladas las distintas formas de conocimiento, el método científico sería la única clave válida para la interpretación del mundo al servicio del pensamiento hegemónico.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigueti Devesa, Joaquín; Cajal Peyrona, Mariano
1929 Una visita al ‘Tebib’ Sidi Mohamed Ben El Hosmi El Bakali. *Marruecos Sanitario*, v. 1, n. 4, p. 10-3.
- Amster, Ellen Jean
2003 *Medicine and sainthood: Islamic science, French colonialism and the politics of healing in Morocco, 1877-1935*. Tesis doctoral, University of Pennsylvania.
- Arnold, David
1993 *Colonizing the body: state medicine and epidemic disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press.
- Bertoloty
1930 Anécdota. *Marruecos Sanitario*, v. 2, n. 27, p. 7.
- Bravo, Julián
1932 *La medicina española y la medicina indígena en Marruecos*. Las Kábilas de Quebdana y Ulad Setut. Orense: La Industrial. 1932.
- Fanon, Frantz
1969 *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García de Obeso, Lope
1930 Contribución a la patología del rifeño. *Medicina de los Países Cálidos*, n. 3, p. 200-23.
- Ibn Azzuz Hakim, Muhammad
1953 La sanidad española en Marruecos. *Cuadernos de Estudios Africanos*, n. 22, p. 33-50.
- Iribarren Cuartero, Ignacio
1942 *Trabajos de un médico militar en el Rif (Beni Said)*. Ceuta: Imp. Imperio.
- Manual para el Servicio del Oficial de Intervención en Marruecos*.
1928 Madrid: Talleres Depósito de Guerra.
- Martín, Miguel
1973 *El colonialismo español en Marruecos*. París: Ruedo Ibérico.
- Martín Gregorio, José
1932 El contagio sifilítico en Marruecos español. *Medicina de los Países Cálidos*, n. 5, p. 294-7.
- Martín Salazar, Manuel
1927 “Informe del Inspector General de Sanidad al Ministro de Estado”. Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares), Fondo África, caja n. M-243.
- Martínez Antonio, Francisco J.
2004 Medicina y sanidad en el Protectorado Español en Marruecos. Resistencia, hibridación y transformación metropolitana. In: Martínez Pérez, J.; Porras Gallo, M^a I.; Samblás Tilve, P.; Cura González, M. del (ed.) *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha, p. 381-94.
- Martínez Antonio, Francisco J.
2003 Aportació biogràfica sobre el doctor Joan Solsona i Conillera, un metge militar entre el Marroc i Barcelona. *Gimbernat*, n. 39, p. 259-77.
- Medina Domenech, Rosa M^a; Molero Mesa, Jorge
2002 La ley sanitaria colonial. Marco legislativo para el análisis de la medicina colonial española en África. In: Díez Torre, A. (ed.) *Ciencia y memoria de África*. Actas de las III Jornadas sobre “Expediciones científicas y africanismo español. 1898-1998”. Alcalá de Henares: Ateneo de Madrid, Universidad de Alcalá de Henares. p. 391-400.
- Memmi, Albert
1971 *Retrato del colonizado precedido por retrato del colonizador*. Madrid: Cuadernos para el Diálogo.

- Mignolo, Walter
2003 *Historias locales/Diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo.* Barcelona: Akal.
- Molero Mesa, Jorge;
Jiménez Lucena, Isabel;
Martínez Antonio,
Francisco J.Marruecos.
2002 Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado de España en In: Rodríguez Mediano, F.; Felipe, Helena de (ed.) *El protectorado español en Marruecos. Gestión colonial e identidades.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. p. 181-216.
- Morales Lezcano, Víctor
2002 *El colonialismo hispano-francés en Marruecos (1898-1927).* 2. ed. Granada: Universidad de Granada.
- Morales Lezcano, Víctor
1984 *España y el Norte de África.* El Protectorado en Marruecos (1912-56). Madrid: Uned.
- Prim, Gwyn
1991 Pero, ¿de qué enfermedad se trataba? El estado actual de los estudios sobre la salud y la curación en África. *Dynamis*, v. 11, p. 361-85.
- Ruiz Albéniz, Víctor
1930 *Monografía sobre colonización rural en Marruecos español.* Congreso de Colonización Rural. Argel, junio 1930. Madrid: Imp. Sáez Hermanos.
- Said, Edward W.
1990 *Orientalismo.* Madrid: Libertarias-Prodhuft.
- Sarup, Madan
1999 Imperialismo y cultura. In: Castro-Gómez, Santiago; Guardiola Rivera, Oscar; Millán de Benavides, Carmen (ed.) *Pensar (en) los intersticios.* Teoría y práctica de la crítica poscolonial. Bogotá: Centro Editorial Javeriano. p. 21-43.
- Sievert, José
1929 *La psicastenía.* Tánger: Tip. Hispano-Árabe de la Misión Católica.
- Solsona Conillera, Juan
1962 Del maestro sangrador al médico. El trabajo y la generosidad de España en la evolución sanitaria de Marruecos. *Archivos del Instituto de Estudios Africanos*, v. 26, p. 7-35.
- Solsona Conillera, Juan
1945 Costumbres en relación con la epidemiología del paludismo en el protectorado marroquí. *La Medicina Colonial*, v. 3, p. 20-7.
- Toro Cano,
Fernando del
1935 El problema de la lepra en Marruecos occidental español. *Medicina de los Países Cálidos*, n. 8, p. 85-103.

Recibido para publicación en febrero de 2006.

Aprobado para publicación en mayo de 2006.