

LA MEDICINA Y LA SANIDAD EN EL PROTECTORADO ESPAÑOL EN MARRUECOS. APUNTES ICONOGRÁFICOS

Francisco Javier Martínez Antonio

La medicina, la sanidad, las enfermedades y los médicos no han sido temas que hayan recibido atención preferente en los estudios históricos sobre el Protectorado español en Marruecos y sobre las relaciones hispano-marroquíes contemporáneas en general.¹ No obstante, en las últimas dos décadas se ha producido un número significativo de trabajos que han comenzado a subsanar esta laguna historiográfica y a revisar las bases interpretativas que sustentaban el relato elaborado durante el primer tercio del siglo XX y el franquismo. Algunos de ellos han abordado la vida y la trayectoria profesional de figuras significativas o han estudiado instituciones como hospitales y consultorios. Otros han analizado la intervención española en las transformaciones de la sanidad marroquí, el proceso de reformas que experimentó ésta desde mediados del siglo XIX hasta el establecimiento de los Protectorados y la importancia de ciertas enfermedades como el cólera, la peste bubónica o el paludismo en la organización de un sistema de salud pública en el Marruecos tanto independiente como «protegido». En el centenario del Protectorado quedan aún, en todo caso, muchos temas por abordar y faltan, asimismo, visiones de conjunto sobre la medicina española en Marruecos. En este trabajo queremos contribuir a elaborar una visión general sobre la medicina en el Protectorado español a partir de algunos temas particulares que han recibido escasa o nula atención. Utilizaremos para ello tres imágenes que servirán como punto de partida de estos breves apuntes iconográficos.

Cartografías de la medicina y la enfermedad en el Protectorado

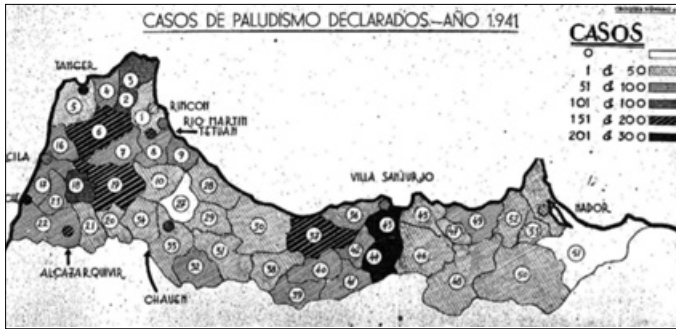
El Gráfico I fue publicado en 1941 en el *Boletín Mensual de Información Estadística, Sanitaria y Demográfica* de la zona del Protectorado de España en Marruecos. Dicho boletín, creado tres años antes, recopilaba información epidemiológica mensual sobre las principales enfermedades del Marruecos español para su uso por la Inspección de Sanidad. Ciertos números discontinuos se publicaban con un anexo en el cual podían encontrarse desde artículos de investigación hasta estadísticas, pasando por casos clínicos, informes de situación o memorias anuales sobre los servicios sanitarios del Protectorado. Este gráfico también se incluyó en un anexo de 1942 para ilustrar un informe publicado por el entonces inspector de Sanidad, el capitán médico Juan Solsona Conillera, con el título «Acotaciones a los resúmenes estadísticos anuales del año 1941. Enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria».² El mapa representaba la distribución geográfica de los 3.677 nuevos casos de paludismo declarados en el Protectorado aquel año. El Marruecos

1 Francisco Javier Martínez Antonio (2007). Breve análisis de la historiografía tradicional sobre la sanidad española en Marruecos (siglos XIX y XX), en Ricardo Campos, Luis Montiel y Rafael Huertas (eds.). *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), pp. 135-146.

2 Juan Solsona Conillera (1942). «Acotaciones a los resúmenes estadísticos anuales del año 1941. Enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria», *Boletín Mensual de Información Estadística, Sanitaria y Demográfica*, anexo n.º 3, pp. 303-330.

español aparecía dividido en «círculos médicos» que correspondían en general a los territorios de las distintas cabilas. Significativamente, se incluía en el mapa la zona internacional de Tánger, con sus datos correspondientes, ya que desde 1940 había sido ocupada por España y su sanidad integrada en la del Protectorado.

Gráfico I. Mapa palúdico de 1941



Fuente: *Boletín Mensual de Información Estadística, Sanitaria y Demográfica*, 1942.

La inclusión de Tánger en el mapa palúdico de Solsona nos lleva reflexionar sobre la capacidad de las representaciones cartográficas para condicionar nuestra visión de una determinada realidad médico-sanitaria. Erwin Ackerknecht, uno de los mejores historiadores de la medicina que ha dado esta disciplina en su breve siglo y medio de existencia, publicó en 1963 un trabajo que llevó por título *Historia y geografía de las enfermedades más importantes*.³ En él, se concedía especial relevancia a la distribución geográfica para entender adecuadamente la historia de epidemias y endemias como la peste, el cólera, la fiebre amarilla, la lepra, la gripe, la malaria y muchas otras. En algunos casos, reconstruir sus rutas de expansión contribuía decisivamente a esclarecer las razones de su importancia para los debates científicos o la cooperación sanitaria internacional. En otros, la localización cambiante de la enfermedad ilustraba las consecuencias sanitarias de procesos históricos como la revolución industrial, el colonialismo o la creación del estado del bienestar. Sin embargo, Ackerknecht empleaba mapas para ilustrar sus argumentos de forma acrítica, sin reflexionar sobre ellos como objetos complejos, con múltiples funciones, productos de múltiples intereses y de variados criterios de selección. Una metarreflexión que sí ha recibido amplia atención por parte de geógrafos culturales e historiadores de la ciencia en décadas recientes. Así, para Dennis Wood y John Fels, los mapas no son objetos neutrales sino «instrumentos de comunicación, persuasión y poder»; como los cuadros artísticos, expresan un punto de vista; proyectan, además, el trasfondo social e histórico concreto en el que sus creadores los han elaborado.⁴ Por su parte, Juan Pimentel afirma que los mapas, al ofrecer una representación del mundo, per-

3 Erwin Ackerknecht (1963). *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

4 Dennis Wood y John Fels (1992). *The Power of Maps*. Nueva York: Guilford Press.

miten tener la ilusión de su completo conocimiento, posesión y gobernabilidad.⁵ En el caso concreto de los mapas sobre enfermedades, Tom Koch defiende que lejos de ser una mera representación de datos estadísticos de morbimortalidad, han sido instrumentos para «entender la relación entre comunidades bacterianas y virales, huéspedes humanos y el medio ambiente que inhibe o estimula la interacción entre ellos [...] con la intención de identificar elementos en dicha interacción que permitieran luchar contra la aparición de enfermedades».⁶

En el caso que aquí nos ocupa, queremos reflexionar sobre cómo el mapa del Protectorado español ocultó —y continúa haciéndolo— la artificialidad, heterogeneidad y variabilidad del Marruecos español, en particular de sus realidades médico-sanitarias (se podría hacer una reflexión similar para el caso del Protectorado francés). Un punto por el que empezar la reflexión es precisamente Tánger. Esta ciudad había sido el foco de las principales iniciativas médico-sanitarias españolas en Marruecos desde mediados del siglo XIX. Dentro de un proyecto general que vinculaba la regeneración de España con la de Marruecos, médicos como Felipe Óvilo, Severo Cenarro, Joaquín Cortés o Francisco García Belenguer habían protagonizado la intervención española en la modernización de la sanidad marroquí.⁷ A través del Consejo Sanitario, de la Escuela de Medicina, de la Comisión de Higiene, de la Junta de Salvamento de Náufragos y de una proyectada Cruz Roja, dichos médicos intentaron hacerse con los puestos de responsabilidad en la administración de salud pública marroquí en interés sobre todo de España pero (y esa fue la diferencia entre «regeneración» y «civilización») también en parte de Marruecos. Por todo ello, la súbita contracción de la influencia española en el Imperio jerifiano tras la Conferencia de Algeciras de 1906 y el establecimiento de los Protectorados en 1912 a dos estrechas y periféricas franjas en los extremo del país no implicó un punto final para la medicina y los médicos españoles en dicha ciudad. Tampoco para su influencia sobre el recién establecido Protectorado español.

Sin embargo, la denominada *zona internacional de Tánger* desapareció de los mapas médicos españoles o quedó reducida a un espacio en blanco o sombreado. Lo primero puede verse, por ejemplo, en el caso de los mapas palúdicos y de distribución de la lepra en la región occidental del Protectorado que figuran en publicaciones científicas de los años veinte y treinta.⁸ Lo segundo se puede observar en el mapa de dispensarios rurales elaborado por el secretario de la Inspección de Sanidad Manuel Bermúdez Pareja en 1930.⁹ Lo último puede observarse en el mapa de capacidad hospitalaria incluido en *Acción de España en Marruecos: la obra mate-*

5 Juan Pimentel (2003). *Testigos del mundo: ciencia, literatura y viajes en la Ilustración*. Madrid: Marcial Pons.

6 Tom Koch (2005). *Cartographies of Disease: Maps, Mapmaking and Medicine*. Redlands: Esri Press, pp. 2-3.

7 Francisco Javier Martínez Antonio e Irene González González (eds.) (2011). *Regenerar España y Marruecos. Ciencia y educación en las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX*. Madrid: CSIC y Casa Árabe.

8 José Pastor Ojero, Antonio Redondo, Eduardo Delgado y cols. (1921). *El paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo*. Madrid: Talleres del Depósito de la Guerra, pp. 21-22; Fernando del Toro Cano (1935). *El problema de la lepra en Marruecos occidental español* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Madrid, p. 37.

9 Manuel Bermúdez Pareja (1930). *Campaña profiláctica contra el paludismo en la zona de Protectorado español en Marruecos durante el año 1929*. Tetuán: Alta Comisaría de España en Marruecos.

rial (1947), de Tomás García Figueras.¹⁰ Estas técnicas de representación permitieron convencer (y autoconvencerse) de que la sanidad del Protectorado español funcionaba gracias a instituciones radicadas exclusivamente en su territorio y de forma autónoma respecto a cualquier injerencia desde Tánger. Nada más lejos de la realidad. A pesar de que España y Francia «denunciaron» las competencias del Consejo Sanitario sobre sus Protectorados en 1916, este organismo continuó en funcionamiento hasta los años treinta gracias a la voluntad de países como Gran Bretaña, Italia y los Estados Unidos.¹¹ En las dos décadas siguientes al Acta de Algeciras, España creó en Tánger un laboratorio de análisis que actuó como centro de referencia para los hospitales y dispensarios de la zona occidental del Protectorado hasta la creación del Instituto de Higiene de Tetuán en la década de 1930. La Legación de Tánger, con el asesoramiento de los médicos militares que continuaron siendo agregados a la misma, dirigió en buena medida la política sanitaria en las ciudades atlánticas del Marruecos español y también el funcionamiento de las instituciones españolas que continuaron existiendo en las principales ciudades del Protectorado francés.

Las epidemias tampoco podían ser adecuadamente representadas en el mapa del Protectorado. En septiembre de 1913, un brote de peste bubónica en la región de Alcazarquivir y Larache hizo saltar las alarmas sanitarias. Apenas establecido el Protectorado y embrionaria su sanidad, tuvo que ser el Ministerio de la Gobernación peninsular el que enviara a la zona una comisión de destacados higienistas militares y civiles encabezada por el mismísimo inspector general de Sanidad Exterior, el comandante médico Manuel Martín Salazar.¹² El informe de los comisionados incluyó planos de aquellas dos ciudades, así como del campamento en el que se produjo el primer brote.¹³ A pesar de las medidas adoptadas, los casos de peste menudearon hasta que un nuevo brote apareció en Tetuán en 1915, con casos aislados en Ceuta y en el Campo de Gibraltar.¹⁴ Sin embargo, el origen último de los brotes en el Protectorado español había sido la epidemia de peste que afectó a la región de Dukala, en el Marruecos francés, en el verano de 1911 y que provocó el fallecimiento de más de 10.000 personas.¹⁵ La peste era una realidad panmarroquí, por mucho que españoles y franceses la fracturaran en sus mapas. Además, los mapas de la peste de 1913-1915 ocultaban la existencia de heterogeneidades y, por así decirlo, espacios en blanco en la organización sanitaria del Protectorado español. Por ejemplo, la ciudad de Tetuán, designada como capital desde su ocu-

10 Tomás García Figueras (1947). *Acción de España en Marruecos: la obra material*. Tetuán: Alta Comisaría de España en Marruecos, p. 730.

11 Francisco Javier Martínez Antonio (2006). *Tangerian Ghosts and Rifian Realities: the Limits of Colonial Public Health in Spanish Morocco (1906-1921)*, en *Mary C. Nelson (ed.). Occupational Health and Public Health: Lessons from the Past, Challenges for the Future*. Estocolmo: Arbetslivsinstitutet, pp. 180-250.

12 Archivo General de la Administración (en adelante, AGA), Fondo de África, M-249.

13 Jorge Francisco Tello y Antonio Ruiz Falcó (1914). «La peste bubónica en la zona de influencia española en Marruecos», *Boletín del Instituto de Higiene Alfonso XIII*, x (38), pp. 97-143.

14 «Nota del Inspector General de Sanidad Exterior para el Ministro de la Gobernación sobre la peste en Marruecos. Madrid, 31 de agosto de 1915», AGA, Fondo de África, M-239.

15 Paul Remlinger (1913). «La peste au Maroc», *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, xxxv (1), enero de 1913, pp. 11-24.

pación en febrero de 1913, no era tal en términos sanitarios. Larache ocupaba una posición más central en la práctica y la peste no hizo sino reforzarla con proyectos de instalación de un Instituto de Higiene, de una Escuela de Medicina Tropical o de un laboratorio de sueros y vacunas, aunque finalmente no se realizaran.¹⁶

En el caso del paludismo sucedió algo parecido. Larache y Alcazarquivir eran entonces los lugares donde se realizaban la mayoría de las investigaciones, se ensayaban medicamentos, se tomaban medidas preventivas y se desplegaban campañas higiénicas. Pero era imposible terminar con esta enfermedad ni siquiera en las zonas controladas por España cuando la mayor parte de los escasos 20.000km² del Protectorado todavía no habían sido ocupados. Ello dejaba fuera de control, por ejemplo, una importante zona palúdica que no era otra que la vega del río Nekor, próxima a la bahía de Alhucemas, de donde partió de hecho el levantamiento de Abdelkrim que a punto estuvo de terminar con la presencia española en Marruecos. De esa zona se habían obtenido algunos datos epidemiológicos a través de los hospitales militares de los Peñones de Alhucemas y Vélez.¹⁷ Sin embargo, la falta de estudios sistemáticos provocaba una zona de «vacío» de tal calibre que, por ejemplo, los mapas de la comisión antipalúdica enviada al Protectorado en 1920 no representaron el Marruecos español en su conjunto, sino los extremos occidental y oriental por separado para minimizar esa carencia.¹⁸

Finalmente, la discordancia entre los mapas y las realidades sanitarias del Protectorado se dio también a propósito de las fronteras sanitarias. Dichas fronteras se definieron muy lentamente y nunca fueron completas, aunque paradójicamente llegaron a extenderse a la Península. Fue la costa atlántica la primera en perfilar su sanidad marítima por la amenaza pestosa en 1913 a través de parques provisionales instalados en los puertos de Larache y Arcila.¹⁹ Ese mismo año se puso en marcha una inspección sanitaria terrestre en Ceuta, concretamente en la carretera a la altura del paso fronterizo de El Tarajal.²⁰ Dos años después, la aparición de casos de peste en Tetuán, Ceuta y el Campo de Gibraltar —en este último caso, derivados de la intensa actividad comercial y de contrabando del peñón británico con Tánger y el norte de Marruecos— sólo se tradujo en el envío de una comisión a Algeciras por parte de la Inspección de Sanidad Exterior y en la instalación de una estación sanitaria fronteriza en La Línea, que se venía proyectando desde hacía algunos años.²¹ Durante más de una década no se avanzó en esta pobre delimitación fronteriza de la sanidad del Protectorado, aunque los mapas daban a entender unos contornos plenamente establecidos. Habría que esperar al periodo republicano y a la amenaza de un nuevo brote de peste en Tánger para que se instalara en 1932 una inspección

16 «Manuel Martín Salazar. Proyecto de organización de los servicios sanitarios de la zona de influencia de España en Marruecos. Madrid, noviembre de 1913», AGA, Fondo de África, M-249.

17 «Epidemias, 1907-1918», AGA, Fondo de África, M-10872.

18 José Pastor Ojero, Antonio Redondo, Eduardo Delgado y cols. (1921). *El paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo*. Op. Cit.

19 AGA, Fondo de África, M-239.

20 AGA, Fondo de África, M-250.

21 «Real orden del Ministerio de la Gobernación reorganizando la sanidad en el Campo de Gibraltar», *Gaceta de Madrid*, 294, 20 de octubre de 1915, p. 152.

terrestre en el Puente Internacional de Tánger (Regaia).²² Posteriormente, se crearían otras similares en los puentes sobre el Lucus y el Muluya, lugares de paso entre los Protectorados español y francés.

Hasta la aprobación del Reglamento de Sanidad Exterior de 1942 no se estabilizó la sanidad fronteriza, pero aun así la costa mediterránea entre Río Martín y Melilla y la mayor parte de la frontera terrestre del Protectorado español con el francés carecieron propiamente de ella. Ni estos ni otros hechos impidieron que el mapa palúdico de Solsona de 1941, a través de su estandarizada representación cartográfica del territorio del Protectorado, contribuyera a crear la idea equivocada de que todo lo que tenía que ver con la medicina, la salud y la enfermedad en el Marruecos español sucedía sólo en el espacio que delimitaban las líneas trazadas sobre el papel. El mapa, a modo de conjuro mágico, parecía al tiempo aislar y dotar de uniforme consistencia a lo que no fue sino una entidad extremadamente artificial, heterogénea y cambiante, tanto en términos médico-sanitarios, como políticos, militares o culturales.

La mirada de Rahama: medicina, mujeres y ¿colonialismo?

La fotografía que se muestra junto a estas líneas (Ilustración 1) apareció publicada en el popular semanario ilustrado madrileño *Estampa* en 1932. Formaba parte del reportaje *La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas* escrito por la entonces jovencísima periodista Josefina Carabias, aunque fue colocada en la portada del semanario con el pie de foto «La obra cultural de España en Marruecos». La protagonista parecía ser la doctora María del Monte López Linares, directora del Consultorio de Mujeres y Niños Musulmanes de Tetuán, que posaba a punto de realizar una extracción de sangre del brazo a una mujer marroquí. Sin embargo, quien miraba al objetivo y ocupaba la posición central en el grupo de mujeres era su ayudante, la practicante y vacunadora marroquí Rahama bent Ali. Rahama miraba a la cámara sin miedo, como si tuviera hábito de posar, mientras sujetaba el jaique de la paciente para que la doctora López Linares pudiera realizar la extracción. Al mismo tiempo que la sujetaba, parecía abrazar ligeramente a dicha paciente, que en realidad no lo era sino de forma figurada, para la fotografía, pues se trataba de su hermana Yamina bent Ali, que también trabajaba como practicante en el consultorio.

Comenzaremos por señalar que el número de médicas españolas que prestaron sus servicios en la sanidad del Protectorado fue muy reducido, en torno a una decena entre los varios cientos de médicos militares y civiles que trabajaron en Marruecos a lo largo de cuatro décadas. Además, su actividad profesional se limitó esencialmente a la asistencia de mujeres y niños, principal vía de profesionalización de las médicas españolas durante la primera mitad del siglo XX junto a la oftalmología.²³ La primera que hemos identificado fue Nieves González Barrio (1884-1965). Licenciada en Medicina por la Universidad de Salamanca en 1914, se desplazó a Madrid donde obtuvo el título de doctorado en septiembre del año

22 Antonio Torres Roldán (1937). *La sanidad en el Protectorado español en Marruecos*. Ceuta: Imprenta Imperio, p. 97.

23 Teresa Ortiz (1985-1986). «La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía, 1898-1981», *Dynamis*, 5-6, pp. 343-366.

siguiente.²⁴ Su tesis llevó por título *Estudios sobre la anatomía patológica del kala-azar infantil* y estuvo dirigida por el prestigioso parasitólogo Gustavo Pittaluga, con quien había realizado la investigación en el Laboratorio de Parasitología y Patología Tropical de la Universidad Central, en el Instituto de Higiene Alfonso XIII e incluso en su propio laboratorio privado.²⁵ En los años siguientes, González Barrio continuó trabajando con Pittaluga como «auxiliar honorario» de su cátedra. Quizás por su gerencia suya, quizás por el interés para sus propias investigaciones tropicalistas, la doctora decidió presentarse al concurso para una plaza de *tebiba* de la Beneficencia Municipal de Tetuán convocada por la Junta de Servicios Locales de la ciudad en enero de 1917.²⁶

Ilustración I. Fotografía de la doctora María del Monte López Linares y su auxiliar marroquí Rahama bent Ali



Fuente: *Estampa*, 1932. Formaba parte del reportaje «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», escrito por Josefina Carabias.

González Barrio se hizo con la plaza y permaneció en la capital del Protectorado entre julio y octubre de dicho año. La experiencia, a pesar de su brevedad, habría de tener una gran influencia en su trayectoria profesional. Concretamente, el trabajo en Tetuán añadió a su sostenido interés por la investigación de laboratorio sobre enfermedades infantiles una intensa preocupación por las intervenciones médico-sociales que hicieran llegar los adelantos de la medicina y la higiene a las mujeres y los niños de las clases más desfavorecidas. González Barrio había

24 «Una siniestra confesión de la doctora Nieves González Barrio», *Blanco y Negro*, 15 de diciembre de 1935, p. 162.

25 *Ibidem*.

26 *Boletín Oficial de la Zona de Influencia de España en Marruecos* (en adelante, *BOZEM*), v (2), 25 de enero de 1917, pp. 50-52.

sido contratada «principalmente para la asistencia de las moras» y pronto se dio cuenta de que la patología materno-infantil de la ciudad no tenía «ningún carácter especial». ²⁷ Visitó los barrios musulmán, hebreo y cristiano; entró en casas particulares y en hospitales militares; atendió a mujeres y niños de la ciudad y de las cabilas vecinas en el dispensario provisional que funcionaba desde 1913; e incluso fue nombrada «sin yo solicitarlo, médico del harén de Su Alteza Imperial el Jalifa». ²⁸ No pudo observar ningún caso de *kala-azar* ni de botón de Oriente, pero en contraste comprobó la elevada incidencia de enfermedades nada exóticas como la sarna, la disentería, la sífilis, la blenorragia y la tuberculosis. El paludismo lo consideraba por detrás de todas ellas, a pesar de que reconocía que «no lo haría así un médico militar». ²⁹

Este primer ejemplo de incorporación de médicas españolas a la sanidad del Protectorado no fue, como no lo serían los casos posteriores, una cuestión meramente «propagandística» para maquillar una realidad de cruda dominación colonial protagonizada por hombres. ³⁰ Esta afirmación se basa en una idea del colonialismo como hecho histórico universal e inmutable, supuestamente dotado de las mismas características independientemente del siglo en que aconteciera, del país que lo ejerciera y de la sociedad que se viera dominada, y en el que los europeos habrían sido los únicos protagonistas y agentes. ³¹ Lejos de ello, la intervención de España en Marruecos se tradujo, en nuestra opinión, en una progresiva confluencia sanitaria hispano-marroquí como resultado de la debilidad de la España de comienzos del siglo XX y de la complejidad de la denominada «cuestión de Marruecos». ³² Para asegurar el despliegue de una Administración sanitaria en el Protectorado, obstaculizada por serias injerencias internacionales y rechazos internos, España optó por extender su legislación e instituciones de salud pública a su zona de Marruecos y por admitir (es irrelevante si de buen o mal grado) una creciente participación de los marroquíes como agentes y pacientes del sistema sanitario. Ello explica que la doctora González Barrio trabajara para la Beneficencia Municipal, que comenzaba a organizarse en las principales ciudades del Marruecos español a semejanza de la que funcionaba en las peninsulares. Su contratación reflejaba, asimismo, el mismo proceso de lenta incorporación de las mujeres a la ciencia y a las profesiones sanitarias que estaba teniendo lugar en la España de la

27 Nieves González Barrio (1918). «Notas de patología local de Tetuán», *Boletín del Instituto de Higiene Alfonso XIII*, VI (2), pp. 249-254.

28 «Una siniestra confesión de la doctora Nieves González Barrio», *Op. Cit.*, p. 162.

29 Nieves González Barrio (1918). «Notas de patología local de Tetuán», *Op. Cit.*, p. 252.

30 Isabel Jiménez Lucena (2006). «Género, sanidad y colonialidad: la “mujer marroquí” y la “mujer española” en la política sanitaria de España en Marruecos», *Manguinhos*, 13 (2), pp. 332.

31 Para una visión del colonialismo como realidad variable según las circunstancias históricas y sociales y simétricas en cuanto a la «agencia» de europeos y no europeos, véase Frederick Cooper (2005). *Colonialism in Question: Theory, Knowledge, History*. Berkeley: University of California Press.

32 Véase un mayor desarrollo de esta idea en Francisco Javier Martínez Antonio (en prensa). En la salud y en la enfermedad. La sanidad española en Marruecos y su relación con la Península (1906-1956), en *Manuel Gahete (ed.)*. *El Protectorado español en Marruecos. Reflexiones sobre un centenario*. Bilbao: Iberdrola.

época.³³ Por otro lado, González Barrio no sólo asistió y visitó a mujeres y niños marroquíes, sino también a españolas y, en su opinión, los tres barrios, musulmán, judío y español, de Tetuán tenían «en común la angostura y suciedad de sus calles y la falta de luz y ventilación de sus casas».³⁴ Esta mirada sobre Marruecos desprovista de exotismo le llevó a afirmar que «exceptuada la *disentería amibiana* y el *paludismo maligno* por parásitos del género *Laverania*, casi podríamos decir que no existe patología tropical en esa región y es posible que si la higiene abriera paso entre aquellas gentes fuera un país muy saludable».³⁵

Esta tendencia a la fusión sanitaria hispano-marroquí se haría más evidente en la segunda fase del Protectorado, tras el fin de la Guerra del Rif en 1927. El protagonismo de las médicas españolas en Marruecos correspondió entonces a la doctora María del Monte López Linares. Nacida en Santander en 1899, López Linares se doctoró en Medicina en Madrid en 1923. Con afición por la ginecología, se convirtió en la primera mujer que ejerció la cirugía en España, en el prestigioso Instituto Rubio.³⁶ No se ha señalado hasta ahora que ella y González Barrio se conocían personalmente, puede que por su común vinculación con dicho centro.³⁷ Debió de ser la segunda, socia fundadora del Lyceum Club Femenino de Madrid, quien invitó a López Linares a un banquete en dicha asociación en abril de 1928 para celebrar el éxito de una resección de apéndice y ovario a una mujer embarazada que pudo continuar normalmente su gestación.³⁸ Quizás fue en aquel banquete cuando González Barrio, profesora de sección de la Escuela Nacional de Puericultura desde su puesta en marcha en 1926, le informó de las gestiones que estaban en marcha para abrir una escuela semejante en el Protectorado y la convenció para dirigirla o participar en ella.³⁹ De hecho, a comienzos de abril el periódico *El Eco de Tetuán* informaba del proyecto de establecer en dicha ciudad una «Escuela de practicantes, enfermeras indígenas [...]. También se creará una Escuela de Puericultura».⁴⁰ María del Monte López aceptó desplazarse al Protectorado sin imaginar seguramente que iba a ser el lugar en el que desarrollara toda su carrera profesional.

El proyecto de la escuela de puericultura en Tetuán se enmarcaba en la política de la dictadura de Primo de Rivera de potenciar la formación de personal sanitario marroquí que podría unas veces «acompañar a los médicos en sus campañas sanitarias, poniendo a su servicio la ayuda inestimable del conocimiento de la lengua y de los usos y costumbres»; otras, «explorar por sí mismos y siguiendo instrucciones

33 Consuelo Flecha (1996). *Las primeras universitarias en España, 1872-1910*. Madrid: Narcea; Teresa Ortiz (2006). Las mujeres en las profesiones sanitarias, en *Isabel Morant (dir.)*. *Historia de las mujeres en España y América Latina*, vol. 3. Madrid: Cátedra, pp. 523-546.

34 Nieves González Barrio (1918). «Notas de patología local de Tetuán», *Op. Cit.*, p. 249.

35 *Ibidem*, p. 254.

36 «Una conversación con la doctora del Monte, primera mujer española que se ha dedicado a la Cirugía», *Estampa*, 1 (16), 17 de abril de 1928, p. 29.

37 Dr. E. (1928). «Feminismo triunfante. Una mujer cirujano. La doctora del Monte siente decidida afición por la intervención quirúrgica», *España Médica*, XX, p. 15.

38 Juan Aguilera Sastre (2011). «Las fundadoras del Lyceum Club Femenino», *Brocas*, 35, p. 69.

39 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Estampa*, V (210), 10 de enero de 1932, pp. 3-4.

40 «Prensa», *Revista de Sanidad Militar*, XVIII (4), 15 de abril de 1928, p. 18.

de los médicos determinadas regiones»; y otras, «atender al cuidado y tratamiento de enfermos bajo la dirección facultativa». ⁴¹ Para este propósito, se estableció una Escuela de Auxiliares Marroquíes de Medicina en la facultad de Cádiz en noviembre de 1928 en la que se cursaban estudios de tres años de duración. ⁴² El uso del término *auxiliar de medicina* no nos parece casual, pues estos auxiliares tenían un año más de formación que los practicantes peninsulares ⁴³ y, sobre todo, mayores responsabilidades, a modo de pseudomédicos. Por ello, su diploma sólo era válido en el Protectorado. Persistía, sin duda, una diferencia jerárquica y profesional entre españoles y marroquíes, pero menor que antes. Médicos y auxiliares debían formar sobre todo a una élite hispano-marroquí que desplegara las políticas sanitarias de la dictadura en Marruecos sobre una población general también hispano-marroquí. El criterio divisor comenzó a ser, pues, menos étnico que político, marcado éste por la adhesión al régimen, por la colaboración en la implantación del Protectorado.

La escuela de Cádiz no fue la única iniciativa formativa. Al igual que la dictadura de Primo de Rivera concedió un mayor espacio público a las mujeres en la Península (aunque fuera en un marco ideológico paternalista), también lo hizo en el Protectorado. ⁴⁴ El 10 de marzo de 1928, la Inspección de Sanidad de la zona convocó una plaza de «directora de la Escuela oficial de Puericultura» que había de crearse en Tetuán para formar a mujeres marroquíes como auxiliares en paralelo a los hombres que se formaban en Cádiz. ⁴⁵ Dicha escuela pretendía reproducir a pequeña escala en el Protectorado la que funcionaba en España desde 1926. De esta forma, aunque no se ha señalado hasta ahora, la institucionalización de la puericultura y la pediatría españolas habría sido un proceso desarrollado a ambos lados del Estrecho. ⁴⁶ El 1 de junio de 1928, la doctora López Linares era nombrada directora de la escuela ⁴⁷ y, aunque años después afirmara que no había llegado a fundarse, la revista *África* se refería en noviembre a este centro como un «valioso elemento que está practicando el bien especialmente entre las mujeres musulmanas». ⁴⁸ Aparte de dirigir la escuela, la doctora López Linares comprendió que, debido al rechazo de las mujeres marroquíes a las visitas de médicos masculinos, españoles o marroquíes, «yo tenía aquí una labor a realizar de la mayor

41 Real Decreto creando en la Facultad de Medicina de Cádiz la enseñanza de auxiliares marroquíes de Medicina, *Boletín Oficial de la Zona de Protectorado de España en Marruecos* (en adelante, *BOZPEM*), XVI (22), 10 de noviembre de 1928, p. 988.

42 *Ibidem*.

43 La formación de los practicantes acababa de ser revisada a través de una Real orden de 11 de septiembre de 1926. Fernando Montesinos Vicente (2011). *Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea* [tesis doctoral]. Universitat de Girona, p. 141.

44 Paloma Díaz Fernández (2005). «La Dictadura de Primo de Rivera. Una oportunidad para la mujer», *España, tiempo y forma*, V (17), pp. 175-190.

45 *BOZPEM*, XVI (14), 10 de julio de 1928, p. 693.

46 Sobre dicho proceso en la Península, véanse, entre otros, Rosa Medina (1994). «Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX», *Dynamis*, 14, pp. 77-94; y Esteban Rodríguez Ocaña y Enrique Perdiguero (2006). «Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX-XX», *Manguinhos*, 13 (2), pp. 303-324.

47 *BOZPEM*, XVI (14), 10 de julio de 1928, p. 693.

48 «Ecos», *África. Revista de Tropas Coloniales*, época II, IV (47), noviembre de 1928, p. 23. También se aludía a la «la naciente Escuela de Puericultura» en el artículo: «Asistencia a mujeres y niños», *Marruecos sanitario*, I (7), 15 de abril de 1929, pp. 3-4.

importancia». ⁴⁹ Por ello, desde agosto de 1928 comenzó «por su cuenta y riesgo» a asistir a mujeres y niños en un «consultorio» que era realmente su consulta privada emplazada en la calle Sakia Fokia, ⁵⁰ situada en el *mellah* (barrio hebreo), y que fue descrita poco favorablemente como «clínica-despacho profesional. Poca amplitud. Reducidísimo espacio». ⁵¹

María del Monte López logró del alto comisario Gómez Jordana, a finales de 1929, que las recetas de su consultorio fueran despachadas gratuitamente en la farmacia militar ⁵² o municipal. ⁵³ Finalmente, consiguió que se creara un Consultorio Oficial de Mujeres y Niños Musulmanes, situado en la planta superior del dispensario municipal, siendo nombrada directora en marzo de 1931. ⁵⁴ El consultorio tenía como principal fin prestar asistencia clínica, quirúrgica y domiciliaria a las mujeres y los niños musulmanes de Tetuán. Para ello, López Linares contaba con la ayuda de la practicante española Gloria Herrero Eguía (desde julio de 1929) y de algunas auxiliares marroquíes que ella misma había formado en la Escuela de Puericultura. Según sus propios datos, las consultas pasaron desde 15 casos mensuales en su consulta privada en agosto de 1928 a 300 dos años después y a más de 1.500 en 1931. ⁵⁵ El consultorio actuó también como centro de vacunación antivariólica para aquel sector de la población, por lo que de él dependían dos equipos de vacunadoras marroquíes. Se trataba de un nuevo instrumento con el cual la Inspección de Sanidad pensaba aumentar la efectividad de las campañas antivariólicas, que habían limitado su alcance esencialmente a la población masculina. ⁵⁶

La creación de la escuela y el consultorio aumentaron la participación de algunos sectores de la población marroquí como agentes y pacientes de la sanidad. En este sentido, es erróneo definir la posición de la doctora Del Monte como de «privilegio» colonial por poder ejercer la medicina a costa de la «subalternidad» de sus auxiliares marroquíes. ⁵⁷ La mejor manera de probar este error es explicar la trayectoria profesional de la auxiliar Rahama bent Ali. Bent Ali comenzó a trabajar para la sanidad del Protectorado al menos un año antes de la llegada de María del Monte López a Tetuán. Las dos hermanas eran viudas de sargentos o soldados de Regulares muertos en el desembarco de Alhucemas; Yamina había servido

49 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 3.

50 «El Conde Jordana y los enfermos indígenas», *Marruecos sanitario*, 1 (24), 30 de diciembre de 1929, p. 23.

51 *Ibidem*; y P. Caballero (1930). «Impresiones de viaje. Una esforzada paladín», *El Imparcial*, 22 de mayo de 1930.

52 «Otros telegramas. De Marruecos», *La Vanguardia*, 31 de diciembre de 1929.

53 «El Conde Jordana y los enfermos indígenas», *Op. Cit.*, p. 23.

54 *BOZPEM*, XIX (9), 10 de mayo de 1931, p. 505. Es errónea la afirmación de que la doctora López Linares fue la primera médica «de los cuerpos de sanidad del Estado español», porque fue contratada por la Junta Municipal de Tetuán, cuyas competencias sanitarias no dependieron de la sanidad majzén hasta después de la Guerra Civil. Véase Isabel Jiménez Lucena (2006). «Género, sanidad y colonialidad: la “mujer marroquí” y la “mujer española” en la política sanitaria de España en Marruecos», *Op. Cit.*, p. 336.

55 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 3.

56 Jorge Molero Mesa, Isabel Jiménez Lucena y Francisco Javier Martínez Antonio (2002). Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos, en *Fernando Rodríguez Mediano y Helena de Felipe (eds.). El Protectorado español en Marruecos. Gestión colonial e identidades*. Madrid: CSIC, p. 208.

57 Isabel Jiménez Lucena (2006). «Género, sanidad y colonialidad: la “mujer marroquí” y la “mujer española” en la política sanitaria de España en Marruecos», *Op. Cit.*, p. 336.

anteriormente como doméstica en casa del alto comisario Dámaso Berenguer.⁵⁸ Ambas formaban parte, pues, de esa élite de marroquíes que colaboraron con los españoles en el establecimiento del Protectorado y a cambio obtuvieron derechos y accedieron a posiciones de responsabilidad en el Ejército y la Administración. La formación de las hermanas Bent Ali se realizó a través de «cursos de enfermeras musulmanas organizados privadamente, pero con todas las garantías técnicas necesarias» por la Inspección de Sanidad a comienzos de 1927⁵⁹ y también pudo incluir una visita a alguna institución de Madrid.⁶⁰ Una vez formada, Rahama fue designada, junto con su hermana Yamina, para integrar el primer equipo de vacunadoras marroquíes organizado en Tetuán en agosto de aquel año.⁶¹ Este equipo fue tan «bien acogido por la población indígena» que sólo hasta finales de 1927 realizó más de 1.100 vacunaciones con una tasa de éxito del 95%.⁶² Las hermanas eran acompañadas por el *mejazni* ('soldado') Si Dris Yasuli, quien se encargaba de protegerlas, conseguir el permiso para acceder a las viviendas, anotar el nombre y número de mujeres y niños de cada casa visitada y recoger estadísticas de los resultados de la vacunación.⁶³

Cuando la doctora López Linares llegó a Tetuán para establecer la Escuela de Puericultura, Rahama bent Ali y su hermana se convirtieron en esas «auxiliares femeninas que cooperan con extraordinaria eficacia a la labor» de la médica española en dicha institución.⁶⁴ Debieron de colaborar, por ello, en la formación de las dos integrantes del segundo equipo de vacunadoras, Erhimo bent Mohammed Tanjau y Fatima ben Mohammed Galilan. Aunque un reportaje de mayo de 1929 afirmara que ambos equipos estaban «a las órdenes» de María del Monte López, en realidad la función de ésta debía de ser de coordinación y supervisión.⁶⁵ En una fotografía de dicho reportaje, la médica aparecía en un extremo del grupo de vacunadoras, casi fuera de campo. Por el contrario, Rahama fue fotografiada en solitario con un botiquín en la mano y vacunando a dos niños mientras sus compañeras marroquíes los sostenían. Era de hecho la única de ellas que sabía vacunar o que tenía autoridad para realizar las vacunaciones y, por ello, «abre la caja de operaciones y va preparando los utensilios cuidadosamente».⁶⁶ También fue la única de ellas que habló con el periodista, quien la describía como «una mujer de unos cincuenta años, efusiva y charlatana».⁶⁷ Rahama bent Ali andaba por las calles por delante de la doctora López Linares y de sus compañeras, «evidentemente orgullosa de ser la

58 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 4.

59 Eduardo Delgado (1930). *La sanidad en Marruecos*. Ceuta: Revista África, p. 28.

60 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 4.

61 «Relación de los principales proyectos sanitarios presentados por la Inspección de Sanidad durante el transcurso del año actual [1927]», AGA, Fondo de África, M-243.

62 Eduardo Delgado (1929). «La Sanidad Civil en el Protectorado de España en Marruecos», *Marruecos sanitario*, 1 (9), p. 18.

63 *Ibidem*.

64 «Ecos», *Op. Cit.*, p. 23.

65 Vicente Sánchez Ocaña (1929). «Vistas de Marruecos. La conquista del hogar», *Estampa*, 11 (71), 21 de mayo de 1929, p. 8.

66 *Ibidem*.

67 *Ídem*.

portadora del botiquín, lo que sin duda considera un privilegio que la corresponde en virtud de su condición de decana del cuerpo sanitario femenino».⁶⁸

También trabajó con la doctora en su primer «consultorio». El periodista que lo visitó en 1930 refería cómo «una mujer gruesa, de unos cincuenta años, ha abierto la puerta baja y maciza. Es la enfermera ayudanta; simpática, locuaz en su pintoresco castellano, inteligente».⁶⁹ Su influencia debió de ser decisiva para que las mujeres marroquíes visitaran o fueran visitadas por la médica española y para la ulterior creación del consultorio oficial, al cual Rahama y sus compañeras quedaron agregadas. En suma, la relación de la médica con la practicante y vacunadora marroquí fue notablemente más equilibrada de lo que ciertas interpretaciones han sugerido, tanto por la trayectoria y formación originalmente independientes de Bent Ali, como por el liderazgo de ésta entre sus compañeras y su papel decisivo en el éxito de la consulta de mujeres y de las campañas de vacunación.

Pero el equilibrio no se dio sólo entre el personal sanitario. Como le había sucedido en su momento a la doctora González Barrio, el Consultorio de Mujeres y Niños Musulmanes, a pesar de su nombre, asistió a una amplia población española además de a la marroquí. Como señalaba el inspector de Sanidad Eduardo Delgado en un informe sobre el año 1927, se daba el caso de que en Tetuán había 18.000 españoles acogidos a la Beneficencia Municipal, «la mayoría de los cuales no tienen derecho a este beneficio», mientras que el número de hebreos que hacía uso de ella era «escaso» y el de musulmanes, «casi nulo».⁷⁰ El marroquí permanecía por ello «al margen de un derecho que a él, más que a nadie, le corresponde».⁷¹ De ahí que la formación de practicantes y la creación de consultorios y equipos de vacunadoras no sólo buscara obtener la colaboración de los marroquíes como agentes de la sanidad, sino también como pacientes. De forma similar a la «sanidad nacional» organizada por la dictadura en la Península, la denominada *sanidad majzén* pretendía extender la acción médico-sanitaria a sectores más amplios de la población de los que hasta entonces se habían beneficiado de ella y que en el Protectorado habían sido esencialmente los españoles, por un lado, y los notables y soldados marroquíes, junto con sus familias, por otro.

La proclamación de la Segunda República se acompañó de transformaciones significativas en la sanidad del Protectorado, pero también de continuidades con el periodo anterior. Quizás la más esencial de éstas fue que el proceso de fusión sanitaria hispano-marroquí no sólo no se frenó sino que se acentuó, aunque fuera sobre la base de principios organizativos e ideológicos diametralmente opuestos a los de la dictadura. El discurso de «civilización», referente de los cambios sanitarios republicanos, constituyó un factor unificador al ser aplicado tanto en la Península como en las posesiones africanas. La modernización de la «sanidad nacional» procedió ahora mediante la incorporación de la legislación y los mode-

68 *Ídem*, pp. 8-9.

69 P. Caballero (1930). «Impresiones de viaje. Una esforzada paladín», *Op. Cit.*

70 «Zona de Protectorado de España en Marruecos. Relación de los principales proyectos sanitarios presentados por la Inspección de Sanidad durante el transcurso del año actual [1927]», *Op. Cit.*

71 *Ibidem*.

los institucionales y administrativos internacionales promovidos por organismos como el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones o la Fundación Rockefeller.⁷² Una élite de sanitarios que accedieron a los puestos de mayor responsabilidad, la mayoría con formación en el extranjero y con contactos en organismos internacionales, debía liderar esta transformación «civilizadora». El proceso se extendió a las posesiones africanas y su consecuencia natural y última debía de haber sido la *Necesidad de incorporar a la Sanidad Nacional los servicios sanitarios de la zona del Protectorado en Marruecos y de las colonias del África Occidental*, como reivindicaba el título de esta ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Sanidad en mayo de 1934.⁷³

En el ámbito específico de la salud de mujeres y niños se produjo un considerable desarrollo en la Península, siguiendo las líneas marcadas en el ámbito internacional. Así, tras la aprobación del Seguro Obligatorio de Maternidad en mayo de 1931, se creó un Servicio Central de Higiene Infantil en la Dirección General de Sanidad al año siguiente y, después, servicios provinciales y municipales asociados a los Institutos y Centros de Higiene, respectivamente.⁷⁴ Se creó la Asociación de Médicos Puericultores en 1932 y la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias dos años después. A pesar de estos avances, la doctora González Barrio vio complicada su trayectoria pública. Paradójicamente, la llegada de Pittaluga a la dirección de la Escuela Nacional de Sanidad en 1930 relegó la puericultura a un segundo plano frente al proyecto de crear una Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras.⁷⁵ En abril de 1931, el primer Gobierno republicano cesaba al doctor Eduardo Suñer de su puesto de director, a su directa colaboradora González Barrio, a otros tres profesores de sección y a tres ayudantes.⁷⁶ A pesar de todo, en abril de 1935 fue elegida vicepresidenta de la Liga española de Higiene Infantil.⁷⁷ En diciembre de ese mismo año, tanto ella como sus colegas, que habían recurrido su cese al Tribunal Supremo de Justicia, fueron restituidos en sus puestos; el doctor Suñer había recuperado el suyo en mayo.⁷⁸

Respecto a Marruecos, se produjo un proceso paralelo de desarrollo de los servicios de higiene infantil y de abandono del proyecto de la Escuela de Puericultura. Así, se abrió un segundo consultorio de mujeres y niños musulmanes en Chauen bajo la dirección de una médica española cuyo nombre no hemos podido averiguar.⁷⁹ En mayo de 1935, la Asociación de Médicos Puericultores demandó

72 Esteban Rodríguez Ocaña (2008). La sanidad en la II República española, 1931-1939, en Juan Atenza, Benito Díaz y Esteban Rodríguez Ocaña. *El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina*. Talavera de la Reina: Colectivo de Investigación Histórica Arrabal, pp. 5-12; Josep Lluís Barona y Josep Bernabeu (2008). *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Publicacions de la Universitat de Valencia.

73 Luis Nájera Angulo (1935). *Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid: Dirección General de Sanidad.

74 Josep Bernabeu (2000). «La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad (1931-1933)», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 74, pp. 1-13.

75 Josep Bernabeu y Encarna Gascón (1996). *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante.

76 *Gaceta de Madrid*, 119, 29 de abril de 1931, p. 395.

77 *Puericultura española*, 11 (1), abril de 1936, p. 34.

78 *Gaceta de Madrid*, 123, 3 de mayo de 1935, p. 983; y *Gaceta de Madrid*, 356, 22 de diciembre de 1935, p. 2520.

79 Antonio Torres Roldán (1937). *La sanidad en el Protectorado español en Marruecos*. Op. Cit., p. 28.

al Gobierno la apertura de centros de higiene infantil «en poblaciones mayores de 20.000 habitantes y en el territorio del Protectorado de Marruecos», aunque no parece que se crearan más.⁸⁰ María del Monte López, Gloria Herrero y las hermanas Bent Ali continuaron su trabajo en Tetuán, mientras que las otras dos auxiliares marroquíes fueron probablemente trasladadas al Hospital Civil. Como en el periodo anterior, no sólo prestaban asistencia a mujeres musulmanas, sino también españolas (y hebreas), aunque la novedad fue que la médica española abrió un consultorio específico para estos grupos.⁸¹

La relación entre la médica española y la practicante marroquí se equilibró todavía más que en el periodo anterior. Rahama bent Ali tenía más responsabilidad y carga de trabajo porque ahora aparecía calificada como «primera ayudante» de la doctora López Linares, que «siempre» le acompañaba en sus visitas domiciliarias.⁸² Además, seguía encargándose de las vacunaciones porque su hermana Yamina todavía no sabía «poner vacuna» y seguía haciendo de intérprete para la médica española. Finalmente, según afirmaba, venían muchas mujeres al consultorio «a aprendé con nosotras».⁸³ Lejos de mostrarse como una mujer tradicional, «oriental», en contraste con la «moderna» doctora López Linares, Rahama bent Ali aparecía como ejemplo de «feminismo islámico» en línea con las políticas de género del primer Gobierno republicano en la Península.⁸⁴ Rahama pedía ser fotografiada y declaraba que, aunque los hombres marroquíes no querían que las mujeres estudiaran y «ganen paga», ella sabía vacunar «aunque hombres no quieran».⁸⁵ Decía que si tuviera una hija la enviaría a Madrid «para que estudiara “libros gordos” y fuera “tebiba” como la señorita María». Afirmaba también que el día que se proclamó la República «yo salí plaza de España con lasito morado y diciendo: ¡Viva la República!» y reclamaba a la periodista que lo pusiera en la entrevista «a ver si gran visi de España lee tu periódico y me suben la paga».⁸⁶ La mirada de Rahama bent Ali en la fotografía que hemos seleccionado reflejaba este carácter suyo moderno y decidido y todavía nos permite adivinar el protagonismo que tuvo durante años en la sanidad del Marruecos español y que análisis poscoloniales no han sido capaces de destacar.

Médicos de Marruecos: la naturaleza hispano-africana del primer franquismo

La tercera y última imagen (Ilustración 2) que queremos mostrar en este trabajo consiste en realidad en dos fotogramas del documental *Médicos de Marruecos* (1949). Se trata de un film de la más importante productora de cine documental de la España del momento, Hermic Films, fundada en 1940 por Manuel Hernández Sanjuán y Damberto Micangeli.⁸⁷ A mediados de la década, el equipo de Hermic

80 «Noticias», *Puericultura española*, 1 (3), junio de 1935, p. 30.

81 Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 4.

82 *Ibidem*.

83 *Ídem*. La cursiva es mía.

84 Isabel Jiménez Lucena (2006). «Género, sanidad y colonialidad: la “mujer marroquí” y la “mujer española” en la política sanitaria de España en Marruecos», *Op. Cit.*, p. 335; Josefina Carabias (1932). «La señorita María del Monte, médica de las mujeres musulmanas», *Op. Cit.*, p. 4.

85 *Ibidem*.

86 *Ídem*. Con esa expresión aludía al presidente del Consejo de Ministros, Manuel Azaña.

87 Alberto Elena (2010). *La llamada de África. Estudios sobre el cine colonial español*. Barcelona: Bellaterra, pp. 88-91.

Films recibió el encargo del director general de Marruecos y Colonias, general José Díaz de Villegas, de viajar por las posesiones africanas para mostrar a través del cine las excelencias de la acción española.⁸⁸ *Médicos de Marruecos* formó parte de la serie de documentales sobre el Protectorado cuya dirección corrió a cargo del madrileño Santos Núñez Gómez, médico, escritor y cineasta,⁸⁹ socio de Hernández Sanjuán en la productora y también colaborador en la larga serie de documentales que éste dirigió en Guinea Ecuatorial.⁹⁰ El primer fotograma corresponde al título del film, el cual está escrito en español y en árabe. El segundo fotograma pertenece a la primera secuencia del film, en la que se muestra a un médico español y a su «ordenanza» marroquí de camino a caballo hacia un remoto aduar (poblado) para asistir a un paciente.

Con estas imágenes queremos volver a reflexionar sobre la naturaleza de la relación entre España y Marruecos durante el periodo del Protectorado. En nuestra opinión, desde finales del siglo XIX, dicha relación estuvo caracterizada por un diferencial de poder comparativamente bajo respecto a las que los principales países europeos establecieron con sociedades africanas y asiáticas que finalmente colonizaron, e incluso con el propio Marruecos. Se ha apuntado ya previamente, por ejemplo, cómo la idea de «regeneración» habría guiado los proyectos de intervención española en el Imperio jerifiano en torno al cambio de siglo en lugar de la más hegemónica «misión civilizadora» que esgrimían por entonces Gran Bretaña y Francia.⁹¹ Tal estado de cosas no haría sino agudizarse en el primer tercio del siglo XX. Aunque España logró plasmar su posición de poder sobre Marruecos en 1906-1912 obteniendo el derecho a ocupar una parte del territorio marroquí, lo cierto es que logró muy poco comparado con sus aspiraciones previas y con la parte asignada a Francia. Terminada una dura y costosa guerra para controlar ese pequeño territorio, la dictadura inauguró un proceso de fusión hispano-marroquí que continuaría la República bajo principios ideológicos opuestos y que durante la Guerra Civil y el primer franquismo alcanzó un nivel máximo por el papel decisivo del apoyo marroquí al triunfo de la sublevación militar.

88 Pere Ortin y Vic Pereiró (2006). *Mbini. Cazadores de imágenes en la Guinea colonial*. Barcelona: Altair, p. 17.

89 *ABC*, 7 de abril de 1966, p. 83.

90 «Santos Núñez», Base de Datos de Películas Calificadas, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, <http://www.mcu.es/bbddpeliculas/buscarPeliculas.do;jsessionid=70E21AD5Bo77CDEE736333AE027E3D83> [consultado el 19 de enero de 2012].

91 Francisco Javier Martínez Antonio e Irene González González (eds.) (2011). *Regenerar España y Marruecos. Ciencia y educación en las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX*. *Op. Cit.*

Ilustración 2. Fotogramas del documental *Médicos de Marruecos* (1949)

Fuente: *Médicos de Marruecos* (1949). Hermic Films.

Documentales tan aparentemente alejados de una reflexión sobre estos asuntos como *Médicos de Marruecos* reflejaron metafóricamente la singular, compleja y a menudo confusa confluencia entre España y su Protectorado en el primer franquismo. La identificación de lo hegemónico con la medicina, con lo sano y lo normal se ha dado en cualquier época y sistema político;⁹² pero en un régimen autoritario, surgido de una guerra civil, no podía menos que producirse de forma más maniquea y excluyente. El régimen de Franco —y Franco personalmente— monopolizaron el espacio discursivo de la medicina, lo sano, de la normalidad, mientras que las amenazas o enemigos, reales o imaginarios, del régimen fueron descritos en términos de patología o desviación. La imagen de los médicos fue, por ello, aprovechada por el régimen franquista para representarse a sí mismo y a sus élites como encarnación de todas las virtudes sociales y políticas.⁹³ No obstante, resulta singular que la mayoría de los escasos films documentales sobre médicos o donde los médicos tienen un rol destacado se rodaran en las posesiones africanas.⁹⁴ Además del que aquí nos ocupa, la nómina incluía *Enfermos en Ben Karrich* (1949), sobre la lucha antituberculosa en el Protectorado; y *Médicos coloniales* (1946), *Fiebre amarilla* (1946), *Los enfermos de Mikomeseng* (1946) y *Misión sanitaria en Guinea* (1953),

92 Alfons Labisch (1992). *Homo Hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Fráncfort, Nueva York: Campus Verlag.

93 Sobre la imagen general de los médicos y la medicina en el cine, véase Graeme Harper y Andrew Moor (2005). *Signs of Life. Medicine & Cinema*. Londres: Wallflower Press. Sobre la imagen de los médicos en el cine del franquismo, véase José Santos Carrillo y Enrique Vivas Rojo (2012). «Algunas anécdotas y referencias sobre médicos y practicantes del arte dental en el cine español», *Gaceta Dental*, 30 de mayo de 2012.

94 La presencia de noticias sobre médicos, medicina, hospitales, investigación y enfermedades en España fue relativamente frecuente en el Nodo durante el franquismo: Rosa M. Medina-Doménech y Alfredo Menéndez-Navarro (2005). «Cinematic Representations of Medical Technologies in the Spanish Official Newsreel (No-Do), 1943-1960», *Public Understanding of Science*, 14 (4), pp. 393-408. En contraste, en la Base de Datos de Películas Calificadas del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte prácticamente no hay documentales sobre estos temas en España antes de 1954. Entre las excepciones se encontraba, por ejemplo, *La circulación de la sangre* (1945), dirigida precisamente por Santos Núñez para Hermic Films, y *Victorias sanitarias* (1954).

donde los protagonistas eran los facultativos de la Guinea española. Fragmentos de algunos de ellos fueron incluidos en *Herencia imperial* (1951) y *La puerta entornada. España en África ecuatorial* (1954), documentales de duración considerablemente mayor en los que los médicos y la medicina eran sólo uno de los múltiples elementos que contribuían a la «labor de España en África». ⁹⁵

En nuestra opinión, este hecho mostraba que África constituyó el espacio preferente de autorrepresentación simbólica del primer franquismo. Razones había para ello, no siendo la menos importante la de que Franco «africano» ⁹⁶ y muchos de los altos cargos del nuevo Estado habían pasado la mayor y más decisiva parte de su vida profesional en Marruecos y habían lanzado desde allí la sublevación contra la República. Desde este punto de vista, de todos los médicos españoles, eran los que servían en Marruecos y Guinea aquellos que podían simbolizar con mayor ejemplaridad al régimen. Y de todas las realizaciones del franquismo en la asistencia médica y en la lucha contra las enfermedades, las más representativas y por ello más susceptibles de ser filmadas eran las realizadas en las posesiones de África. La mirada del primer franquismo sobre sí mismo y sobre la realidad fue pues esencialmente *africana*, sobre todo *marroquí*, en un sentido particular y ambiguo de este término que se reflejaba ya en el propio título del documental. *Médicos de Marruecos* parecía aludir a médicos que trabajan en el Protectorado, es decir, médicos españoles, pero igualmente podía interpretarse como médicos originarios de Marruecos, médicos marroquíes. En el mismo sentido, el título escrito en español y en árabe establecía más que una correspondencia semántica entre *médico* y *tebib*, hasta tal punto que a lo largo del documental los médicos españoles eran designados directamente como *tebib*s.

La ambigüedad apuntaba a una singular y compleja autopercepción híbrida del franquismo, la cual habría estado detrás de la tan cacareada «hermandad hispano-marroquí» (o fraternidad, o amistad). ⁹⁷ Esta idea actuó no sólo como sustrato ideológico de la política española hacia el Protectorado, sino también como un principio básico de la propia idea franquista de España. Se afirmaba, por ejemplo, que «España y Marruecos constituyen partes integrales de un país de transición entre Europa y África. La Geografía y la Historia, la Botánica y la Zoología, la Antropología y la Etnología todo nos demuestra la unidad de los dos países». ⁹⁸ O también que «España y Marruecos tienen, en orden a la cultura del mundo, un destino nuevo que cumplir: el renacimiento de la cultura hispano-árabe». ⁹⁹ España tenía pues un intrínseco componente árabe/marroquí y esa identidad híbrida debía ser la base de su futuro. En el cine de ficción, personajes como el de Santiago/Sidi Absalam Valcázar de la película *Harka* (1941), con su intercambiable nombre hispano-marroquí, su mezcla de militar y cabileno y su españolidad

95 María Dolores Fernández-Figares (2003). *La colonización del imaginario: imágenes de África*. Granada: Universidad de Granada.

96 Tomo la denominación de Andréé Bachoud (2000). *Franco*. Barcelona: Crítica.

97 Irene González González (2007). «La “hermandad hispano-árabe” en la política cultural del franquismo (1936-1956)», *Anales de Historia Contemporánea*, 23, pp. 184-197.

98 F. López Rubio (1940). *Mapa del Marruecos español*.

99 Citado en *Ibidem*, p. 184.

imposible de separar de África, encarnaron aquellas ideas en un plano individual. En *Médicos de Marruecos* había un personaje de este tipo pero real, no ficticio. Dicho personaje abría y cerraba el relato filmico para subrayar su propia relevancia y dar unidad y coherencia al discurso ideológico del film. Se trataba de un médico militar anónimo destinado en un consultorio rural del Protectorado. Este médico iba acompañado de un «ordenanza» marroquí, ambos de camino a caballo hacia algún remoto aduar. La diferencia de rango indicaba en principio una relación jerárquica, de dominación, del español sobre el marroquí. Pero el narrador, ese elemento clave en el Nudo y en los documentales del franquismo,¹⁰⁰ la rebajaba al describirlos de este modo al comienzo del film:

Por las quebradas tierras de Marruecos dos hombres se adelantan cabalgando y al filo de una loma se detienen. Uno de ellos, que viste un uniforme, es español; el otro, es marroquí. Buscan algo y el marroquí señala hacia algún sitio.¹⁰¹

Ni en ese momento ni después se aludía a diferencias de raza entre ellos, ni a una relación de dominación colonial. Sin tener en cuenta la vestimenta, ambos serían indistinguibles. Además, el marroquí cumplía una relevante función auxiliar en la consecución del común objetivo: «al final de la dura jornada a caballo está el poblado donde espera el enfermo».¹⁰² Visual y narrativamente, el auxiliar marroquí quedaba por tanto englobado en la esfera de la salud, de la medicina, del régimen. Eso lo unía al médico español y lo diferenciaba de los enfermos, simbolizando éstos aquellos sectores de la población compuestos también de españoles y marroquíes, con dudosa afección o clara antipatía por el régimen. En definitiva, lo que el binomio médico-ordenanza expresaba era que la clave para jerarquizar/patologizar a los individuos era su adhesión al régimen. El franquismo se revelaba como una realidad transversal, equivalente en la Península y en las posesiones africanas. En todos los territorios había una élite con autoridad (simbolizada por los médicos y los sanos), una masa que dominar (enfermos curables) y unos enemigos que reprimir o eliminar (enfermos incurables). Españoles y africanos podían estar y de hecho estaban en los tres estratos.¹⁰³ *Médicos de Marruecos* simbolizaba a la élite del régimen en cualquier territorio a través del médico rural y su ordenanza marroquí. Se podría pensar incluso que estos dos personajes eran en realidad dos facetas de un único «tipo» híbrido hispano-africano, al modo en que Don Quijote y Sancho simbolizaban elementos distintos de la personalidad humana.

100 En el Nudo, el texto leído por un narrador impersonal, trasunto de la ideología oficial del régimen, se imponía sobre los elementos visuales y sonoros de la noticia desvirtuando su contenido factual en beneficio del mensaje doctrinario. Ricardo Tranche y Vicente Sánchez Biosca (2002). NO-DO. *El tiempo y la memoria*. Madrid: Filmoteca Española.

101 *Médicos de Marruecos*, 14'' a 25''.

102 *Ibidem*, 1' a 1' y 4''.

103 Hemos estudiado la representación de los dos estratos subordinados como «enfermos» en Francisco Javier Martínez Antonio (2009). «Imperio enfermizo: la singular mirada mórbida del primer franquismo en los documentales médicos sobre Marruecos y Guinea», *Medicina e Historia*, 4, pp. 2-15.

Con todo, en el documental aparecían otros tipos de médicos y personal sanitario. Especial atención recibían en los minutos centrales del film los de la ahora denominada Policlínica de Tetuán (incluyendo un breve plano de la doctora María del Monte López) y los del Hospital Civil de la misma ciudad. Las imágenes mostraban a clínicos y cirujanos notablemente más sofisticados que el médico rural en sus procedimientos técnicos; instalados en grandes y modernos complejos asistenciales; vestidos con batas blancas y siguiendo las prácticas de asepsia y antisepsia; rodeados de un complejo despliegue tecnológico que incluía estufas de esterilización, instrumental de operaciones, quirófanos, aparatos oftalmológicos, etc. No era difícil ver en estos médicos el equivalente en el Protectorado de los facultativos del Seguro Obligatorio de Enfermedad (en adelante, SOE) que se había implantado en España por ley del 14 de diciembre de 1942. El gran desarrollo del SOE reflejó el mayor peso que adquirieron los aspectos asistenciales frente a la prevención y las luchas contra enfermedades en la sanidad del primer franquismo.¹⁰⁴ Su control por el Ministerio de Trabajo lo colocaba en la órbita de poder e influencia de Falange, una de las principales «familias» del régimen. La mirada del falangismo sobre el Protectorado y sobre los marroquíes era significativamente más crítica, jerárquica y colonial que la de los militares y la Iglesia, los otros dos pilares del franquismo. La ideología «imperial» de Falange implicaba una conciencia de superioridad de los españoles sobre otras razas y una voluntad de expansión colonial que reviviera el glorioso pasado imperial de España.¹⁰⁵

Por ello, en *Médicos de Marruecos*, las secuencias de la Policlínica y el Hospital Civil de Tetuán contenían numerosas imágenes que parecían aproximarse más a un estereotipo colonial de relación médico español —paciente marroquí, médico español— subordinado marroquí o de división de la asistencia por criterios raciales. Se podía ver a médicos realizando extracciones dentarias, revisiones oftalmológicas y operaciones quirúrgicas a mujeres, hombres y niños marroquíes. Enfermeras y sanitarios marroquíes se encargaban de recibir a los pacientes en las consultas y ayudaban a los médicos a realizar curas. En el caso de los convalecientes y enfermos crónicos marroquíes, la narración hacía referencia a que «enfermeros de su misma raza les atienden y velan por sus necesidades».¹⁰⁶ Sin embargo, creemos que la relación médico-paciente que aparecía en dichas secuencias reflejaba más una jerarquía técnica de experto-profano y un paternalismo autoritario similar al que definía por entonces en la Península la relación entre médicos y pacientes, más que una jerarquía específicamente colonial/racial. El siguiente fragmento de la narración podría haberse referido a España si se hubieran eliminado las palabras *Marruecos* y *marroquíes*:

El dolor de los humildes sólo puede ser aliviado creando obras benéficas como ésta que España realiza en Marruecos, una obra social que si hasta el presente se ha cumplido en silencio, debe ser conocida por españoles y marroquíes.¹⁰⁷

104 Jorge Molero Mesa (1994). «Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis», *Dynamis*, 14, pp. 199-225.

105 Stanley G. Payne (1986). *Falange: historia del fascismo español*. Madrid: Sarpe.

106 *Médicos de Marruecos*, 7' y 5" a 7' y 8".

107 *Ibidem*, 7' y 17" a 7' y 30".

Además, no sólo aparecían pacientes marroquíes, sino también españoles. Y mientras el plano mostraba a un médico español a la cabecera de un niño marroquí, el narrador afirmaba que «siempre a la cabecera de un marroquí enfermo, un médico español será su consejero y amigo». ¹⁰⁸ Esa alusión a la «amistad» conectaba al médico de hospital con el *tebib* rural, que también se acercaba a un anciano enfermo en el poblado con una «misión protectora y de amistad, una misión que le ha encargado España». ¹⁰⁹ En definitiva, del mismo modo que Franco consiguió neutralizar las pretensiones más radicales de las distintas familias del régimen al subordinarlas a su autoridad personalista, también el *tebib* de *Médicos de Marruecos* se erigía en referencia última que encuadraba las representaciones de otros tipos de médicos y neutralizaba sus aspectos más incompatibles con la ideología de la «hermandad hispano-marroquí». Gracias a ello, el médico rural que trabajaba en el Protectorado de Marruecos se erigía en símbolo general de los valores e ideales del primer franquismo. Ese médico, designado como *tebib* y acompañado siempre de su ayudante marroquí, representaba metafóricamente la naturaleza híbrida hispano-africana del régimen y la singular relación hispano-marroquí que caracterizó la última fase del Protectorado.

BIOGRAFÍA DEL AUTOR

Francisco Javier Martínez Antonio es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza y doctor en Historia de la Ciencia por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha trabajado como investigador Juan de la Cierva en el Instituto de Historia del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CCHS-CSIC) en Madrid y ha realizado estancias posdoctorales en el Laboratoire Rehseis de París, en el Centre Jacques Berque de Rabat y en las universidades de Düsseldorf, Bergen, Granada y Castilla-La Mancha. Es especialista en temas de medicina, salud y enfermedad en las relaciones hispano-marroquíes durante los siglos XIX y XX. Premio «Hernández Morejón» 2005 y premio «Fundación Uriach» 2009, sus publicaciones incluyen los libros *Intimidades de Marruecos* (2009), *La otra Guerra de África* (2010), *Regenerar España y Marruecos* (2011) y *Viajes por Marruecos de Joaquín Gatell* (2012).

RESUMEN

A los cien años del establecimiento del Protectorado español en Marruecos, quedan todavía muchos temas concretos por investigar en relación con la historia de la medicina y la sanidad y faltan, asimismo, trabajos de síntesis. Nuestro trabajo propone una visión general sobre la medicina en el periodo de Protectorado a partir de algunos temas particulares que han recibido escasa o nula atención. Tres imágenes sirven de punto de partida de estos breves apuntes iconográficos. La primera es un mapa palúdico de 1941 que permite reflexionar sobre la capacidad de las representaciones cartográficas del Marruecos español para condicionar la visión

108 *Ídem*, 7' y 43" a 7' y 47".

109 *Ídem*, 1' y 36" a 1' y 39".

pasada y presente de sus realidades médico-sanitarias. La segunda, una fotografía de la doctora María del Monte López Linares y su auxiliar marroquí Rahama bent Ali, suscita un análisis sobre el papel de las mujeres en la medicina del Protectorado y sobre la singular naturaleza del vínculo colonial entre españoles y marroquíes. La tercera y última imagen consiste en dos fotogramas del documental *Médicos de Marruecos* (1949), a partir de los cuales se profundiza en las bases de las relaciones hispano-marroquíes durante el primer franquismo.

PALABRAS CLAVE

Medicina, sanidad, Protectorado de Marruecos, mapas, mujeres, cine documental.

ABSTRACT

One hundred years on from the establishment of the Spanish Protectorate of Morocco, there are still a set of determined issues left to research regarding the history of medicine and health, in addition to a lack of summarised work. We endeavour here to put forward a general view of medicine from the period spanning the Protectorate by virtue of certain issues that have received little or no attention. Three images are used as a the starting point for these brief iconographic notes: the first is the malaria map from 1941 that enables the consideration of the capacity of cartographic representations from Spanish Morocco to condition the past and present vision of the realities of medicine and health. The second, a photograph of Doctor María del Monte López Linares and her Moroccan assistant, Rahama bent Ali, gives rise to an analysis of the role of women in medicine during the Protectorate and the unique nature of the colonial link between Spanish and Moroccan people. The third, and last, image consists of two shots from the documentary *Médicos de Marruecos* (1949), from which the bases of the Spanish-Moroccan relations during the early period of the Franco regime are examined in more depth.

KEYWORDS

Medicine, health, the Protectorate of Morocco, maps, women, documentary film.

المخلص

بعد مائة عام من فرض الحماية الإسبانية على المغرب، لازالت مواضيع مملوسة كثيرة متصلة بتاريخ الطب و الصحة لم تخضع للبحث، و لازالت غائبة في الوقت نفسه الأعمال التركيبية. و يسعى عملنا هذا إلى تقديم رؤية عامة حول الطب في فترة الحماية إنطلاقاً من بعض المواضيع الخاصة التي لم تحظى بأي إهتمام، أو أنها حظيت باهتمام قليل. و يستند في ذلك على ثلاثة صور: و تتمثل الأولى منها في خريطة وبأ الملاريا سنة 1941، و التي تسمح لنا بالتفكير حول قدرة الصور الخرائطية للمغرب الإسباني في تحديد رؤية، ماضيا و حاضرا، عن واقعه الطبي و الصحي. أما الصورة الثانية فهي للدكتورة مارييا ديل ألمونتي لوبيث ليناريس و لمساعدتها المغربية، رحمة بنت علي، و التي تثير تحليلا عن دور النساء في الطب في عهد الحماية و حول الطبيعة الخاصة للعلاقة الإستعمارية بين الإسبان و المغاربة. و أخيرا فالصورة الثالثة تتكون من فوتوغرامين مأخوذتين من الفيلم الوثائقي «أطباء المغرب» (1949)، و اللذين يعتمدان من أجل التعمق أكثر في أسس العلاقات الإسبانية المغربية في السنوات الأولى لنظام فرانكو.

الكلمات المفتاحية

الطب، الصحة، حماية المغرب، الخرائط، النساء، الأفلام الوثائقية.