



Género, sanidad y colonialidad: la 'mujer marroquí' y la 'mujer española' en la política sanitaria de España en Marruecos *

Gender and coloniality: the 'Moroccan woman' and the 'Spanish woman' in Spain's sanitary policies in Morocco

Isabel Jiménez-Lucena

Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina,
Universidad de Málaga
Campus Teatinos. 29080 Málaga – España
isajimenez@uma.es

JIMÉNEZ-LUCENA, I.: Género, sanidad y colonialidad: la 'mujer marroquí' y la 'mujer española' en la política sanitaria de España en Marruecos.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 2, p. 325-47, abr.-jun. 2006.

Desde una perspectiva que considera el discurso como tecnología del poder que sirve para ordenar y dar forma al 'cuerpo social', en este trabajo se trata de mostrar por qué es relevante un enfoque de género en el abordaje del problema de la colonialidad y la diferencia colonial en general y del Protectorado de España en Marruecos en particular. La reflexión y el análisis se concretan en la relevancia que tuvieron las relaciones de género y las mujeres en el discurso y la práctica médico-sanitaria en el espacio colonial, y viceversa: cómo la sanidad colonial intervino en la configuración de las relaciones de género; también se constituye en una cuestión central la manera en que resultaron esenciales estas relaciones que, implícita o explícitamente, formaron parte de las actuaciones sanitarias para establecer una distinción clara entre 'nosotros' y 'ellos', para establecer identidades y relaciones que no fueron sólo de género, permitiendo el ejercicio del poder colonial, a la vez que posibilitaron complicidades entre determinados grupos de colonizados y colonizadores.

PALABRAS CLAVE: historia de las mujeres; historia de la medicina; colonialismo; España; Marruecos.

JIMÉNEZ-LUCENA, I.: Gender and coloniality: the 'Moroccan woman' and the 'Spanish woman' in Spain's sanitary policies in Morocco.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 2, p. 325-47, Apr.-June 2006.

Approaching from a perspective that takes discourse as a tool of power in arranging and shaping the 'social body,' the article shows the importance of looking at gender when addressing the issues of coloniality and the colonial difference in general and when addressing the issue of the Spanish Protectorate of Morocco in particular. This reflection and analysis concentrates on the relevance of gender relations, and of women, in the medical-sanitary discourse and practices of the colonial period. Some central points include how health influenced the shaping of gender relations under colonialism and how these gender relations were implicitly or explicitly part of sanitary initiatives, serving to establish a distinction between 'us' and 'them.' The author also underscores that these relations were not only of gender, and that they enabled colonial power to be exercised, while simultaneously permitting relationships of complicity between certain groups of colonized and colonizers.

KEYWORDS: women's history; history of medicine; colonialism; Spain; Morocco.

Situándo(nos)

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

Aunque no pocas veces se ha considerado el término postcolonial como un ejemplo de ambigüedad, es necesario observar que tiene una dimensión esencial: el reconocimiento de la importancia de introducir la categoría analítica 'colonialismo' para la comprensión, la explicación, la reflexión y la actuación sobre el mundo contemporáneo (McNeil, 2005). En mi opinión, la mayor eficacia del término se consigue cuando se aborda su vertiente relacional, de dinámica histórica constituida por relaciones de dominación/subordinación, en las que distintas fuerzas interactúan. Y es aquí donde la colonialidad del poder está presente, donde la geopolítica del conocimiento impide que éste se genere en espacios diferentes a los centros de poder (Mignolo, 2003; Walsh, 2003); y las geopolíticas del conocimiento tienen un componente de género muy importante. Por ello, los estudios postcoloniales se han enriquecido en los últimos años con las aportaciones realizadas desde los análisis feministas, pues éstos han mostrado un gran potencial para problematizar relevantes aspectos de las teorías establecidas sobre colonialismo (Spivak, 1985; Harding, 1998). Así, se ha puesto en evidencia la excesiva simplificación de los análisis coloniales que tratan de homogeneizar el problema colonial estableciendo como objeto de análisis principal la confrontación colonizadores-colonizados. Las aportaciones feministas han introducido un componente de heterogeneidad en esa pretendida relación dicotómica que ha llevado a plantear como central el hecho de que las estrategias colonizadoras se extienden y utilizan a grupos sociales, definidos en función de la clase, el género y la etnia. No se trata de centro y periferia sino de poder y subordinación, de relaciones que originan el imperialismo, el clasismo y el sexismo, en las que raza, clase y género se interrelacionan de forma que no pueden ser entendidas como 'partes' de una realidad, sino como una red en la que se relacionan dinámicamente, pudiendo ser estas relaciones de apoyo o contradictorias y conflictivas (McClintock, 1995). Por esta razón habría que entender que tanto las relaciones de poder entre colonizados y colonizadores como entre clases o grupos dominantes/hegemónicos y subordinados y entre hombres y mujeres integran un diseño global del que formarían parte el colonialismo en su acepción más clásica, el androcentrismo (o patriarcado) y las desigualdades de clase, de forma que el discurso de la colonialidad es el discurso patriarcal-colonial (Harding, 1998; Mignolo, 2003).

Insistiendo en la interconexión de diversas relaciones de dominación, el postcolonialismo feminista o el feminismo postcolonial son términos que se usan en una y otra tradición de estudios, proponiéndose poner en evidencia que las mujeres y el feminismo son centrales para el entendimiento de cómo funcionan

el colonialismo, el postcolonialismo y las ciencias y las tecnologías (Harding, 1998, p. 82). Se trataría, entre otras cosas, de analizar y reflexionar sobre cómo el Occidente hegemónico ha construido y establecido las relaciones de dominación/subordinación para contribuir a desactivarlas. Y, en este sentido, la opción gramsciana de las alianzas permitiría una crítica de la subalternización desde distintas perspectivas y experiencias que compartan una voluntad opositora a lo hegemónico.

Un aspecto importante en este asunto es el hecho de que en las políticas coloniales se establece una tensión entre la diversidad y la universalidad ante la necesidad de, por una parte, mantener las distancias simbólicas y estructurales entre colonizados y colonizadores, imprescindible para la existencia del sistema colonial y, por otra parte, imponer un modelo universal, único, que gestione todos los aspectos de la vida humana (García Calvo, 1998; Memmi, 1971). Así, el imperialismo cultural operaría mediante la 'insistencia en la diferencia' y también mediante la 'insistencia en la identidad', es decir juega a dos barajas. Por un lado, la misión civilizadora del colonialismo, que presupone una forma de identidad que llevaría a los pueblos colonizados a 'hacerse occidentales', pero, por otro lado, el imperialismo cultural estaría de acuerdo con que los colonizados son los otros, ellos frente a nosotros, lo que presupone diferencias e inferioridad respecto al colonizador, al sujeto occidental (Van Dijk, 1991). En esta dinámica las estrategias de silenciamiento desempeñan un papel fundamental. En la construcción del otro se inicia un proceso que es mutilador y doloroso tanto a nivel simbólico como material y en el que el silenciamiento del otro o su incapacidad para hablar es fundamental para que no pueda representarse a sí mismo. El discurso dominante afirma su universalidad pero sólo el grupo de los privilegiados está capacitado para elaborarlo y gestionarlo. Y esa capacidad está legitimada por el propio discurso dominante; argumento circular que el discurso dominante rechaza por acientífico cuando es utilizado por otros discursos. En realidad, lo que se quiere construir es un mundo con distintos compartimentos mediante ejes de diferenciación, como el género, la etnia o la clase, estableciendo una jerarquía social que las políticas coloniales complejizan al introducir nuevos elementos: los colonizados. En la escala de superioridad establecida por el colonizador ascienden los colonos pues hay nuevos niveles inferiores ocupados por los colonizados y en ellos se establecen las diferencias entre las mujeres de colonizadores y colonizados, constituyéndose así una de las estrategias de las políticas coloniales, a la vez que se pone de manifiesto una de las contradicciones internas en el discurso global del patriarcado. Por ello, hay que tener en cuenta que la 'doble crítica' de Abdelkhebir Khatibi que pretende acabar con los integristos de todo tipo (Alaoui, 1991), tan necesaria en general,

es esencial en el ámbito de los estudios postcoloniales desde una perspectiva de género en relación tanto a la actuación del poder paternalista y androcéntrico marroquí sobre las mujeres marroquíes como a la actuación del poder colonial sobre el colonizado y sobre la mujer marroquí como parte del mismo.

Es en todos estos sentidos, y en el de las resistencias que se oponen al proyecto colonialista, en los que el género es un instrumento analítico que nos ayuda a profundizar en las relaciones sociales que se establecen en espacios y tiempos determinados.

Por otra parte, la importancia del discurso científico médico, en términos materiales y culturales, para el sistema administrativo colonial y para las relaciones interpersonales, intergrupales y con el mundo ha sido ampliamente reconocida. Una de las tendencias mayoritarias en la teoría postcolonial ha sido el análisis y la reflexión acerca de cómo los actores e instituciones occidentales han construido y mantenido las barreras entre la cultura occidental y otras culturas etiquetadas de diferentes e inferiores; y, en este sentido, en el proceso de construcción del otro, la ciencia y la tecnología han sido legitimadas como portavoces de la naturaleza (McNeil, 2005, p. 109-10). Desenmascarar los elementos eurocéntricos y androcéntricos de los saberes y las prácticas médico-sanitarias nos situaría en una posición desde la que sería más fácil comprender los desarrollos de los proyectos históricos y culturales expansionistas en los que la ciencia y la medicina han tenido una función muy importante.

Por tanto, teniendo en cuenta que dentro de estas estrategias colonizadoras la medicina occidental moderna ha tenido un papel central en la consecución de objetivos materiales e ideológicos, interviniendo en distintos procesos de colonización desarrollados en las sociedades modernas, colonización tanto étnica como de clase y de género, me propongo abordar la relevancia de las relaciones de género en el discurso y la práctica médico-sanitaria colonial de España en Marruecos y viceversa: cómo la sanidad colonial ha intervenido en la configuración de las relaciones de género. También se constituye en una cuestión central en este trabajo la manera en que han resultado esenciales las relaciones de género, que implícita o explícitamente formaban parte de las actuaciones sanitarias, tanto en el establecimiento de una distinción clara entre 'nosotros' y 'ellos', que permitiera el ejercicio del poder colonial, como en las posibilidades que ofrecía para establecer complicidades entre determinados grupos de colonizados y colonizadores.

Para aproximarnos al conocimiento de estas realidades reflexionaremos sobre la presencia de las mujeres en el discurso y la práctica médico-sanitaria en Marruecos, sobre la manera en que quedaron configuradas las relaciones de género en los discursos coloniales y acerca de cómo dicha configuración fue relevante para establecer identidades y relaciones que no son sólo de género.

La presencia de las mujeres en la política sanitaria de España en Marruecos

Para analizar la presencia protagonista que tuvieron las mujeres en la política sanitaria española en Marruecos ha sido de gran importancia el análisis del discurso colonial como tipo particular de práctica social con efectos sobre las acciones de individuos y grupos, que contribuye a la construcción de un espacio relacional en el que se producen interrelaciones entre los discursos dominantes y subordinados, interrelaciones que provocan respuestas desde el poder que pueden constituirse en forma de visiones subjetivas, sueños o ideales, planes para acabar con los discursos subordinados (Tola, 2004, p. 70 y Harding, 1998, p. 158).

En los discursos médico-sanitarios analizados podemos distinguir, en principio, dos tipos de referencias a mujeres: a las mujeres que debían desempeñar una función como agentes coloniales y a las 'otras' mujeres, aquellas que debían ser colonizadas. Así, la presencia de las mujeres en la producción de 'la realidad' colonial tuvo una especial relevancia, tanto en los procesos de complicidades como en los de resistencias, en relación con una práctica que pretendía la pérdida de conocimientos 'locales' y de autonomía de los colonizados, a partir de la ruptura de estrategias sanitarias no diseñadas por los colonizadores y que perseguía en última instancia la expansión de los mercados para el capitalismo occidental.

Dentro de la 'relación colonial', la parte dominante está interesada en la diversificación que le permite mantener las relaciones de dominio establecidas, pero la necesidad de universalización le obliga a permitir cierto grado de homogenización que sirva de referente a ese proceso. Una de las razones por las que la ciencia moderna occidental es tan importante para el poder es su capacidad para transformar lo local en global, construyendo universales que legitimen determinadas acciones y planteamientos y deslegitimen otros (Harding, 1998). Pues bien, la presencia de las mujeres estuvo caracterizada por ese doble juego entre lo universal y lo diverso; afirmaciones respecto a la capacidad intelectual de las mujeres, la prostitución, la mujer como proveedora de cuidados y 'la mujer marroquí' constituyeron buena parte de ese instrumento de la colonialidad.

La consideración de la minusvalía intelectual de las mujeres, tanto de las europeas como de las marroquíes, se constituyó en un 'universal'. Las primeras fueron consideradas, por varones expertos, como portadoras de una 'inteligencia no preparada' y por ello convenía hacer notar que:

como consecuencia de la participación de la mujer en profesiones burocráticas, intelectuales ... etc.; el elevado porcentaje de trastornos en embarazadas de esta índole se hace de día en día

más patente. Un espíritu sosegado y tranquilo; libre de emociones y angustias, apartado de todo cuanto supone esfuerzo mental, debe ser en la medida de lo posible, proporcionable a la mujer encinta [había que protegerla de] la lectura de libros inadecuados, libros de medicina, tratados de higiene sexual; libros propios de médicos especializados en partos ... como no encuentran una inteligencia preparada, producen una verdadera indigestión de ideas que acarrea melancolías, tedios, pesadillas, insomnios ... etc., con grave perjuicio del psiquismo de la mujer. (Millán Santos, 1947, p. 53-4)

A las marroquíes se referían como

una masa que llega recelosa [para ser observada], con temor casi supersticioso, con ignorancia supina, cual si llegara de arribada forzosa a un nuevo planeta [que] reunía cosas tan dispares como el cine y el estudio antropológico de una población, pero que para ellas constituían dos novedades que al recibir las en la misma época confundían en su intelecto [concluyendo que] culturalmente puede decirse que la ignorancia es un hecho consustancial con la parte femenina de este pueblo. Ninguna habla el español, ni aun siquiera lo comprende. De su existencia la mujer nada sabe, nada recuerda; ni sus años, ni el comienzo de su pubertad, ni dato alguno cronológico. (Robles Mendo, 1953, p. 31-7)

En este texto se puede apreciar la complejidad y ambivalencia del discurso de la autora como afirmación de los valores coloniales/patriarcales dominantes, sobre todo si tenemos en cuenta que Caridad Robles Mendo, como ella reconoció en esta misma obra, no hablaba ni comprendía el árabe ni el bereber, y como subversión de esos mismos valores en tanto que mujer que se erige en autoridad científica. Además este discurso resultaba especialmente útil para las políticas coloniales en tanto que también contribuía a la elaboración de lo diverso relativo a las diferencias étnicas.

También el conocimiento experto occidental daría solución en términos paternalistas (Philip, 1998, p. 319-21), propios del androcentrismo, al problema 'universal' de 'la mujer prostituta'. Uno de los polos de la representación dicotómica de la mujer virgen/prostituta se constituyó en un foco de atención de la política sanitaria del Protectorado. Los peligros de la prostitución que tanta preocupación habían despertado en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX (Puleo, s.f.; Castejón Bolea, 2001) se trasladaron a Marruecos: "Uno de los problemas que hubo que atender en primer lugar fue el relativo a la vigilancia profiláctica de la prostitución que constituía un desorden moral y un vivero de enfermedades venéreas" (Paz, 1931). Aunque se reconoció que el principal problema asociado a la prostitución, la sífilis, no tenía en la población marroquí una vinculación tan directa con esta práctica,

fue la lucha contra la enfermedad venérea la que centró el control de la prostitución (Jiménez-Lucena, 2006). Sin embargo, en el Reglamento de 1927 sobre profilaxis venérea se consideraba que “la prostitución reglamentada y vigilada, como industria inevitable debe reconocerse y tolerarse”; contra lo que había que luchar era contra “la clandestinidad de una tan peligrosa profesión para la sociedad, como la de meretriz” (Delgado, 1931, p. 18). Se trataba pues de establecer un mecanismo de control del otro, de la amenaza de un otro interno (la ‘prostituta europea’) y externo (la ‘prostituta indígena’). Esta última cuestión nos señala que, a pesar de considerarse un problema ‘universal’, el componente racista no quedó, tampoco en este caso, totalmente relegado. Se consideró la necesidad de establecer distintos espacios para la asistencia de las prostitutas ‘indígenas’ y de las ‘europeas’ (Mince, 1929; Delgado, 1931), se responsabilizó a “la falta de aseo personal de las mujeres indígenas que entregáronse al comercio carnal” del aumento de la incidencia de blenorragia y sífilis (Paz, 1931), se obvió la mención de las prostitutas europeas cuando se describían los servicios de lucha antivenérea mientras las ‘meretrices moras’ eran específicamente nombradas (Sanidad, 1931), e incluso se extendió de forma indiscriminada y soez la calificación, como menosprecio e insulto, a las mujeres musulmanas: el interventor de Meseraah (Alcazarquivir) describía a una enfermera marroquí como “una musulmana joven, muy dicharachera y desenvuelta, denotando toda ella el ambiente de vida en que se ha criado; en resumen una zorrilla”.¹ Estas perspectivas tenían sus antecedentes en la falta de comprensión hacia el otro que venía provocando la diferencia colonial. Por ejemplo, al médico militar Felipe Ovílo y Canales le obsesionaba la conducta sexual de los marroquíes y las marroquíes. No entendía sus comportamientos sexuales considerándolos inmorales. Consideraba que incluso las relaciones en el matrimonio marroquí eran “una cierta especie de prostitución” debido a que las mujeres empleaban los “más groseros artificios” para despertar el deseo del marido, y “dado el primer paso en la peligrosa senda de esa plaga social, se bajan con facilidad todos los peldaños de su envilecida escalera ... se explica así el número de mujeres mahometanas que se dedican a tan infame tráfico” (Ovílo y Canales, 1886, p.192).

La ideología del orientalismo está presente en estos conceptos de la realidad marroquí (Said, 2002). Desde la diferencia colonial como lugar de enunciación se describía y legitimaba el poder colonial, el pensamiento hegemónico calificaba y clasificaba a gentes y poblaciones, y en esta tarea las estructuras sociales y el sistema simbólico de género de las distintas culturas constituyeron también recursos que producían efectos tanto productivos como represivos en tanto que condicionaban qué podía y qué no podía ser comprendido, analizado, conocido, dicho.

¹ Carta del interventor de Meseraah (comandante interventor comarcal de Alcazar-quivir), Manuel Adorno Pérez, a Juan Solsona, inspector de sanidad de la Zona. 1943. AGA (Archivo General de la Administración. Alcalá de Henares. Madrid), caja M2174.

La mujer como proveedora de cuidados de salud ha sido otro referente histórico occidental que ha venido marcando las políticas de género. Ahora bien, si este ideal pretendidamente ‘universal’ ha tenido un papel en la expansión del modelo occidental (Harding, 1995), la legitimación de la superioridad occidental ha necesitado de la creación de diferencias que mostraran la inferioridad de la vida de los pueblos ‘incivilizados’, ‘no desarrollados’. Así, la presencia de ‘la mujer europea’ se pretendió concretar en un aspecto, fundamentalmente: la mujer como proveedora de cuidados médico-sanitarios ‘modernos’, representados en la figura de mujeres profesionales de la medicina occidental. Mientras, ‘la mujer marroquí’ era considerada la guardiana de los remedios tradicionales en el cuidado de la salud y la asistencia en la enfermedad, considerándolas como “las mayores guardadoras de la fe” en relación a las “taumaturgias milagreras” (Ruiz Albéniz, 1930; Siervert, 1929), y “celosa guardiana de una medicina empírica medieval” (Obra, s.f., p. 30), que ejercía una “acción nefasta” en asuntos como la asistencia al parto (Delegación, 1954, p. 134).

La presencia de estas imágenes fueron de orden más retórico que real, pues estudios recientes como el de Ellen Amster y la continuación de una práctica social que se ha mantenido hasta la época actual ponen de manifiesto que la consideración de los españoles y la población marroquí sobre el asunto de la ineficacia de la acción de las sanitarias marroquíes era bien diferente. Un ejemplo de esto es que la mayoría de los nacimientos siguieron siendo asistidos por mujeres marroquíes y que el prestigio de éstas estaba por encima del de algunos profesionales occidentales (Amster, 2003):

El médico que me asistió era idiota, no tenía ni los reflejos de una buena matrona de las de antes, de una qabla. No fue capaz de darle oxígeno o friccionarlo. Dejó que volviera en sí por sus propios medios (Mernisi [Entrevista a Rabea], 2000, p. 48).

Por otro lado, aunque se venía promulgando las ventajas que tenía contar con un personal médico femenino occidental, al modo de otras colonias (Molero, Jiménez y Martínez, 2002), con objeto de facilitar la ‘atracción del indígena’, la presencia de mujeres profesionales de la medicina al servicio de la Sanidad de la Zona no llegó a la decena a lo largo de todo el periodo de Protectorado español en Marruecos.² Esta situación sugiere que este asunto fue una cuestión marcadamente propagandística y, por la misma razón, los Consultorios de Mujeres y Niños Musulmanes fueron considerados uno de los logros más importantes de la actuación sanitaria (Sanidad, 1931) [figura 1]. La importancia que las autoridades sanitarias pretendían dar a las prestaciones de estos servicios se reflejó en el hecho de que una de las primeras acciones de la Inspección de Sanidad Civil del Protectorado tras la ‘pacificación’

² María del Monte López Linares ingresó en 1928 en el cuerpo de médicos de la Zona del Protectorado de España en Marruecos); Felicidad Abril de Dios ingresó en 1942; Casimira Segura Ramírez ingresó en 1943; María Luisa Gómez-Morán Marínez ingresó en 1949; María de los Ángeles Soler Planas ingresó en 1949; Saturnina Maizhausen de Mesa ingresó en 1949; Florentina Alcázar Impies ingresó en 1954; Marina María de las Mercedes Sevilla Pinacho, ingresó en 1954. (Orden, 1957, p. 3781-4). En la parte francesa del Protectorado, en 1922, había siete médicas en el Servicio Sanitario del Protectorado (Amster, 2003, p. 238-9).

de la Zona fuese la dotación de una plaza de ‘doctor femenino’, tras el nombramiento del Inspector (Delgado, 1929), así como en la trascendencia que pudo tener en la metrópolis donde se publicó una entrevista con María del Monte López Linares, [figura 2] médica española responsable del consultorio de Tetuán abierto en 1928, dando una información muy favorable de la presencia de la médica española en tierras africanas (Carabias, 1932).

Donde más énfasis pudo apreciarse en relación a la elaboración de lo diverso de la condición femenina fue en las descripciones de la ‘mujer marroquí’ como víctima a la que España, y la cultura occidental en general, se había propuesto salvar, a la que los médicos españoles rescataría de su situación y salvaría de la enfermedad y con ella a todo el pueblo marroquí. En este sentido, la obra de Caridad Robles Mendo fue un modelo que repetía este tipo de ideas, poniendo de relieve las ‘costumbres viejas y bárbaras’ que hacían que ‘la sufrida mujer marroquí’ fuese ‘vejada’ y ‘recluida y aprisionada en el harén’. Si consideramos que, como Fátima Mernisi ha señalado,

la mujer improductiva y recluida sólo ha existido en la realidad histórica marroquí en casos muy excepcionales. No deberíamos olvidar que la historia de Marruecos, hasta hace muy poco, ha sido la historia de un país minado por el hambre, las epidemias y las luchas intestinas. En el Marruecos histórico real, las mujeres de las masas campesinas, que constituían la mayoría de la población, no han podido nunca ser mantenidas por sus maridos, sino que siempre han tenido que trabajar muy duro. El artículo 115 de la Muduwana que estipula que “toda persona



Figura 1 – El equipo completo de Sanidad del Majzén, acompañado por dos dependientas del ‘Bacha’. Fuente: *Estampa*, n. 210, p. 3-5. 1932.



Figura 2 – María del Monte atendiendo a una mujer en su consultorio. Fuente: *Estampa*, n. 210, p. 3-5. 1932.

subviene a sus necesidades por sus propios medios, a excepción de la esposa, cuyo mantenimiento incumbe al marido”, refleja, no la realidad, sino la fosa que separa la vivencia femenina y los principios que inspiran este artículo. Es interesante señalar, en este sentido, que la Muduwana fue elaborada exclusivamente por hombres. (Mernisi, 2000, p. XI)

Sólo una visión orientalista (Said, 2002) puede explicar unas descripciones tan victimistas, y que de todo eso se llegara a la

lógica conclusión de que la inferioridad de la mujer es en Marruecos un hecho cierto en el aspecto social y aun en el sagrado mismo del hogar. Ella, desde su razonar primero, por imperativo de la costumbre y por la escasísima instrucción que posee, privada casi por completo de la libertad de discurrir por sí misma, se encuentra dominada por un complejo de inferioridad que hasta ahora poco le mortificaba por estimarlo natural con su sexo ... Ha bastado que observara que la mujer en otros pueblos era considerada y respetada por el hombre para que en su alma surgiera la conciencia de su propia existencia y se lanzase a la conquista de sus libertades (Robles Mendo, 1953).

Sin embargo, a pesar de este discurso salvífico, la presencia que tendría la mujer marroquí en el diseño colonial quedaría situada en una posición de inferioridad que, desde una superioridad basada en supuestos racistas, la relegaba a mero instrumento de las políticas coloniales; por eso cuando se planteó la incorporación de la indígena como agente de la ‘sanidad moderna’ sólo se hizo en condiciones de subalternidad y dependencia, como auxiliares de los profesionales de la medicina occidentales y con titulaciones diseñadas y concedidas por los colonizadores, y peor pagadas que sus homólogas españolas,³ e incluso en algunos casos se dio orden de que del salario de las ‘enfermeras indígenas’ se les entregara a éstas sólo una parte, “quedando el resto para atenciones y pequeñas reparaciones en ambos consultorios [los de las poblaciones de Melusa y el Jemis]”.⁴ Así,

[aunque se consideraba] de suma importancia que cada consultorio tuviera una mujer indígena que pueda vacunar y curar a las mujeres ... atendiéndolas en todo y por tanto [tendrían que saber] practicar curas, vacunaciones y poner inyecciones de todas clases [se advertía que sólo debía haber el número de enfermeras] necesario para que tenga una cada uno de los consultorios del campo, bien entendido que no ha de tenerse en cuenta en manera alguna para destinar a estas enfermeras, ni la jefatura de la central ni los botiquines atendidos por practicantes de carrera.⁵

³ Mientras una enfermera marroquí por concurso ganaba 2.000 pesetas anuales en 1940, una Hermana de la Caridad en Tánger tenía un sueldo de 2.500 pesetas anuales en enero de 1941 y una enfermera española cobraba 3.500 pesetas anuales. Véanse: Expediente de Sohora Ben Abdeselam Hamaruchi. 1940. AGA, caja M-10511; Expediente de Sor Patrocinio Gonzalo. 1941. AGA, caja 10511; Expediente de M^a Asunción Veira Gómez. 1941. AGA, caja 10511.

⁴ Expediente de Aixa Ben Mohammed Zarhoni. 1932. AGA, caja M-915.

⁵ Organización de enfermeras para los dispensarios de esta Central. 1930-31. AGA, caja M-1462.

La política sanitaria colonial y las agendas políticas de género

La política sanitaria colonial intervino en la configuración de las relaciones de género de muchas maneras: universalizando un modelo 'ideal' de mujer, exaltando las relaciones de género occidentales como algo realmente extraordinario frente a las 'orientales', y también manteniendo la subordinación de las mujeres en los ámbitos profesionales y personales. Todo esto quedó reflejado en una obra, (Ovilo y Canales, 1886) que, como algunos autores han señalado, constituyó todo un referente (Mateo, 1997, p. 121); Felipe Ovilo y Canales, pretendiendo demostrar "cuán pocas consideraciones ha merecido y merece la más bella mitad del linaje humano en el decadente imperio de Marruecos" donde la vida de una mujer era "un tormento incesante", publicó los siguientes argumentos:

En cuanto a la mujer, si en Europa es el alma de la sociedad, y lo anima todo con su presencia, en Marruecos, encerrada en su casa sin que puedan dirigirla la palabra más que su marido y parientes más próximos, por falta de alma no hay sociedad ... Faltando en la familia la estabilidad indispensable para la educación y cuidados de la prole, como sucede en Marruecos por el abuso del divorcio, no puede la mujer desarrollar las hermosas cualidades que hacen del sexo débil el ángel del hogar ... las costumbres de los orientales, que postran física y moralmente a la mujer, y que odian al cristianismo por sus ideas igualitarias, por su espíritu humano y civilizador, y por el gigantesco paso que dio al rehabilitar a las que llevan el santo nombre de madres y el augusto título de esposas. (Ovilo y Canales, 1886, p. 52, 96, 107-8, 143)

En la escala que hizo sobre la consideración de las mujeres en las distintas culturas y, por tanto, sobre el grado de civilización de las mismas que, supuestamente, se mediría por "el respeto y la consideración que se tiene a las mujeres ... la hebrea no se ve tan despreciada por los suyos como la mahometana; pero no es tan considerada como nuestras mujeres" (Ovilo y Canales, 1886, p. 214); así, de esta forma tan simplificada, quedaba establecida la jerarquía cultural de occidente respecto a 'Oriente'.

Sin embargo, el propio Ovilo es el ejemplo de la verdadera consideración que merecía la mujer para buena parte de los españoles de su época; además de juzgar como un asunto general el "carácter caprichoso de las hijas de Eva" o que "alejar del hombre el vino, el juego y la mujer es disminuir el noventa por ciento de las causas que le precipitan a su ruina o que por lo menos turban su reposo" (Ovilo y Canales, 1886, p. 145-6, 156), afirmaba que:

no son, ni pueden ser tan fieros los musulmanes con las faltas de sus mujeres como pregonaba la fama. Podrán haberlo sido en otros tiempos cuando se emparedaba a la adúltera; pero en la actualidad

– al menos, por lo que hace a Marruecos – deben haber modificado bastante sus asperezas ... Algunas infelices, de esas que venden sus favores a quien quiera comprarlos y tienen la debilidad de rendirse a los cristianos, son azotadas en secreto, y a esto queda reducido todo. (Ovilo y Canales, 1886, p. 62)

El modelo de relaciones que Ovilo quería exportar como ideal era, como él mismo especificó, el del ‘ángel del hogar’ que relegaba a las mujeres a la esfera de lo doméstico (Aresti, 2000). Un ideal que además de representar sólo a una parte de las mujeres españolas, las burguesas, estaba provocando no pocos conflictos en el seno de las sociedades occidentales – la historia de las mujeres en Occidente muestra cómo este modelo indujo importantes, y a veces dramáticas, diferencias de género (Jiménez-Lucena y Ruiz-Somavilla, 1999).

Sin embargo, se ha señalado en algunos estudios que las mujeres occidentales tuvieron en el ámbito colonial un espacio donde, de alguna manera, les era permitido un desarrollo profesional más amplio que en la metrópolis pues, al fin y al cabo, ser miembro del grupo de los colonizadores supone una serie de privilegios que no se tendrían en una situación no-colonial y, por tanto, cabe suponer que la mujer colonizadora adquirió ‘privilegios’ que en la metrópolis se le negaban (Lal, 1994, p. 44; Amster, 2003, p. 236ss). De hecho, María del Monte López Linares, ‘médico femenino’ en Tetuán, fue la primera mujer que ocupó una plaza en los cuerpos de sanidad del estado español;⁶ su homóloga en la metrópolis, Cecilia García de la Cosa ingresó en el Cuerpo Nacional de Sanidad seis años más tarde, en 1934 (Escalafón, 1956). Esta situación formaría parte, a mi entender, de una estrategia que hacía necesario, si se quería mostrar superioridad sobre el colonizado, modificar la representación de la mujer ‘civilizada’ de los países ‘civilizados’, y para ello hubo que construir o permitir la construcción de una nueva ‘mujer moderna’ para confrontarla a la de los pueblos ‘no civilizados’. Es este el sentido de las palabras de la periodista Josefina Carabias cuando afirmaba: “La doctora María del Monte es una joven, agradable y jovial, con esa jovialidad sin afectación, característica de las mujeres nuevas” (Carabias, 1932, p. 46). Así pues, Occidente necesitaba una mujer nueva, una ‘Eva moderna’ que le ayudara en su afán colonizador.

Ahora bien, la complejidad de las relaciones de dominación/subordinación nos hace tener en cuenta factores como el hecho de que la colonia se consideraba un lugar diferente, y lo que allí ocurriera no sería un modelo a seguir, sino una situación de excepcionalidad dado el carácter ‘degradado’ de la vida en las colonias; quizás por eso se permitía (e incluso favorecía) que las mujeres accedieran a puestos que en la metrópolis les eran de extrema dificultad. La propia María del Monte López Linares fue

⁶ En 1917 el Consejo Municipal de Tetuán contrató a la médica Nieves González Barrios, quien sólo permaneció cuatro meses en la ciudad (González, 1918).

considerada una brillante profesional que, sin embargo, como muestra su trayectoria, no tuvo la oportunidad de ejercer su profesión en la metrópolis en el tiempo y en las condiciones en que lo logró en el Protectorado (Dr. E, 1928; Nuevos, 1929; Carabias, 1932).

Pero el sistema patriarcal pretendía construir espacios donde situar, en realidad donde encerrar, a esa mujer nueva; y afirmaciones que hacían referencia a los problemas que tenían las mujeres para acceder a los puestos de “Médicos de la Zona del Protectorado de Marruecos”, como la que sigue, obligan a matizar las interpretaciones anteriores:

Somos cinco médicas graduadas en el curso 1939-1940. Hemos hecho la carrera con gran ilusión y queremos dedicar a su ejercicio todo nuestro entusiasmo. Siempre hemos pensado en la formación en Marruecos de una clínica con varias especialidades, ya que una de nosotras por haber nacido ahí y conocer la psicología de aquel pueblo nos ha guiado siempre en este sentido, pensando que podemos hacer en ésa una gran labor humanitaria. Por ello, y según nuestra inclinación, a la vez que hacemos el doctorado nos especializamos cada una en una rama de la medicina y así hacemos: Pediatría, Ginecología, Odontología, Cirugía y Medicina general ... nosotras hubiéramos deseado hacer las oposiciones a médicos del Protectorado de Marruecos, para contar con un sueldo fijo, pero estamos excluidas de ellas por razón del sexo y, repetimos, nuestra situación económica no nos permite resistir allí el tiempo necesario para poder desenvolvemos.⁷

⁷ Jaudenes, Serafina; Hernando, Clotilde; Jiménez Lacho, V.; Domínguez, A.; Nieto, P. Carta al inspector de sanidad del Protectorado de Marruecos. Madrid, 11 de febrero de 1941. AGA, caja M-2176.

A partir de 1942, el régimen dictatorial implantado tras la guerra civil no necesitó ocultar su marcado carácter patriarcal y las médicas sólo podrían opositar a las plazas específicas para ‘médicos femeninos’ (3 plazas en convocatoria de mayo de 1942; 1 plaza en febrero de 1943; 2 plazas en septiembre de 1948; 2 plazas en agosto de 1953). En el resto de las plazas se estableció como requisito ser varón (Dirección, 1942). Esto no había sido así durante el periodo de la Segunda República, en el que cuando se anunciaba las convocatorias de plazas de médicos con destino a la Zona del Protectorado de España en Marruecos no se requería la condición de ser varón para poder participar; de hecho Serafina Valls Plá se presentó en diversas ocasiones aunque sin éxito (Dirección, 1932 y Tribunal, 1933).

Por otro lado, ‘la cuestión de la mujer’ venía siendo considerada como uno de los aspectos más relevantes del atraso de los países colonizados; tan relevante que se definía como clave en la imposibilidad que tenían las sociedades musulmanas para aproximarse a la sociedad europea, es decir, a la modernidad y la civilización (Aixelá, 2000). En este sentido, Ovilo y Canales sostenía

en 1886 que entre las causas que precipitaban a estos pueblos a su ruina “nada que despierte tanto el interés como la suerte del sexo débil en esos países” (Ovilo y Canales, 1886, p. 8). Y, aunque algunos testimonios como el de Viguera, seis décadas más tarde, consideraron que “el problema de la mujer marroquí, si es que existe, sigue de cerca al de la mujer española y es igual al de las demás mujeres del mundo” (Viguera, 1948, citado en Aixelá, 2000), las mujeres y las relaciones de género marroquíes constituyeron un argumento que legitimaba la diferencia colonial y la colonialidad del poder.

En el continuo juego de agrupamiento-desagrupamiento-reagrupamiento que procuraba el (des)equilibrio del sistema colonial, se construyó, de forma paralela, una imagen de lo que sería el estereotipo de mujer marroquí frente a la representación de la mujer española.

Se construyó una mujer marroquí ‘fija’ que parecía no haber cambiado prácticamente en nada su situación: una mujer marroquí que era tanto objeto como sujeto de irracionalidad, mujeres encerradas, explotadas, con vida de tormento (Ovilo y Canales, 1886; Robles Mendo, 1953); situación que justificaba en sí misma la actuación de las fuerzas colonizadoras (Ruiz Albéniz, 1930; Iribarren, 1942; Robles Mendo, 1952 y 1953).

Pero, además, habría que tener en cuenta que las descripciones de lo que eran las relaciones de género de los ‘otros’ definirían lo que ‘no-eran’ las ‘nuestras’, pues, como ha sido señalado, se usa al ‘otro’ para definirse uno mismo, en tanto que ‘nosotros’ nos entendemos también en relación a lo que ‘no somos’ (Kitzinger et al., 1996). Por eso cuando se publicaban críticas a situaciones como el hecho de que la mujer, en los estados musulmanes y sobre todo en el ‘imperio marroquí’, estuviese absolutamente condicionada por la vida familiar, quedando “relegada al rincón más escondido del hogar y considerada como un objeto de lujo, un instrumento de placer o un motor de trabajo, y cuando más como un elemento indispensable para la conservación de la especie” (Ovilo y Canales, 1886, p. 10; Aixelá, 2000, p. 56), se quería hacer entender que en España – en el mundo civilizado – esto no era así. Si no consideráramos el recurso que supone este tipo de argumentación llamaría la atención lo mucho que se parecía esta descripción a la situación española de la época y lo poco que parecía darse cuenta de esto Ovilo y Canales.

Este discurso resultaba muy útil porque no sólo legitimaba la intervención colonial, sino que también legitimaba las relaciones de género metropolitanas, como modernas y civilizadas, en relación a las descritas como propias del país colonizado.

Por otro lado, la política de género colonial, de la misma forma que en otros espacios coloniales (Gautier, 2005), ofreció a las mujeres marroquíes muy pocas novedades, pues fueron incorporadas como

auxiliares sanitarias, como hemos visto, cuando ellas ya ejercían un papel relevante en tareas asistenciales en el marco del sistema marroquí como han puesto de manifiesto estudios como los de Ellen Amster en el que evidencia cómo tradicionalmente las mujeres marroquíes gozaban de gran autoridad sobre asuntos del embarazo, parto y cuidados de salud, y se sostiene que los médicos occidentales protestaban de que las mujeres marroquíes eran sus principales rivales profesionales (Amster, 2003, p. 53-124 y 219).

Además, el no reconocimiento de papel alguno de las mujeres marroquíes por parte de los colonizadores era contradictorio con la importancia que se le adjudicaba en el cambio social del país colonizado. Esta fue una de las contradicciones de un discurso que se elaboró con pretensiones legitimadoras más que de cambio real, y cuya asimilación tuvo consecuencias prácticas, pues, como Yolanda Aixelá ha puesto de manifiesto,

en la resistencia del Rif, durante la segunda década del siglo XX, fue clave la participación de las mujeres ... En la lucha armada contra los colonizadores españoles destacaron algunas mujeres ... pasaron armas escondidas entre los panes, los pescados y en los pañales de sus hijos, llevaban mensajes y documentos, transmitían órdenes, vigilaban las reuniones y distribuían dinero, todo ello *aprovechando que eran las personas menos sospechosas* [las cursivas son mías]. (Aixelá, 2000, p. 240-1)

Mujeres y contradicciones en la construcción de un 'nosotros' frente a un 'ellos': alianzas y conflictos

Las mujeres desempeñaron un importante papel en la representación del 'otro'. Un 'otro' definido en función de 'sus mujeres'. Y como se usa al 'otro' para definirse uno mismo, 'nuestras' mujeres se definirían en oposición a las 'suyas'. Se opusieron las mujeres españolas y las marroquíes como se opusieron "las estrechas y tortuosas callejas de la Medina" y "las amplias y bien cuidadas calles del Tetuán español" (Robles Mendo, 1953, p. 31-7). Tanto la cultura colonizada como la colonizadora utilizaron a 'sus' mujeres y a las de los 'otros' para desprestigiarlos y auto legitimarse. Una vez más se elaboraron esquemas de contrastes que mediante un sistema de oposiciones fueron empleados en la construcción de compartimentos sociales. El siguiente relato es un ejemplo de lo dicho:

El concepto que de moral poseen estas mujeres es muy distinto al de nuestro sentir occidental. Baste decir a este respecto lo que apunta Ovilo y Canales en 1894 en su publicación *Intimidades de Marruecos*. Refiere este autor que discutiendo en cierta ocasión sobre este tema con un musulmán, le increpaba éste diciendo

que era vergonzoso el que las mujeres europeas llevaran la cara al descubierto. Le objetó que guardara su indignación para cuando las moras, acompañadas de sus hombres, cruzaban el río crecido y para no mojarse la ropa se la levantaban haciendo con ella un rollo en la cintura, y aunque se tapan cuidadosamente el busto atraviesan la corriente con la mayor frescura dejando al descubierto lo demás, sin importarle la presencia de los extranjeros. ¡Esto sí que es frescura! A lo que contestó el musulmán con la mayor naturalidad: “Ya lo creo que no, porque la vergüenza está en la cara y por eso se la tapan nuestras mujeres”. (Robles Mendo, 1953, p. 31-7)

Distinciones de este tipo se constituyeron en la base principal de las diferencias entre mujeres. Josefina Carabias afirmaba que:

muchas, muchísimas [mujeres musulmanas], buscan a la señorita María para engordar. Pesar muchos kilos, acumular grasa es la mayor ilusión de las mujeres musulmanas. ¿Ustedes se lo explican, lectoras? Yo tampoco, pero así es. Tanto, que cuando yo he notado de verdad lo alejada que todavía está la mujer mora de nosotras ha sido después de hacerme cargo de la gran cantidad de bocas femeninas que, en tono suplicante, repetían esta frase absurda: señorita María, recéteme algo para engordar. (Carabias, 1932)

Y para llegar a esta conclusión final no consideró lo que ella misma había recogido directamente de mujeres marroquíes con las que contactó respecto al interés por realizar un trabajo bien remunerado: “cuando aprenda a vacuná ganaré paga grande” le dijo Yamina; o respecto al afán de independencia que expresaba Rama [figura 3]: “retrátame con máquina. Moras no quieren enseñarlas cosas, ni dejarlas ir a estudiar, pero yo sé vacuná, aunque hombres no quieran ... que moritas estudien y ganen paga [y si ella] tuviera una hija la mandarí a Madrid para que estudiara libros gordos y fuera tebibá como la señorita María” (Carabias, 1932). Tampoco se tuvo en cuenta las expresiones acerca de la información y participación política de Rama:

yo quiero la Ripública, ¿lo dirás? Y que día Ripública yo salí plasa de España con lasito morado y disiendo: ¡Viva la Ripública! No te olvides de dirirlo en periódico ... Pero no me suben paga por eso ¿sabes? Yo quiero que tú lo diga a ver si gran visi de España lee tu periódico y me suben la paga. Yo leo todos los días periódicos y lo sé todo. (Carabias, 1932)

Es decir, no importaba la situación social de las mujeres marroquíes ni sus posiciones económicas o políticas, sino que su deseo de engordar fue lo que dio la medida real del atraso de las mujeres musulmanas respecto a las españolas.

No parece improbable que estos discursos se enmarcasen en las estrategias que, como advertía Albert Memmi, pretendían mostrar



Figura 3 – Rama, ayudante e intérprete, dispuesta a realizar las visitas domiciliarias. Fuente: *Estampa*, n. 210, p. 3-5. 1932.

la legitimidad de la usurpación colonial ensalzando y exhibiendo virtudes asignadas al colonizador y desprestigiando y mostrando el envilecimiento del colonizado de forma que quedaran representadas dos imágenes contrapuestas: una gloriosa y otra despreciable (Memmi, 1971, p. 111-3). Y en este sentido se utilizó a las mujeres. Por estas razones, esa doble crítica, a la que antes aludíamos, hace necesario señalar, junto a la denuncia de la situación de las mujeres en la sociedad marroquí, que determinadas manifestaciones sobre la reclusión de las mujeres marroquíes y acerca de la imposibilidad de acceder a ellas para asistirles médicamente, que tan centrales fueron en el discurso médico-sanitario colonial, formaron parte de una retórica colonizadora que pretendía utilizar estos aspectos como parte importante de las diferencias existentes entre colonizados y colonizadores. Este tipo de discurso, que fue usado en diversos ámbitos coloniales (Lal, 1994, p. 38-41), cubrió distintos objetivos, aunque en no pocas ocasiones careciera de una base real, y fuese falsado por la aparición de testimonios que expresaban que existía la posibilidad de reconocer a las mujeres, como el de Ignacio Iribarren que afirmaba: “algunas veces nos llamaban a las casas para asistir en sus enfermedades a las hijas” (Iribarren, 1942, p. II); o por las peticiones de ‘notables marroquíes’ que sostenían que Alejandro Durán, capitán médico, trataba a sus mujeres con pleno conocimiento de las enfermedades de la mujer, resolviendo los casos con prontitud y, por ello, pedían que continuase con su labor en Tetuán;⁸ así como por la documentación que hace referencia a la existencia de asistencia médica a mujeres marroquíes realizada por médicos españoles.⁹

Entre los objetivos cubiertos cabría señalar los de autolegitimación de los colonizadores, crítica del ‘otro’ colonizado, funcionalidad política, mostrar las superioridades de las relaciones de género occidentales y socializar a las mujeres en las prácticas sanitarias occidentales.

Los intereses por mantener este discurso fueron múltiples, incluyendo los de las mujeres de los países colonizadores que vieron en ella una forma de obtener determinados beneficios en el camino hacia la incorporación al mundo laboral (Lal, 1994, p. 43). Las palabras de María del Monte López Linares fueron muy significativas en este sentido: “no dejándose ver las moras por ningún hombre, aunque éste sea médico, yo tenía aquí una labor a realizar de la mayor importancia” (Carabias, 1932).

Por tanto también las mujeres representaron un papel importante en el ámbito colonial al constituirse en un agente colonizador esencial, en un espacio donde las mujeres eran las transmisoras de la tradición que quería modificarse. En principio, aquellas introducirían a sus ‘hermanas’ en las costumbres y prácticas occidentales para que éstas difundieran la nueva forma de ver y

⁸ Carta de notables marroquíes al alto comisario, Carlos Asensio. Tetuán. 1937. AGA, caja M2176.

⁹ Carta del médico director del Dispensario Municipal de Tetuán al cónsul interventor local general de Tetuán. 1927. AGA, caja M1540; Carta del médico director del Dispensario Municipal de Tetuán a Julio Palencia. 1927. AGA, caja M1540; Carta del cónsul interventor local general de Tetuán al director de Intervención Civil y Asuntos Generales. 1928. AGA, caja M1540; Intervenciones Militares de la Región del Rif. Consultorio indígena de Targuist. Resumen de la labor sanitaria de este consultorio en el mes actual. Octubre de 1931. AGA, M1462; [Larrea], Manuel. Síntesis de la organización sanitaria. Labor que desarrolla y proyectos futuros en esta Zona de Protectorado de España en Marruecos. Tetuán, manuscrito, s.f.

vivir el mundo [figura 4], subyaciendo en esta idea el importante papel de las mujeres en la transmisión oral de historias en las culturas africanas (Busby, 1992) que ha constituido el eje del proyecto basado en la máxima de que “educar a una mujer es educar a todo un pueblo”.

Pero esta visión era y es demasiado simplista para ser real; por eso, el colonizador ofreció determinados elementos que servirían para establecer alianzas con los varones de la población colonizada. En el plano de la asistencia médico-sanitaria constituyó un ejemplo la introducción de pruebas de laboratorio como el test de embarazo que, como muestra Ellen Amster, contribuyó a arrebatar a las mujeres musulmanas la autoridad médica tradicional en cuestiones de gestación y extendió la autoridad occidental en la legislación familiar musulmana, de forma que la aceptación de este tipo de tecnologías conllevaba, implícitamente, la aceptación de la



Figura 4 – Clase de Anatomía. Fuente: Valderrama Martínez, Fernando. *Historia de la acción cultural de España en Marruecos (1912-1956)*. Tetuán, Alta Comisaría de España en Marruecos. Delegación de Educación y Cultura, p.488-9. 1956.

superioridad occidental. Según Amster, aunque las consecuencias ambiguas de los desarrollos tecnológicos también favoreció la posición legal de las mujeres marroquíes en casos como los repudios por enfermedades ginecológicas que los médicos occidentales podían corregir, los maridos rápidamente vieron la oportunidad de evitar la autoridad de las mujeres en cuestiones de embarazo y 'niños dormidos', y demandaron el test de orina para solventar cuestiones de adulterio, divorcios, etc. (Amster, 2003, p. 15-6, 218ss, 271-2, 282). El éxito de la introducción de estas técnicas podría deberse, pues, a que favorecía determinados intereses locales, en este caso los de los varones frente a los de las mujeres marroquíes.

Así, el varón marroquí pudo sentirse 'hermanado' con el occidental en lo que se refería al control de la paternidad, llegando a aceptar determinadas tecnologías como los análisis del embarazo como un elemento positivo. El laboratorio como instrumento de control, capaz de evitar engaños, se constituyó en un recurso útil de la política sexual androcéntrica; así, ejemplos como los del test de embarazo, analizado por Amster, o el reconocimiento de las prostitutas nos sirven para valorar el desarrollo generizado de las prácticas de laboratorio y cómo este uso tuvo repercusiones prácticas en la política colonial, en tanto se ofreció al varón colonizado como algo útil y sirvió para establecer complicidades entre varones colonizados y colonizadores.

De la misma manera que se establecieron alianzas con 'ellos' se produjeron conflictos en el seno del 'nosotros'. Una de las cuestiones conflictivas fue la presencia de aquellos colonizadores que no presentaban las características de una supuesta superioridad respecto del colonizado: pobres y prostitutas españolas (Jiménez-Lucena, 2006). Pero, también se reflejó la conflictividad señalada en el caso de las relaciones de las autoridades con las españolas que podían ejercer una actividad sanitaria. Desde las manifestaciones que lamentaban las dificultades para encontrar una mujer que reuniese las aptitudes necesarias para desempeñar cargos subalternos en los centros sanitarios,¹⁰ hasta las quejas explícitas sobre el incumplimiento de lo que de ellas, como sanitarias españolas, se esperaba:

Hubo un tiempo en que muchas comadronas y muchas enfermeras tenían una conducta poco correcta. Los medios que teníamos a nuestro alcance para corregir estas faltas eran limitados, ya que para decretar la expulsión era necesario un expediente administrativo y cuando se hacía resultaban de él sanciones pequeñas y no lo que necesitábamos, sobre todo por ejemplaridad. Hubo un momento en que hubo que recurrir a las atribuciones extraordinarias de S.E. el Alto Comisario para expulsar de la Zona algunas de ellas, francamente incorregibles. Desde entonces hubo un acuerdo tácito para nombrarlas efectivas, dándoles carácter

¹⁰ Escrito de la Delegación de Asuntos Indígenas al cónsul-interventor de Arzila de 21 de enero de 1921. AGA, M-1462.

¹¹ Escrito del Director de Sanidad al Delegado General de 7 de septiembre de 1951. Expediente de Enriqueta Morón Salas. AGA, caja M-2170.

provisional con lo que teníamos en la mano la posibilidad de la expulsión de los Servicios, proponiendo su baja sencillamente, y esto fue de una ejemplaridad magnífica pues desde entonces, como saben que basta con proponer la baja, se esfuerzan por portarse bien y hace mucho tiempo que no ha habido necesidad de proponer ninguna baja de comadrona ni enfermera europeas.¹¹

Las dificultades de establecer un ‘nosotros’ homogéneo en el que se apreciaran claramente los signos de una civilización superior fueron manifiestas. En definitiva, lo expuesto en este trabajo es un ejemplo más de que no pueden considerarse como dicotómicas las relaciones colonizado–colonizador, así como de la importancia de introducir las relaciones de género en el análisis de la colonialidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aixelá, Yolanda
2000 *Mujeres en Marruecos*. Un análisis desde el parentesco y el género. Barcelona: Bellaterra.
- Alaoui, A.
1991 *Identité culturelle du Magreb*. Rabat: Publications de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines.
- Amster, Ellen
2003 *Medicine and sainthood*. Islamic science, French colonialism and the politics of healing in Morocco, 1877-1935. Dissertation in History for degree of doctor, University of Pennsylvania.
- Aresti Esteban, Nerea
El ángel del hogar y sus demonios. Ciencia, religión y género en la España del siglo XIX. *Historia Contemporánea*, 21, p. 363-94.
- Busby, Margaret (ed.)
1992 *Daughters of Africa*. London: Jonathan Cape.
- Carabias, Josefina
1932 Feministas en el Protectorado. María del Monte, médica de las mujeres musulmanas. *Estampa: Revista Gráfica y Literaria de la Actualidad Española y Mundial*, v. 5, n. 210, p. 3-4. 1932. [Reproducida en *Index de Enfermería*, Granada, v. 9, n. 31, p. 44-7. 2000]
- Castejón Bolea, Ramón
2001 *Moral sexual y enfermedad*: La medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936). Granada: Universidad de Granada-Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil Albert.
- Delegación de Asuntos Indígenas, Dirección de Acción Social
1954 *Memoria 1953-54*.
- Delgado, Eduardo
1931 La sanidad en Marruecos. Un aspecto de la labor sanitaria desarrollada. Profilaxis venérea. *Marruecos Sanitario*, n. 51, 15 de febrero, p. 18-27.
- Delgado, Eduardo
1929 La sanidad civil en el Protectorado de España en Marruecos. *Marruecos Sanitario*, n. 9, 15 de mayo, p. 11-9.
- Dirección General de Marruecos y Colonias
1942 Anunciando oposición para proveer en propiedad tres plazas de médicos femeninos directores de consultorios de mujeres y niños musulmanes. *Boletín Oficial del Estado*, n. 170, 19 de junio, p. 4431.

- Dirección General de Marruecos y Colonias 1932 Concurso. *Gaceta de Madrid*, n. 286, 12 de octubre, p. 234.
- Dr. E. 1928 Feminismo triunfante. Una mujer cirujano. La doctora del Monte siente afición decidida por la intervención quirúrgica. *España Médica*, XX, p.15.
- Escalafón del Cuerpo Nacional de Sanidad 1956 *Boletín Oficial del Estado*, n. 54, 23 de febrero.
- García Calvo, Agustín 1998 Entrevista a Agustín García Calvo. *Cuaderno de Materiales*, n. 4. 1998. [Disponible en www.filosofia.net/materiales/fnumeros.htm]
- Gautier, Arlette 2005 Mujeres y colonialismo. In: Ferro, Marc (dir.) *El libro negro del colonialismo. Siglos XVI al XXI: Del exterminio al arrepentimiento*. Madrid: La esfera de los libros, p. 677-723.
- González Barrio, Nieves 1918 *Notas de patología local de Tetuán*. Madrid: Imprenta de Nicolás Moya.
- Harding, Sandra G. 1998 *Is science multicultural? Postcolonialisms, feminisms, and epistemologies*. Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, Sandra G. 1995 *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Iribarren Cuartero, Ignacio 1942 *Trabajos de un médico militar en el Rif (Beni Said)*. Memoria del doctorado en medicina, presentada a la Universidad Central de Madrid, en el mes de mayo de 1940. Ceuta: Imp. Imperio.
- Jiménez-Lucena, I. 2006 Sueños rotos. La política sanitaria de España en Marruecos desde una perspectiva de género. *XIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Madrid: CSIC (en prensa).
- Jiménez-Lucena, I.; Ruiz-Somavilla, M^a José 1999 La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX. In: Barral, M^a J.; Magallón, C.; Miqueo, C.; Sánchez, M^a D. (ed.) *Interacciones ciencia y género*. Barcelona: Icaria, p. 185-206.
- Kitzinger, C.; Wilkinson, S. 1996 Theorizing representing the other. In: S. Wilkinson; C. Kitzinger (ed.) *Representing the other: A feminism and psychology reader*. London: Sage, p. 1-32.
- Lal, Maneesha 1994 The politics of gender and medicine in colonial India: The countess of Dufferin's Fund, 1885-1888. *Bulletin of the History of Medicine*, 68, p. 29-66.
- Mateo Dieste, Joseph Luís 1997 *El 'moro' entre los primitivos: El caso del Protectorado Español en Marruecos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- McClintock, Anne 1995 *Imperial leather: Race, gender and sexuality in the colonial context*. New York: Routledge.
- McNeil, Maureen 2005 Introduction: Postcolonial technoscience. *Science as Culture*, v. 4, n. 2, p. 105-12.
- Medina Domenech, Rosa M^a; Molero Mesa, Jorge 2001 Medicina y poder colonial en el África española. Un acercamiento preliminar a la perspectiva de género desde el marco legislativo colonial. In: Aurelia Martín Casares (ed.) *Mujeres en el África Subsahariana*. Barcelona: Ed. del Bronce.
- Memmi, Albert 1971 *Retrato del colonizado precedido por retrato del colonizador*. Madrid: Cuadernos para el Diálogo.
- Mernisi, Fátima 2000 *Marruecos a través de sus mujeres*. Madrid: Ed. del Oriente y del Mediterráneo.

- Mignolo, Walter
2003 *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo.* Madrid: Akal.
- Millán Santos, José
1947 *Monitor de la futura madre.* Tetuán: Ed. del autor.
- Mince, Leopoldo
1929 *Fundamentos para la lucha antivenérea. Marruecos Sanitario, n. 7, 15 abril, p. 7-14.*
- Molero Mesa, Jorge;
Jiménez Lucena, Isabel;
Martínez Antonio,
Francisco J.
2002 *Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado Español en Marruecos.* In: Rodríguez Mediano, Fernando; de Felipe, Helena (ed.) *El Protectorado Español en Marruecos.* Gestión colonial e identidades. Madrid: CSIC.
- Nuevos servicios del
Protectorado, Los
1929 *Asistencia a mujeres y niños. Marruecos Sanitario, n. 7, 15 abril, p. 3-4.*
- Obra de la Salud Pública
en Marruecos, La* s.l.:s.n
s.f.
- Orden de 24 de junio
de 1957 *Boletín Oficial del Estado, n. 201, 7 de agosto.*
1957
- Ovilo y Canales, Felipe
1886 *La mujer marroquí. Estudio social.* Madrid: Imprenta de Manuel G. Hernández.
- Paz es posible acometer
a fondo el problema
sanitario, Con la
1931 *Marruecos Sanitario, n. 63, 30 agosto, p. 15-9.*
- Philip, Kavita
1998 *English mud: towards a critical cultural studies of colonial science. Cultural Studies, v.12, n. 3, p. 300-31.*
- Puleo, Alicia H.
s.f. *Mujer, sexualidad y mal en la filosofía contemporánea.* [Disponible en: gramola.fyl.uva.es/~wceg/articulos/mujersexualidadymal.PDF, consultada el 23 nov. 2004.]
- Robles Mendo, Caridad
1953 *Antropología de la mujer marroquí musulmana.* Tetuán: Ed. Marroquí.
- Robles Mendo, Caridad
1952 *Avance al estudio antropológico de la mujer marroquí.* Tetuán: Ed. Marroquí.
- Rodríguez Cabezas,
2006 *La mujer en la medicina española. El médico interactivo, n. 1576, 21 de febrero.* [Disponible en: www.elmedicointeractivo.com/humanismo_medico_ext.php?idreg=12&Medy=0a342454b31ad4cb5db86bddd01f0485]
- Ruiz Albéniz, Víctor
1930 *Centenario de Argelia. Congreso de Colonización Rural. Argel: Junio 1930. Monografía sobre colonización rural en Marruecos español.* Madrid: Imprenta Sáez Hermanos.
- Said, Edward W.
2002 *Orientalismo.* Barcelona: Debate.
- Sanidad en las
ciudades, La
1931 *Marruecos Sanitario, n. 64, 30 septiembre, p. 9-18.*
- Siervert, José
1929 *Informe del Dr. D. José Siervert, director del Laboratorio Español de Análisis, sobre el clima y el ambiente social de Tánger (Psicosis Tangerina).* *Marruecos Sanitario, n. 14, 30 julio, p. 13-9.*

- Spivak, Gayatri C.
1985
Three women's texts and a critique of imperialism.
Critical Enquiry, v. 21, n. 1, p. 243-61.
- Tola, F. C.
2004
La persona y el ser: La representación del otro.
Historia, Antropología y Fuentes Orales, n. 31, p. 51-73
- Tribunal de oposiciones
para proveer plazas de
médicos vacantes en los
hospitales civiles de la
Zona del Protectorado
de España en Marruecos.
1933
Gaceta de Madrid, n. 123, 3 de mayo, p. 818.
- van Dijk, Teun A.
1991
Racism and the press.
London: Routledge.
- Walsh, Caherine
2003
Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Entrevista a
Walter Mignolo. *Polis. Revista Académica Universidad Bolivariana*, v. 1, n. 4.
[Disponible en: www.revistapolis.cl/4/wal.pdf]

Recibido para publicación en febrero de 2006.

Aprobado para publicación en abril de 2006.