

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS D'HISTÒRIA DE LES CIÈNCIES
FACULTAT DE MEDICINA
DEPARTAMENT DE FILOSOFIA

TESIS DOCTORAL

***EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN EN LOS IMPERIOS ESPAÑOL
Y MARROQUÍ DURANTE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO
XIX. SOCIOLOGÍA HISTÓRICA DE LOS LÍMITES SANITARISTAS
MILITARES.***

**AREA DE CONOCIMIENTO
HISTORIA DE LA CIENCIA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ ANTONIO

BELLATERRA, OCTUBRE DE 2004

JORGE MOLERO MESA, Profesor Titular de Historia de la Ciencia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

CERTIFICA

Que la presente Memoria para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, titulada “*El proceso de sanitarización en los imperios español y marroquí durante las décadas centrales del siglo XIX. Sociología histórica de los límites sanitaristas militares*” ha sido realizada por Francisco Javier Martínez Antonio bajo su dirección.

Bellaterra, 26 de octubre de 2004.

a Beatriz,
el aire que se ha “calmao”,
que sueña con Zhuangzi,
que sueña con...

“Las pequeñas obras deben ser terminadas por sus
primeros arquitectos. En cuanto a las grandes, a las
verdaderas, debe dejarse que el futuro las complete. ¡Que
Dios me libre de pretender completar nunca nada!. Todo
este libro no es sino un esbozo, el esbozo de un esbozo.
¡Oh tiempo, energía, dinero, paciencia!”

Moby Dick, Herman Melville.

AGRADECIMIENTOS

En el curso de esta tesis se han ido sucediendo ciudades y viajes, encuentros, desencantos y aprendizajes con mayor frecuencia de la que yo habría podido esperar cuando entré en el *hall* de la Unidad de Historia de la Medicina de Zaragoza en el verano de 1997. Entre otras cosas, ha habido en este tiempo muchas personas que me han acompañado, apoyado y ayudado de diferentes maneras para poder llevar a término mi trabajo.

Sin duda, la más importante ha sido Jorge Molero, sin cuya ayuda e iniciativa no habría podido empezar ni terminar esta tesis. A través suyo me han llegado influencias decisivas, como la de Norbert Elias y también esa corriente de historia social de la medicina que ha cultivado con intensidad y convicción en su trayectoria profesional y que ha constituido la base de mi formación y mi trabajo. Además y sobre todo, me ha transmitido un sentido crítico e inconformista que he tratado de asimilar y desarrollar según mis propios criterios. Atrás quedan muchas horas, kilómetros y conversaciones compartidos y por delante, una amistad y un respeto que espero nos sigan dando muchas satisfacciones. En ellos incluyo también por supuesto a Mamen y a Ana.

Mi llegada a Barcelona no habría sido la misma si no hubiera estado Àlvar Martínez. Sin su amabilidad y sin su ayuda no habría podido tener la sensación de que el cambio desde Zaragoza resultaba más fácil. De él he tratado de aprender el afán por la expresión precisa y correcta y su ejemplo como persona dialogante y constructiva. A Pepe Pardo también he de agradecerle la cálida acogida en Barcelona y haber podido disfrutar con su sentido del humor y de la conversación, que hemos compartido en muchas ocasiones. Gracias también a Toni e Inma y a Judit.

Consuelo Miqueo y Asunción Fernández-Doctor no pueden faltar en esta relación de agradecimientos, como personas que me dieron la oportunidad de comenzar mis pasos en la Unidad de Historia de la Medicina de Zaragoza. Siempre recuerdo con cariño aquel periodo aunque las circunstancias hayan hecho los contactos más infrecuentes. En Barcelona, he tenido el apoyo de Alfons Zarzoso y Teresa Huguet. En el CEHIC, tengo que agradecer la atención de Xavier Roqué y Agustí Nieto y, sobre

todo, el contacto con Néstor Herrán. Gracias a nuestros seminarios oficiosos y un tanto subterráneos pude entrar más en contacto con la historia de la ciencia y “descubrir” a Bruno Latour, que tan decisivo ha acabado por ser en mi investigación. A Josep Sánchez Aldeguer, gracias por su paciencia para tolerar la profusión de libros y de humos en el despacho.

Para realizar esta tesis fue decisiva la ayuda del Ministerio de Ciencia y Tecnología, a través de una beca de Formación de Personal Investigador, así como del Departamento de Filosofía y de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Gracias a Esperanza Ardiz y al resto de personal administrativo de la universidad que me facilitó las distintas gestiones. También fue importante en muchos aspectos mi estancia en el Departamento de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada a través de un contrato de investigación de varios meses. Esto fue posible sobre todo por iniciativa de Esteban Rodríguez Ocaña, a quien he de agradecerle su tolerancia con mi doble ocupación y el trato cercano y cordial que me dispensó – aparte de la utilidad de sus trabajos para esta tesis. También gracias a Rosa Medina, con quien compartí conversaciones e ideas sobre la investigación y también unas cuantas sesiones de cine, a Mikel Astraín, por cederme su espacio de trabajo y darme información sobre Granada, a Teresa Ortiz y Alfredo Menéndez por la compañía y la ayuda que me prestaron, a Pepe Valenzuela, Guillermo Olagüe y Chema Fernández. Gracias a Lola Sánchez por la primera acogida en Granada y a Richard Cleminson y Freddy Vélez, por su amabilidad y por darme la posibilidad de exponer parte de mi trabajo en el Seminario de Estudios para la Paz de aquella universidad.

De gran utilidad fue mi estancia en la Heinrich Heine Universität de Düsseldorf, donde Alfons Labisch me dio todas las facilidades para trabajar. Allí también debo dar gracias a Ulrich Koppitz, Wolfgang Woelk, Fritz Dross, Jörg Vögele, Thorsten Halling, Norbert Paul y Carmen Götz. En la SOAS de Londres, David Arnold me permitió ampliar considerablemente la bibliografía sobre medicina colonial. Rafael Huertas, del Instituto de Historia de la Ciencia del CSIC, me dio todas las facilidades cuando tuve que acudir a Madrid en diversas ocasiones y la oportunidad de participar en algunas reuniones científicas. En Madrid, también gracias a Ricardo Campos. Con Isabel Jiménez, de la Universidad de Málaga, he compartido no solo proyectos de investigación, sino también viajes a Marruecos y a Alcalá de Henares, en los cuales

disfruté de su compañía y obtuve algunos consejos para la tesis. También quiero agradecer a Quique Perdiguero, de la Universidad Miguel Hernández de Elche, el ofrecermé colaborar con *Conecta*, aunque dicha colaboración se haya resentido en algunos periodos más ajetreados.

La búsqueda de información y bibliografía fue más fácil gracias al personal del Servicio Histórico Militar de Madrid, del Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares, de la Biblioteca Nacional o del Archivo y Biblioteca de Tetuán. En este sentido, quiero agradecer también a Josep Danón la consulta de la Biblioteca de la Fundació Uriach 1838, donde me recibió en diversas ocasiones. Por último, gracias al doctor Josep María Massons por recibirme en su casa y darme valiosa información acerca de diversos aspectos de la historia de la Sanidad militar.

No es necesario subrayar lo importante que ha sido mi familia durante todo este tiempo. A mis padres, por su imprescindible cariño y por su apoyo de múltiples maneras, va dedicado especialmente este trabajo, también como prueba de que el camino que tomé hace tiempo ha dado sus primeros frutos. Con Arancha y Marco he tenido verdaderamente una segunda casa en Barcelona (últimamente, una primera), algo a lo que espero corresponder algún día. Sin Arancha me resulta difícil imaginar mi vida en Barcelona, donde hemos compartido muchas cosas. A Eni y Mark también he de agradecerles la “pensión” cuando estuve en Düsseldorf y ellos saben que tienen un recuerdo especial porque la distancia ha impedido que pudiéramos estar más cerca todo este tiempo. Por supuesto, he llevado conmigo a Arturo y Carlota en todos los sitios en los que he estado.

La distancia y las ocupaciones también han impedido un mayor contacto con Ángel, Alberto, Foni y Macarena, Iñaki y Ana, Javi y Eva, Jesús, Quique, Ramón, Juan y Curro, aunque nuestra amistad sigue su curso. Ellos ya saben que esta tesis tiene mucho suyo y que siempre necesito verles cada cierto tiempo. A Saskia, y también a Jana y a Loek, gracias por su amistad y por haber soportado mi preocupación monotemática.

“[...] se dilataba hacia el confín la tierra de España,
en la que hay pocas cosas, pero donde cada una *parece*
estar de un modo sustantivo y eterno”.

Jorge Luis Borges, *La busca de Averroes*.

“Otra cosa les digo para que se pongan en lo cierto al
entender de guerras africanas, y es que el moro y el español son
más hermanos de lo que *parece*”.

Benito Pérez Galdós, *Aita Tettauen*.

EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN EN LOS IMPERIOS ESPAÑOL Y MARROQUÍ DURANTE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX. SOCIOLOGÍA HISTÓRICA DE LOS LÍMITES SANITARISTAS MILITARES.

	Págs.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Medicina, sanidad y colonialismo español en Marruecos (siglos XIX y XX).....	6
1.1.1. Origen y características del relato histórico tradicional sobre la actuación médico-sanitaria de España en Marruecos en los siglos XIX y XX.....	6
1.1.2. Historiografía internacional sobre “medicina (ciencia) y colonialismo” en la Edad Contemporánea: “relato triunfalista” y “difusión de la ciencia europea”; críticas “externalista” y “construccionista”, modelos de “mundialización de la ciencia”, conceptos de “resistencia” e “hibridación” en los estudios postcoloniales. Tendencias desde la segunda mitad de los años 90.....	12
1.1.3. Motivos de la ausencia del caso marroquí y árabe en los debates de la historiografía internacional sobre “medicina (ciencia) y colonialismo” y “mundialización de la ciencia” en la Edad contemporánea.....	31
1.2. Colonialismo, medicina y sanidad en la España contemporánea.....	40
1.2.1. El olvido de las colonias ultramarinas y africanas en la historiografía de la sanidad española contemporánea.....	40
1.2.2. La integración problemática de “lo militar” y “lo colonial” en la historiografía general sobre el Estado-nación en la España contemporánea.....	44
1.2.3. El relato tradicional de las relaciones hispano-marroquíes en la Edad Contemporánea.....	53
1.3. Sanidad militar en los imperios español y marroquí en las décadas centrales del siglo XIX. Metodología y materiales, justificación de la investigación.....	64

II. SANIDAD Y PROCESO DE CIVILIZACIÓN: EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN.....	69
2.1. Dimensiones socio-institucionales de la teoría del “proceso civilizadorio” de Norbert Elias: “proceso de estatalización” y “proceso de colonización”.....	71
2.2. Críticas a la teoría civilizatoria de Elias: eurocentrismo, difusión y asimilación, discontinuidad civil-militar.....	81
2.3. El “principio de simetría generalizada” y la crítica de la modernidad de Bruno Latour.....	88
2.4. Aplicación del “principio de simetría generalizada” al proceso civilizadorio: el concepto de “límite”. Diferencias con la “teoría de los sistemas” de Niklas Luhmann.....	93
2.5. Características del entramado de límites externos e internos en la fase contemporánea del proceso civilizatorio.....	108
2.6. Sanidad y “proceso de imperialización”: <i>el proceso de sanitización</i> . Diferencias con las teorías de la “medicalización” y del “Homo hygienicus”.....	120
III. EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX: LA CONFIGURACIÓN DE UN MODELO SANITARISTA.....	129
3.1. Primeros pasos hacia un modelo sanitarista militar: el Cuerpo de Sanidad Militar y los Reglamentos de 1836, 1846 y 1847.....	133
3.2. El Reglamento de 1855 o la articulación del modelo sanitarista militar español.....	153
IV. EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN EN EL IMPERIO ESPAÑOL DURANTE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX. LA CONFIGURACIÓN DE LOS LÍMITES SANITARISTAS MILITARES.....	171
4.1.El <i>proceso de sanitización</i> en la España peninsular.....	174
4.1.1. Fronteras y demarcaciones sanitaristas militares.....	174
4.1.2. Relaciones con la Sanidad naval y la Sanidad civil.....	193
4.2. El <i>proceso de sanitización</i> en las posesiones de Ultramar.....	203
4.3. El <i>proceso de sanitización</i> en el Imperio español.....	219

V. EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN EN EL IMPERIO MARROQUÍ DURANTE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX Y SU REPERCUSIÓN EN LOS LÍMITES SANITARISTAS MILITARES ESPAÑOLES.....	249
5.1. El <i>proceso de sanitización</i> en el Imperio de Marruecos durante las décadas centrales del siglo XIX.....	252
5.1.1. La sanidad en el Imperio marroquí durante los reinados de Muley Abderrahman (1822-1859) y Sidi Mohammed IV (1859-1874).....	252
5.1.1.1. Evolución de la salud pública naval.....	252
5.1.1.2. Evolución de la salud pública civil interior.....	253
5.1.1.3. Evolución de la salud pública civil: la Sanidad marítima.....	265
5.1.1.4. Evolución de la salud pública militar.....	273
5.1.2. ¿Sanidad pre-colonial o sanidad marroquí? Mecanismos de “diversificación” y “limitación” y carácter “intermedio” en la fase contemporánea del <i>proceso de sanitización</i> en Marruecos.....	278
5.2. Las relaciones sanitarias hispano-marroquíes durante las décadas centrales del siglo XIX.....	295
5.2.1. La sanidad española en Marruecos: elementos, contexto, desarrollos específicos.....	296
5.2.2. Repercusión de Marruecos en los límites sanitaristas militares del Imperio español.....	306
VI. CONCLUSIONES.....	318
VII. APÉNDICES.....	332
Apéndice I.	
Real decreto creando un cuerpo de “Sanidad Militar” (1836).....	334
Apéndice II.	
Bases de la organización del Servicio de Sanidad Militar (1822).....	339

Apéndice III.	
Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar (1846).....	343
Apéndice IV.	
Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar (1855).....	361
Apéndice V.	
Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar (1862).....	384
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	394
8.1. Archivos.....	396
8.2. Colecciones de revistas.....	396
8.3. Fuentes impresas.....	396

I. INTRODUCCIÓN

La historiografía sobre la actuación española en Marruecos durante los siglos XIX y XX ha experimentado una significativa ampliación en su temática durante los años 90. A los ya tradicionales análisis sobre la guerra del Rif y el desastre de Annual, sobre la organización política y económica del Protectorado español, sobre el movimiento africanista y el Ejército forjado en la guerra contra los rifeños, sobre el movimiento nacionalista marroquí y rifeño, se ha añadido un creciente número de estudios sobre temas que hasta ahora habían permanecido en segundo plano o simplemente se habían ignorado. Entre ellos figuran, por ejemplo, el sistema de “intervenciones”, el cine, la antropología y los antropólogos, la figura y la obra del franciscano Padre Lerchundi, las representaciones del “moro”, la arquitectura, los ferrocarriles, el movimiento migratorio, las exploraciones científicas, las relaciones política-religión, los antiguos residentes del Protectorado, los traductores arabistas, las mujeres desde la perspectiva de los estudios de género, la aviación militar y la civil, los conflictos jurídicos, el orientalismo español, el discurso geográfico, la transformación socioeconómica del Rif, los intercambios comerciales, la intervención de las aduanas marroquíes o la literatura del periodo colonial¹.

Además, han aparecido nuevas aportaciones sobre los temas “tradicionales”, resultado de investigaciones llevadas a cabo sobre los bombardeos con armas químicas durante la guerra del Rif, sobre la actitud de los marroquíes ante el “alzamiento” de Franco, sobre las implicaciones de la “guerra de África” en Cataluña, sobre la descolonización, sobre las tropas marroquíes en general y sobre su actuación concreta durante la Guerra Civil o sobre caudillos como El-Raisuni y Abd-el-Krim². Por último, se han publicado

¹ MORALES LEZCANO (1993); MARTÍN CORRALES (1995), (1999), (2002a) y (2002b); MARÍN (1996); LOURIDO DÍAZ (1996); MATEO DIESTE (1997a); VILAR, VILAR (1999); NOGUÉ, VILLANOVA (1999); EDESA, GIL GRIÑÁN, RIESGO, GARCÍA RAMÓN (2000); BRAVO NIETO (2000); CARRASCO GONZÁLEZ (2000); AIXELÁ (2000); FERROCARRILES en el protectorado (2001); OLLER (2003); RODRÍGUEZ MEDIANO, DE FELIPE (2002); RAMÍREZ, LÓPEZ GARCÍA (2002); DÍEZ TORRE (2002), MATEO DIESTE (2003); AZIZA (2003).

² ALLENDESALAZAR (1990); KUNZ, MUELLER (1990); NEILA HERNÁNDEZ (1992); SALAS LARRAZÁBAL (1992); WOLF (1994); ALGORA WEBER (1995); *MELILLA en la historia ...* (1996);

reediciones o *facsimiles* de obras de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, relacionadas con la actuación española en Marruecos en diversos ámbitos, como parte de un esfuerzo de recuperación de documentos y testimonios de aquella época promovido fundamentalmente desde instituciones radicadas en Ceuta y Melilla³.

A pesar de este esfuerzo de renovación, determinados temas como la sanidad y la medicina españolas en el Marruecos contemporáneo sólo han comenzado a ser investigados críticamente en fechas muy recientes⁴. Dada la práctica ausencia de publicaciones específicas al respecto y el carácter preliminar de los primeros trabajos historiográficamente rigurosos sobre el tema, creemos que la mera presentación de datos poco conocidos o completamente olvidados sobre la organización y las actividades médico-sanitarias de España en Marruecos ya justificarían *per se* la elaboración de esta memoria de doctorado⁵. No obstante, consideramos que es ineludible presentar estos datos dentro de un

LEGUINECHE (1996); AZZUZ HAKIM (1997); TESSAINER Y TOMASICH (1998); SERRANO (1998); MORALES LEZCANO (1998); YBARRA ENRÍQUEZ (1998); ALCARAZ CÁNOVAS (1999); PANDO (1999); MADARIAGA (1999) y (2002); EDESA, GIL GRIÑÁN, RIESGO, GARCÍA ZANÓN (2000); CAMPOS (2000); PENNELL (2001); SALAFRANCA ORTEGA (2001); LA PORTE (2001); CARRASCO GONZÁLEZ (2001); RAMIRO DE LA MATA (2001); SILVA (2001); PALMA MORENO (2001); BALFOUR (2002); BOUARFA (2002); MADARIAGA, LÁZARO DÁVILA (2003).

³ Por ejemplo, el acuerdo entre el general Martínez Campos y el sultán Muley Hassan en 1894 posterior a los combates de Melilla de 1893, GUERRERO (1998); la crónica de la visita del periodista Luis de Oteyza a Abd-el-Krim y a los presos de Annual, OTEYZA (2000); un estudio sobre la vivienda típica del Rif, BLANZO IZAGA (2001); y el conocido expediente elaborado por el general Picasso para depurar las responsabilidades de la derrota del Ejército español en Annual, PICASSO (2003).

⁴ La investigación sistemática sobre medicina y sanidad españolas en Marruecos se ha iniciado, bajo la dirección del profesor Jorge Molero Mesa, a través de la ayuda concedida por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en forma de dos proyectos de investigación, el último todavía en curso. Los primeros resultados de esta línea de trabajo son: MOLERO MESA (2004); MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA, MARTÍNEZ ANTONIO (2002) y (2004); MARTÍNEZ ANTONIO, JIMÉNEZ LUCENA, MOLERO MESA (2003); y MARTÍNEZ ANTONIO (2003) y (2004a). En paralelo se han publicado también los primeros estudios sobre medicina y sanidad en Guinea Ecuatorial y los primeros análisis comparativos entre ambos territorios coloniales: MEDINA DOMENECH, MOLERO MESA (2001), (2002a) y (2002b); MEDINA DOMENECH, R. (2003).

⁵ La bibliografía crítica específica sobre medicina y sanidad españolas en el Marruecos contemporáneo se limitaba hasta la aparición de los trabajos anteriormente citados a un pequeño número de publicaciones de contenido heterogéneo y valor desigual. Entre ellos se incluían dos artículos (sin duda los trabajos de mayor interés) sobre la epidemia de cólera que afectó a las tropas españolas durante la guerra de África de 1860, SERRALLONGA URQUIDI, (1998a), (1998b); una reedición *facsimil* del viaje del médico José Antonio Coll a la corte marroquí en 1800, JUSTEL CALABOZO (1991); un artículo sobre la labor del franciscano Padre Lerchundi en Tánger, LOURIDO DÍAZ (1996); un capítulo de libro con una semblanza del médico militar Felipe Óvilo y Canales, destinado en la Legación de España en Tánger a finales del XIX, aunque centrada en sus publicaciones de carácter antropológico, LÓPEZ GARCÍA, RAMÍREZ (2002); comentarios puntuales sobre la actuación de médicos españoles antes del Protectorado en un artículo sobre medicina e imperialismo en Marruecos, PAUL (1977); dos breves capítulos sobre la sanidad militar en la guerra de 1859-60 y en las campañas del siglo XX dentro de la monografía *Historia de la Sanidad Militar española*,

análisis crítico que supere las limitaciones del relato historiográfico construido por la historiografía africanista franquista entre finales de los años 40 y principios de los 60, es decir en los años inmediatamente previos y posteriores a la independencia marroquí, y que se han mantenido en buena medida hasta la actualidad.

Al mismo tiempo, consideramos necesario superar el olvido en que ha quedado la actividad médico-sanitaria española en Marruecos dentro de los estudios históricos sobre sanidad o salud pública en la España contemporánea que se vienen realizando durante los últimos 30 años. En este sentido, la atención preferente a aspectos relacionados con la medicina civil y la sanidad civil “interior” (legislación sanitaria, administración sanitaria central, provincial y municipal, medicalización, vacunación, campañas sanitarias, estrategias de especialización y profesionalización, beneficencia, medicina social, figuras destacadas del movimiento “higienista”, asistencia psiquiátrica, eugenesia, enseñanza universitaria, medicina y clase obrera, asociaciones científico-médicas, hospitales y otras instituciones asistenciales, prensa médica, epidemias, cuestiones de “género”, etc.) ha dejado un tanto al margen campos como la sanidad “exterior”, la sanidad militar y la problemática médico-sanitaria relacionada con las posesiones ultramarinas del siglo XIX (Cuba, Filipinas, Puerto Rico) y con los territorios españoles en el norte de África (Marruecos, Guinea Ecuatorial, Sahara Occidental)⁶.

MASSONS (1994); comentarios puntuales sobre la labor sanitaria en el Protectorado español en monografías de investigadores marroquíes como AKHMISSE (1992), MOUSSAOUI, ROUX-DESSARPS (1995) y GHOTI (1995); un artículo y una breve nota sobre dos médicos militares que participaron en la batalla de Annual, PANDO (1996), ARCARAZO GARCÍA (2000); una breve mención a los Hospitales de la Cruz Roja durante la guerra del Rif, CLEMENTE (1990); un artículo sobre los hospitales militares de Ceuta desde el siglo XVI al XX, DIZ RODRÍGUEZ (1998) y otro del mismo autor sobre la operación realizada por el cirujano militar Mariano Gómez Ulla a un jefe militar español en la guerra del Rif, DIZ RODRÍGUEZ (2003). Existe además una activa línea de investigación sobre la farmacia y la botánica españolas en Marruecos que se ha traducido en publicaciones como GÓNZALEZ BUENO (1988) y (2002); RODRÍGUEZ NOZAL, GONZÁLEZ BUENO, JEREZ BASURCO (1995); GONZÁLEZ BUENO, RODRÍGUEZ NOZAL, JEREZ BASURCO (1997); GONZÁLEZ BUENO, GOMIS BLANCO (2001); GOMIS BLANCO (2002). En este sentido, se han estudiado también las expediciones científicas españolas llevadas a cabo en Marruecos y en el Sahara occidental por iniciativa de la Sociedad Española de Historia Natural desde finales del siglo XIX, MARTÍNEZ SANZ (1982), (1991-92).

⁶ Una completa perspectiva sobre la “historia social de la medicina en España” con abundante información bibliográfica se encuentra en RODRÍGUEZ OCAÑA (2000). En ella se puede comprobar la ausencia de publicaciones sobre los campos mencionados. La escasa bibliografía específica sobre ellos irá apareciendo en otros puntos de este capítulo y de la memoria de doctorado en general.

Como trataremos de demostrar en este capítulo, ambos problemas, la falta de interés por los asuntos médico-sanitarios en la historiografía sobre “España en Marruecos” y el olvido de Marruecos en la historiografía sobre sanidad en la España contemporánea, están estrechamente relacionados. Además, remiten a problemas de tipo más general que afectan a la historiografía general de la ciencia (y de la medicina), a la historiografía general sobre la relación hispano-marroquí y a los estudios históricos sobre la España contemporánea y sobre la cuestión del Estado-nación español.

1.1. Medicina, sanidad y colonialismo español en Marruecos (Siglos XIX Y XX).

1.1.1. Origen y características del relato historiográfico tradicional sobre la actuación médico-sanitaria de España en Marruecos en los siglos XIX y XX.

El relato tradicional (y único casi hasta la actualidad) sobre la actuación médico-sanitaria española en Marruecos surgió en el contexto de la literatura sobre las relaciones hispano-marroquíes que comenzó a publicarse desde el último tercio del siglo XIX. Concretamente, su origen se remonta a las publicaciones de médicos españoles destinados en la Legación de España en Tánger (Felipe Óvilo y Canales, Francisco Triviño Valdivia) y en dispensarios y hospitales del Protectorado, a las que se añadieron más adelante las de los primeros Inspectores de Sanidad de la Zona (Eduardo Delgado Delgado, Antonio Torres Roldán y Joan Solsona Conillera)⁷. Estos primeros trabajos consistieron básicamente en una exposición de la labor realizada por médicos e higienistas individuales durante su estancia en Marruecos y en descripciones de la organización médico-sanitaria que fue poniéndose en marcha en la Zona marroquí asignada a España por el tratado franco-español de noviembre de 1912⁸. No obstante estos precedentes, no fue hasta finales de los años 40 cuando comenzó a elaborarse un discurso histórico articulado sobre el conjunto de la

⁷ Para más información sobre la trayectoria y la obra de Joan Solsona Conillera y Eduardo Delgado Delgado, ver MARTÍNEZ ANTONIO (2003); MARTÍNEZ ANTONIO, JIMÉNEZ LUCENA, MOLERO MESA (2004). Sobre Felipe Óvilo y Canales, ver LÓPEZ GARCÍA, RAMÍREZ (2002).

⁸ Son representativas del primer tipo de publicaciones, por ejemplo, las de PERALTA (1894); LAZO GARCÍA (1913); VALDÉS LAMBEA (1913); CARRASCO (1918); GONZÁLEZ BARRIO (1918); TRIVIÑO VALDIVIA (1920); BRAVO (1928) y (1932); y del segundo, las de [DELGADO] (1930); TORRES ROLDÁN (1937); SOLSONA CONILLERA (1939), (1940) y (1941). En realidad, una buena parte de las publicaciones generales sobre el protectorado hacían mención o referencia algo más detallada a la medicina y la sanidad, aunque solían limitarse a una breve presentación de cifras y estadísticas. Un ejemplo representativo en este sentido lo constituyeron las publicaciones que llevaron el título de *Anuario Guía Oficial de Marruecos y del África española*.

actuación sanitaria española. De ello se encargaron tanto destacados africanistas “oficiales”, especialmente Tomás García Figueras, como marroquíes relacionados con las autoridades españolas, especialmente Mohammed Ibn Azzuz Hakim, que conocían a fondo la administración “protectora” por haber ocupado en ella múltiples cargos relevantes, en ocasiones relacionados con la medicina y la sanidad⁹. También, médicos y farmacéuticos que estuvieron vinculados más o menos directamente a la sanidad de la Zona como Luis Herrero Muñoz, Joan Solsona Conillera, Valentín Matilla y José Lozana Méndez¹⁰.

Todos estos autores compartieron una serie de argumentos fundamentales en su análisis de la actuación médico-sanitaria española en Marruecos en los siglos XIX y XX. En su opinión, el norte de Marruecos (y Marruecos en general) careció de administración e instituciones médico-sanitarias porque “el Poder público antes del año 1912 no consideraba tener cometido alguno en relación con la salubridad e higiene públicas”¹¹. La obligación de remediar esta carencia constituyó uno de los aspectos del compromiso de “protección” adquirido por España en 1912 y fue interpretada como una “misión” de “trascendente alcance social” y con un “alto sentido de apostolado humano, civilizador y español”¹². El objetivo último de esta misión habría sido fomentar la “evolución sanitaria” de Marruecos, para sacarle del “atraso sanitario” en el que se encontraba e incorporarle al grupo de los

⁹ GARCÍA FIGUERAS (1947) y (1957); AZZUZ HAKIM (1953). La importancia de Tomás García Figueras en la fijación del relato africanista franquista sobre la “acción de España en Marruecos” en prácticamente todos los ámbitos de estudio posibles (incluido el de la medicina y la sanidad) es difícilmente cuestionable dado el número y espectro de sus publicaciones y su apoyo documental. En esto influyó decisivamente que García Figueras estuviera destinado en Marruecos como oficial del Ejército y que ocupara durante algunos años el cargo de Delegado de Asuntos Indígenas, del que dependía la Inspección de Sanidad de la Zona, así como de director del Centro de Estudios Marroquíes y de otras instituciones. Por su parte, Ibn Azzuz Hakim comenzó a mediados de los años 30 una larguísima y también diversificada trayectoria de publicaciones, que se prolonga hasta la actualidad, y para la cual se benefició también de los cargos que ocupó en la administración protectora española, en ocasiones relacionados con los asuntos sanitarios. En una conversación personal que mantuvimos con él en su librería de Tetuán, nos confirmó, por ejemplo, que había ocupado el cargo de Director de Personal de la Inspección de Sanidad de la Zona en los últimos meses en que Joan Solsona Conillera actuó como Inspector.

¹⁰ HERRERO MUÑOZ (1959), (1962); SOLSONA CONILLERA (1962); MATILLA (1965). El relato elaborado por los farmacéuticos es semejante al de los médicos, como se puede comprobar en un folleto sobre la contribución de la Farmacia militar a la labor de España en Marruecos durante el Protectorado, LOZANA MÉNDEZ (1958). Por las mismas fechas, se publicó también una breve descripción del sistema de suministro de medicamentos a los presidios menores de África durante los siglos XVIII y XIX en el marco de varios artículos sobre la historia del Cuerpo de Farmacia militar en España, ROLDÁN Y GUERRERO (1955a), (1955b) y (1958).

¹¹ AZZUZ HAKIM (1953), p. 35.

¹² GARCÍA FIGUERAS (1947), p. 47.

“países civilizados”¹³. La aprobación de una legislación sanitaria completa, la creación de la Inspección de Sanidad de la Zona, del Instituto de Higiene, de hospitales, dispensarios y consultorios; la realización de campañas sanitarias contra enfermedades epidémicas y endémicas como la viruela, la sífilis, el paludismo, la peste o la tuberculosis; la formación de personal sanitario marroquí; todo ello habría contribuido al “progreso sanitario” de Marruecos.

La actuación española se habría desplegado, según estos autores, en diversas etapas bien caracterizadas. La primera comprendería los años previos al establecimiento del Protectorado y su inicio se remontaría hasta el último tercio del siglo XIX. Como hitos de la misma, destacarían el envío de médicos a los consulados españoles con funciones de asistencia a la población desde el final de la “guerra de África” y, sobre todo, la creación de la Escuela de Medicina (1887) y del Hospital Español (1888) en Tánger. Una segunda etapa, ya constituido el Protectorado, habría consistido en el despliegue de la organización sanitaria fundamentalmente a cargo del Ejército hasta 1927, aunque durante estos quince años las continuas hostilidades entre españoles y rifeños habrían dificultado en gran medida la puesta en práctica de las distintas medidas proyectadas por las autoridades y el propio desarrollo de la sanidad en el seno de la administración “protectora”. En tercer lugar, la “pacificación” alcanzada por Primo de Rivera permitió que en los últimos años de la década de los 20 se organizaran los servicios sanitarios de la Zona, se acelerara la creación de instituciones asistenciales y de salud pública, se potenciara la sanidad civil y se pusieran en marcha las primeras campañas sanitarias, por ejemplo, contra el paludismo. Por último, tras el paréntesis de “estancamiento” del periodo republicano, el “Alzamiento nacional” habría dado paso a una fase de consolidación de la medicina y la sanidad, con una fuerte expansión de su presupuesto y sus iniciativas, la unificación de las sanidades civil y militar y el desarrollo de nuevos servicios e instituciones¹⁴.

¹³ SOLSONA CONILLERA (1962), pp. 7-8.

¹⁴ El siguiente comentario es representativo de la importancia concedida al periodo franquista: “Marruecos experimentó, a partir de 1939, un cambio brusco. Puede afirmarse que gracias a la Paz española la acción del Protectorado fue más rápida e intensa. Esa misma acción – traducida en sanidad, en cultura, en obras públicas y sociales, arte agricultura, industria, etc. – creció con ritmo de asombro hasta el año 1956”. INSTITUTO DE ESTUDIOS AFRICANOS (1964), p. 3.

La historiografía africanista de los años 40, 50 y 60 fijó de esta forma un relato sobre la actuación médico-sanitaria española en Marruecos en el que no tuvieron cabida, entre otras cosas, análisis críticos de la actuación de los gobiernos republicanos, de la influencia del Protectorado francés, de las iniciativas modernizadoras de los Sultanes marroquíes o de la interacción con saberes, prácticas e instituciones específicos de Marruecos y del Rif. Dado que la medicina y la sanidad han sido temas historiográficos muy secundarios con respecto a otros como la política (relaciones entre España y Marruecos, “reivindicaciones africanas” de España, régimen de protectorado, africanismo), las campañas militares, la “acción material” (desarrollo económico, comercio, infraestructuras), la “acción cultural” (educación, respeto a judíos y árabes, iniciativas culturales hispano-marroquíes), Al-Andalus o Ceuta y Melilla¹⁵; dado que esta tendencia que se ha mantenido desde los comienzos de la producción historiográfica sobre “España en Marruecos” hasta la actualidad, no es de extrañar la ausencia de una crítica elaborada del “relato” que acabamos de exponer e incluso la pervivencia del mismo en el marco de la historiografía crítica sobre este campo producida en las últimas décadas.

Esto se comprueba en afirmaciones como las siguientes:

“No es cuestión de detenerse aquí en el estudio del cuadro lamentable que ofrecía la sociedad marroquí de esta época en el campo de la sanidad y de la higiene. De los tiempos clásicos en que la medicina había brillado a gran altura entre los musulmanes, con nombres universalmente conocidos, tal el de Avicena, se había caído en el desconocimiento total de la misma [...]. Cuando, desde finales del siglo XVIII, comienza la tímida instalación de pequeños grupos de europeos en el Marruecos costero, gracias a éstos aparecen también los primeros atisbos de preocupación por la cuestión sanitaria, lo que redundaría, fuera ello de forma muy indirecta, en beneficio de la población autóctona”¹⁶.

“¿Tuvo aspectos positivos para Marruecos la labor “civilizadora” española? Sin duda, aunque hay que añadir que fueron escasos y modestos. Posiblemente, los más importantes e incuestionables se refieran a la actuación en el campo sanitario”¹⁷.

¹⁵ Se puede comprobar fácilmente esta afirmación consultando las voces de entrada en el repertorio bibliográfico español más completo sobre la relación entre España y Marruecos, GIL GRIMAU (1988).

¹⁶ LOURIDO DÍAZ (1996), pp. 599-600.

¹⁷ MARTÍN CORRALES (1999), p. 155.

Las visiones críticas sobre el tema elaboradas por historiadores y otros especialistas, además de escasas, han adolecido a partes iguales de falta de elaboración teórica y de insuficiente base empírica. Para Miguel Martín, uno de los primeros autores que ofreció una interpretación crítica de la presencia española en Marruecos, “entre las dos zonas [española y francesa], después de casi medio siglo de protectorado, no existían más de 28 médicos marroquíes, y en la parte española se podían contar los hospitales con los dedos de una mano”¹⁸. Recientemente, el antropólogo Josep Lluís Mateo Dieste, ha profundizado más en el análisis crítico de la actuación médico-sanitaria española en Marruecos. Por una parte, está en la línea de los autores anteriores cuando afirma que “la práctica [médico-sanitaria] real fue el establecimiento de pequeños dispensarios en las Intervenciones que en realidad sólo cubrían casos graves y al personal de la Intervención”¹⁹. Pero, por otra, identifica el papel del médico como “misionero de la civilización”, su actuación como deslegitimador de “la acción de los expertos locales” y como “director de la conciencia” de los “indígenas” y su función de “atracción” de la población nativa hacia los colonizadores y de control de la misma²⁰. También señala la utilización del saber médico con objeto de establecer científicamente la inferioridad del “carácter del rifeño” o para definir a la mujer marroquí como “agente contaminante” y, a partir de ello, justificar la adopción de ciertas medidas médico-sanitarias²¹. A pesar del gran interés de estas cuestiones, Mateo Dieste se limita a apuntarlas de forma deductiva, sin apoyo documental, por lo que no pasan de ser esbozos de hipótesis necesitadas de comprobación empírica y de un desarrollo más detallado.

Recientemente se ha suscitado una controversia sobre los posibles efectos a largo plazo que en la salud de la población rifeña pudieron tener los bombardeos con armas químicas efectuados por la aviación española en el transcurso de la guerra del Rif²². Se trata de un tema de indudable interés para el estudio de la labor sanitaria española en Marruecos en los años 20 y 30, que requeriría una consulta detallada de la documentación de archivo

¹⁸ MARTÍN (1973), p. 8.

¹⁹ MATEO DIESTE (2002), p. 153.

²⁰ MATEO DIESTE (1997a), pp. 132-133.

²¹ *Ibid.*, pp. 128-134.

²² KUNZ, MUELLER (1990); BALFOUR (2002); MADARIAGA, LÁZARO DÁVILA (2003).

(y que ésta se encontrara plenamente accesible). Sin embargo, el interés de los autores que han planteado el problema se ha centrado, de momento, más en demostrar la existencia de los bombardeos que en comprobar sus efectos médicos.

Ni este debate reciente ni la bibliografía crítica específica sobre medicina y sanidad españolas en Marruecos a la que hicimos referencia anteriormente han modificado de forma sustancial el relato tradicional. Respecto a ésta bibliografía, aunque ha contribuido a aclarar aspectos puntuales, ha tenido un carácter predominantemente descriptivo, centrado en instituciones y personajes concretos o en los aspectos sanitarios de las campañas militares. Los trabajos más rigurosos como, por ejemplo, los del historiador Joan Serrallonga, se centran en las insuficiencias organizativas y científicas de la Sanidad militar española durante la “guerra de África” más que en la evolución de la presencia sanitaria española en el norte de Marruecos. Otros autores, como Mohammed Ghoti, cirujano e historiador de la medicina marroquí, resumen la herencia española en el ámbito sanitario como “modesta, salvo algunos hospitales dignos de este nombre en Tetuán, Nador y Alhucemas y algunas pequeñas formaciones en pequeños centros”. Ghoti considera además que la organización sanitaria y la formación de personal médico y auxiliar fueron “insignificantes” y que al llegar la independencia, España “interrumpió su acción sanitaria de golpe y totalmente, dejando el lugar como después de un desmantelamiento”²³. No obstante, su trabajo no aporta datos o referencias con los que justificar estas afirmaciones, que, por otra parte, son las únicas que dedica a la sanidad española en su obra.

En definitiva, sigue faltando una crítica fundamentada en bases teóricas y apoyada por un aparato documental adecuado. Para entender la persistencia del relato tradicional y las carencias de la investigación de las últimas décadas, creemos que es necesario situarnos en el contexto más amplio de la historiografía internacional sobre medicina y sanidad en las colonias y de la relativa al otro Protectorado europeo que se estableció en Marruecos, el francés. De esta forma, podremos comprobar que los problemas mencionados se derivan de una concepción inadecuada del tema de estudio no exclusiva de los investigadores españoles.

²³ GHOTI (1995), p. 132.

1.1.2. Historiografía internacional sobre “medicina (ciencia) y colonialismo” en la Edad Contemporánea: “relato triunfalista” y “difusión de la ciencia europea”; críticas “externalista” y “construccionista”, modelos de “mundialización de la ciencia”, conceptos de “resistencia” e “hibridación” en los estudios postcoloniales. Tendencias desde la segunda mitad de los años 90.

La historiografía general sobre “medicina colonial”, “medicina tropical”, “medicina y colonialismo”, “medicina e imperialismo” y otras denominaciones más o menos equivalentes y superponibles, se caracterizó desde sus comienzos a principio del siglo XX hasta los años 50 por el predominio de un relato “heroico” de la actuación médica y sanitaria europea en las colonias²⁴. Este relato, elaborado principalmente en los países anglosajones, aunque también en Francia, comenzó a tomar cuerpo entre finales del siglo XIX y principios del XX a raíz de la publicación de biografías de médicos e investigadores que llevaron a cabo una labor destacada en territorios coloniales o en la lucha contra las “enfermedades tropicales”, de trabajos sobre instituciones asistenciales o investigadoras creadas por los europeos en la metrópoli o en las colonias, o de publicaciones que glosaban los avances en el diagnóstico y tratamiento de aquellas enfermedades que durante largo tiempo frenaron el avance europeo en África y Asia²⁵.

La visión “heroica” se mantuvo hasta los años 50, aunque el fin de la Segunda Guerra Mundial y el inicio del proceso de descolonización se tradujeron en un nuevo tipo de trabajos que podríamos calificar como “triumfalistas o autojustificativos”, cuyo objetivo era mostrar los beneficios que la medicina y la sanidad occidentales habían procurado a las sociedades colonizadas durante la etapa de dominio o simplemente la “marcha triunfal” que la medicina occidental había llevado en su lucha contra enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla o la enfermedad del sueño²⁶. No fue infrecuente que las historiografías

²⁴ MARKS (1997), p. 205.

²⁵ Sirven como ejemplo los siguientes trabajos, ordenados cronológicamente, con títulos tan expresivos como *Les Découvertes de la Parasitologie et les Progrès de l'Hygiène* de M. Galli Valerio (1905), *A History of the Indian Medical Service, 1600-1913* de D.G. Crawford (1914), *War Against Tropical Disease* de A. Balfour (1920), *William Crawford Gorgas. His Life and Work* de M.D. Gorgas y B.J. Hendrick (1924), *Memoirs: With a Full Account of the Great Malaria Problem and its Solution* de Ronald Ross (1925), *Some British and American Pioneers in Tropical Medicine and Hygiene* de A. Balfour (1925), *The Life and Work of Sir Patrick Manson* de P. Manson-Bahr y A. Alcock (1927).

²⁶ Algunos ejemplos significativos, en orden cronológico, son: *Tropical Victory: an Account of the Influence of Medicine in the History of Southern Rhodesia* de M. Gelfand (1953), *La medecine francaise en Algerie* de E. Sergent (1954), *A Hospital Century. Grey's Hospital, Pietermaritzburg, 1855-1955* de A. Hattersley

nacionales (y nacionalistas) de países recién descolonizados asumieran estos supuestos de forma acrítica²⁷.

En definitiva, la actuación médico-sanitaria aparecía como “uno de los escasos beneficios incuestionables del colonialismo europeo”, un hecho que ayudaba a justificar que la colonización había sido necesaria al tiempo que disculpaba en cierta medida los abusos cometidos en el curso de la misma²⁸. Como afirma David Arnold en el capítulo “Medicine and Colonialism” del manual colectivo *Companion of the History of Medicine*:

“La tradición de representar la historia de la medicina como una lucha heroica contra la enfermedad ha disfrutado de un largo y poderoso reinado en la historia del colonialismo europeo, como lo ha hecho en la propia historia de Europa. [...] La historia de la medicina tropical en particular ha sido presentada como el relato de los logros de las razas blancas contra un marco no sólo de espantosa enfermedad y medio ambiente hostil, sino también de ignorancia, superstición e inercia de los ‘nativos’. [...]. Incluso en el momento en que el colonialismo europeo se encontraba en rápido declive, muchos investigadores siguieron defendiendo la idea de que la medicina era uno de los rasgos más nobles y redentores del colonialismo, evidencia de que, independientemente de las ‘desventajas políticas’ de éste, había procurado beneficios reales a los pueblos de África y Asia”²⁹.

Esta perspectiva comenzó a ser fuertemente cuestionada desde finales de los años 50 y principios de los 60 a través, entre otros, de enfoques como la “economía política de la salud” y la “historia social de la medicina en las colonias”. Por una parte, se situó la medicina dentro del contexto de la acción colonial, terminando con la visión de su supuesta independencia respecto a los objetivos e intereses sociopolíticos, económicos, militares y de otro tipo, de los colonizadores³⁰. Por ejemplo, la preocupación por la salud de los

(1955), *The History of the School of Hygiene and Tropical Medicine in London, 1899-1949* de P. Manson-Bahr (1956) y *The march of tropical medicine during the last fifty years*, del mismo autor (1958) y *Triumph in the Tropics: an Historical Sketch of Queensland* de R.W. Cilento y C. Lack (1959).

²⁷ ANDERSON (1998), p. 522.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ ARNOLD (1993b), p. 1393. La traducción es mía.

³⁰ Sirven de ejemplo publicaciones como *Medicine and Colonialism* de F. Fanon (1965), *The campaign against malaria and the extension of scientific medical services in British West Africa* de R.E. Dumett (1968), *Medicine and Society in Tanganyika, 1890-1930* de A. Beck (1977), *The interplay between socio-economic factors and medical science: yellow fever research, Cuba and the United States* de N. Stepan (1979), *Science and British Colonial Imperialism, 1895-1940* de M. Worboys (1979), *Health in Colonial Ghana: Disease,*

colonizados habría estado motivada en buena medida por la necesidad de disponer de mano de obra para las explotaciones agrícolas y mineras y las industrias, así como de efectivos para los ejércitos coloniales en “buen estado” y en el mayor número posible. También se utilizaron la medicina y la sanidad como medio de control de la población, bien a través del registro y la identificación de los individuos, bien a través de medidas sanitarias que permitían controlar su actividad pública o sus desplazamientos, bien a través de la propaganda sanitaria que resaltaba las ventajas derivadas de la presencia de los colonizadores. Las campañas sanitarias y otras medidas de salud pública contribuyeron además a la extensión de la administración estatal colonial. Por último, las autoridades colonizadoras se preocuparon a menudo más por el riesgo de transmisión de enfermedades a la metrópoli a través del transporte de pasajeros y mercancías que por las necesidades sanitarias específicas de los colonizados.

De forma complementaria, las distintas corrientes de historiografía crítica pusieron de manifiesto los “daños” que los colonizadores habían provocado en la salud de la población nativa³¹. Así, los europeos causaron grandes mortandades por el mero hecho de transportar consigo enfermedades contagiosas desconocidas en otras regiones del planeta como América u Oceanía, frente a las cuales sus habitantes carecían de defensas. Las operaciones militares de conquista provocaron a menudo gran número de muertes por efecto directo de los combates armados y contribuyeron a que enfermedades endémicas adquirieran carácter epidémico a través de los desplazamientos de tropas y de la construcción de campamentos e infraestructuras de comunicación. La actividad económica, la transformación de las condiciones de vida y la migración hacia los núcleos urbanos

Medicine and Socio-economic Change, 1900-1955 de K.D. Patterson (1981), *Health and Apartheid* de S. Marks y N. Andersson (1983), *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa* de R. Packard (1989), *Bilharzia: A History of Imperial Tropical Medicine* de J. Farley (1991), *Science and Empire. East Coast Fever in Rhodesia and the Transvaal* de P. Cranefield (1991), *The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940* de M. Lyons (1992), *The Invention of the ‘Tropical Worker’: Medical Research and the Quest for Central African Labor on the South African Gold Mines, 1903-36* de R. Packard (1993) y *Sickness and the State in Colonial Malaya 1870-1940* de L. Manderson (1996).

³¹ Entre las publicaciones que abordan estas cuestiones son destacables algunas como *Epidemics in Colonial America* de J. Duffy (1953), *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492* (1972) y *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900* (1986) de A. W. Crosby y *Plagues and Peoples* de William McNeill (1977).

dieron lugar a la aparición de nuevas enfermedades o a que se disparase la incidencia de algunas poco importantes hasta entonces.

En relación con lo anterior, también se criticó el modelo explicativo de la relación entre la medicina y la sanidad europeas y las de los pueblos colonizados que subyacía a la historiografía tradicional. En este sentido, fue consustancial al relato “triumfalista” la falta de consideración o la marginación de las doctrinas y prácticas médico-sanitarias de las sociedades y culturas locales sometidas al dominio colonial, que sólo habrían constituido “obstáculos” para el progreso científico. Desde esta perspectiva, Europa u Occidente constituía el único lugar en el que se reconocía la existencia de una medicina y una sanidad científicas y, por tanto, “propiamente dichas”. En comparación con ellas, las doctrinas y prácticas de las sociedades nativas e incluso la labor científica de los colonos europeos asentados fuera de la metrópoli no constituían más que precedentes o posibilidades incompletos o fallidos, actividades subordinadas, cuando no itinerarios francamente erróneos que habrían terminado por desaparecer.

Esta visión subyacía a la magna obra que el historiador de la ciencia inglés Joseph Needham emprendió desde los años 40. El interés de Needham por el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la medicina en China y en Asia en general y su reivindicación de las aportaciones de este continente al progreso científico mundial, no fueron contradictorios con su consideración de que la “ciencia moderna” había sido una creación exclusivamente europea que se “extendió” al resto del mundo³². Este supuesto central es crucial para entender por qué Needham se planteó cuestiones del tipo “¿Por qué no hubo Revolución científica en China?” o por qué la influencia de la tecnología china sobre Europa fue muy intensa, pero dejó de existir a partir del siglo XVII³³. Del mismo modo, explica que su criterio de valoración de la importancia de los saberes y prácticas científico-técnicos

³² NEEDHAM (1978), 26. Según Roger Hart, “los críticos que vieron en la obra de Needham un intento exagerado de rehabilitación de la ciencia china ignoraron que, en última instancia, reafirmaba la ciencia moderna como exclusivamente occidental. [...] Contra los esquemas que proponían una diferencia radical entre las civilizaciones de Oriente y Occidente, Needham insistió en preservar la originalidad de la ciencia occidental moderna afirmando que el mundo premoderno – incluidas China y Grecia – ‘debía ser considerado de forma unitaria’. La ruptura radical, para Needham, era la separación entre lo moderno y lo primitivo”. HART (1998), p. 192.

elaborados por aquellas civilizaciones dependiera en última instancia de la medida en que anticiparon desarrollos posteriores de la “ciencia moderna”.

Pero la formulación mejor acabada de este punto de vista la constituyó el modelo de “difusión” de la ciencia europea elaborado por el historiador de la tecnología George Basalla en su trabajo ya clásico *The Spread of Western Science* (1967). Su objetivo era “ayudar a nuestra comprensión de la difusión de la ciencia occidental” y ha sido reconocido unánimemente como la primera contribución al tema que desde hace un tiempo se denomina “mundialización de la ciencia”³⁴. Según Basalla:

“[...] hasta tiempos relativamente recientes, cualquier región externa a Europa occidental recibió la ciencia moderna a través del contacto directo con un país europeo occidental. A través de la conquista militar, la colonización, la influencia imperial, las relaciones políticas y comerciales y la actividad misionera, las naciones de Europa occidental estuvieron en disposición de transferir su herencia científica al resto del mundo”³⁵.

De acuerdo con este modelo, desde el momento de “llegada” de la ciencia occidental, los países receptores pasaban por tres fases sucesivas. En la primera, constituían meros proveedores de información y materiales para la ciencia metropolitana. En la segunda, se establecía una “ciencia colonial” con base institucional y de personal, pero dependiente de la metrópoli en diversos aspectos cruciales como la “agenda” de investigación, la formación de los científicos o el reconocimiento de sus aportaciones (a través, por ejemplo, de la participación en sociedades metropolitanas o de la publicación de trabajos en revistas científicas europeas). La tercera fase sería la de “ciencia independiente”, en la que una nación conseguiría crear una tradición científica propia integrada en igualdad de condiciones dentro de la comunidad científica internacional³⁶. El paso de una fase a la siguiente requería la superación de una serie de dificultades, especialmente para alcanzar la de “independencia científica”. En este último caso era

³³ Según Hart, estas dos preguntas constituyen las “cuestiones de Needham” que definieron el campo de la historia de la ciencia en China. *Ibidem*.

³⁴ LAFUENTE, ORTEGA (1992); CHAMBERS (1993).

³⁵ BASALLA (1967), p. 611.

³⁶ *Ibidem*.

necesario vencer “resistencias” a la ciencia derivadas de creencias religiosas y filosóficas y “obstáculos” como la falta de apoyo estatal y de instituciones científicas, la precariedad del *status* social del científico o la carencia de “canales de comunicación científica” nacionales e internacionales, entre otros.

Entre los aspectos positivos del modelo de Basalla se ha destacado que permitiera considerar la “historia de la ciencia colonial” (también, por extensión, la de la medicina y la sanidad) “como una parte significativa de la historia de la ciencia más avanzada y no sólo como minucias fangosas de tradiciones estancadas, relevantes únicamente para los habitantes de lugares alejados del centro”³⁷. Esto era posible porque había adoptado una “perspectiva comparativa, multicultural que pretendía abarcar todo el mundo”³⁸. Por otra parte, su modelo admitía un cierto grado de *feedback*, ya que “la ciencia europea, al verse sus cultivadores obligados a dar cuenta de material exótico en casa y en el extranjero, experimentó una transformación significativa en el curso de su proceso de *expansión* por el mundo”³⁹.

No obstante, aunque Basalla abrió el camino para tomar en consideración la ciencia producida en los enclaves coloniales, fueron los emergentes *Estudios postcoloniales* los únicos que se ocuparon propiamente de analizar la interacción y la posición de los saberes no occidentales frente a la ciencia europea en las colonias. Concretamente, el enfoque postcolonial trató de identificar las “resistencias” a la “difusión” de la ciencia y de los saberes y prácticas médico-sanitarios occidentales que las sociedades y culturas locales desplegaron durante el periodo colonial. De esta forma, se limitó por una parte el alcance de aquella “difusión”, que no habría sido tan amplia como se quiso hacer creer, y se elaboró por otra parte un concepto de “resistencia” bastante distinto al que aparecía en el artículo de Basalla.

Un ejemplo paradigmático de este concepto de “resistencia” se puede encontrar en la obra del psiquiatra e intelectual haitiano Franz Fanon. En uno de sus trabajos, en el que

³⁷ CHAMBERS (1993), p. 608.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ BASALLA (1967), p. 613. La cursiva es mía.

abordaba el caso concreto de la Argelia francesa, Fanon hacía la siguiente reflexión sobre la relación entre la medicina occidental y los saberes locales. En principio, constituía algo positivo que los argelinos se beneficiaran de los conocimientos científicos de los colonizadores franceses, especialmente cuando estaban dirigidos a curar y calmar el dolor. Sin embargo,

“el hecho es que la colonización, basada en la conquista militar y el sistema policial, buscó una justificación para su existencia y la legitimación de la persistencia en sus actuaciones. Obligado, en nombre de la verdad y de la razón, a decir ‘sí’ a ciertas innovaciones del ocupante, el colonizado percibía que pasaba a convertirse en prisionero de todo el sistema y que el servicio médico francés en Argelia no podía ser separado del colonialismo francés en Argelia. Entonces, [el colonizado] dado que no podía desligarse a sí mismo de su gente, que aspiraba a una existencia nacional en su propio suelo, rechazó a los médicos, a los ingenieros, a los paracaidistas, a todos al mismo tiempo”⁴⁰.

En definitiva, desde la perspectiva de Fanon, los colonizados no negaban por principio la utilidad, ni incluso la “superioridad” de la medicina y la sanidad europeas, pero se opusieron a ellas por su inevitable contribución a la dominación colonialista. De ahí el rechazo, la resistencia, que consistió, en su opinión, en una oposición intencionada a la presencia colonial basada en la percepción de una diferencia específica del colonizado respecto al colonizador. A partir de esta diferencia el colonizado trataba de construir su identidad propia, sobre la base de tradiciones previas a la llegada de los europeos. En el caso concreto de la medicina y la sanidad, la afirmación de la identidad propia se habría expresado, por ejemplo, en fenómenos como la persistencia de saberes y prácticas tradicionales, el rechazo de las campañas sanitarias y de vacunación, la negativa a integrarse o participar en los esquemas administrativos y docentes de la medicina y sanidad occidentales o los ataques contra su personal e instituciones⁴¹.

Resumiendo lo dicho hasta ahora, podemos afirmar que entre finales de los años 50 y mediados de los 70 se formularon toda una serie de críticas (a partir de diferentes

⁴⁰ FANON (1965), p. 230.

corrientes intelectuales) para contrarrestar el relato “triumfalista” y “difusionista” de la medicina y la sanidad europeas en las colonias, vigente en aquel periodo. En perspectiva, dicho relato puede ser caracterizado como “internalista”, mientras que las críticas habrían sido “externalistas” o “estructuralistas”, dado que se apoyaron en el análisis de los condicionantes externos o estructurales (políticos, sociales, económicos, institucionales) del conocimiento y la práctica médico-sanitaria para cuestionar su supuesto éxito frente a las enfermedades y su supuesta expansión frente a los saberes y prácticas locales⁴².

La dialéctica entre los defensores de la visión eurocéntrica y sus críticos terminó por llevar las discusiones a otro nivel. Así, en la línea de investigación de ciertos estudiosos como el historiador de la ciencia británico Lewis Pyenson comenzó a defenderse implícitamente la idea de que las doctrinas y prácticas científicas occidentales habrían demostrado su “superioridad” sobre las de las culturas colonizadas debido a su carácter objetivo, universal y efectivo, frente a la subjetividad, el particularismo y la ineficacia de éstas. Este hecho habría sido incuestionable más allá de la mala utilización que de ellas hicieron las autoridades coloniales – Pyenson habla de *scientific sequestration* para la ciencia en general⁴³ – al emplearlas en propósitos ajenos a su verdadera función, propósitos que habrían provocado los perjuicios a los que hicimos referencia y que se había hecho bien en criticar. En definitiva, la ciencia occidental y, en concreto, las “ciencias exactas” (poco susceptibles de ser manipuladas por las autoridades coloniales a diferencia de las “ciencias aplicadas”) habrían proporcionado conocimientos y medios de actuación objetivos y universales sobre la realidad independientemente de su desafortunada “perversión” al servicio del dominio colonial, la cual no afectaba a su superioridad sobre los saberes y prácticas de otras culturas, incapaces de desprenderse de las influencias religiosas, sociales, culturales o de otro tipo y, por ello, inevitablemente subjetivos y limitados.

⁴¹ Sobre este tema ver también, por ejemplo, *Medicine and Colonialism* de F. Fanon (1965), *Smallpox Inoculation in Africa* de E.W. Herbert (1975), *The Interactions between Indigenous and Western Medical Traditions in Southern Nepal* de R. Burghart (1979).

⁴² El movimiento “estructuralista” personificado en autores como Louis Althusser, Claude Levi-Strauss o Ferdinand de Saussure, fue la corriente intelectual dominante en aquellos años y constituyó un componente decisivo en las críticas que hemos mencionado. BARRY (1995); LOOMBA (1998).

⁴³ PYENSON (1993), p. 108.

Estas ideas, a pesar del prurito “exactista” de Pyenson, también fueron defendidas en el campo de la medicina y la sanidad. En la cuestión de las relaciones entre medicina occidental y medicinas de otras culturas, la prueba más clara de la “superioridad intrínseca” de la primera de ellas habría sido la aceptación masiva de la medicina occidental y el desarrollo de sistemas sanitarios “a la europea” en los países descolonizados, una vez que éstos las percibieron exentas de connotaciones de control y dominación, es decir, una vez que obtuvieron su independencia política. De esta forma quedaban neutralizadas las críticas “externalistas” o “estructuralistas” que cuestionaban la “marcha triunfal” y la “difusión” de la ciencia y la medicina occidentales.

Frente a esta nueva elaboración del discurso “eurocéntrico” comenzó a cristalizar desde finales de los años 70 una renovada perspectiva crítica, desde la cual un cierto número de autores cuestionaron la pretendida neutralidad, objetividad y universalidad de los discursos y prácticas de la ciencia occidental. Para ello se apoyaron, por una parte, en los trabajos de sociólogos e historiadores de la ciencia como David Bloor, Barry Barnes, Trevor Pinch, Simon Schaeffer, Andrew Pickering, Michel Callon, Bruno Latour, Steve Woolgar o Steven Shapin, los cuales formularon y aplicaron los principios del que habría de denominarse “Strong Program”⁴⁴. Los defensores del “Strong Program” afirmaban que el conocimiento científico considerado como “probado” o “válido” no se explica por sí mismo, por su verdad o eficacia intrínsecas, sino que, al igual que aquel que se considera “obsoleto” o erróneo, está asociado a un conjunto particular de circunstancias sociales, culturales y de todo tipo (“principio de simetría”). A raíz de esta idea, comenzó a hablarse, entre otras cosas, de “construcción” del conocimiento científico, lo que implicaba que los conceptos y prácticas de la ciencia, la técnica y la medicina, lejos de poseer un carácter objetivo y universal, habrían surgido de un contexto determinado y serían susceptibles de modificarse en el curso del tiempo. Desde esta perspectiva “construccionista”, defender la “superioridad intrínseca” de la medicina occidental sobre otras no tenía sentido.

Paralelamente, las nuevas corrientes críticas también se vieron fuertemente influenciadas por una nueva generación de intelectuales del movimiento postmoderno (o

postestructuralista), entre los que destacaron Michel Foucault y Jacques Derrida. Conceptos de estos autores como “poder productivo”, “discurso”, “tecnologías del sujeto” o “deconstrucción” fueron empleados para revelar la vinculación indisoluble entre conocimiento científico y poder y sus mecanismos operativos, así como el carácter contingente y socialmente determinado de las doctrinas y prácticas científicas, cuya trayectoria y origen era posible rastrear y cuya adecuación a la “realidad” era posible cuestionar⁴⁵.

Sobre estas bases teóricas, los historiadores de la ciencia pudieron precisar cómo la ciencia y la medicina occidentales desarrolladas en contextos coloniales habrían contenido intrínsecamente objetivos e intereses colonialistas⁴⁶. Su objetivo fue desvelar los conceptos y mecanismos por los cuales habrían contribuido por sí mismas, y no sólo por su utilización incorrecta e interesada, a la dominación de las sociedades y los individuos colonizados y a la eliminación o subordinación de sus tradiciones médico-sanitarias. En definitiva, como afirmaba Megan Vaughan refiriéndose al caso de las colonias africanas,

“la medicina y sus disciplinas asociadas jugaron un papel importante en la construcción del ‘africano’ como objeto de conocimiento, y elaboraron sistemas de clasificación y prácticas que han de ser consideradas como intrínsecas a la operación del poder colonial”⁴⁷.

⁴⁴ Ver, por ejemplo: BLOOR (1976); BARNES (1983); BARNES, BLOOR, HENRY (1996); SHAPIN, SCHAEFFER (1985); LATOUR, WOOLGAR (1995); CALLON, LATOUR (1991); PICKERING (1992).

⁴⁵ SAID (1978) y (1993); ASHCROFT, GRIFFITHS, TIFFIN (1995).

⁴⁶ ANDERSON (1998), p. 526. Algunos ejemplos que siguen esta línea son *Imperial Medicine and Indigenous Responses* de D. Arnold (ed.) (1988), *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion* de R. McLeod y M. Lewis (eds.) (1988), *Curing their ills: Colonial Power and African Illness* de M. Vaughan (1991), *The Hour of Eugenics: Race, gender and Nation in Latin America* de N. Stepan (1991), *Science, Medicine and Cultural Imperialism* de T. Meade y M. Walker (eds.) (1991), *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perception of Pestilence* de T. Ranger y P. Salck (1992), “Where Every Prospect Pleases and Only Man is Vile”: *Laboratory Medicine as Colonial Discourse* de W. Anderson (1993), *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India* de D. Arnold (1993), *Public Health in British India. Anglo-Indian Preventive Medicine 1859-1914* de M. Harrison (1994), *Nature, the Exotic, and the Science of the French Colonialism* de M. Osborne (1994), *Warm Climates and Western Medicine. The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900* de D. Arnold (ed.) (1996), *Western Medicine as Contested Knowledge: Studies in Imperialism* de A. Cunningham y B. Andrews (eds.) (1997), *Tensions of Empire: Colonial Cultures in a Bourgeois World* de A.L. Stoler y F. Cooper (eds.) (1997), *Race, Science and Medicine, 1700-1960* de W. Ernst (ed.) (1999), *Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland, 1850-1918* de P. Grosse (2000), *Nature and Empire: Science and the Colonial Enterprise* de R. McLeod (ed.) (2000) y *Imperial Medicine: Patrick Manson and the Conquest of Tropical Disease* de D.M. Haynes (2001).

⁴⁷ VAUGHAN (1991), p. 8.

A diferencia de anteriores análisis que habían señalado la capacidad de la medicina y la sanidad de los colonizadores para controlar, reprimir o anular a los colonizados (“poder represivo”) y servir así a los objetivos estructurales del sistema colonial, el nuevo enfoque desenmascaraba el “poder productivo” intrínseco al discurso y a las prácticas médico-sanitarias. Este “poder productivo” no basaba su eficacia en la represión, sino en su capacidad de definir y fijar el “sujeto”, el “cuerpo” o la “enfermedad” característicos de los colonizados, es decir, por contribuir a establecer una “identidad colonial” coherente, esencial y constante, tanto a nivel individual como colectivo, que no habría sido sino un mecanismo más refinado de subordinación. Como afirma Vaughan, esta noción de “identidad” fue

“la creación de un periodo específico de la historia europea occidental que comenzó con la Ilustración y fue elaborada en el curso de los siglos XIX y XX. Lejos de ser liberadora, la subjetividad postilustrada es, como hemos señalado a partir de una lectura de Foucault, el mecanismo mismo de la opresión”⁴⁸.

Las definiciones esencialistas o identitarias de “cuerpo”, “raza”, “enfermedad” y otras elaboradas por los europeos permitieron atribuir a los colonizados tanto ciertas patologías específicas como la responsabilidad de la aparición y difusión de la enfermedad en general y justificaron la continua inspección, estudio, vigilancia e intervención de sus cuerpos y su medio ambiente. También sirvieron para marginar o deslegitimar los saberes y prácticas locales en razón de la supuesta incapacidad de éstos para comprender las enfermedades “como tales”, separadas de consideraciones sociales o culturales, y para actuar frente a ellas de forma “apropiada”. En definitiva, como afirma concisamente David Arnold, la historia de la medicina y la sanidad en las colonias podría considerarse como la historia de un “proceso de colonización”⁴⁹. O como señala Warwick Anderson, la “medicina de laboratorio” habría constituido un ejemplo paradigmático de “discurso colonial”, activamente implicado en el control de las poblaciones locales⁵⁰.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ ARNOLD (1993a), p. 7.

La crítica de la “universalidad” y “objetividad” de la ciencia europea se asoció inseparablemente a nuevas interpretaciones de la relación metropolitano-colonial⁵¹. Ciertos autores trataron de modificar el modelo de Basalla, reconociendo que “quizá inintencionadamente, extendió el ideal americano – de la esclavitud a la libertad, de la colonia a la independencia – a la difusión de la ciencia”⁵². Según Helge Kragh, se trataba de un modelo que, en principio, era aplicable a casos como Estados Unidos, Rusia y Japón mucho mejor que a la mayoría de las colonias de África y Asia. Aunque en la práctica no ha sido así, y la mayoría de los estudios se han centrado en países como Australia, Cánada o las repúblicas latinoamericanas, lo cierto es que esto indicaba que el modelo de Basalla encajaba preferentemente en antiguas colonias que hoy forman parte del denominado “mundo occidental”⁵³.

No obstante, se consideró que el defecto principal era que Basalla “al tiempo que afirma la importancia del estudio de las condiciones locales, ofrece un modelo que es casi completamente insensible a las variaciones locales”, de forma que “la idea de que distintas tradiciones científicas locales puedan alcanzar a partir de sus propios recursos logros científicos y tecnológicos no es realmente considerada”⁵⁴. Su modelo implicaba, por ello, la rígida separación y consiguiente jerarquización entre centro y periferia colonial, según la cual, esta última habría constituido un mero receptáculo pasivo de los desarrollos y directrices científicos elaborados en los centros metropolitanos. Además, no habría

⁵⁰ ANDERSON (1992), p. 506 y (1996).

⁵¹ La inseparabilidad de estos dos problemas conceptuales quedó demostrada, en nuestra opinión, en una discusión que en 1993 en el marco de la revista *ISIS* tuvo lugar entre los historiadores de la ciencia Lewis Pyenson, por un lado, y Michael Worboys y Paolo Palladino, por otro. Worboys y Palladino criticaban los supuestos “difusionistas” de la obra de Pyenson y su defensa de la universalidad de las ciencias exactas y de su independencia, en cuanto conocimiento, respecto al imperialismo. La crítica simultánea de Worboys y Palladino a ambos aspectos nos parece un síntoma claro de que los consideraban elementos inseparables de una misma perspectiva teórica, del mismo modo que también eran inseparables su defensa del “construccionismo social” y de los “condicionamientos locales” a la supuesta “difusión” de la ciencia occidental. WORBOYS, PALLADINO (1993); PYENSON (1993).

⁵² MACLEOD (1987), p. 222.

⁵³ “[Basalla’s model is a] convenient framework for discussing science emergence in USA, Russia, Japan and some other countries, [but] it fails to deal adequately with the situation of most underdeveloped countries”. KRAGH (1980). David W. Chambers demuestra que la mayoría de los estudios que han tratado de aplicar el modelo de Basalla se han centrado en Australia y en países sudamericanos. CHAMBERS (1993), p. 606. Entre los trabajos concretos dedicados a la “ciencia colonial” en Sudamérica, destacan LAFUENTE, SALA CATALÁ (1989) y (1992); CUETO (1989); comunicaciones contenidas en la sección “Dinámica mundial de la ciencia” de LAFUENTE, ELENA, ORTEGA (1993); STEPAN (1991); PEARD (1996); HOCHMAN, ARMÚS (2004); ZAIDA LOBATO (1996).

valorado la profunda transformación experimentada por dichos centros en el curso de los varios siglos que duró la expansión europea⁵⁵.

A partir de estas críticas, se trató de elaborar modelos alternativos. Por ejemplo, el historiador de la ciencia australiano Roy MacLeod formuló su concepto de *moving metropolis*, de acuerdo con el cual “la idea de una metrópolis fija, irradiando luz desde un único punto de origen, es insuficiente. Por el contrario hay una ‘metrópolis móvil’ imperial, seleccionando y cultivando fronteras intelectuales y económicas”, es decir, cambiando para adaptarse a los problemas y novedades planteados por la ciencia de las periferias coloniales⁵⁶. Esta necesidad de adaptación o respuesta habría provocado, en el caso del Imperio británico, la sucesión de diversas fases: “ciencia metropolitana”, “ciencia federativa o colonial”, “ciencia imperial” y “ciencia imperial como Commonwealth”. Según MacLeod, “las connotaciones cambiantes de lo que he descrito como ciencia metropolitana, colonial e imperial, reflejan y comunican las percepciones cambiantes de los derechos [científicos] adquiridos, tanto en Inglaterra como en las colonias”⁵⁷.

Por su parte, el investigador francés Xavier Polanco analizó la “mundialización de la ciencia” a partir de su concepto de “ciencia-mundo”, según el cual la actividad científica mundial se organizaría en una “red concéntrica” de “núcleos”, “semi-periferias” y “periferias”, cuya posición en el conjunto de la “ciencia-mundo” podría cuantificarse de acuerdo con una serie de parámetros concretos. Las “periferias” y “semi-periferias” estarían “polarizadas” hacia los centros, pero habría modificaciones a lo largo del tiempo de las posiciones respectivas ocupadas por los distintos países (o por áreas dentro de cada país), así como relaciones “interperiféricas” al margen del centro. Polanco rechazaba así el esquema de fases de Basalla a favor de una consideración más transversal de la ciencia

⁵⁴ WADE CHAMBERS (1993), pp. 608-609.

⁵⁵ ARNOLD (1993a), p. 17.

⁵⁶ MACLEOD (1987), pp. 236 y (1993).

⁵⁷ MACLEOD (1987), p. 235.

aunque seguía defendiendo, de forma semejante a MacLeod, la “diseminación de formas de organización de la práctica científica, así como de valores”⁵⁸.

El modelo de MacLeod puso de manifiesto, en opinión de Antonio Lafuente y María Luisa Ortega “que no hay una única ideología científica occidental distribuida uniformemente”⁵⁹. No obstante, según ellos, se resentía, de forma parecida al de Basalla, del hecho de que “parece casi imposible [...] que pueda ser aplicado a la constitución y mantenimiento de otros imperios [que no sean el británico]”⁶⁰. En definitiva, MacLeod (y también Polanco) mantenía la ciencia colonial dentro de una secuencia de etapas de desarrollo científico de forma parecida a Basalla. En contraste, para estos autores, la ciencia colonial

“[...] no sería un precedente necesario o inevitable hacia el logro de una *ciencia nacional*, una etapa en una línea de progreso. Por el contrario, la consideramos una formación histórica singular, conectada a través de muchos mecanismos de comunicación con el exterior, mas original en cuanto a los roles profesionales y formas de institucionalización a que dio lugar y resultaron viables”⁶¹.

Lafuente y Sala propusieron en consecuencia un modelo en el que la ciencia colonial, en lugar de constituir una derivación de la ciencia metropolitana que habría tenido que atravesar sus mismas fases para constituirse como ciencia nacional, consistió, más bien, en un “estado” o “espacio” en el que se dio “una simultaneidad de roles profesionales que definen su identidad según las instituciones que los protegen (o configuran) y en el marco de las polémicas que mantienen entre sí”⁶². De esta forma, en el caso iberoamericano al que han dedicado varios trabajos, habrían coexistido simultáneamente durante el periodo colonial

⁵⁸ LAFUENTE, ORTEGA (1992), p. 109. Sobre el concepto de “ciencia mundo” y el modelo de “mundialización de la ciencia” de Polanco, ver POLANCO (1990); LAFUENTE, ORTEGA (1992); ELENA (1992a).

⁵⁹ LAFUENTE, ORTEGA (1992), p. 106.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ LAFUENTE, SALA CATALÁ (1989), p. 395.

⁶² LAFUENTE, SALA CATALÁ (1992a), p. 22.

“el científico criollo, el virreinal y el metropolitano, junto a tradiciones indígenas que, tal vez, si fueran mejor conocidas, serían expresión de otro rol diferenciado de científico, y que, entre tanto, cabe considerarlas actividades afines al rol identificado como criollo”⁶³.

Por tanto, Lafuente y Sala defienden un enfoque de la “mundialización de la ciencia” que privilegia la consideración simultánea de los distintos ámbitos locales en los que se habría desarrollado la ciencia en vez de suponer una “difusión” de ésta y su evolución según una serie de fases normativas o prescriptivas. En este sentido, su propuesta guarda relación con la de otro autor, David Wade Chambers. Chambers propone un “modelo de localidad” (*locality model*) que, en su opinión, pretende ser “simétrico en su explicación del emplazamiento internacional de la ciencia”. En su opinión,

“si consideramos la ciencia no como una fábrica de conocimiento exitosamente implantada sólo en ciertos enclaves (principalmente europeos) sino como una red de individuos, instituciones y prácticas, de alcance mundial y sujeta a muchas y diversas influencias, entonces la ciencia y sus relaciones socioeconómicas y culturales, intrínsecas y contextuales, si ha de ser entendida de alguna manera, lo ha de ser en cada localidad en la que aparece”⁶⁴.

Para Chambers esto supondría rechazar que “la historia de la ciencia colonial pueda ser considerada como la historia de las ideas derivadas y del error, de la mediocridad, de instituciones fallidas y pensadores de segundo nivel”⁶⁵. Por ello, se opone también a la “difusión” y a las fases de Basalla a favor de la existencia de “procesos dinámicos activos durante toda la historia de la ciencia moderna y a través de demarcaciones geopolíticas”⁶⁶. Estos procesos habrían sido la aparición de redes de comunicación internacional, de infraestructuras institucionales locales y de intereses sobre cuestiones de *status*, poder y control. El hecho de que estos procesos se tradujeran en un mayor desarrollo de la ciencia en países occidentales no implica que no se dieran en todos los emplazamientos o

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ CHAMBERS (1993), p. 611.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 610.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 612.

“localidades” ni tampoco evitó que los centros científicos fueran cambiando con el tiempo (Italia, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Estados Unidos)⁶⁷.

El modelo de Chambers incluía, además, en principio, explícitamente entre los problemas susceptibles de estudio en la cuestión de la “mundialización de la ciencia” el de “examinar el encuentro dialéctico entre sistemas tradicionales de conocimiento y ciencia occidental, entre lo local y lo global, entre valores tradicionales y el *ethos* de la modernización”⁶⁸. No obstante, en la práctica, ni Chambers ni el resto de autores mencionados, se preocuparon realmente de analizar “lo que ocurre en las colonias con los saberes indígenas”, a pesar de algunos propósitos al respecto que hemos señalado⁶⁹. Todos ellos rechazaron en general el “difusionismo” de Basalla y trataron de “descentralizar” o “deseuropeizar” el desarrollo de la ciencia. No obstante, la atención exclusiva al desarrollo de la ciencia “moderna”, les impidió aclarar el papel que los saberes y prácticas tradicionales pudieron haber jugado tanto en la configuración de la ciencia colonial como de la metropolitana. En todos ha habido un reduccionismo de la ciencia colonial a ciencia “moderna” practicada en las colonias y de la influencia colonial en la ciencia metropolitana a la influencia de los científicos europeos y “europeizados” en sus colegas metropolitanos.

Por ello, el análisis de la posición de los saberes y prácticas tradicionales siguió corriendo preferentemente a cargo de los *Estudios postcoloniales*. Las críticas construccionista y postmoderna tuvieron su paralelo en una nueva generación de *Estudios postcoloniales*, representada entre otros por Edward Said, Homi K. Bhabha o Gayatri Chakravorty Spivak, que elaboraron una crítica del “orientalismo” europeo como discurso reduccionista con funciones de control y dominación y renovaron el concepto de “resistencia” formulado por sus predecesores⁷⁰. Según Megan Vaughan, la nueva visión postcolonial mostró que

⁶⁷ *Ibid.*, pp. 612, 616.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 616.

⁶⁹ ELENA (1992a); ARNOLD (1993a), p. 17.

⁷⁰ El sociólogo Jan Neederveen considera que postmodernismo y postcolonialismo forman parte de un mismo cambio de perspectiva: “Thomas Kuhn y los cambios de paradigma en la ciencia, la emergencia de “nueva ciencia” más allá de la ciencia newtoniana, Foucault y los órdenes epistémicos, Derrida y la deconstrucción, Deleuze y Guattari y el nomadismo, el cruce de límites del feminismo, Lyotard y el espacio entre los juegos

“cualquier política ‘liberacionista’ que apele a la necesidad de restaurar el sentido de uno mismo, de la identidad, destruido o distorsionado por el colonialismo tiene necesariamente que ir desencaminada, ya que ningún sujeto coherente puede existir”⁷¹.

Por ello, la resistencia a la imposición de la ciencia y la medicina occidentales, a la colonización en general, debía consistir en algo distinto a un pretendido rechazo frontal de los mismos y a la recuperación de los saberes propios y de la propia identidad, ya que esto no habría hecho más que perpetuar el estado de subordinación. Como afirmaba Edward Said en su obra *Culture and Imperialism*:

“[...] la resistencia cultural al imperialismo ha tomado a menudo la forma de lo que podríamos denominar nativismo, empleado como refugio privado.[...] Combatir contra las distorsiones infligidas a la propia identidad de esta manera implica regresar a un periodo pre-imperial con el fin de localizar una cultura nativa ‘pura’”⁷².

Said critica esta postura afirmando que

“[...] aunque la identidad es crucial, la mera afirmación de una identidad diferente nunca es suficiente. [...] la idea de resistencia, lejos de ser una mera reacción al imperialismo, consiste en una forma alternativa de concebir la historia humana. Es particularmente importante ver cuánta de esta concepción alternativa se basa en la ruptura de barreras entre culturas”⁷³.

El fracaso de la resistencia basada en el rechazo y en la identidad tuvo su expresión más cruda en los problemas originados por el nacionalismo de los países que habían ganado su independencia desde los años 40, un hecho que el movimiento postcolonial tuvo muy presente. De ahí que se propusiera un nuevo concepto de resistencia según el cual ésta habría consistido más bien en la posibilidad de lograr la perturbación, la distorsión, la modificación de aquello que se trataba de imponer. Como afirma Homi K. Bhabha:

del lenguaje, Bhabha y el ‘tercer espacio’, etc., todos estos son diferentes momentos y formas de salirse de la caja cartesiana de conocimiento y orden”. NEDERVEEN (2001), p. 238.

⁷¹ *Ibid.*, p. 16.

⁷² SAID (1993), p. 275.

⁷³ *Ibid.*, pp. 213 y 216.

“Si consideramos que el efecto del poder colonial es la producción de hibridación en lugar de la ruidosa imposición de la autoridad colonialista o una represión silenciosa de las tradiciones nativas, entonces tiene lugar un importante cambio de perspectiva. Éste revela la ambivalencia existente en el origen de los discursos tradicionales sobre la autoridad y posibilita una forma de subversión, basada en dicha incertidumbre, que convierte las condiciones discursivas de dominación en bases de intervención”.

“La resistencia no es necesariamente un acto de oposición con intención política, ni consiste tampoco en la simple negación o exclusión del “contenido” de otra cultura. Es el efecto de la ambivalencia existente dentro de las reglas de reconocimiento de los discursos dominantes a la hora de articular los signos de diferencia cultural e integrarlos dentro de las relaciones deferenciales del poder colonial – jerarquía, normalización, marginalización y otras”⁷⁴.

A partir de este concepto de “hibridación”, diversos autores mostraron cómo los contextos locales específicos de cada enclave colonial condicionaron la implantación de las instituciones, saberes y prácticas médico-sanitarias europeas y provocaron activamente su modificación. Desde esta perspectiva, las colonias fueron concebidas como “espacios híbridos”, “terceros espacios”, “espacios liminales”, “territorios superpuestos” o “zonas de contacto” en los que habrían sido frecuentes fenómenos como la mezcla y apropiación de conceptos y técnicas entre las distintas tradiciones en competencia o la utilización sucesiva o simultánea de ellas por un elevado porcentaje de la población⁷⁵. La proliferación de fenómenos de “hibridación” contrarrestaba el supuesto éxito o el pretendido alcance de la “difusión” de la medicina y la sanidad occidentales, así como su supuesta aceptación pasiva, al mostrar su radical “impureza” tanto doctrinal como práctica en el escenario colonial como resultado de la modificación operada activamente por las distintas culturas

⁷⁴ BHABHA (1995), pp. 33-35.

⁷⁵ Para Mary Louise Pratt, las “zonas de contacto” son “espacios sociales donde culturas dispares se encuentran, se enfrentan y pugnan entre sí, a menudo en relaciones fuertemente asimétricas de dominación y subordinación”. En su opinión, se trata de un concepto a menudo simétrico con el de “frontera colonial”. PRATT (1992). Por su parte, el concepto de “territorios superpuestos” es empleado por Edward Said en el siguiente contexto: “Tan amplia y, a pesar de ello, tan exhaustivo es el imperialismo como experiencia con decisivas dimensiones culturales, que tenemos que hablar de territorios superpuestos, historias entrelazadas comunes a hombres y mujeres, blancos y no blancos, habitantes de las metrópolis y de las periferias, pasados al mismo tiempo que presentes y futuros. Estos territorios y estas historias sólo pueden ser observados desde la perspectiva de una completa historia secular de la Humanidad”. SAID (1993), 61. Los conceptos de “tercer espacio”, “espacio híbrido” o “espacio liminal” han sido utilizados por Homi K. Bhabha, BHABHA (1995).

locales. Por otra parte, implicaba en principio reconocer que los sistemas tradicionales tenían capacidad de influir en el desarrollo de la medicina y la sanidad metropolitanas, no únicamente en las coloniales, aunque esta idea no ha sido desarrollada en general⁷⁶.

Para terminar este apartado, habría que decir que, en nuestra opinión, desde la segunda mitad de los años 90, nos encontramos en un proceso de elaboración de nuevas formulaciones del tema “medicina y colonialismo” dentro del marco de reflexiones de la “globalización”. Hay visiones que defienden el triunfo de la medicina occidental, aunque ahora ya no en el marco de los antiguos imperios nacionales sino a través de las actividades de organizaciones internacionales de carácter gubernamental (OMS, UNICEF) o no gubernamental. Otras nos muestran cómo por debajo de las políticas de erradicación de enfermedades, de fomento de la atención primaria y de las medicinas tradicionales o de ayuda en situaciones de urgencia, auspiciadas por dichas organizaciones se dibuja una nueva forma de colonialismo. Como afirma Randall Packard:

“El periodo de posguerra trajo consigo cambios significativos en la práctica de la medicina colonial. Sin embargo, estos cambios no pusieron las bases para una relocalización de los sistemas sanitarios, para la reafirmación de los modelos indígenas o incluso para el desarrollo de una integración más efectiva de los modelos biomédicos occidentales con los contextos y saberes locales. Tampoco condujeron estos cambios a una alteración fundamental de las ideas e imágenes existentes sobre los pueblos colonizados que forman parte del pensamiento médico occidental sobre los sujetos coloniales. En vez de ello, el periodo de posguerra puso las bases para la internacionalización de la salud y para la reafirmación de los modelos biomédicos occidentales”⁷⁷.

De alguna forma, las visiones críticas de la ciencia occidental y de la ciencia en las colonias han tendido a unificarse explícitamente durante este periodo, revelando así el carácter común de sus problemas al que ya aludimos anteriormente. De ahí que, por ejemplo, una autora como Waltraud Ernst haya propugnado una “complicación de las categorías” que asocie las críticas feminista, postcolonial y postmoderna, como desarrollo

⁷⁶ Una discusión preliminar de estos conceptos en MARTÍNEZ ANTONIO (2004). También en la memoria de oposición MEDINA DOMÉNECH (en prensa).

⁷⁷ PACKARD (2003), p. 100.

“relevante no sólo en relación con las formaciones coloniales. La delimitación de grupos diferentes de personas dentro de Europa se ha convertido en un tema igualmente importante para el análisis histórico y conceptual”⁷⁸. De forma recíproca, autores como Warwick Anderson, Alison Bashford o Ann Laura Stoler han comenzado a hacer del análisis de la construcción del “blanco” (*whiteness*) por parte de la ciencia y la medicina occidentales un asunto relevante para poder “estudiar la medicina colonial y otros proyectos imperiales con una mayor simetría e integración, para integrar el ‘centro’ y la ‘periferia’ en el mismo marco analítico”⁷⁹. No obstante, los retos que implica llevar a la práctica estas ideas son grandes y, como el propio Anderson afirma, “lo ‘postcolonial’, como la mayoría de las cosas, es más fácil de decir que de hacer”⁸⁰.

1.1.3. Motivos de la ausencia del caso marroquí y árabe en los debates de la historiografía internacional sobre “medicina (ciencia) y colonialismo” y “mundialización de la ciencia” en la Edad Contemporánea.

La perspectiva historiográfica que hemos presentado en el apartado anterior permite comprobar que, como sucede en tantos otros campos de la historiografía española, los estudios sobre la actuación médico-sanitaria de España en Marruecos en los siglos XIX y XX no han aportado elementos para la elaboración de nuevas perspectivas historiográficas críticas en el ámbito internacional en el campo “medicina (ciencia) y colonialismo”. Nada extraño si se tienen en cuenta la persistencia de las bases interpretativas fijadas en los años 40 y 50 del siglo XX, el escaso interés (o la escasa valoración) de la medicina y la sanidad para la historiografía crítica de la relación hispano-marroquí y del Protectorado y la falta de consulta de la documentación de archivo sobre el tema. También han influido, desde luego, el carácter secundario de España como potencia colonial en la Edad Contemporánea y la poca relevancia del Protectorado español en Marruecos en el conjunto de las colonias de las potencias europeas. En un rasgo de irónica continuidad, las perspectivas críticas más extendidas sobre la difusión de la medicina europea provienen de o se centran en los antiguos territorios coloniales de aquellos imperios que, en su momento, fueron más poderosos.

⁷⁸ ERNST (1999), p. 11.

⁷⁹ ANDERSON (2003), p. 405. Ver, por ejemplo, BASHFORD (2000), STOLER, COOPER (1997).

⁸⁰ ANDERSON (2003), p. 405.

Las particularidades que se observan al comparar la historiografía española y la internacional nos inducen, no obstante, a pensar que éstas no son las únicas razones de dicha falta de proyección. En conjunto, la historiografía española se ha caracterizado por el mayor énfasis de ciertas etapas concretas y la ausencia o mínimo desarrollo de otras. Por ejemplo, la historiografía médico-sanitaria “heroica” antes y después de la constitución del Protectorado español en Marruecos fue muy reducida, algo lógico si se tiene en cuenta la ausencia de “grandes figuras”, “grandes instituciones”, “grandes descubrimientos” o “grandes logros” en aquel periodo. Difícilmente podían existir, dadas, entre otras cosas, la pequeña extensión de la colonia, sus semejanzas epidemiológicas con la península y, sobre todo, la falta de ocupación de la mayor parte del territorio hasta 1927, que impidió cualquier desarrollo sistemático de la medicina y la sanidad.

Cuando el relato “heroico” existió, se aplicó únicamente a la labor que los médicos militares y el Cuerpo de Sanidad militar en general llevaron a cabo durante el periodo de ocupación de la “zona de influencia” española (1908-1927). Esta labor consistió en la creación de “dispensarios o consultorios indígenas” en los que se prestaba asistencia a la población local. Según García Figueras, “los primeros jalones de esta gran obra social del Médico [en Marruecos] los pusieron nuestros médicos militares”⁸¹. No obstante, su “heroicidad” se derivaba de las duras condiciones de trabajo (aislamiento, falta de medios e instalaciones) y del peligro por los continuos enfrentamientos armados con los rifeños, no de los logros científicos o de la efectividad de las medidas médico-sanitarias propiamente dichos⁸².

⁸¹ GARCÍA FIGUERAS (1947), p. 46.

⁸² El escaso valor de la producción científica de los médicos militares destinados en Marruecos en este periodo se puede comprobar a partir de la opinión particular de un ilustre parasitólogo español, Carlos Rodríguez López-Neyra. En su trabajo titulado *Parasitología humana en el Marruecos español* (1950), López-Neyra ofrecía una perspectiva de conjunto de labor realizada por investigadores españoles en Marruecos desde los comienzos de la ocupación española hasta entonces. En su opinión, “el problema de Marruecos en España ha sufrido tantas vicisitudes, siendo tan tornadizo, que sólo rindió acciones militares hasta bien pasados los cinco primeros lustros del siglo actual, situación reñida con el obligado sosiego, indispensable para la investigación científica, y de aquí, la escasa aportación española a la parasitología y sus características de aceleramiento acusado, por deberse en esas fechas – casi en absoluto – a dignos médicos militares que, sobre sus cotidianas ocupaciones castrenses, dedicaron algunas notas al estudio de parasitosis humanas, observadas durante su misión”. RODRÍGUEZ LÓPEZ-NEYRA (1950), p. 6.

También lo hacía del profundo “atraso” de la medicina y de la sanidad en Marruecos y en el Rif y de la “ignorancia” de sus habitantes, que habrían dificultado enormemente el trabajo de los médicos militares. Los trabajos sobre “medicina árabe”, “medicina indígena” o “medicina rifeña” constituyeron el contrapunto inseparable de los relatos “heroicos” de los médicos militares. A partir de ellos se articuló la imagen de un Marruecos “estancado” en la Edad Media, cuyas instituciones y doctrinas médico-sanitarias se remontaban a los del periodo dorado de la medicina árabe clásica (andalusí en concreto), aunque inevitablemente degenerados desde entonces. En el Rif, la persistencia de una medicina mágico-religiosa con componentes preislámicos, mostraba en toda su crudeza los retos a los que debían enfrentarse los médicos militares españoles, así como la incapacidad de las autoridades marroquíes de articular una organización médico-sanitaria que alcanzara a toda la población sobre la que reclamaba su soberanía.

En contraste con lo anterior, la historiografía “triumfalista o autojustificadora” producida desde finales de los años 40 hasta principios de los 60 constituyó el grueso de las publicaciones sobre medicina y sanidad españolas en el Marruecos contemporáneo y supuso la fase historiográfica fundamental. Una razón decisiva para explicar este hecho es que fue por entonces cuando tuvo lugar el mayor desarrollo de la medicina y la sanidad españolas a todos los niveles (administrativo, institucional, de personal, científico o presupuestario). Pero también lo fue que se intensificó la “amenaza” de independencia marroquí en el contexto del proceso general de descolonización e hizo, por tanto, más necesario exaltar los beneficios que había traído la presencia española. No obstante, el “triumfalismo” se centró sobre todo en cuantificar los avances obtenidos en cuanto a personal, centros, equipamiento, número de consultas o intervenciones quirúrgicas, así como en destacar la “acción benéfico-social” hacia los sectores más desfavorecidos (comedores, orfanatos, viviendas baratas, ayuda en catástrofes), más que en demostrar los logros y la expansión de la medicina occidental en general. También se utilizó como argumento la disminución de importancia de los saberes y prácticas médicos locales, aunque siguieron publicándose algunos trabajos al respecto en los que se reconocía el alcance que todavía tenían en ciertas zonas y ciertos sectores del país⁸³.

⁸³ GARCÍA FIGUERAS (1947), IRIBARREN CUARTERO (1942).

La independencia marroquí desde 1956 trajo consigo un prolongado vacío historiográfico sobre el tema, que ya hemos comentado. Las críticas “externalista” y “construccionista”, los modelos “difusionista” y “de localidad”, los análisis postcoloniales de “resistencia” e “hibridación” han pasado de largo en el caso de los asuntos médico-sanitarios relacionados con la presencia española en Marruecos en los siglos XIX y XX. Sólo desde finales de los años 90 han comenzado a plantearse algunos de estos temas, a partir de las líneas de investigación que ya señalábamos previamente en el apartado 1.1.1.

En realidad, particularidades semejantes se observan también al revisar la historiografía sobre medicina y sanidad francesas en el Marruecos contemporáneo, especialmente en la época del Protectorado. Sus fases o etapas son equivalentes a que las que hemos señalado para el caso español, aunque estrictamente, y dado el tradicional ascendiente francés en España, sería más adecuado decirlo al revés. A pesar de que el volumen de publicaciones fue mayor y las fases “heroica” y “triumfalista o autojustificadora” guardaron mayor parecido con las de la historiografía internacional (predominantemente anglosajona), se ha dado también una significativa ausencia de debates “internalistas-externalistas”, “objetivistas-construccionistas” y sobre la “mundialización de la ciencia” para el caso marroquí⁸⁴. Asimismo, en Francia la medicina y la sanidad siempre han constituido asuntos secundarios dentro de la historiografía general sobre la relación franco-marroquí y el Protectorado francés y sólo desde finales de los años 80 han recibido una mayor atención⁸⁵.

⁸⁴ El relato “heroico” comenzó a elaborarse desde comienzos del siglo XX a partir de publicaciones como las de RAYNAUD (1902) *Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc*; THIERRY (1917) *Etude sur les pratiques et superstitions médicales des Marocains et sur l'influence de la médecine française au Maroc*; MAURAN (1922) *Considerations sur la médecine indigène actuelle au Maroc*; CHATINIERS (1919) *Dans le grand Atlas marocain: extraits du carnet de la route d'un médecin d'assistance médicale indigène*; FIESSINGER (1923) *La médecine française au Maroc*; COLOMBANI (1925) *Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc*; ABBATTUCHI (1928) *Médecins coloniaux*; CRUCHET (1934) *La conquête pacifique du Maroc et du Tafilalet*; SARRAT (1937) *Hygiène, Médecine et Chirurgie au Maroc ou l'oeuvre médicale française au Maroc*; o DOUMIC (1939) *L'action médicale sur l'indigène au Maroc*. En los años 50 proliferaron publicaciones “triumfalistas o autojustificadoras”. Véase al respecto, por ejemplo, DELANOE (1949), CRISTIANI (1950); EPAULARD (1950); COLOMBANI (1950) y (1954); SICAULT (1950); HASSENFORDER (1950); DES CILLEULS (1959); POUMAREDE (1972).

⁸⁵ Algunos antecedentes de estudios críticos sobre la medicina y la sanidad francesas en Marruecos son BIDWELL (1973) y RIVET (1988). Algunas publicaciones específicas recientes sobre el tema son: AKHMISSE (1992); MOUSSAOUI, ROUX-DESSARPS (1995); GHOTI (1995), que analizan, entre otras

En definitiva, estas particularidades de la historiografía francesa y española han contribuido a la escasa relevancia del caso marroquí en la historiografía sobre “medicina y colonialismo” y sobre “mundialización de la ciencia” elaborada en las últimas décadas. A efectos prácticos, se podría suscribir esta afirmación para el mundo islámico en general, con ciertas excepciones como Argelia⁸⁶. Ahora bien, esto no quiere decir que no haya habido en las últimas décadas publicaciones sobre medicina y sanidad en Marruecos y otros países árabes en los siglos XIX y XX, pero estas publicaciones han empleado a menudo el marco estatal-nacional en sus análisis en vez de utilizar conceptos elaborados por la historiografía postmoderna y postcolonial. De ahí que un tema habitual haya sido el problema específico de la “modernización”, de cómo los distintos países procuraron desarrollar sus sistemas científicos y médico-sanitarios desde el siglo XVIII en respuesta a la creciente injerencia de los europeos⁸⁷. En contraste, resulta también significativa la importancia que han tenido en el mismo periodo las investigaciones de carácter antropológico sobre la medicina tradicional marroquí y sobre los saberes y prácticas de tribus bereberes o nómadas del Atlas, del Rif o del Sáhara o sobre sus creencias mágico-religiosas⁸⁸.

Respecto al tema de la “mundialización de la ciencia” o de los modelos de extensión de la ciencia occidental a los que acabamos de referirnos, se constata también la práctica ausencia de trabajos referentes al mundo islámico⁸⁹. Una excepción al respecto lo constituyen, por ejemplo, los trabajos de los historiadores de la ciencia españoles Alberto

cosas, la contribución francesa a la medicina y la sanidad marroquíes en el siglo XX; RIVET (1992), sobre las epidemias en Marruecos durante la Segunda Guerra Mundial; MOULIN (1992), sobre los Institutos Pasteur en el extranjero, incluidos los de Tánger y Casablanca; PLUCHON (1985), LEFEVBRE (1987) sobre la sanidad militar y colonial francesa, incluida la actuación de ambas en Marruecos; LONGUENESSE (1995), AMSTER (2003), sobre la relación ciencia-colonización y el problema de la “modernización científica” (en el primer caso, con la contribución de diversos autores).

⁸⁶ Algunas referencias sobre el caso argelino desde una perspectiva postcolonial son las siguientes: FANON (1965); WEST (1994); SADOWSKY (1997); LORCIN (1995) y (1999); BULLARD (2001).

⁸⁷ Entre los estudios históricos que han empleado el marco interpretativo del estado-nación figuran, por ejemplo, los de GALLAGHER (1983); AKHMISSE (1991); CROZET (1995); LONGUENESSE (1995); GHOTI (1995); PELIS (1997); ABDEL-HAMEED (1997); CHIFFOLEAU (1997); BELL (1999); AMSTER (2003), SIINO (2003), MOREAU (2003).

⁸⁸ HART (1958), (1976) y (2000); GELLNER (1969); AKHMISSE (1985), BALLAKHDAR (1989), GREENWOOD (1981) y (1992), AQUATTAH (1993), CLAISSE-DAUCHY (1996); GEERTZ (1994).

⁸⁹ ELENA (1990), p. 416.

Elena y María Luisa Ortega sobre la “expansión” de la ciencia europea al mundo árabe y, más en concreto, al Imperio Otomano, que analizan explícitamente la aplicabilidad de alguno de los modelos de mundialización de la ciencia a los que nos hemos referido⁹⁰. Para Alberto Elena es clara la falta de utilidad del modelo de Basalla para los países islámicos ya que “salvo contadas excepciones, el Imperio Otomano no fue nunca un estímulo para la ciencia metropolitana” (fase I) y tampoco puede aplicarse a él el concepto de “ciencia colonial” (fase II) porque “no cabe reconocer con facilidad una dependencia metropolitana estricta y, en cambio, las relaciones inter-periféricas [...] han de tomarse necesariamente en consideración [...]”⁹¹. Por último

“[...] las diversas sociedades integradas en la tradicional *dar al-Islam* no acabaron por configurar una tradición científica independiente a resultas de su contacto con la ciencia europea, sino que – muy por el contrario – perdieron todas aquellas señas de identidad que habían hecho de ellas una ciencia-mundo durante siglos [...]”⁹².

Precisamente el concepto “ciencia-mundo” tomado de Xavier Polanco permite a Elena sugerir que “la tradicional ciencia-mundo encarnada por el Islam se disolvió en el seno de la ciencia-mundo europea” a partir del siglo XVIII, convirtiéndose en una periferia de ésta última⁹³. Desde ese momento, los países islámicos recurrieron a la “imitación de Occidente” para “combatir al enemigo con sus mismas armas” a través de un conjunto de estrategias⁹⁴. No obstante, fracasaron estrepitosamente porque las iniciativas de modernización científica fueron impulsadas “desde arriba” sin lograr involucrar a sectores sociales amplios y porque terminaron provocando un estado de “dependencia” científico-tecnológica respecto a los países occidentales⁹⁵.

⁹⁰ ELENA (1990), (1992a), (1992b), (1993); ORTEGA, ORDÓÑEZ, ELENA (1993); ORTEGA (1996), (1997).

⁹¹ ELENA (1990), p. 417.

⁹² ELENA (1992a), p. 228.

⁹³ *Ibid.*, p. 221.

⁹⁴ Elena enumera seis estrategias: intensificación de relaciones diplomáticas con Occidente; aprendizaje de lenguas europeas; traducción de obras científicas europeas; creación de escuelas técnicas y sociedades científicas; envío de estudiantes a Europa; y ejecución de proyectos de modernización tecnológica bajo tutela europea. *Ibid.*, p. 224.

⁹⁵ ELENA (1990), p. 406.

Sin embargo, en la propuesta de Elena la aplicación del modelo de Polanco y de la teoría económica de la dependencia le impiden desarrollar sus importantes consideraciones sobre la “rivalidad inter-imperialista” y las “relaciones inter-periféricas”, a nuestro juicio decisivas y características porque sugieren cierta capacidad de iniciativa por parte de esos países. Al no hacerlo, Elena convierte al Imperio otomano y, por extensión, a todos los países islámicos en una “periferia científica” indiferenciada del resto de posesiones coloniales europeas de África o Asia. Si esto hubiera sido así, no existiría razón para que no se hubieran aplicado los esquemas postcoloniales al análisis de su problemática científica y médico-sanitaria.

En mi opinión, existe una relación entre el escaso desarrollo de la historiografía crítica “externalista”, “construccionista” y “postcolonial” y de la problemática de la “mundialización de la ciencia” en Marruecos (y en los países islámicos) y la mayor presencia de una tradición historiográfica “nacionalista” y un enfoque antropológico. En concreto, creemos que indica la especial imposibilidad de analizar el caso marroquí (y magrebí y árabe en general) desde un punto de vista estrictamente colonialista (y aplicarles en consecuencia categorías analíticas como “difusión”, “resistencia” o “hibridación”) o estrictamente nacionalista (y aplicarles los enfoques externalista o construccionista). Respecto a lo primero, por ejemplo, la aparente difusión de la ciencia y la medicina occidentales al mundo árabe se contrarresta por el hecho de que ambas habrían sido conscientemente fomentadas por las autoridades locales en función de sus propios intereses médico-sanitarios, de control social, desarrollo económico o potencia militar. Respecto a lo segundo, creemos que las tradiciones propias de bereberes, kurdos o beduinos constituyeron formaciones particulares que se vieron amenazadas tanto por la ciencia y la medicina occidentales como por las políticas de los países árabes de los cuales formaban parte, un hecho nada despreciable teniendo en cuenta que estos grupos constituían y constituyen una fracción significativa y a veces mayoritaria de la población de dichos países.

Esta dificultad ha sido ya señalada por algunos historiadores generales. Así, por ejemplo, Edmund Burke III ha señalado la ausencia (o el débil desarrollo) de historiografía

postcolonial en el Magreb a diferencia de la que se ha elaborado en las últimas décadas para la India. Burke lamenta que el estudio histórico del periodo colonial en el Magreb no haya logrado ir más allá de “historias paralelas (colonialista y nacionalista) igualmente caracterizadas por la homogeneización y la esencialización”⁹⁶. De forma análoga, Daniel Rivet señala que

“con relación a esta doble lectura reductora [colonialista y nacionalista], nuestra aproximación al Magreb colonial se sitúa en tensión. Contra los intelectuales coloniales y sus herederos inadvertidos, se trata de mostrar que en el Magreb en la época colonial la historia deja de ser padecida por sus habitantes [...]. Contra la *intelligentsia* nacionalista y los anticolonialistas sumarios, se nos impone rechazar la visión que reduce este episodio a un choque frontal, comunidad contra comunidad [...]”. Esto implica colocar una lente de aumento sobre los grupos intermedios que se intercalan entre los frentes comunitarios, y sobre los individuos-frontera que van y vienen entre colonos e indígenas”⁹⁷.

Por otra parte, W. Baumgart afirma que los casos de Turquía, Irán y otros países de Oriente Próximo y Oriente Medio constituyen casos “borderline” de imperialismo⁹⁸. A pesar del innegable intervencionismo europeo a que estuvieron sometidos, es difícil, salvo excepciones, afirmar que los países islámicos fueran “colonias formales” o formaran parte de “imperios informales” europeos⁹⁹. De hecho, países como Turquía e Irán mantuvieron su independencia política, otros como Marruecos, Túnez o Egipto se convirtieron en protectorados sólo entre finales del siglo XIX y principios del XX y otros como Irak, Siria, Palestina o Jordania pasaron a ser “mandatos” bajo inspección de la Liga de las Naciones únicamente después de la Primera Guerra Mundial.

En todo caso, no nos parece que el predominio de la historiografía nacionalista después de la independencia o la escasa aportación a los debates sobre “medicina y colonialismo” y “mundialización de la ciencia” tengan que ser valorados de forma negativa, sino que podrían interpretarse como signo de la diferencia existente entre la actuación imperialista europea en Marruecos (y en el Magreb y los países islámicos en general) y la

⁹⁶ BURKE III (2000), p. 27.

⁹⁷ RIVET (2002), p. 14.

⁹⁸ BAUMGART (1983).

de otras zonas del mundo. En general, estas teóricas “carencias” historiográficas constituirían pruebas *per se* de la inadecuación de categorías como “metrópoli-colonia”, “hibridación”, “difusión” o “localidad” para analizar la interacción entre Europa y el mundo árabe, entre España o Francia y Marruecos. Dicha inadecuación se habría derivado principalmente de la persistente minusvaloración de Marruecos y de los países árabes en la historiografía (general y de la medicina/ciencia) europea y occidental.

Por todo ello, uno de los objetivos fundamentales de esta memoria de doctorado es elaborar una propuesta de modelo explicativo teórico que permita valorar la posición de Marruecos y de los países árabes en la problemática de “medicina y colonialismo” y en la de la “mundialización de la ciencia”. No obstante, antes de proceder a ello, consideramos necesario analizar la historiografía sobre sanidad o salud pública española producida en las últimas décadas. Creemos que los problemas para interpretar la actuación médico-sanitaria española en Marruecos son inseparables del papel secundario que se ha asignado a dicha actuación dentro de la historiografía sobre la sanidad española contemporánea. De modo análogo, este último hecho está relacionado con la débil integración del “problema de Marruecos” en la historiografía española general. Al análisis de estas cuestiones está dedicado el siguiente apartado.

⁹⁹ ELENA (1990), p. 415.

1.2. Colonialismo, medicina y sanidad en la España contemporánea.

1.2.1. El olvido de las colonias ultramarinas y africanas en la historiografía de la sanidad española contemporánea.

Si algo llama especialmente la atención en el análisis de la historiografía sobre la actuación médico-sanitaria española en Marruecos que hemos realizado en el punto anterior, es que hasta hace muy poco tiempo no existieran contribuciones a la misma por parte de la comunidad de historiadores de la medicina. Su producción historiográfica no ha contribuido, hasta hace pocos años, ni a la construcción del relato tradicional ni tampoco a la elaboración de perspectivas críticas “externalistas”, “construccionistas” y “postcoloniales” sobre la medicina y la sanidad españolas en Marruecos o a la comprobación o rechazo de los modelos de “mundialización de la ciencia” para el caso marroquí. Esta afirmación puede extenderse también, con ciertas excepciones, al estudio de la medicina y la sanidad en las restantes colonias africanas de España (Guinea Ecuatorial, Sáhara occidental) y en las colonias ultramarinas del siglo XIX (Cuba, Filipinas, Puerto Rico, Micronesia).

Como ya apuntábamos al comienzo de este capítulo, la historia de la sanidad española contemporánea elaborada en los últimos 30 años se ha centrado preferentemente en el estudio de múltiples aspectos de la Sanidad civil “interior”. Frente a ello, el análisis de otros componentes sanitarios contemporáneos como la Sanidad marítima o exterior, la Sanidad militar y naval o la sanidad en las colonias ha constituido una preocupación secundaria. El estudio de estos componentes se ha mantenido, en su mayor parte, en manos de profesionales de la salud pública, de médicos militares o de la Armada o, en el caso que principalmente nos concierne, de médicos coloniales, historiadores africanistas y del Protectorado, historiadores generales de las colonias ultramarinas y otros. En algunos casos, especialmente en Cuba, la historiografía local sí que ha investigado la sanidad colonial así como los sistemas tradicionales o la sanidad desplegada por la sociedad autóctona durante el periodo de presencia española¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Por ejemplo, la revista *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* ha publicado un monográfico sobre la organización médico-sanitaria durante el periodo colonial, así como otros números específicos y algunos artículos individuales sobre la sanidad del Ejército cubano durante los distintos levantamientos

Como consecuencia de ello, sólo se han resaltado ciertos aspectos concretos de dichos componentes sanitarios o se han esbozado hipótesis pendientes de comprobación empírica. Por ejemplo, en el ámbito de la Sanidad militar, algunos historiadores de la medicina han intuido su posible relevancia en el periodo que nos interesa, bien llamando la atención sobre la presencia de médicos militares en las altas esferas de la administración sanitaria civil (Manuel Martín Salazar, José Alberto Palanca) y en los Cuerpos de Sanidad Nacional; bien afirmando que la Sanidad militar llevó ventaja a la civil durante el siglo XIX, marcando la pauta a seguir en aspectos tales como la organización inspectora, la profilaxis masiva o la elaboración de estadísticas de morbi-mortalidad¹⁰¹. Pero conocer con precisión las características de la Sanidad militar en los siglos XIX y XX y valorar su posible influencia sobre o interacción con la Sanidad civil es una tarea todavía pendiente¹⁰².

Otros han sido los intereses que han preocupado a aquellos médicos militares que han realizado investigaciones sobre medicina y Sanidad militar en los siglos XIX y XX y cuyos trabajos constituyen el grueso de la historiografía sanitaria militar en España¹⁰³. La falta de formación historiográfica de la mayoría de dichos médicos les ha impedido en general incorporar hipótesis interpretativas actuales y emplear técnicas adecuadas con las que dar consistencia a la abundante bibliografía y al ocasional material de archivo recopilados¹⁰⁴. Consecuencia de lo anterior es el interés preferente que han recibido

independentistas, sobre médicos e higienistas cubanos y sobre saberes y prácticas de la población negra y china. Ver la página web de la revista <http://bvs.sld.cu/revistas/his>.

¹⁰¹ MOLERO MESA, JIMENEZ LUCENA, (2000); RODRÍGUEZ OCAÑA, (1992).

¹⁰² Las escasas obras generales de historia de la medicina española que han hecho referencia a la Sanidad militar se han limitado a describir de forma breve su trayectoria. Sirven de ejemplo, COMENGE (1914) o SÁNCHEZ GRANJEL (1986). Por su parte, las publicaciones específicas sobre el tema se han centrado fundamentalmente en el siglo XVIII. Por ejemplo, RIERA (1969) y (1974-75); OLAGÜE DE ROS, PAREDES SALIDO (1985); BALAGUER, GÍMENEZ (1995). Entre estas últimas, merecen consideración aparte las dedicadas al estudio de los Colegios de Cirugía, como las de APARICIO (1956); USANDIZAGA (1964); RIERA (1975); DANON (1993); MASSONS (1993) y (2002). En el ámbito de la historia de la ciencia, José Manuel Sánchez Ron ha planteado algunas cuestiones sobre la relación ciencia-tecnología y militares en el siglo XX, aunque sin referencias concretas aplicables al caso español. SÁNCHEZ RON (1992). Otra publicación relevante en este sentido es el estudio de Elena San Román sobre los orígenes militares del ya desaparecido Instituto Nacional de Industria (INI). SAN ROMÁN LÓPEZ (1999).

¹⁰³ Para una perspectiva sobre los autores y las publicaciones que han constituido la tradición de la historia de la medicina militar en nuestro país es obligatorio consultar los artículos de J. Hernández Giménez publicados en *Medicina Militar* (1989), 45, 5, 543-550; 45, 6, 658-675; y 46, 1, 96-114.

¹⁰⁴ La *Historia de la Sanidad Militar española* (1994) de J. M. Massons, a pesar del extraordinario esfuerzo de organización y de la abundancia de fuentes consultadas por su autor, adolece de los defectos mencionados.

aquellos aspectos de la Sanidad militar relacionados con las grandes figuras y con las instituciones asistenciales y docentes¹⁰⁵. Otros asuntos que también han recibido particular atención han sido, por un lado, la reivindicación de la prioridad de la Sanidad militar en la recepción de avances o en la aplicación de técnicas con respecto a la medicina civil; y, por otro, las aportaciones originales de médicos militares a la medicina y la sanidad¹⁰⁶. Este enfoque particular, de corte marcadamente “internalista”, unido a otras razones, ha motivado la falta de integración de los resultados de estas investigaciones en la historiografía especializada sobre sanidad española contemporánea.

Sobre la medicina y la sanidad en las colonias ultramarinas españolas del siglo XIX (Cuba, Filipinas, Puerto Rico) existen algunos trabajos especializados producidos en nuestro país, sobre todo para el caso cubano. Así, se ha estudiado la organización sanitaria militar española durante las campañas armadas, en concreto durante la guerra de independencia (1895-98), y algunos problemas específicos como la fiebre amarilla o la eugenesia (más ampliamente la cuestión “ciencia y racismo”)¹⁰⁷. El tema de la Sanidad marítima o exterior en los siglos XIX y XX también ha recibido poca atención y sólo existen alguna monografía de valor más que cuestionable y algunos trabajos sobre la constitución del Cuerpo de Sanidad exterior, sobre instituciones (lazaretos), sobre la

Con todo, es una obra de referencia por su concepción unitaria y su amplitud cronológica, por el volumen de información que contiene y por la reivindicación de la importancia de la Sanidad Militar en nuestro país. Sus precedentes más destacados son la monografía de Sebastián Montserrat, *La medicina militar a través de los siglos* (1946), aunque no aborda exclusivamente el caso español y, para él, se detiene en el año 1855 y los artículos de Miguel Parrilla Hermida sobre la medicina militar española publicados entre 1965 y 1968. Existen también monografías clásicas sobre la Sanidad naval (*Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada y La trayectoria hospitalaria de la Armada española* de Salvador Clavijo y Clavijo) y sobre el Cuerpo de Farmacia militar (*Historia del Cuerpo de Farmacia Militar del Ejército español* de Rafael Roldán y Guerrero), de las que se podría decir algo semejante a lo que se ha dicho de la obra de Massons.

¹⁰⁵ Ver, por ejemplo, PARRILLA HERMIDA (1973), (1980); LLOVERES RUA-FIGUEROA (1984); ESTEBAN HERNÁNDEZ (1984); TORRES MEDINA, MORATINOS PALOMERO (1986); MORATINOS PALOMERO (1988); MORATINOS PALOMERO, BORREGUERO BARRIGA (1989); BUQUERAS BACH (1991); MASSONS (1992).

¹⁰⁶ Sobre estos temas, ver MORATINOS PALOMERO (1984), (1985); TORRES MEDINA, MORATINOS PALOMERO (1984), (1988); MORATINOS PALOMERO, LUANCO GRACIA, QUETGLAS MOLL (1990).

¹⁰⁷ HERNÁNDEZ SANDOICA, MANCEBO (1991); NARANJO OROVIO, GARCÍA GONZÁLEZ (1996); DÍAZ MARTÍNEZ, (1998), HERRERA RODRÍGUEZ, (1998); GARCÍA GONZÁLEZ, ÁLVAREZ PELÁEZ (1999); ESTEBAN MARFIL (2000), (2003).

organización sanitaria en los puertos y sobre la legislación y los debates parlamentarios en relación con las epidemias provenientes del exterior¹⁰⁸.

En mi opinión, resulta difícil entender la trayectoria histórica de la sanidad española contemporánea sin tomar en consideración estas otras ramas sanitarias. Dado el estado periódico de conflicto civil que vivió España durante el siglo XIX, la intervención del Ejército en el gobierno del país a través de pronunciamientos primero y dictaduras después, así como el peso presupuestario, administrativo e institucional del Ministerio de la Guerra, no parece ilógico considerar que la Sanidad militar también tuvo su papel y su influencia en la configuración de la sanidad española. Con mayor motivo durante el siglo XX, en el que hubo dos dictaduras en las que los militares jugaron un papel decisivo. Por otra parte, las colonias ultramarinas y las posesiones africanas constituyeron un motivo de preocupación constante, absorbieron una enorme cantidad de recursos económicos y humanos estatales a través principalmente de los Ministerios de Ultramar, Guerra y Marina y tuvieron un impacto decisivo en la evolución de la sociedad, la economía o la cultura españolas durante los siglos XIX y XX. De ahí que tampoco parezca inadecuado suponer la influencia de la medicina y la sanidad de los enclaves ultramarinos y africanos en la sanidad española. Por último, el protagonismo de la Sanidad marítima o exterior en el desarrollo de la legislación, de la administración y de las instituciones sanitarias españolas (a través de las medidas tomadas en respuesta a las epidemias de cólera, fiebre amarilla o gripe y de la intervención directa o las recomendaciones impulsadas por las conferencias e instituciones internacionales que se fueron organizando desde la segunda mitad del siglo XIX) ha sido señalado en numerosas ocasiones, aunque paradójicamente esto no se haya traducido en estudios en profundidad.

¹⁰⁸ Ramón Navarro García ha publicado una monografía titulada *Historia de la Sanidad marítima en España* (2001), así como una *Historia de la Sanidad en España* (2001), en la que también hay una parte dedicada a Sanidad marítima o exterior. No obstante, ambas obras consisten fundamentalmente en una recopilación de legislación sanitaria, de sucesos epidémicos y de esbozos biográficos de figuras importantes del higienismo. Además, en relación con la Sanidad marítima o exterior, los capítulos dedicados a finales del siglo XIX y principios del XX están en su mayor parte copiados directamente de la *Historia de la Sanidad española (1900-1920)* de Carlos Rico-Avello publicada en 1969. De mayor valor, son indudablemente las siguientes publicaciones: HEROLD-SCHMIDT (1999); MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA (2000); VIDAL HERNÁNDEZ (2000); RAMÍREZ MUÑOZ (2001); OLASO SENDRA, ALONSO LÓPEZ (2002); BETANCOR GÓMEZ (2002).

Creemos que el desarrollo insuficiente de estos asuntos en la historiografía de la sanidad española contemporánea indica que no se ha considerado la posibilidad de que todas las ramas sanitarias formen parte de un sistema cuyos elementos son inseparables y condicionados entre sí. En el caso concreto de Marruecos, no se ha considerado que las iniciativas desplegadas allí puedan haber tenido alguna influencia en el desarrollo de la sanidad española. No obstante, no se trata de un hecho específico de la historiografía médico-sanitaria, ya que la atención prioritaria a los asuntos internos ha caracterizado también a la historiografía crítica sobre el desarrollo estatal en la España de los siglos XIX y XX. No en vano, la sanidad ha sido y es (aunque de forma cambiante en el tiempo) una rama integrante de los Estados contemporáneos, entre ellos el español, y su análisis historiográfico se ha apoyado necesariamente, entre otras cosas, en las investigaciones de los historiadores generales. No es nuestra intención ni es posible en el marco de este “estado de la cuestión” ofrecer una revisión exhaustiva de la historiografía sobre el Estado-nación en la España contemporánea ni de la historiografía militar-naval, colonial y sobre las relaciones internacionales españolas. A pesar de todo, creemos necesario plantear, siquiera de forma breve, la necesidad de integrar dichas historiografías, mostrando los problemas que se han derivado de su separación e indicando algunas líneas de investigación que han avanzado hacia aquel objetivo.

1.2.2. La integración problemática de “lo militar” y “lo colonial” en la historiografía sobre el Estado-nación en la España contemporánea.

La historiografía crítica producida en las últimas décadas sobre la trayectoria del Estado liberal en España y sobre el nacionalismo español y los nacionalismos “periféricos” en el siglo XIX es muy abundante¹⁰⁹. Se ha estudiado la debilidad de los mecanismos de nacionalización del Estado (educación, ejército), el mantenimiento de los Fueros vascos, el grado y las circunstancias de vinculación de la burguesía catalana con los partidos políticos de ámbito estatal, la naturaleza del movimiento carlista, el intervencionismo militar en las decisiones políticas, las guerras de Cuba, la guerra hispano-norteamericana, la posición de

¹⁰⁹ Sirven a modo de ejemplos recientes, los monográficos de la revista *Ayer* nº 29 (1998) y nº 35 (1999), titulados respectivamente *La política en el reinado de Isabel II y España, ¿nación de naciones?*; JOVER ZAMORA (1992); DE RIQUER (1994) y (2001); ÁLVAREZ JUNCO (2001); ELORZA (2001); FUSI (2003).

España en la Cuádruple Alianza, la Guerra de África o la debilidad de las cortes frente al monarca durante el periodo isabelino.

No obstante, creemos que la integración de las aportaciones de la historiografía sobre el Ejército (sobre los militares), la historiografía sobre el “colonialismo” y la historiografía de las “relaciones internacionales” en el problema general del desarrollo del Estado-nación en la España contemporánea ha sido más bien tangencial. En el caso de la historiografía militar, por ejemplo, la principal preocupación ha sido analizar los factores responsables de la prolongada influencia de los militares en la dirección política del país. La cuestión del origen y las características del “poder militar” ha dado lugar a varios debates que se han venido desarrollando durante décadas, por ejemplo, entre las interpretaciones “pretorianistas” y “militaristas” del papel del Ejército en la política española¹¹⁰. Otro debate clásico ha tenido lugar entre aquellos historiadores que vieron en la debilidad de la sociedad civil la razón principal del intervencionismo militar en los asuntos políticos y aquellos que resaltaron las tendencias intervencionistas intrínsecas a la corporación castrense¹¹¹. La producción bibliográfica sobre las sucesivas formas de intervención política de los militares (conspiraciones, pronunciamientos, dictadura o golpe de Estado), sobre sus condicionantes sociales e históricos (exceso de oficiales, intentos civiles de reforma, corrupción del sistema político, injerencia de la monarquía, culpabilización del Ejército por los “desastres”, “peligro” de la clase obrera y de los regionalismos-nacionalismos) y sobre su alcance y características, se ha mantenido hasta la

¹¹⁰ Dentro del problema historiográfico del militarismo, se consideró en general desde un principio que el caso español presentaba ciertas particularidades respecto al de otros países. Frente a una concepción del *militarismo* como resultado de la infiltración de las instituciones políticas y caracterizado por la dirección de la agenda gubernamental en función de los intereses del ejército, en España se habría dado durante el siglo XIX una situación de *pretorianismo*, en virtud de la cual los militares habrían tenido capacidad de decidir el triunfo de una u otra posición política pero sin subordinarla a sus intereses. Stanley Payne, Carolyn P. Boyd, Eric Christiansen y Gabriel Cardona entre otros autores han defendido la teoría pretorianista, mientras que Joaquim Lleixá, Manuel Ballbé y Rafael Núñez Florencio entre otros se han decantado por la interpretación militarista. Otros como Carlos Seco Serrano consideran que en España alternaron periodos de militarismo (reinado de Isabel II, Dictadura de Primo de Rivera, franquismo) con otros de *civilismo* (Restauración, I y II República), en los cuales se consiguió alejar a los militares de la actividad política. Para una perspectiva sobre este debate, ver NAVAJAS ZUBELDIA, (1990).

¹¹¹ Por ejemplo, para Payne, la continua presencia de los militares en la política española desde comienzos del siglo XIX habría sido debida “no tanto porque los militares fuesen ambiciosos o voraces, sino porque la sociedad española se había quebrado”. PAYNE, (1968), 5. Sin embargo, para Boyd, independientemente de la fortaleza de la sociedad civil española, habría existido un afán intervencionista por parte del ejército. BOYD, (1979).

actualidad y constituye la columna vertebral de la historiografía militar española¹¹². Un campo diferenciado dentro de esta problemática lo constituyen los estudios sobre el Ejército en el franquismo¹¹³.

Estrechamente ligada al análisis del poder militar ha sido planteada la cuestión del control ejercido por los militares sobre el orden público y la libertad de expresión. En un trabajo pionero, Manuel Ballbé demostró que ya desde el siglo XVIII se había asignado al Ejército la misión preferente de garantizar el orden interno del Estado, al tiempo que la justicia militar había adquirido cada vez más capacidad de intervenir en asuntos que en principio concernían a la civil. De esta forma, el control de las “fuerzas de orden público” estuvo en última instancia en manos del Ministerio de la Guerra, el cual tuvo también la autoridad para decretar los “estados de guerra” y de “excepción”, bien directamente, bien a través de los Gobernadores militares. Un derecho clave en las sociedades democráticas como la libertad de prensa también sufrió una clara injerencia del Ejército a partir de la conocida Ley de Jurisdicciones aprobada en 1906. En definitiva, Ballbé introdujo una nueva perspectiva sobre el tema del “poder militar” en España, ya que, en su opinión, la “cuestión militar” se originó fundamentalmente a partir del recurso al Ejército para garantizar el orden público. Su trabajo pretendía ser una comprobación de la tesis del teórico militar Morris Janowitz según la cual “el supuesto básico del modelo democrático de las relaciones civiles-militares es que la supremacía civil reside en la separación organizativa estricta entre fuerzas armadas y de policía”¹¹⁴.

Al margen de este núcleo fundamental de la historiografía militar, surgió a finales de los años 70 el campo “Fuerzas Armadas y sociedad”, en el cual la cuestión del “poder militar” ocupaba un lugar secundario frente al estudio de aspectos como la organización del

¹¹² COMELLAS (1958a), (1958b), (1963) y (1970); PAYNE (1968), (1974), (1977) y (1986); CHRISTIANSEN (1967); ALONSO BAQUER (1971); BOYD (1979) y (1990); FISAS (1979); VANACLOCHA (1983); HEADRICK (1981); BUSQUETS (1982) y (1984); ALPERT (1982); CARDONA (1983) y (1990); SECO SERRANO (1984); LLEIXÁ (1986); BLANCO VALDÉS (1988); OLMEDA GÓMEZ (1988); PÉREZ HENARES, MALO DE MOLINA, CURIEL (1989); NUÑEZ FLORENCIO (1989), (1990), (1997); CEPEDA (1989), (1999); NAVAJAS ZUBELDIA (1990) y (1991); CLEMENTE (1995); PRESTON (1997); PUELL DE LA VILLA (1998).

¹¹³ Algunas referencias sobre el tema, son BUSQUETS, CARDONA (1985); FERNÁNDEZ SANTANDER (1985); LOSADA MALVÁREZ (1986); MARQUINA (1987); PRESTON (1997); VIÑAS (2003).

Ejército y la legislación militar; la profesionalización de los oficiales, la extracción socioeconómica y geográfica y la mentalidad de los militares “de carrera”; las instituciones castrenses; el reclutamiento; o la “sociología de la guerra”. Se trataba de una línea de investigación que ya se venía desarrollando en otros países como Estados Unidos y cuyo precedente en España lo constituyó la monografía de Julio Busquets, *El militar de carrera en España* (1967)¹¹⁵. Un porcentaje significativo de los autores que cultivaron este enfoque eran militares o ex-militares, lo que dio lugar a una orientación predominantemente “internalista” del campo de estudio¹¹⁶. Entre los autores no militares, algunos también han adoptado dicha orientación, pero otros podrían encuadrarse dentro de una “historia social” del Ejército que ha investigado temas como la oposición popular al reclutamiento (desertores, prófugos, emigrantes, protestas y enfrentamientos), las relaciones militares-clase obrera (posición del Ejército ante la “cuestión social”) o la labor social del Ejército (alfabetización)¹¹⁷. Por último, hay que señalar que, a modo de corriente de fondo, persisten las publicaciones de historia militar “antigua”, bien instigadas por diversos organismos oficiales (Ministerio de Defensa, CESEDEN), bien a cargo de autores con una supuesta intención “polémica”¹¹⁸.

No obstante, a pesar de estos desarrollos de la historiografía militar española, creemos que no se ha profundizado suficientemente en el estudio del papel del Ejército en la configuración del Estado-nación en la España contemporánea. Esto implicaría conocer mejor asuntos como la ideología nacionalista militar, los “instrumentos” de nacionalización

¹¹⁴ Sobre el control militar de las fuerzas de orden público y de la justicia civil, ver BALLBÉ (1985); LÓPEZ GARRIDO (1982). Sobre la ley de Jurisdicciones, LEZCANO (1978).

¹¹⁵ BUSQUETS (1984). Sobre la influencia de la historiografía militar estadounidense (la denominada “New Military History”) en España, ver BORREGUERO BELTRÁN (1994).

¹¹⁶ Entre las obras principales del campo “Fuerzas Armadas y sociedad” figuran, FERNÁNDEZ BASTARRECHE (1978); CASADO BURBANO (1982); ZARAGOZA (1983); SUS SUS (1984); BUSQUETS (1984) y (1989); BAÑÓN, OLMEDA (1985); BUSQUETS, FERNÁNDEZ VARGAS (1986); HERNÁNDEZ, ALONSO BAQUER (1986); BAÑÓN, BARKER (1988); GARCÍA MORENO (1988); BLANCO ESCOLÁ (1989), LÓPEZ CORRAL (1995); PUELL DE LA VILLA (1986), (1999) y (2000).

¹¹⁷ Sobre estos temas, ver VANACLOCHA (1983); SERRANO (1982); MORENO FRAGINALS, MORENO MASÓ (1993); FEIJOO GÓMEZ (1996); PUELL DE LA VILLA (1996); SERRALLONGA URQUIDI (1998a); QUIROGA VALLE (1999).

¹¹⁸ Sobre el concepto de historia militar “antigua”, ver BORREGUERO BELTRÁN (1994), NAVAJAS ZUBELDIA (1990). Las publicaciones oficiales pueden consultarse en los catálogos impresos y “en línea” elaborados por el Ministerio de Defensa y el CESEDEN. Blanco Escolá es un autor que se ha especializado en los últimos tiempos en analizar las carencias operativas y estratégicas del general Franco en monografías como *La incompetencia militar de Franco* (2000) o *Vicente Rojo: el general que humilló a Franco* (2003).

del Ejército (aparte del reclutamiento), la organización del Ejército dentro del Estado o la militarización de la administración central y periférica. Algunas líneas de investigación se han ocupado de estos asuntos. Por ejemplo, hay que destacar recientemente las aportaciones de Sebastian Balfour sobre el nacionalismo militar español, en diversas obras publicadas desde mediados de los años 90¹¹⁹. En su opinión, el militar fue uno de los sectores que tuvieron su propio proyecto de reforma social después del “desastre del 98”. Su rasgo más peculiar habría sido el intento de “reconciliar las necesidades de la modernización con las del nacionalismo tradicional”¹²⁰. La “versión militar del regeneracionismo” propugnaba reforzar el Ejército y la Armada, terminar con la corrupción del sistema caciquil y con la excesiva influencia de la Iglesia, modernizar la administración estatal y desarrollar la educación y la industria. En la “cuestión social” el Ejército se inclinaba por un “populismo autoritario” ya que aspiraba a solucionar las tensiones de clase mediante la instauración de una dictadura militar “solicitada” por el pueblo. Pero para Balfour el nacionalismo militar se habría definido sobre todo a partir su oposición a los movimientos regionalistas catalán y vasco, calificados como “separatistas” y que para el Ejército constituían un paso más en el camino de la desintegración nacional que se había iniciado con la pérdida de Cuba y Filipinas. Con el tiempo, el fracaso del sistema político, el aumento de las tensiones sociales y la intensificación de los regionalismos harían que los militares terminara considerándose a sí mismo como “únicos defensores de la identidad nacional española”¹²¹.

Otro autor fundamental para conocer la ideología nacionalista militar es Juan Carlos Losada Malvárez, cuyas publicaciones iniciadas en los años 80 han estudiado sus características en el Ejército del franquismo¹²². Por su parte, autores como M^a. Teresa González Calvet, José Luis Gómez Navarro o Carlos Navajas ha realizado aportaciones de peso sobre la militarización del Estado y la sociedad españolas y sobre el “sentido” de los organismos superiores del Ejército, centrándose en el caso concreto de la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)¹²³. La ocupación de un número significativo de Gobiernos

¹¹⁹ BALFOUR, (1996), (1997) y (2002).

¹²⁰ BALFOUR, (1996), p. 114.

¹²¹ BALFOUR, (1997).

¹²² LOSADA MALVÁREZ (1985), (1986) y (1990).

¹²³ GÓMEZ NAVARRO, GONZÁLEZ CALBET (1987); GÓMEZ NAVARRO (1991); NAVAJAS ZUBELDIA (1991).

Civiles por parte de oficiales del Ejército, la designación de jefes y oficiales para desempeñar los cargos recién creados de “delegados de los Gobernadores civiles” en los partidos judiciales y la creación de la categoría “al servicio de otros ministerios” constituyeron medidas concretas de militarización administrativa con las que Primo de Rivera buscaba terminar con el caciquismo, uniformar y mejorar la eficacia de la administración central, provincial y local, garantizar el orden público y terminar con las tensiones sociales y regionales. Como afirma Gómez Navarro,

“El régimen instaurado por Primo de Rivera no sólo fue un régimen militar porque el gobierno estuviera en manos de las Fuerzas Armadas o actuara predominantemente a sus órdenes, sino además porque el Ejército extendió su actuación política a todos los niveles. [...] Junto a cargos políticos, una gran cantidad de destinos en la administración civil del Estado en puestos no políticos fueron también adjudicados a jefes y oficiales”¹²⁴.

En relación con la organización militar, Navajas destaca la supresión del Estado Mayor Central, cuyo papel “corporativista” y reivindicativo de una autoridad militar autónoma respecto al gobierno perdió gran parte de su sentido al ser un militar el jefe del Estado y estar éste organizado en forma de dictadura militar¹²⁵.

Otro tema que ha sido estudiado por diversos autores ha sido el apoyo que los Estados Unidos prestaron al régimen franquista desde 1953. Desde el punto de vista de las repercusiones para España, dicho apoyo estuvo lejos de limitarse a la aportación de recursos para la modernización de las Fuerzas Armadas, ya que supuso un paso importantísimo para romper el aislamiento internacional en el que se encontraba la Dictadura desde el final de la Segunda Guerra Mundial y una ayuda decisiva para el mantenimiento del régimen de Franco¹²⁶.

¹²⁴ GÓMEZ NAVARRO (1991), p. 360.

¹²⁵ La consideración del papel del Estado Mayor Central y del Cuerpo de Estado mayor dentro de la organización estatal española consiste en algo distinto que el mero estudio de su evolución administrativa o corporativa. Sobre éstas, ver, por ejemplo, BUSQUETS (1984), 187-208; ALONSO BAQUER (1971).

¹²⁶ Sobre la relación hispano-norteamericana durante el franquismo, ver CHAMORRO, FONTES (1976); MARQUINA (1987); LOSADA MALVÁREZ (1990), (2003); PARDO (2003); VIÑAS (2003).

Hasta aquí lo referente a la historiografía militar. Por lo que respecta a la integración de las contribuciones sobre el imperialismo y el colonialismo español de los siglos XIX y XX en el estudio de la trayectoria del Estado-nación en España, también ha sido escasa. Las investigaciones críticas sobre el “Imperio español” han experimentado un fuerte impulso en los últimos años, aunque ya existía una tradición que se remontaba a los trabajos clásicos de los hispanistas John Elliot, Geoffrey Parker, John Lynch, Joseph Pérez o Henry Kamen en los años 70 y 80¹²⁷. No obstante, no parece haber consenso sobre el carácter y la duración del “imperialismo español”. Así, la mayoría de los estudios sobre el tema se centran en los siglos XV-XVIII, es decir, en el periodo “clásico” y “dorado” de dominio español en ultramar. De ahí que se pueda afirmar, como ha hecho recientemente Henry Kamen, que “el imperio español desapareció hace cientos de años”, es decir, con la independencia de las posesiones continentales americanas¹²⁸. Para otros autores, como Sebastian Balfour, el “fin del Imperio español” habría tenido lugar a raíz del “desastre del 98”, con la pérdida de Cuba, Filipinas y Puerto Rico¹²⁹. Esta visión mantiene la identificación de “imperialismo español” con el imperio “clásico”, aunque concede suficiente relevancia a sus últimos vestigios como para considerar que durante el siglo XIX siguió existiendo un Imperio español.

Pero habría que decir que, desde finales del siglo XVIII y con especial intensidad a partir de 1898, España, a través de distintos acuerdos diplomáticos y acciones militares, adquirió o amplió sus “derechos” sobre territorios en el norte y noroeste de África y en el golfo de Guinea y procedió lentamente a su ocupación efectiva. Por muy modesto que fuera el Imperio español en el siglo XX en comparación con otros, creemos que no se puede negar, sin caer desde luego en la retórica grandilocuente y fuertemente ideologizada del africanismo franquista, que la actuación española en África tuvo un carácter imperialista para las sociedades, pueblos o etnias que hubieron de experimentarla. No obstante, dicha actuación ha sido descrita preferentemente en términos de “colonialismo” (colonización, explotación colonial, guerra colonial, administración colonial)¹³⁰.

¹²⁷ LYNCH (1972); PERÉZ (1973); PARKER (1976); ELLIOTT (1982); KAMEN (2003), THOMAS (2003).

¹²⁸ KAMEN (2003), p. 11.

¹²⁹ BALFOUR (1997).

¹³⁰ Así aparece descrita desde los trabajos clásicos de Víctor Morales Lezcano, MORALES LEZCANO (1984).

Sin entrar a analizar las causas de estos hechos, y centrándonos de momento en las colonias ultramarinas del siglo XIX, no ha habido en general intentos de explicar conjuntamente los fenómenos de imperialismo-colonialismo y de nacionalismo-estatalización. Quizás la excepción sea la relación entre España y Cuba, en la cual diversos autores han puesto de manifiesto los vínculos estrechos entre, por ejemplo, las oligarquías comerciales y financieras peninsular y cubana, entre formaciones políticas como el Partido Conservador y el Liberal y la Unión Colonial y el Partido Progresista o entre los sectores peninsulares que apoyaron la revolución de 1868 y la “sacarocracia” cubana. Las monografías del historiador cubano Manuel Moreno Friginals son de referencia en este sentido por su voluntad de situar la historia de Cuba sistemáticamente en el contexto del Imperio español y de indagar recíprocamente sus formas de influencia en la metrópoli peninsular¹³¹.

Con todo, se ha tendido, incluso en este caso, a aplicar los esquemas del Estado-nación a los diversos territorios coloniales ultramarinos, lo que ha dado como resultado “historias coloniales” de Cuba, Filipinas, Puerto Rico o la “Micronesia española” a menudo sin relación entre sí¹³². Tampoco se ha analizado el carácter del Imperio español de la época en su conjunto y su relación como tal con otros imperios. Sobre este punto son sugerentes algunas reflexiones de Sebastian Balfour, especialmente las contenidas en su libro *El fin del imperio español (1898-1923)*. En él, considera, por ejemplo, que Cuba, Filipinas y las otras posesiones de ultramar eran colonias “anacrónicas” que “estaban perdidas no por ningún fallo concreto por parte del gobierno ni de las Fuerzas Armadas españolas, sino porque eran restos de un antiguo imperio incrustados en zonas que habían cobrado importancia estratégica en la nueva ofensiva de expansión imperial de finales del siglo XIX”¹³³. Balfour también observa que las colonias ultramarinas constituían esencialmente “una prolongación de la política interior”, lo que motivó que la gestión de muchos de sus asuntos corriera a

¹³¹ MORENO FRAGINALS (2002); ESPADAS BURGOS (2000); HERNÁNDEZ SANDOICA (2000).

¹³² ELIZALDE (2002).

¹³³ BALFOUR, (1997), p. 55.

cargo de un ministerio específico, el de Ultramar, distinto del Ministerio de Estado, responsable de la política internacional¹³⁴.

Más decisiva nos parece la reciente monografía de Henry Kamen, *Imperio*, la cual, aunque centrada en el Imperio español “clásico” expone una serie de ideas que también podrían aplicarse al estudio del periodo que aquí nos interesa. La idea central de Kamen es la siguiente:

“[...] he intentado narrar la historia de un imperio y no meramente la historia de una nación con un papel imperial. Mi libro presenta el imperio no como la creación de un pueblo sino como la relación entre muchos pueblos, el producto final de diversas contingencias históricas entre las cuales la contribución española no siempre fue la más significativa”¹³⁵.

El empleo de esta perspectiva tiene, en su opinión, dos consecuencias fundamentales. Por una parte, la “empresa imperial” habría dado a los pueblos de la península “una causa común que consiguió reunirlos y acrecentar, aunque de modo imperfecto” su unidad. Por otra parte, habría que considerar que diversos pueblos europeos, americanos, africanos y asiáticos “participaron legalmente y de manera plena en una empresa que suele concebirse, incluso por historiadores profesionales, como ‘española’”¹³⁶. A nuestro juicio, lo más interesante del enfoque de Kamen es que otorga al “imperio” un carácter específico como entidad histórica frente al marco estatal-nacional aplicado a la metrópoli o a las colonias. Por ello, Kamen se ve obligado a considerar de forma inseparable los acontecimientos históricos que se sucedieron en la península, en Italia, en los Países Bajos, en América y en el norte de África.

Como resumen de todo lo dicho, cabría decir que la historiografía sobre la trayectoria del Estado-nación en la España contemporánea se ha basado de forma especialmente intensa en el análisis de los factores internos de carácter civil, mientras que el grado de integración de las investigaciones sobre las Fuerzas Armadas, sobre las colonias

¹³⁴ *Ibid.*, p. 17.

¹³⁵ KAMEN (2003), p. 13.

¹³⁶ *Ibid.*, pp. 13-14.

y sobre las “relaciones exteriores” ha sido bastante bajo. En contraste, Marruecos ha disfrutado aparentemente de una posición privilegiada a la hora de valorar los efectos que la actuación en su territorio tuvo en el desarrollo histórico del Estado-nación y de la sociedad española en general, especialmente en la primera mitad del siglo XX. No obstante, el relato historiográfico de las relaciones hispano-marroquíes presenta ciertas particularidades a la hora de valorar dichos efectos. En el siguiente apartado nos vamos a ocupar de esta cuestión.

1.2.3. El relato historiográfico de las relaciones hispano-marroquíes en la Edad Contemporánea.

En principio, los historiadores generales y los que se han ocupado específicamente del estudio de las relaciones hispano-marroquíes en sus más diversas manifestaciones, han concedido gran relevancia a la actuación española en Marruecos a la hora de analizar sus repercusiones a este lado del Estrecho. Las características particulares de la relación hispano-marroquí durante los siglos XIX y XX, jalonada por guerras, reivindicaciones y “desastres”, han dado lugar a una historiografía crítica en la que Marruecos aparece inevitablemente como un acontecimiento decisivo para la evolución de “lo militar”, “lo colonial”, “lo exterior” y “lo interior” en nuestro país, sin que la repercusión en ninguno de estos campos haya podido ser ignorada. Sin embargo, este inusual grado de integración se ha hecho a expensas de ciertos reduccionismos cuyas características trataremos de elucidar.

Para empezar, hay que señalar que el carácter decisivo y multifactorial asignado a Marruecos en la historia de España constituyó ya un componente fundamental de la historiografía franquista¹³⁷. En el ámbito de la política interior, este proceso tuvo varios aspectos complementarios. Por un lado, la “cuestión de Marruecos” había sido utilizada por los políticos para debilitar al Ejército, como en el caso de las conocidas “responsabilidades” de Annual, un hecho que “justificó” la reacción de Primo de Rivera. Por otro, Franco, el caudillo que había salvado a España, derivaba su autoridad militar, política y moral de su destacada participación en las campañas marroquíes, con la que contribuyó a resolver un

¹³⁷ Sobre el papel de la ideología “africanista” dentro del franquismo ver, por ejemplo, BOSCH (1985); LOSADA MALVÁREZ (1990); RIUDOR (1999).

gravísimo problema para el país y su honor. Además, Marruecos había constituido el origen del “Alzamiento nacional”, del “Movimiento” que consiguió liberar a España del “peligro rojo” y garantizar así su supervivencia como nación. El Ejército de Marruecos y el pueblo marroquí apoyaron “unánimemente” a Franco y contribuyeron decisivamente a que obtuviera la victoria en la Guerra Civil y pudiera emprender la organización del “Nuevo Estado”. En definitiva, la historiografía africanista del franquismo “construyó” Marruecos como lugar mítico en el que se recuperó el “honor perdido” después de la derrota del 98 y se originó el “movimiento de liberación nacional”. Como han mostrado Bosch y Losada Malvárez, la función de la ideología “africanista” dentro del franquismo fue clave, especialmente hasta el abandono de Marruecos, puesto que permitió justificar el poder autoritario del Caudillo y la posición de los militares como grupo dentro del régimen¹³⁸.

Marruecos también había tenido otras repercusiones en España. Por ejemplo, la falta de expansión africana había sido decisiva para conducir a nuestro país a una situación de debilidad en el contexto europeo, al verse privado de un *Lebensraum* del que sí dispusieron franceses y británicos. De ahí que, a propósito de Marruecos, se criticara la postura imperialista que Francia y Gran Bretaña habían mantenido hacia España, debido a la cual, los españoles se habían visto obligados a hacerse cargo de la zona más improductiva y belicosa de todo Marruecos (reducida además en sucesivos tratados), al tiempo que se les había privado de materializar sus “derechos históricos” sobre el conjunto del país, sobre Tánger y sobre otras regiones de África occidental.

Por otra parte, el estudio de las repercusiones militares de la actuación en Marruecos se enmarcó desde un principio en una tradición de crónica de las campañas militares. Los exponentes máximos fueron la *Historia de la guerra de África* (1860) y la *Historia de las campañas de Marruecos* (1947, 1951, 1981), ésta última a cargo del Estado Mayor Central, en las que se ofrecía una descripción pormenorizada de las operaciones desplegadas por el Ejército en 1859-60, en 1893 y entre 1909 y 1927¹³⁹. El tono de las obras era escasamente autocrítico a la hora de tratar los problemas y “desastres” militares y oscilaba más bien

¹³⁸ BOSCH (1985); LOSADA MALVÁREZ (1990).

¹³⁹ La *Historia de las campañas de Marruecos* fue publicada en tres volúmenes que aparecieron respectivamente en 1947, 1951 y 1981.

entre la exaltación heroica en las primeras campañas y la afirmación de la superioridad técnica en las últimas. Eran frecuentes, eso sí, las críticas a la clase política, responsabilizada en buena medida de las dificultades del Ejército. Sobre esta base, los militares del franquismo consideraban a Marruecos como lugar clave en el que se había conseguido forjar un Ejército moderno, con su propio ideal de Estado y de nación que más tarde habría de aplicarse en la península. Como afirma Losada Malvárez, “para los autores militares los conceptos de ‘Ejército’ y ‘Marruecos’ estaban estrechamente relacionados”¹⁴⁰.

Por último, España habría demostrado en Marruecos su “altruismo”, al contribuir con su esfuerzo a la “civilización” del país a pesar del “atraso” en el que se encontraba sumido y de que su colonización había supuesto más una “carga” que un beneficio. España, a diferencia de otras potencias coloniales, no había pretendido “explotar” la población y los recursos naturales ni había desplegado una política “racista” hacia los marroquíes, a los que habría considerado más bien como “hermanos menores”. De ahí el carácter de “sacrificio desinteresado” que tuvo para el país la acción de Protectorado, más aún teniendo en cuenta las difíciles circunstancias de la España de posguerra.

Más que el contenido concreto de estas interpretaciones sobre la relación hispano-marroquí nos interesa constatar que introdujeron un conjunto de reduccionismos a la hora de valorar las repercusiones de Marruecos en España. Por ejemplo, se limitó lo militar a lo bélico, a las operaciones de Franco frente a los rifeños, a las campañas del Ejército en general, a la cuestión de las “responsabilidades” de Annual o a las acciones de las tropas estacionadas en Marruecos en los sucesos de Asturias y en la Guerra Civil. El papel de Marruecos en la política interior quedó, por su parte, reducido a justificar el poder autoritario de Primo de Rivera y de Franco frente a las “divisiones” de los políticos civiles, así como la participación destacada de los militares africanistas y del Ejército en general en la organización y administración del “Nuevo Estado”. Respecto a la política exterior, Marruecos constituyó sobre todo motivo de queja contra el imperialismo de Francia y Gran Bretaña. Respecto a lo colonial, fue motivo de exaltación del desinterés característico de la empresa colonizadora española y de su carácter no racista desde los tiempos del

¹⁴⁰ LOSADA MALVÁREZ (1990), p. 186.

descubrimiento de América, así como de la “misión civilizadora” desplegada por España a costa de grandes “sacrificios”.

La aparición de trabajos críticos desde los años 60 ha cambiado mucho la visión histórica de las relaciones hispano-marroquíes que tenemos en la actualidad. Así, en el ámbito de lo militar, resurgió por ejemplo el tema de Annual, que tanta bibliografía había generado en los años inmediatamente posteriores a 1921¹⁴¹. En los nuevos estudios sobre aquel “desastre” se pusieron de manifiesto las deficiencias internas del Ejército, los errores estratégicos, las disputas personales entre los jefes, la corrupción, las carencias de armamento y material, la falta de una adecuada “política indígena”, la crueldad de los combates. En otra línea, ciertos autores han profundizado en el estudio de los efectivos militares españoles y coloniales en Marruecos (Ejército de Operaciones, Fuerzas Regulares Indígenas, Legión). Entre las aportaciones más relevantes al respecto, cabe señalar la distinción de facciones enfrentadas dentro de lo que parecía haber sido un colectivo monolítico (“el Ejército de África”), para las que se han acuñado términos específicos como “africanistas militaristas” y “africanistas progresistas”¹⁴². El nombramiento de Franco como “jefe de Estado” con poderes absolutos fue un hecho que distó de ser aceptado sin resistencias entre algunos de sus compañeros “africanistas”¹⁴³.

El papel decisivo de la Legión y las Fuerzas Regulares en la Guerra Civil es un hecho conocido desde hace décadas¹⁴⁴. Se trataba de la fuerza armada más numerosa y mejor equipada de las que integraban el bando “nacional” e intervino en los combates más significativos de la guerra, caracterizándose por sus crueldades y abusos, que atemorizaban a las tropas republicanas y a la población civil. Pero, recientemente, Madariaga ha tratado de profundizar en la “leyenda negra” tejida en torno a las tropas marroquíes en un intento por revelar cómo los prejuicios de la población respecto a los “moros” fueron utilizados

¹⁴¹ LEGUINECHE, (1996); MADARIAGA, (1999); PANDO (1999); BALFOUR, (2002).

¹⁴² BALFOUR, (2002); MADARIAGA, (2002).

¹⁴³ PRESTON (2002); BACHOUD (2000).

¹⁴⁴ Un reciente estudio específico sobre el tema lo constituye la tesis doctoral de Mustapha el Merroum, *El Cuerpo de Ejército marroquí en la Guerra Civil española (1936-1939)*, presentada en 1999 en la Universidad de Granada.

para sus fines por los dos bandos¹⁴⁵. Los abusos de los soldados marroquíes fueron autorizados en última instancia por sus mandos españoles y las tropas de la Legión habrían actuado de forma al menos tan terrible como ellos. Además, se ha rescatado también el hecho de que hubo marroquíes y grupos procedentes de otros países árabes que participaron en la Guerra Civil en el bando republicano, por ejemplo, en las Brigadas Internacionales¹⁴⁶.

También, la propia Madariaga y sobre todo Sebastian Balfour han investigado con mayor detalle la “forja” del ejército de África, las circunstancias que provocaron la transformación de unos efectivos deficientemente organizados, equipados y dirigidos en esa “maquinaria militar nueva y poderosa, integrada por jóvenes oficiales de ardiente ambición” que sería empleada contra los republicanos en la Guerra Civil¹⁴⁷. La terrible eficiencia lograda por el ejército colonial – resultado no sólo de su equipamiento y experiencia sino también de su mentalidad de combate – terminó siendo una desgracia para el país, un “abrazo mortal” que se ciñó fatalmente sobre una parte del mismo.

El mito de Marruecos como cuna del “alzamiento”, lugar de formación de la “ideología franquista” y origen de la “regeneración nacional” ha sido también cuestionado desde diversas perspectivas complementarias. La colonización de Marruecos agudizó los problemas políticos y sociales del país desde un comienzo, como han estudiado Yousef Akmir para el periodo 1875-1912 y Andrée Bachoud para el periodo 1909-1914¹⁴⁸. Los elevados gastos militares, los fracasos bélicos, la oposición de la población a la guerra y la división política en torno a la conveniencia o no de intervenir en Marruecos aceleraron la descomposición del sistema político de la Restauración. Ya se han señalado con anterioridad las divisiones internas existentes entre los oficiales africanistas, hecho que indica la diversidad de la experiencia del Protectorado e impide asimilar el africanismo de los militares con el franquismo. El supuesto apoyo incondicional prestado por la población marroquí a Franco durante la Guerra Civil ha sido relativizado, entre otros, por Mohammed ibn Azzuz Hakim, Abdelmajid Benjelloun o María Rosa de Madariaga, quienes han

¹⁴⁵ MADARIAGA, (2002).

¹⁴⁶ BEN SALEM (2003); BENJELLOUM (2003).

¹⁴⁷ MADARIAGA, (2002); BALFOUR, (2002), 237.

¹⁴⁸ BACHOUD (1988); AKMIR (2002).

desvelado las tensiones y resistencias que el reclutamiento de tropas suscitó en el Rif a lo largo del conflicto bélico, así como las concesiones que se hicieron a los dirigentes y a la población locales para intentar garantizar su apoyo¹⁴⁹.

En el ámbito de la política exterior, se han analizado los intereses de España lejos de la perspectiva de los “derechos históricos”. Para España, Marruecos se había convertido, después de la pérdida de Cuba, Filipinas y el resto de colonias ultramarinas en la única posibilidad de conseguir una posición de importancia, aunque fuera secundaria, en el contexto europeo. El interés fundamental de una presencia colonial en territorio marroquí se derivaba fundamentalmente de su posición estratégica en el Estrecho de Gibraltar, principal vía marítima del Imperio británico y clave para controlar el comercio mediterráneo en general. De ahí que diversos autores hayan estudiado la “política mediterránea” durante el final de la Restauración, la dictadura de Primo de Rivera, la República y el franquismo, poniendo de manifiesto que los intereses de España en la zona respondían a criterios distintos a la retórica de las “reivindicaciones africanas”¹⁵⁰.

Por otra parte, ya desde los primeros trabajos de Morales Lezcano se pudo constatar el estímulo que para numerosas empresas y particulares supuso la presencia española en Marruecos, en ámbitos como la minería, el comercio o las obras públicas¹⁵¹. El “altruismo” de la colonización española se vio aún más cuestionado por los diversos estudios sobre la guerra del Rif, en los que se mostró la firme voluntad de resistencia del pueblo rifeño a la ocupación española y los miles de víctimas que causaron las operaciones militares. El teórico “protectorado” en Marruecos, tanto español como francés, se tradujo en la práctica en cruentos enfrentamientos armados y en un escaso respeto por las instituciones y las autoridades marroquíes¹⁵². Recientemente, como ya hemos señalado con anterioridad, se han sacado a la luz los bombardeos con armas químicas sobre la población civil que efectuó la aviación española durante los combates de los años 20¹⁵³.

¹⁴⁹ AZZUZ HAKIM (1997), (1998), (2003); MADARIAGA, (2002).

¹⁵⁰ MARTÍNEZ CARRERAS (1989); JOVER ZAMORA (1999); SUEIRO SEOANE (1993) y (2003).

¹⁵¹ MORALES LEZCANO (1986); MARTÍN CORRALES (2002).

¹⁵² JULIEN (1978); WOOLMAN (1988); PENNELL(2001); MADARIAGA (1999); RIVET (1988); HOISINGTON (1995); BALFOUR (2002).

¹⁵³ KUNTZ, MUELLER (1990); MADARIAGA (2002); BALFOUR (2002).

No obstante el avance que las investigaciones de las últimas décadas han supuesto para el conocimiento de la relación hispano-marroquí, lo cierto es que el papel de ésta en la historia de la España contemporánea continúa siendo problemático o al menos no se le ha dado la centralidad que algunos autores en principio le atribuyen. Entre los que han defendido esta centralidad se encuentran algunos reconocidos especialistas en el campo España-Marruecos como, por ejemplo, Víctor Morales Lezcano. Morales ha tratado de conceptualizar la importancia que para España tuvo su actuación en Marruecos, acuñando expresiones como “efecto rebote” o “factor Marruecos”. Con la primera de ellas se refiere a la repercusión casi inmediata y de gran intensidad que tuvieron los acontecimientos marroquíes en España desde la segunda mitad del siglo XIX. Ejemplos claros son las asociaciones “desastre del Barranco del Lobo – Semana Trágica”, “desastre de Annual y cuestión de las responsabilidades – golpe de Estado de Primo de Rivera” o “guerra del Rif – Guerra Civil”. Con la segunda, trata de explicar la importancia del “Marruecos español” en el devenir de la Guerra Civil española a partir de un triple valor (en realidad, señala cuatro):

“a) valor logístico de la plataforma territorial del Protectorado español en Marruecos; b) importancia del ejército de África a fecha de la celebración de las maniobras en el Llano amarillo de Ketama; c) el factor nada desdeñable de la compenetración entre oficiales y suboficiales de la metrópoli con la tropa indígena [...]; d) carácter decisivo que jugó el ejército de África en general, y las tropas indígenas en particular, en la guerra de España”¹⁵⁴.

Por su parte, en *Los españoles ante las campañas de Marruecos* (1988), la investigadora francesa Andrée Bachoud afirmaba que la guerra de Marruecos, también denominada guerra del Rif,

“revela y provoca fenómenos políticos y sociales cuya descripción permite una mejor comprensión de la época. [...] se encadena estrechamente con dos grandes periodos históricos, uno anterior a la pérdida de las colonias americanas, al desastre de Cuba y al origen de determinadas actitudes frente al hecho colonial marroquí, y otro posterior a la guerra civil de la que, desde muchos puntos de vista constituye el

¹⁵⁴ MORALES LEZCANO (1996), (2003), p. 217.

preludio. Situada en el centro de un espacio histórico, la guerra de Marruecos es, en cierto modo, la bisagra y puede, en consecuencia, ayudar a hacer desaparecer la opacidad de leyenda a la que, con demasiada frecuencia, se ha visto condenada la historia contemporánea española”¹⁵⁵.

En la misma línea, Balfour, desarrollando sus investigaciones previas sobre la pérdida de las colonias ultramarinas y el nacionalismo español, afirma llevar a cabo en su libro *Abrazo mortal* (2002) “el primer estudio global sobre la influencia de la guerra colonial y del Ejército de África en la Guerra Civil”¹⁵⁶. Según Balfour, la “guerra colonial” provocó desastres militares que contribuyeron a la instauración de la dictadura de Primo de Rivera y a la caída de la Monarquía en 1931. Además, los “autodesignados agentes para la purificación de España eran los mismos oficiales que habían luchado en la guerra colonial y que la habían ganado, y esa guerra inspiró su estrategia y su táctica iniciales en la Guerra Civil. El régimen instaurado por Franco derivó su apuntalamiento mitológico e ideológico de aquella misma experiencia colonial”¹⁵⁷.

Por su parte, Madariaga, en *Los moros que trajo Franco... La intervención de tropas coloniales en la Guerra Civil* (2002) afirma:

“La historia de España del primer cuarto de siglo XX está íntimamente relacionada con las guerras coloniales de Marruecos por las repercusiones que éstas tuvieron en la política y en la vida de la nación. Siendo el ejército el principal actor de esas guerras [...] sin una presentación previa de su papel en la sociedad española no lograríamos comprender el que desempeñaría en Marruecos, particularmente en los años veinte del pasado siglo y, luego, como prolongación de la guerra colonial en Marruecos, en la propia Península durante la guerra civil de 1936-1939”¹⁵⁸.

¹⁵⁵ BACHOUD, (1988), pp. 27-28.

¹⁵⁶ BALFOUR, (2002), p. 16. No es la única contribución de su monografía, pero sí la que más nos interesa para los problemas que nos planteamos en esta tesis. Balfour desvela también aspectos inéditos de la “ofensiva química” lanzada sobre los marroquíes y consigue “ubicar el colonialismo español dentro de un contexto más amplio de experiencias coloniales, en particular las británicas, italianas y francesas”. No en vano, señala, una característica fundamental de la historiografía española sobre la guerra colonial ha sido “estar demasiado centrada en sí misma” p. 17.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁵⁸ MADARIAGA, (2002), 19. Madariaga aborda también otros temas como el reclutamiento de marroquíes para el ejército de Franco, la postura de los nacionalistas marroquíes antes y durante la Guerra Civil, la trayectoria de las tropas marroquíes en dicha guerra y los intentos de los republicanos por atraerse a los nacionalistas marroquíes e impedir el reclutamiento franquista.

Estas afirmaciones “programáticas” de Morales Lezcano, Bachoud, Balfour y Madariaga sobre la importancia de Marruecos para la historia contemporánea española no han impedido que la historiografía general haya asignado en general un papel secundario a las relaciones hispano-marroquíes, reflejado de forma institucional en el escaso desarrollo de la “magrebología” en nuestro país¹⁵⁹. A partir de las consideraciones que expusimos en el apartado 1.2.2, creemos que esto puede deberse, entre otras cosas, a que los temas de investigación a los que se ha concedido atención preferente han dejado al margen otros que podrían reflejar mejor la repercusión en España de la “acción en Marruecos”.

Por ejemplo, creemos que en el estudio de la presencia militar en Marruecos se debería conceder mucha más importancia a labor del Ejército “en paz” en vez de a los combates, campañas y “desastres”. La debilidad de la administración civil “protectora” (Alta Comisaría) hasta 1927, por falta de presupuesto, personal y ámbito de actuación (se limitaba a las escasas ciudades existentes), por los vaivenes políticos (que provocaban frecuentes cambios de Alto Comisario) y por las injerencias metropolitanas (p.ej., del Ministerio de Estado, a través de la Legación de España en Tánger; del Ministerio de la Gobernación; del Ministerio de Fomento) e internacionales (desde el protectorado francés y desde Tánger); esta debilidad, decimos, se asoció al desarrollo en paralelo durante este periodo de un aparato administrativo militar en las zonas rurales (que suponían el grueso del territorio y la población del protectorado), que escapaba en buena medida a su control, dada su dependencia directa del Ministerio de la Guerra a través de las Comandancias Generales de Ceuta, Melilla y Larache. No deja de ser sorprendente que una estructura tan esencial como el Sistema de Intervenciones, “médula” administrativa del Protectorado en manos de los militares durante muchos años, continúe sin haber sido estudiada sistemáticamente¹⁶⁰.

¹⁵⁹ MORALES LEZCANO (1998), pp. 35-41.

¹⁶⁰ Recientemente han aumentado los trabajos al respecto: MOGA ROMERO, BRAVO NIETO (1995); MOGA ROMERO (2000); MATEO DIESTE, (1997a), (1997b) y (2002); MADARIAGA (2002); VILLANOVA, (2002). Pero tanto estas publicaciones como otras previas de Morales Lezcano (1978), Torres Escobar (1980) o Teijeiro de la Rosa (1987), han sido siempre aportaciones puntuales en forma de artículos,

Si se tuviera más en cuenta la dimensión no-bélica del Ejército en el protectorado, se podría comprobar que la continuidad organizativa del Ejército en la península y Marruecos durante este periodo hizo que la asunción de responsabilidades “protectoras” fuera transformando la institución militar peninsular desde el primer momento y de forma ininterrumpida. El Ejército empleó su personal, sus organismos, su administración, su presupuesto, etc. para hacerse cargo del gobierno de las zonas marroquíes que controlaba y lo hizo con escaso control externo, aplicando sus propios modelos y, lo que es más importante, absorbiendo las experiencias. La repercusión del Protectorado en la península, aunque siempre vinculada mayoritariamente al Ejército, habría estado lejos de limitarse a la actuación del Ejército de África en la Guerra Civil y de militares africanistas en el franquismo, porque habría afectado al Ejército como parte de la sociedad española desde el reinado de Isabel II hasta la dictadura de Franco.

Otro tema que podría recibir más atención es el de la actividad diplomática desplegada por España desde la Legación de Tánger, que constituyó la representación diplomática oficial de España delante del Sultán marroquí. Sería interesante conocer la trayectoria de la Legación y su influencia y posición dentro de la política exterior española, así como sus relaciones institucionales con el Ministerio de Estado que, como se sabe, no tenía a su cargo los asuntos de Marruecos sino los de Guinea Ecuatorial, Río de Oro e Ifni. Por otra parte, el papel de la Legación de Tánger no desapareció con la constitución del Protectorado, ya que siguió manteniendo capacidad de iniciativa en la zona occidental a través de los consulados de Larache, Arcila y Alcazarquivir¹⁶¹. Más en general, la autonomía de Tánger en forma de “zona internacional” debió favorecer la continua injerencia de británicos y franceses en el Protectorado español al menos hasta finales de los años 20 y constituyó también una vía de proyección de las reivindicaciones rifeñas hacia la comunidad internacional, con lo que esto perjudicaba a los intereses españoles¹⁶².

comunicaciones o fragmentos de introducciones o de monografías y su número, reducido para la importancia del tema.

¹⁶¹ CORDERO TORRES (1942).

¹⁶² MADARIAGA (1999); SUEIRO SEOANE (1993).

Por otra parte, debería analizarse con mayor profundidad las particularidades que, dentro de la administración española, constituyeron tanto los enclaves de Ceuta, Melilla, los peñones y las islas Chafarinas, como la propia Alta Comisaría de España en Marruecos. Los “continuos vaivenes” en la estructura administrativa de los enclaves y de la Alta Comisaría reflejaron su peculiar posición y fueron motivo de periódicas tensiones entre ministerios y entre autoridades. También sería interesante conocer más detalladamente el papel del Jalifa y del Majzén del Protectorado español, su posición frente a la administración “protectora” y frente a los nacionalistas de la zona española y la población rifeña en general.

En mi opinión, estos ejemplos (podrían considerarse algunos más) permiten constatar un hecho que está en la base de los reduccionismos de la historiografía franquista y de la posición secundaria de las investigaciones “magrebológicas” dentro del panorama historiográfico español contemporáneo. Este hecho básico ha consistido en la inadecuada consideración de Marruecos y del Rif como un sujeto activo en las relaciones hispano-marroquíes. En cualquiera de los ámbitos interior, exterior, militar o colonial a los que nos hemos referido, Marruecos y el Rif no han tenido interés en sí mismos. Si se ha considerado su influencia en España ha sido *en función de* su utilización en disputas políticas o asuntos económicos internos, en desarrollos y actuaciones del Ejército, en el contexto de los intereses internacionales o en el marco de las actividades colonialistas, pero sin tener en cuenta la posibilidad de que la sociedad marroquí o rifeña pudiera haber influido activamente en estos acontecimientos *porque tenía sus propios objetivos y capacidad para materializarlos*.

Al considerar la “acción de España en Marruecos” como una colonización, se ha perpetuado una visión del país vecino como sujeto pasivo, susceptible únicamente de “sufrir” las iniciativas españolas o de “reaccionar” a ellas. El estudio del sistema de intervenciones, del papel de Tánger o de las características de la Alta Comisaría es necesario, en mi opinión, además de por las razones que hemos anteriormente, porque resulta muy difícil ignorar en estos temas las iniciativas de la sociedad marroquí y rifeña más allá de una mera “reacción” o “sometimiento” a las directrices españolas.

1.3. Sanidad militar en los imperios español y marroquí en las décadas centrales del siglo XIX. Metodología y materiales, justificación de la investigación.

Como señalábamos al comienzo de este capítulo, la falta de interés por los asuntos médico-sanitarios en la historiografía sobre “España en Marruecos” y el olvido de Marruecos en la historiografía sobre sanidad en la España contemporánea, están, en nuestra opinión, estrechamente relacionados. Después de analizar el “estado de la cuestión” a partir de una amplia, aunque inevitablemente no exhaustiva, revisión historiográfica, creemos que subyace a ambos hechos una consideración inadecuada de la relación hispano-marroquí en los siglos XIX y XX. Conceptualizar dicha relación en términos de “colonización” supone valorar inadecuadamente sus características tanto en lo que concierne a la posición española, como a la marroquí y rifeña. Por lo que hemos podido deducir hipotéticamente al valorar tanto la producción histórico-médica como la historiografía general, dicha conceptualización es inadecuada a la hora de valorar las relaciones contemporáneas entre los países europeos y el mundo árabe en general y entre España y Marruecos en particular.

Por tanto, en la base de esta memoria de doctorado figura como objetivo fundamental elaborar un modelo de las relaciones hispano-marroquíes contemporáneas que permita comprender mejor el papel de las dos partes implicadas y que podría servir como punto de partida para analizar las relaciones contemporáneas entre Europa y el mundo árabe. El segundo capítulo estará dedicado a esta cuestión teórica, la cual será afrontada fundamentalmente a partir de los conceptos de la sociología histórica de Norbert Elias, especialmente el “proceso de civilización”, desde las reflexiones antropológicas y sociológicas que sobre la ciencia occidental ha llevado a cabo Bruno Latour y desde el concepto de “límite” desarrollado por la “teoría de sistemas” del sociólogo Niklas Luhmann. Una vez elaborado nuestro modelo sobre un conjunto de conceptos claves, trataremos de comprobar su realidad histórica en el ámbito concreto de las relaciones sanitarias hispano-marroquíes en los capítulos tercero, cuarto y quinto.

No obstante, el estudio de dichas relaciones en los siglos XIX y XX constituye un objetivo demasiado amplio tanto disciplinaria como cronológicamente, por lo que hemos decidido concentrar nuestra atención especialmente en la rama concreta de la Sanidad

militar y en la etapa histórica que discurre entre los años 30 y 60 del siglo XIX, por razones que justificaremos en su momento. Dado que nuestro estudio se ocupa tanto de España como de Marruecos hemos considerado apropiado emplear la expresión “décadas centrales del siglo XIX” como forma común de designar periodos que en las respectivas historiografías reciben una denominación más precisa (por ejemplo, “periodo isabelino” o “reinado de Muley Abderrahman”). La atención preferente a este campo sanitario y a ese periodo cronológico concreto no excluye, no obstante, la consideración, a veces con cierto detalle, de otros campos y periodos, e incluso de otros ámbitos geográficos, consideración que será obligada en aras a la comprensión adecuada de la problemática específica que nos va a ocupar.

Todo ello ha supuesto una modificación del plan inicial de investigación tal y como lo concebimos y expresamos en nuestro proyecto de tesis presentado en la Universidad de Zaragoza en el año 2000. Nuestro primer objetivo fue estudiar los desarrollos sanitarios durante la primera etapa del Protectorado español en Marruecos, la que se extendió entre las primeras operaciones militares en 1908 y la “pacificación” del territorio rifeño en 1927, con posibilidad de prolongarla hasta el inicio de la Guerra Civil española. Durante cierto tiempo la búsqueda de fuentes documentales en la Academia General Militar de Zaragoza, el Servicio Histórico Militar de Madrid, el Archivo Militar de Segovia, el Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares o el Archivo y Biblioteca del Protectorado español en Tetuán y de bibliografía secundaria en éste último, en la Biblioteca Nacional o en bibliotecas extranjeras, estuvo orientada a este periodo cronológico y exclusivamente a la sanidad española en Marruecos. No obstante, llegamos a la conclusión de que los desarrollos sanitarios de la época del Protectorado presentaban un alto grado de complejidad que dificultaba su comprensión salvo que los investigáramos desde un punto en el que todavía se encontraran en fase de configuración. Asimismo, consideramos que era necesario ampliar el campo de estudio a la evolución sanitaria en la península y en los territorios ultramarinos, porque tanto los distintos componentes del Imperio español como los dos términos de la relación hispano-marroquí no debían ser separados.

Al retrasar nuestra investigación hasta mediados del siglo XIX y ampliarla a los desarrollos sanitarios peninsulares y ultramarinos, hemos podido contar con un menor número de fuentes primarias, que han pasado a ser fundamentalmente de carácter legislativo y hemos tenido que conceder una mayor relevancia a las secundarias. No obstante, la abundante documentación y bibliografía que hemos obtenido de las instituciones previamente citadas en el transcurso de nuestro trabajo, han sido consultadas en una parte significativa y utilizadas cuando ha sido necesario, como en este primer capítulo de la memoria de doctorado. En futuras investigaciones, se ampliaría el periodo de estudio al menos hasta finales del siglo XIX, con lo que estaríamos en disposición de emplear un mayor apoyo documental y bibliográfico, que ya tenemos recogido para ese periodo, lo que redundaría sin duda en un mayor valor historiográfico de la investigación.

En cualquier caso, consideramos que esta memoria de doctorado se justifica doblemente por su doble condición de reflexión teórica y trabajo empírico, aunque la primera de ellas haya impedido por cuestiones de tiempo un mayor desarrollo de la segunda. Tan importante y tan laborioso ha sido, a nuestro juicio, la elaboración de una propuesta conceptual desde la que abordar el estudio de las relaciones hispano-marroquíes y los problemas de la “difusión” de la ciencia en territorios extra-europeos, como la reconstrucción histórica de ambos procesos a partir de fuentes históricas. Por otra parte, creemos que gran parte de la utilidad de este trabajo radica en que posiblemente abre tantas cuestiones como trata de explicar.

Creo que de todo lo dicho se deduce que no habido una relación jerárquica y sucesiva entre la reflexión teórica y la elaboración empírica, sino que ha sido en buena medida la consulta de las fuentes primarias y de los trabajos ya efectuados, así como ciertas cuestiones que han surgido al poner por escrito nuestros primeros resultados en solitario o en colaboración con los profesores Jorge Molero Mesa e Isabel Jiménez Lucena, lo que nos ha llevado a la necesidad de redefinir nuestra perspectiva teórica y a modificar los ámbitos cronológico y espacial de nuestra investigación. Al mismo tiempo, estos cambios nos han inducido a buscar nuevas fuentes documentales y bibliográficas que respondieran a las nuevas preguntas que se planteaban.

Para concluir, considero que el tema de esta memoria de doctorado es pertinente en un contexto en el que las relaciones hispano-marroquíes y las relaciones entre Occidente y los países árabes son a menudo interpretadas tanto en el ámbito político como en el intelectual desde una perspectiva de enfrentamiento o cuando menos desde un desprecio o una minusvaloración sistemáticos de la otra parte. No se trata aquí ignorar las tensiones y los conflictos que históricamente tanto como en la actualidad han jalonado dichas relaciones y sus interpretaciones, ni de soslayar las posibles responsabilidades que seguramente existen por ambos lados. Tampoco de presentar un relato idealizado en el que los europeos aparezcan como desinteresados “civilizadores” o el mundo árabe como un ámbito en el que los desarrollos sociales y sanitarios hayan podido mantenerse al margen de lo que sucedía en Europa. Se trata, más bien, de proponer una perspectiva que permita observar más adecuadamente las circunstancias que han condicionado la evolución conjunta de marroquíes y españoles, de árabes y europeos, para intentar a partir de ello evitar nuevas tensiones y, sobre todo hacer un esfuerzo por cerrar heridas que siguen doliendo a pesar del tiempo.

**II. SANIDAD Y PROCESO DE CIVILIZACIÓN:
EL PROCESO DE SANITARIZACIÓN**

2.1. Dimensiones socio-institucionales de la teoría del “proceso civilizatorio” de Norbert Elias: “proceso de estatalización” y “proceso de colonización”.

La principal base teórica a partir de la cual se formulan los conceptos claves empleados en esta memoria de doctorado es la sociología histórica de Norbert Elias (1897-1990) y, en concreto, su teoría del “proceso de civilización”, desarrollada por primera vez en la monografía *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*¹⁶³. Según Elias, el proceso civilizatorio es un proceso plurisecular que ha tenido lugar en las sociedades europeas occidentales, en el transcurso del cual la organización social así como la mentalidad y la posición respectiva de los grupos sociales, por un lado, y el comportamiento y la estructura psíquica de los individuos, por otro, habrían evolucionado de forma interrelacionada e inseparable en un sentido determinado que se consideraba como “civilizado”¹⁶⁴. En su opinión, el proceso de civilización pretende explicar

“cómo las coacciones sociales externas van convirtiéndose de diversos modos en coacciones internas, cómo la satisfacción de las necesidades humanas pasa poco a poco a realizarse entre los bastidores de la vida social y se carga de sentimientos de vergüenza y cómo la regulación del conjunto de la vida impulsiva y afectiva va haciéndose más y más universal, igual y estable a través de una autodominación continua”¹⁶⁵.

¹⁶³ Esta obra se publicó por primera vez en 1939, Elias, N. *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und Psychogenetische Untersuchungen*. Basel, Haus zum Falken. Sin embargo, permaneció olvidada durante casi treinta años hasta que volvió a editarse en 1968, Elias, N. *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und Psychogenetische Untersuchungen..* Frankfurt am Main, Suhrkamp. En esta memoria de doctorado empleamos la primera reimpresión de la segunda edición en español (publicada en 1989 en México por la editorial Fondo de Cultura Económica) ELIAS (1993). Sobre las teorías sociológicas de Elias existen algunos trabajos en castellano, entre las que destaca un monográfico de la revista *REIS*. RAMOS TORRE, BÉJAR (1994).

¹⁶⁴ ELIAS (1993), pp. 449-463.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 449.

En definitiva, Elias pretendía mediante este concepto “unir el análisis micro y macro del avance del autocontrol”, de forma que los fenómenos sociales y psíquicos más variados pudieran comprenderse “gracias a sus conexiones con ese proceso multiseccular que vertebra el desarrollo histórico”¹⁶⁶. Por ello, las investigaciones de Elias se enmarcan dentro del campo de estudio del “control social” o “disciplinamiento social” que, antes de él, había sido abordado por autores tan relevantes como Karl Marx, Georg Simmel, Max Weber o Antonio Gramsci y, después de él, por otros como Gerhard Oestreich, Niklas Luhmann, Louis Althusser o Michel Foucault¹⁶⁷. Por otra parte, como afirma Ramos Torre, el proceso de civilización constituye también “un eslabón más en la larga cadena de un multiseccular esquema descriptivo que viene subrayando la presencia de un hilo de desarrollo histórico”. Este esquema habría partido de la filosofía de la historia, de autores como Vico, Kant y Hegel y se habría “ramificado” en “distintas corrientes de la ciencia social del XIX y el XX, pasando por Toxqueville, Marx, Weber, Durkheim y Simmel hasta llegar a la sociología histórica contemporánea (Tilly, Mann)”¹⁶⁸.

De forma más concreta, de Elias nos interesan para esta memoria de doctorado las dimensiones exclusivamente sociales del proceso de civilización, es decir, la “sociogénesis” del Estado en Europa, y, dentro de él, más específicamente todavía, el ámbito que podríamos calificar como administrativo o institucional (estructural) y no, por ejemplo, el relacionado con el papel desempeñado por grupos o clases sociales o las relaciones cambiantes entre ellos. No obstante la relativa amplitud del análisis que Elias dedica a las dimensiones sociales en *El proceso de civilización* y en otras publicaciones, lo cierto es que esta problemática ha quedado como una vertiente algo secundaria de su obra¹⁶⁹. Esto ha sido así no tanto por la falta de investigaciones al respecto, como por el hecho de que los desarrollos sociales no se han valorado en general en sí mismos, sino en función de sus repercusiones en la estructura psíquica o en la “sensibilidad” de los individuos. De ahí que los autores que han seguido las teorías de Elias, entre otros Johan Goudsblom, Eric Dunning, Jonathan Fletcher, Abram de Swann o Stephen Mennell, hayan concentrado sus

¹⁶⁶ RAMOS TORRE (1994), p. 28.

¹⁶⁷ BREUER (1986); LOOMBA (1998).

¹⁶⁸ RAMOS TORRE (1994), p. 45.

¹⁶⁹ Elias se ocupó de las dimensiones socio-estatales del proceso de civilización en otras publicaciones como ELIAS (1972), (1985).

trabajos no teóricos en temas como la violencia (incluida la cuestión del “proceso de descivilización”), el fuego, la comida, la educación, el rol de los pacientes o el deporte¹⁷⁰.

A pesar de ello, en nuestra opinión, el análisis “civilizatorio” de la génesis social del Estado merece atención por sí mismo. La razón es que se puede deducir de su obra un modelo interpretativo del Estado-nación europeo moderno según el cual éste aparecería como una fase de un proceso de desarrollo plurisecular en una dirección determinada, el cual, por analogía con el “proceso de civilización”, podríamos denominar “proceso de estatalización”. Por su carácter procesual, es decir, por su direccionalidad y por su fundamentación histórica, el enfoque de Elias no es muy habitual en la historiografía sobre la formación del Estado-nación moderno, pero consideramos que ofrece una perspectiva valiosa para los problemas planteados en el curso de nuestra investigación.

También creemos que el enfoque civilizatorio puede resultar útil a la hora de analizar los fenómenos del colonialismo y el imperialismo. El propio Elias se ocupó de la cuestión colonial en *El proceso de civilización*, como veremos más adelante, aunque lo hizo en un marco cronológico y espacial mucho más limitado que para su análisis de la trayectoria del Estado moderno. En mi opinión, esta carencia constituiría otra faceta del “gran problema” suscitado la teoría civilizatoria de Elias y que consiste en que no es una teoría general que pueda aplicarse a sociedades extraeuropeas y, en definitiva, a toda la historia de la humanidad¹⁷¹. Con todo, creo que el colonialismo europeo es un fenómeno susceptible de ser analizado civilizatoriamente, aunque requiere ciertas modificaciones teóricas que serán expuestas más adelante.

Precisamente por estas razones, es necesario, en primer lugar, señalar el sistema de conceptos en que se basa la teoría del proceso civilizatorio en el ámbito socio-institucional. El proceso civilizatorio y la dinámica del cambio histórico en general habrían sido, según Elias, el resultado de la actuación de una suerte de ley que él denominaba “orden de

¹⁷⁰ Para una perspectiva sobre los temas habituales de investigación desde una perspectiva civilizatoria, ver, por ejemplo, MENNELL (1989); GOUDSBLOM, MENNELL (1997) y (1998).

¹⁷¹ Sobre el “gran problema” de la teoría civilizatoria, ver MENNELL (1989); GOUDSBLOM, JONES, MENNELL (1989); SPIER (1994); GOUDSBLOM (1994).

interdependencia”. Para Elias, este orden consiste en la existencia de una “interrelación fundamental de los planes y acciones de los hombres aislados” y “de esta interdependencia de los seres humanos [...] se deriva un orden que es más fuerte y coactivo que la voluntad y la razón de los individuos aislados que lo constituyen”¹⁷². Es un orden “que se pone y se mantiene ciegamente en marcha por medio de la dinámica propia de una red de relaciones, por medio de cambios específicos en la forma en que los hombres están acostumbrados a vivir”¹⁷³. No es por tanto un orden racional, pero tampoco es irracional, en el sentido de que no “podamos hacer de él algo [...] que funcione mejor en el sentido de nuestras necesidades y de nuestros objetivos”. En definitiva, el cambio histórico “se produce sin un plan previo, aunque sin embargo, sigue un orden peculiar”¹⁷⁴.

Este orden de interdependencia habría provocado que las transformaciones socio-institucionales del proceso de estatalización se desarrollaran en fases sucesivas y orientadas en un sentido determinado. Esto habría ocurrido como resultado de la actuación de dos “mecanismos” concretos originados a partir de aquel orden: la “progresiva división de funciones” y la “ampliación de las cadenas de interdependencias”¹⁷⁵. La creciente división de funciones se habría acompañado de la constitución de “monopolios” y de una “estabilidad creciente de los órganos sociales centrales”, mientras que la progresiva longitud de las cadenas de interdependencias lo habría hecho de la “integración” o “asimilación” de sociedades y grupos de individuos¹⁷⁶. El proceso de estatalización se habría desarrollado en un tiempo lineal, pero no siempre de forma progresiva ni tampoco pacífica. Entre fases donde avanzarían la monopolización y la centralización, la asimilación y la integración habría habido periodos de desorganización, tras los cuales volverían a ponerse en marcha todos estos procesos pero en un nivel distinto. Ni unas fases ni otras tendrían un desarrollo pacífico, sino sembrado de conflictos, enfrentamientos y tensiones¹⁷⁷.

¹⁷² ELIAS (1993), p. 450.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 451.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 449.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 452.

¹⁷⁶ *Ibid.*, pp. 453 y 466.

¹⁷⁷ *Ibid.*, pp. 9-46.

Sobre estos principios teóricos, Elias reconstruyó la trayectoria histórica de las formaciones sociales precursoras de los Estados-nación europeos (feudos, reinos y Estados absolutos). Nosotros presentamos aquí brevemente sus reflexiones al respecto, desligadas de las investigaciones “psicogenéticas”, en lo que hemos denominado “proceso de estatalización”. Su primera fase habría sido la feudal que habría comenzado en el marco del Imperio Franco Occidental establecido por Carlomagno. Allí, la relativa falta de amenazas externas durante los siglos IX y X habría restado valor a la constitución de una autoridad real única – cuya legitimidad debía basarse en la defensa del territorio contra los ataques provenientes de invasiones exteriores – como la que había existido en la época de esplendor de Carlomagno. En este contexto de “fuerzas centrífugas”, los delegados enviados por el rey para gobernar las distintas regiones del Imperio comenzaron a luchar entonces para conseguir la independencia y heredabilidad de sus territorios, asumiendo en su persona todas las funciones del poder. Este hecho, unido a la sucesiva división de las posesiones señoriales entre los descendientes y familiares dio lugar a la atomización del Imperio en una miríada de pequeños feudos independientes, de los cuales el del rey era uno más y no necesariamente el más poderoso¹⁷⁸.

No fue hasta los siglos XII y XIII en que se puso en marcha una tendencia inversa. A través de guerras de expansión, de la compra de tierras y de enlaces matrimoniales, los reyes Capetos consiguieron ampliar progresivamente sus posesiones territoriales, hasta que adquirieron una posición de superioridad sobre otros señores feudales poderosos. Las necesidades de defensa y expansión territorial frente a otros señores competidores y de mantenimiento del orden y recogida de impuestos en el interior de sus posesiones dieron lugar al desarrollo de los primeros órganos administrativos centrales (si es que se les puede denominar así por el escaso número de personas de las que estaban compuestos y por la falta de carácter permanente y de localización fija). En todo caso, esta nueva formación social requirió que un grupo de personas, aparte del rey, se hiciese cargo o ayudase al monarca en diversos asuntos externos e internos como los que hemos señalado.

¹⁷⁸ La exposición detallada de este proceso constituye la primer parte del apartado III del capítulo 3º del libro de Elias, titulada *Mecanismos de feudalización*. *Ibid.*, pp. 265-332.

Llegó un momento, en los siglos XIV y XV, en que las “fuerzas centrífugas” volvieron a hacer su aparición y frenaron el proceso de integración, aunque a un nivel ya distinto del de la época de los señoríos feudales. Se entró en una fase en que la competencia había quedado limitada a un número pequeño de señoríos, la mayoría de los cuales estaban gobernados por descendientes más o menos cercanos de la familia Capeto. Lo que antes había sido una lucha entre individuos ahora se había convertido en una lucha familiar o de clan, en la que el Reino de Francia y otros reinos y ducados originados a partir de la casa de los Capetos (Anjou, Borbon, Berry, Valois, Orleans, etc.; pero también Inglaterra y Navarra) compitieron entre sí por el control de un territorio mucho más amplio del que hasta entonces cada uno de ellos había considerado¹⁷⁹. Podría decirse que el proceso de estatalización había dado al mismo tiempo un paso atrás, por el debilitamiento relativo de la posición del rey, pero también un paso adelante, por la restricción del número de competidores y la por la ampliación del territorio por el que competían.

Las luchas culminaron, ya en el siglo XVII, con la constitución del Estado absoluto en Francia, gracias a la integración de una buena parte de aquellos señoríos bajo la autoridad de un único linaje, pero también gracias al cese de la división hereditaria del reino entre los descendientes directos del monarca. Éste “monopoliza gigantescos recursos militares y económicos procedentes de todos los confines del reino” y debido a ello necesita de un aparato burocrático y militar cada vez mayor para atender los variados y crecientes asuntos de gobierno. Dicho aparato puede ya considerarse propiamente como un Estado¹⁸⁰. Como afirma el propio Elias:

“La sociedad a la que llamamos sociedad de la Edad Moderna, está determinada, al menos en Occidente, por un grado muy elevado de organización monopolista. Se arrebató a los individuos aislados la libre disposición sobre los medios militares que se reserva al poder central [...] y lo mismo sucede con la facultad de recabar impuestos sobre la propiedad o sobre los ingresos de los individuos, que se concentra en manos del poder central. [...] Sólo con la constitución de este monopolio permanente del poder central y de este aparato especializado de dominación, alcanzan las unidades políticas el carácter de ‘estados’”¹⁸¹.

¹⁷⁹ *Ibid.*, pp. 367-382.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 335.

¹⁸¹ *Ibid.*, pp. 344-345.

El Estado absoluto dispuso de un ejército y una burocracia bastante desarrolladas y diferenciadas, con carácter permanente y localización fija. Elias realizó una observación importante sobre la relación entre el ejército y la burocracia. En su opinión, “ambos son simultáneos: el monopolio financiero no es previo al militar y el militar no es previo al financiero, sino que se trata de las dos caras de la misma organización monopolística”. En todo caso, aunque “en torno a estos dos monopolios mencionados van cristalizando otros posteriormente, [...] estos dos siguen siendo los monopolios clave. Si estos monopolios desaparecen, desaparecen todos los demás, desaparece el ‘Estado’”¹⁸².

Hasta aquí el breve resumen del relato histórico de Elias sobre la formación de los Estados en Europa. Respecto al otro aspecto socio-institucional del proceso civilizatorio, el que podría denominarse, también por analogía, “proceso de colonización”, Elias reflexionó de manera más bien asistemática y apoyó su argumentación con un relato histórico mucho menos detallado que el que se acaba de esbozar para la estatalización. El análisis de la expansión colonial paralela al desarrollo histórico de los Estados modernos no figuró, en principio, entre sus preocupaciones principales. Al finalizar su análisis en el periodo de aparición de los Estados absolutos, no hubo posibilidad de que ofreciera una interpretación sociogenética de la gran expansión colonial de los siglos XIX y XX, pero lo cierto es que ni siquiera aborda la “primera oleada colonial” que tuvo lugar en los siglos XVI y XVII¹⁸³. En verdad, lo que interesa a Elias es el ámbito europeo y si el tema de lo que él denomina “colonización” surge en el curso de sus reflexiones es sólo porque también se dio en el escenario histórico europeo y mediterráneo antes de ampliarse a otros continentes.

¹⁸² *Ibid.*, p. 345. Ramos Torre apuntó en un artículo sobre Elias un esquema semejante al que acabamos de presentar aquí, en lo que se refiere a las tres fases de desarrollo del Estado. Afirmaba: “La dinámica civilizatoria, en concreto, es explicada como el producto de cambios en las condiciones que permiten operar al mecanismo de feudalización, poniendo en crisis su ciclo de centralización/descentralización. Tales cambios crean una situación que permite que el mecanismo del monopolio opere, lo que desemboca, con el surgimiento de la sociedad cortesana, en una figuración social dominada inmediatamente por dos mecanismos muy específicos aunque ensamblados, el real y el ceremonial. A su vez, estos mecanismos se sitúan en la génesis de la crisis revolucionaria de 1789”. RAMOS TORRE (1994), p. 47.

¹⁸³ Hobsbawm distingue entre “imperios preindustriales” e “imperios coloniales”. Andrew Porter afirma que la expansión colonial durante el periodo 1860-1914 se denomina a menudo “Nuevo imperialismo”, para distinguirlo del que había existido en siglos anteriores. HOBBSAWN (1998a), p. 57 y (1998b); PORTER, A. (1994), p. 2.

Las escasas páginas que Elias dedicó al tema hacían referencia a la colonización que tuvo lugar en paralelo al proceso de feudalización, el cual consistió en los desplazamientos de caballeros francos a Italia, España e Inglaterra en los siglos X y XI¹⁸⁴. Pero, sobre todo, destacaron las Cruzadas, que habrían sido “una forma específica del primer gran movimiento de expansión y colonización de la Cristiandad occidental”¹⁸⁵. Lo más interesante para nuestro estudio del análisis de Elias es que, para él, la génesis social de estos movimientos “exteriores” habría respondido a los mismos mecanismos que pusieron en marcha los procesos de estatalización que tuvieron lugar en el “interior” del núcleo europeo. Así, la división de los señoríos que condujo a la atomización del Imperio Carolingio, habría disminuido el tamaño de los feudos hasta tal punto que fue insuficiente para que un cierto número de caballeros pudiera mantener su nivel de vida, dado que por entonces el suelo era “el medio de producción más importante, la quintaesencia de la idea de propiedad y de riqueza”¹⁸⁶. Esta situación estaría en la base del movimiento de colonización que, en realidad, habría sido doble: interior y exterior¹⁸⁷. En el interior, los intentos de aumentar el suelo útil para poder satisfacer las necesidades de los señores feudales habrían obligado a la intensificación de las roturaciones, la deforestación de bosques y la conversión de zonas pantanosas en zonas de cultivo.

No obstante, este esfuerzo fue insuficiente y, por eso, un cierto número de caballeros se habría visto obligado a emigrar para conseguir nuevas tierras en las que establecer sus propios feudos. Las luchas contra los árabes en España, contra los sarracenos en el sur de Italia, contra los vikingos en Inglaterra y contra los eslavos en el este de Alemania dieron la posibilidad a los caballeros francos de obtener lo que no habían podido conseguir en su lugar de origen. Las Cruzadas habrían sido la expresión más elaborada y con mayor repercusión de esta colonización exterior. Elias reconoce que la expansión hacia Tierra Santa no habría tenido lugar de no haber sido “por la influencia de la Iglesia y por la vinculación de la fe con los lugares sagrados”, pero afirma que tampoco habría ocurrido de

¹⁸⁴ ELIAS (1993), pp. 286-288.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 287.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 286.

¹⁸⁷ *Ibidem.*

no ser “ por la presión [demográfica] que se padecía en todas las zonas de la Cristiandad latina”¹⁸⁸.

Quedan así expuestas de forma sucinta las investigaciones de Elias sobre la dinámica social de la estatalización y la colonización, así como el relato histórico de dichos procesos tal y como se ha podido elaborar a partir de las reflexiones recogidas en *El proceso de civilización*. No obstante, en esta memoria de doctorado, nos referimos a hechos históricos que tuvieron lugar en el siglo XIX, un periodo que queda fuera del análisis de Elias. Dado que los fundamentos teóricos no varían para dicho periodo, consideramos posible ampliar el relato histórico hasta el mismo. Para ello, haremos una extrapolación de los fenómenos descritos en *El proceso de la civilización* y emplearemos las reflexiones contenidas en publicaciones posteriores de Elias, como *Humana conditio*, aunque también introduciremos elementos de nuestro propio análisis. Todo ello se expondrá también necesariamente de forma resumida y breve, puesto que no es posible en esta introducción abordar el tema de forma detallada o llevar a cabo una discusión teórica o historiográfica exhaustiva.

Siguiendo con la evolución del proceso de estatalización, podríamos considerar que a partir del siglo XVIII (que Elias considera como el periodo en el que comenzaron a formarse los Estados-nación europeos) reaparecieron “fuerzas centrífugas”, aunque en un nivel distinto al de las fases de feudalización y de competencia entre los reinos medievales. En esta ocasión, se habría producido una situación de competencia por la adquisición de territorios y por la concentración del poder entre un número reducido de Estados. Elias describe la “lucha por la hegemonía” entre tres de ellos, Gran Bretaña, Francia y Alemania, en el escenario europeo. Francia habría sido la primera en intentar “unificar por la fuerza” el continente durante la época de Napoleón. Tras su fracaso fue Prusia-Alemania quien tomó el relevo desde 1870, aunque tampoco tuvo éxito ni en 1914 ni en 1939. Gran Bretaña, por su parte, nunca aspiró a unificar Europa sino a impedir que cualquier potencia continental consiguiera este objetivo¹⁸⁹. Otros Estados, entre los que se encontraban

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 287.

¹⁸⁹ ELIAS (2002), pp. 40-47.

España, Portugal, Italia, Austria-Hungría y Holanda, habrían desempeñado papeles menores en esta competencia.

Sin embargo, es precisamente el papel de Gran Bretaña el que, a diferencia de Elias, nos obligaría a ampliar el alcance del análisis fuera de Europa. Porque lo cierto es que el escenario de la competición inter-estatal ya había sobrepasado ampliamente este continente y había Estados extraeuropeos implicados en ella, como los nuevos países del continente americano (con Estados Unidos a la cabeza) Rusia, Turquía, China o Japón¹⁹⁰. Es decir, habría tenido lugar de nuevo una reducción del número de competidores asociada a una ampliación del territorio por el que éstos luchaban. La ampliación incluía ahora todo el mundo y se trataba por ello de una lucha por la supremacía mundial. El número de competidores, es decir, de sociedades existentes en el mundo, se había reducido drásticamente. Por ejemplo, la miríada de sociedades nativas existentes en el continente americano antes de la llegada de los europeos habían quedado enmarcadas, a efectos de competencia, dentro un pequeño número de Estados soberanos y de Estados todavía ocupados por europeos.

Si en la fase de competencia entre los reinos medievales el núcleo de competidores procedía de un mismo clan familiar, en esta fase de competencia entre Estados, el núcleo de competidores tenía un común origen europeo. En un principio, el protagonismo principal habría correspondido a los Estados europeos propiamente dichos, los cuales, a través de una expansión colonial sin precedentes, habrían reforzado poderosamente su posición (especialmente Gran Bretaña). Pero después de las dos guerras mundiales, los Estados europeos pasaron a un segundo plano con relación a los Estados Unidos y la Unión Soviética. Elias escribía en 1985 que uno de los dos estaría en condiciones de alcanzar la

¹⁹⁰ Esta proyección es semejante al análisis que el historiador Paul Kennedy realiza en su obra *The Rise and Fall of the Great Powers* (1987). Su propósito es “delinear y explicar cómo las diversas grandes potencias han ascendido y declinado, unas en relación a otras, durante los cinco siglos transcurridos entre la formación de las ‘nuevas monarquías’ de Europa occidental y el comienzo del sistema de Estados transoceánico, global”. Para Kennedy, en el siglo XVI se inició una competencia entre los “centros de poder” mundiales (monarquías europeas, Moscovia, el Imperio Otomano, el Imperio Mogul de la India, China y Japón) que terminó decantándose del lado europeo y, ya en el siglo XX, dio lugar a un “mundo bipolar” dominado por el enfrentamiento entre Estados Unidos y la Unión Soviética. A diferencia de Elias, Kennedy no sitúa esta etapa histórica como fase de un proceso de competencia más amplio. KENNEDY (1987), XV-XVI. No obstante las

hegemonía mundial si pudiera obtener la victoria sobre el otro sin destruirse mutuamente, aunque “es improbable que se produzca realmente una situación semejante”¹⁹¹. Hoy en día no pensaríamos lo mismo y podríamos afirmar que Estados Unidos estaría en condiciones de lograr dicha hegemonía.

Esta competición entre Estados por la adquisición de territorios se habría acompañado de la constitución de gigantescos aparatos administrativos que, lejos de limitarse a las tradicionales funciones fiscales y militares, se habrían diversificado para incluir la gestión de otros múltiples asuntos como la educación, las obras públicas, la industria, la agricultura o la sanidad. Los aparatos estatales contemporáneos habrían intensificado su carácter permanente, consolidado su localización fija e incrementado exponencialmente su autoridad y su capacidad de actuación intraestatal.

2.2. Críticas a la teoría civilizatoria de Elias: eurocentrismo, difusión y asimilación, discontinuidad civil-militar.

No podemos continuar en nuestro propósito de elaborar un modelo de interpretación de las relaciones hispano-marroquíes y de las relaciones euro-árabes en general sin plantear algunas críticas que la teoría civilizatoria en su dimensión socio-institucional y el relato histórico de los procesos de estatalización y colonización son susceptibles de recibir desde la amplia revisión historiográfica que presentábamos en el primer capítulo. En primer lugar, la teoría civilizatoria se revela como esencialmente “eurocéntrica”. No se trata de una crítica nueva, pero en nuestra opinión, las acusaciones de “eurocentrismo” que algunos autores han formulado sobre la obra de Elias y que forman parte del ya mencionado “gran problema” de la teoría civilizatoria, tienen su origen sobre todo en el hecho de que *El proceso de civilización* sea una obra publicada por primera vez en 1939 y que, por ello, comparta supuestos vigentes en aquella época y que hoy no podemos ni debemos suscribir inconscientemente¹⁹².

semejanzas entre ambos autores perceptible en esta obra, Kennedy no cita a Elias en la bibliografía ni en las notas a pie de página.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 81.

¹⁹² Sobre las críticas de “eurocentrismo”, ver, por ejemplo, la discusión entre el antropólogo Jack Goody y el sociólogo Johan Goudsblom en la revista *Polis* (<http://www.cean.u-bordeaux.fr/polis/vol7ns/arti6.html>) en

Consideramos que el eurocentrismo de la teoría de Elias es resultado de la limitación de su análisis al espacio europeo y al periodo histórico comprendido entre los siglos IX y XVII, lo que indica que Elias se preocupó casi exclusivamente por el origen de los Estados europeos, prestando muy escasa atención a su expansión colonial. Esta elección consciente y deliberada le eximiría de crítica si no fuera porque el verdadero eurocentrismo de este enfoque consiste en que, aunque Elias analizó ambos procesos a partir de los mismos factores, en la práctica los trató como fenómenos separados. En nuestra opinión, no sólo podría afirmarse que cada fase del proceso de estatalización se asoció a una fase del proceso de colonización, sino que podría afirmarse que ambos constituyeron en realidad un único proceso que podríamos denominar, una vez más por analogía con los conceptos de Elias, “proceso de imperialización”.

El proceso de imperialización constituiría por ello la auténtica dimensión socio-institucional del proceso de civilización. En cada fase civilizatoria habrían existido metrópolis y colonias (con peculiaridades propias según el periodo histórico), las cuales no se limitaron a evolucionar en paralelo sino que constituyeron formaciones sociales indivisibles más amplias: los imperios. Como sucedió con los Estados nacionales, los imperios coloniales no aparecieron propiamente hasta los siglos XVIII-XIX, pero habrían tenido una serie de precedentes en cada una de las fases civilizatorias. En la fase contemporánea, donde la expansión colonial y la vinculación entre la metrópoli y las colonias alcanzó niveles desconocidos hasta entonces, la existencia de formaciones imperiales es incuestionable y no es casualidad que se haya hablado de una “edad del imperio”¹⁹³. En definitiva, la estatalización y la colonización no habrían sido sino dos facetas de un mismo proceso que no deberían haberse considerado de forma separada.

Nuestra concepción del proceso de imperialización presenta ciertas coincidencias con la visión que del fenómeno imperialista han formulado autores como D. K. Fieldhouse y W. Baumgart. Estos autores emplean el concepto “imperialismo” para designar de forma

1997 [GOODY (1999-2000)], así como las referencias a esta cuestión en MENNELL (1989); GOUDSBLOM, JONES, MENNELL (1989).

¹⁹³ HOBBSBAWN (1998a).

general la dominación o el control de unos grupos humanos sobre otros¹⁹⁴. Por tanto, no se trata para ellos de un término cuya interpretación deba reducirse exclusivamente a “imperialismo colonial”, es decir, a la dominación formal de sociedades nativas extraeuropeas por parte de ciertos países principalmente europeos que tuvo lugar en los siglos XIX y XX. En este periodo serviría también para designar el control indirecto de unos países sobre otros (“imperialismo informal”) y, sobre todo, los propios enfrentamientos expansionistas entre los Estados europeos¹⁹⁵. Respecto a esto último, nos parece decisiva la afirmación de Baumgart según la cual, desde 1870, el término “imperialismo” fue

“empleado para hacer referencia a la expansión de las potencias industriales europeas, de los Estados Unidos y Japón más allá de sus propias fronteras; asimismo, se aplicó a la política exterior en general si presentaba tendencias expansionistas de carácter militar, político, territorial o económico. Dependiendo del contexto en que fuera empleado, el término imperialismo designaba ahora la política colonial de Francia y su chauvinismo respecto a Alemania o Gran Bretaña; la política imperial británica y su jingoismo o navalismo hacia las potencias continentales europeas; la política colonial alemana y el militarismo prusiano; y la expansión de Rusia en los Balcanes y Asia y su pan-eslavismo”¹⁹⁶.

Por otra parte, la visión del imperialismo de Fieldhouse y Baumgart coincidiría con la del proceso de imperialización en considerar su extensión temporal antes de la Edad Moderna y geográfica más allá de Europa. Si en el periodo 1870-1914 comenzaron a considerarse como estrechamente ligados ciertos fenómenos históricos, por así decirlo, metropolitanos y coloniales, fue posiblemente por el mayor grado, por la amplitud creciente

¹⁹⁴ BAUMGART (1983), p. 2; FIELDHOUSE (1981), p. 10.

¹⁹⁵ Fieldhouse distingue entre “colonización” y “colonialismo”. “Colonización” sería el establecimiento de asentamientos europeos en territorios no europeos que, en principio, no se preocupan de la población local (ejemplos: América, Australia, Sudáfrica). “Colonialismo” sería el establecimiento de asentamientos europeos en territorios no europeos con fines de dominación (India, Argelia). Pero también distingue entre imperialismo formal e informal. El primero sería un imperialismo colonial, caracterizado por la ocupación militar y/o la administración directa de un territorio. El segundo se limitaría al control indirecto de la política, la economía o el ejército de un territorio. FIELDHOUSE (1981).

¹⁹⁶ La cita en el original inglés es la siguiente: [Desde 1870 en adelante, el término imperialismo] “was used to refer to the expansion of the European industrial powers, of the United States, of Japan beyond their own borders; it also stamped foreign policy in general if it evinced expansionist tendencies of a military, political, territorial or economic nature. Depending on the context, imperialism now meant France’s colonial policy and her chauvinism towards Germany or Britain; Britain’s empire policy and her jingoism or navalism towards

de la conexión entre ambos, que hizo imposible ocultar su carácter común; lo cual no implica que no se dieran con anterioridad. Tampoco habría existido limitación geográfica para la dominación o control de unos grupos humanos sobre otros y por ello el imperialismo habría sido un fenómeno planetario, como lo demuestran, entre otros, casos como los de China, Japón, el Imperio Otomano, el Imperio Mogol de la India, los Imperios azteca e inca o el Imperio Abisinio.

No obstante, la perspectiva civilizatoria presenta diferencias importantes con estas visiones. El proceso de imperialización tal y como aquí se propone es direccional y, por tanto, se ordena en una serie de fases caracterizadas por una creciente complejidad socio-institucional, algo que no puede decirse del imperialismo tal y como lo conciben aquellos autores. Por otra parte, Baumgart, al señalar la denominación común del imperialismo europeo y extraeuropeo de finales del XIX, no llega a afirmar que ambos fenómenos constituyan aspectos de un proceso histórico único, como podría deducirse de nuestro esquema. En este sentido, la visión civilizatoria estaría más próxima al concepto de “imperio” propuesto recientemente por Henry Kamen. Aunque ya nos hemos referido a él, creemos que no es superfluo repetir sus palabras:

“he intentado narrar la historia de un imperio y no meramente la historia de una nación con un papel imperial. Mi libro presenta el imperio [español] no como la creación de un pueblo sino como la relación entre muchos pueblos, el producto final de diversas contingencias históricas entre las cuales la contribución española no siempre fue la más significativa”¹⁹⁷.

Por último, desde la perspectiva de Elias, la constitución de imperios no sería únicamente un ejercicio “negativo” de dominación y control, sino también “positivo” de asimilación y diferenciación. No está dentro de nuestras posibilidades de espacio y tiempo el hacer una comparación exhaustiva del proceso de imperialización con todas las teorías

the Continental powers of Europe, Germany's colonial policy and Prussian militarism; and Russia's expansion into the Balkans and Asia and her Pan-Slavism". BAUMGART (1983), p. 2.

¹⁹⁷ KAMEN (2003), p. 13.

sobre el imperialismo, aunque esto no quiere decir que no las hayamos valorado a la hora de decantarnos por la perspectiva civilizatoria¹⁹⁸.

La crítica eurocéntrica de los procesos de estatalización y colonización nos lleva a cuestionar ciertas ideas estrechamente asociadas a al primero de ellos (y, por extensión al segundo) en la obra de Elias. En concreto, se trata de principios básicos de la dinámica socio-institucional del proceso civilizatorio tal y como fue concebido por este autor. Creemos que la “ley” del orden de interdependencia y los “mecanismos” sociales de la división de funciones y la ampliación de las cadenas de interdependencia, seguirían siendo fundamentos válidos. Por el contrario, su aplicación por Elias al ámbito socio-institucional sería cuestionable por dos motivos fundamentales. En primer lugar, porque, para Elias, las sucesivas fases de la estatalización se habrían iniciado siempre en un núcleo territorial desde el cual se habrían *difundido* más tarde a otros territorios vecinos. De forma análoga, la monopolización o creación de órganos centrales habría tenido lugar primero para ciertos asuntos (militares y fiscales) y luego se habría extendido progresivamente a otros. En segundo lugar, porque, para Elias, el resultado de las sucesivas fases de estatalización habría sido la *asimilación* de territorios e instituciones que habrían quedado integrados bajo la autoridad de los mencionados núcleos territoriales y organismos centrales respectivamente¹⁹⁹. Ambas críticas podrían extrapolarse del mismo modo al proceso de colonización tal y como fue esbozado por Elias, ya que este proceso se habría iniciado primero en una metrópoli y sólo después en otras y habría tenido como resultado la asimilación de territorios e instituciones de las sociedades locales.

Las ideas de “difusión” y “asimilación” han constituido elementos fundamentales y constantes en la representación eurocéntrica del mundo moderno, puesto que han justificado la existencia de relaciones jerárquicas entre los diversos elementos implicados en los procesos de estatalización y colonización: de un Estado sobre otros, del centro sobre

¹⁹⁸ La definición de imperialismo o colonialismo ha sido una preocupación constante de múltiples corrientes intelectuales, desde el marxismo, hasta la historia económica y social, desde el feminismo, hasta el análisis de las relaciones internacionales, desde los historiadores del “Subaltern Group”, hasta el movimiento postcolonial. Resúmenes recientes sobre los debates en torno a estos temas pueden encontrarse, por ejemplo, en PORTER (1994); LOOMBA (1998).

la periferia, de la metrópoli sobre las colonias. Por eso mismo, su cuestionamiento en todos los ámbitos intelectuales ha constituido una de las motivaciones fundamentales de las distintas corrientes críticas que aparecieron desde finales de los años 50, tal y como mostramos en el primer capítulo de esta memoria de doctorado. De forma más optimista o más pesimista, dichas corrientes han criticado la jerarquización y dominación implícitas en las representaciones tradicionales y han tratado de demostrar que las periferias y las colonias nunca dejaron de participar activamente (mediante diversos mecanismos como la resistencia abierta o el condicionamiento local) en la constitución de las formaciones sociales, culturales y de todo tipo de la modernidad, en lugar de constituir meros receptáculos pasivos de los desarrollos centrales y europeos.

De forma análoga, consideramos que la denominada “relación civil-militar”, tal y como fue concebida por Elias, es también susceptible de crítica. Para Elias, el monopolio de la violencia física y el de los ingresos fiscales (las dos formas básicas de lo militar y lo civil) evolucionaron de forma inseparable a lo largo del proceso civilizatorio y constituyeron el núcleo básico de cualquier organización social. No obstante, más que una unión o continuidad de ambos elementos, la visión de Elias indica una yuxtaposición de los mismos. Su visión de la sociedad es bicéfala o jánica y cada una de las dos caras, militar y civil, cumple una función complementaria con la de la otra pero sin mezclarse con ella.

Frente a esta discontinuidad tajante, diversas perspectivas han mostrado en las últimas décadas la continuidad existente entre las esferas civil y militar de una sociedad o, dicho de forma más general, entre las prácticas de coacción y las de colaboración o consenso. Quizás una de las perspectivas que más repercusión ha tenido en este sentido ha sido la de Michel Foucault. Su concepto de “poder productivo”, concebido como aquel que opera no por medio de una represión frontal y jerárquica sino a través de la diversificación de los elementos a controlar y su presencia intrínseca en ellos a modo de “red capilar”, reveló, por ejemplo, de forma sorprendente la conexión entre “saber” y “poder” que se daba

¹⁹⁹ Algunas críticas a este aspecto concreto de la teoría civilizatoria de Elias aparecen recogidas, por ejemplo, en RAMOS TORRE (1994); FINZSCH (1996).

en discursos y prácticas como los de la medicina acerca de la enfermedad mental o la sexualidad²⁰⁰.

Quizás el extremo opuesto de esta visión podría constituirlo las reflexiones acerca de la “importancia” de los conflictos armados para el progreso de ciertos ámbitos específicos como la ciencia y la tecnología o del de la sociedad en su conjunto. Estas reflexiones no tienen por qué tener una intención laudatoria, como lo demuestran los análisis sobre la influencia del “complejo militar-industrial” en una sociedad como los Estados Unidos. Lo cierto es que una institución como la militar puede extender su influencia a campos aparentemente ajenos a su función de combate o defensa como la educación, la ciencia o la industria. La estructura militar forma parte de la estructura social a veces más de lo que se piensa o lo que se desea.

Sin pretender hacer una comparación entre los dos enfoques a los que nos acabamos de referir, creemos que ambos indican que la naturaleza de lo militar y de lo civil, de la coacción y el consenso, puede interpretarse de forma más fluida de lo que se ha hecho y puede en cierta manera imbricarse. En este sentido general, lo militar y lo civil serían dos polos extremos que condicionarían el carácter de cualquier fenómeno social sin posibilidad la mayoría de las veces de encuadrarlo en una u otra categoría, sino situándolo en algún punto de una escala continua.

Sin duda, otros aspectos de la dimensión socio-institucional de la teoría civilizatoria de Elias serían susceptibles de crítica – siempre con una intención constructiva – pero son éstos concretos, el eurocentrismo, la difusión-asimilación y la discontinuidad civil-militar los que nos interesan especialmente para los objetivos de nuestra memoria de doctorado. En el siguiente apartado procedemos a la exposición de la base teórica a partir de la cual pretendemos elaborar una perspectiva sobre las dimensiones socio-institucionales del proceso de civilización exenta de estos problemas. A partir de ella, procederemos posteriormente a formular nuestro modelo de proceso de imperialización y su aplicación al ámbito específico de la salud pública.

²⁰⁰ Ver, entre otras, FOUCAULT (1966) y (1998).

2.3. El “principio de simetría generalizada” y la crítica de la modernidad de Bruno Latour.

Nuestra propuesta para modificar la teoría civilizatoria de Elias en función de las críticas que hemos presentado en el apartado anterior se basa en el denominado “principio de simetría generalizada” formulado por el sociólogo de la ciencia Michel Callon y utilizado por el antropólogo y sociólogo de la ciencia Bruno Latour en su crítica teórica de la modernidad europea y, en concreto, de la ciencia, desplegada a lo largo de toda su obra y principalmente en el ensayo *Nous n’avons jamais été modernes*²⁰¹. Para Latour, los europeos de la Edad Moderna y Contemporánea se habrían caracterizado por creer que la ciencia, tal y como se constituyó a partir de la revolución científica del siglo XVII, les permitía conocer la naturaleza de forma “verdadera” frente a la visión “distorsionada” que proporcionaban las representaciones de la misma elaboradas por la religión, la sociedad y la cultura. Se habría establecido así un *premier Grand Partage interne* dentro de las sociedades europeas entre naturaleza y cultura, entre ciencias naturales y ciencias humanas²⁰². Esta capacidad de separación habría inducido en los europeos modernos una sensación de superioridad sobre el resto de pueblos del mundo, los cuales, desde su perspectiva, serían todavía incapaces de conocer “realmente” los fenómenos naturales más allá de sus representaciones religiosas, sociales y culturales. Habría surgido así un *second Grand Partage externe* entre europeos y no europeos. La modernidad se habría caracterizado por su carácter doblemente “asimétrico” en la relación entre naturaleza y cultura y entre europeos y no europeos²⁰³.

Sin embargo, como ya señalábamos en el capítulo 1, a partir de la crítica postmoderna (estructuralista y postestructuralista), los historiadores, sociólogos y antropólogos de la ciencia han puesto de manifiesto en las últimas décadas que la ciencia occidental está inevitablemente condicionada por su contexto socio-cultural, tanto en sus funciones (crítica externalista) como en su propio contenido (crítica construccionista). Para Latour, la formulación teórica más clara de este hecho habría sido expresada mediante el

²⁰¹ LATOUR (1997), p. 130.

²⁰² *Ibid.*, p. 132.

denominado “primer principio de simetría” del sociólogo británico David Bloor. Este principio rompió con el supuesto tradicional (mertoniano) de los estudios sobre la ciencia según el cual el fracaso de las teorías científicas erróneas o descartadas podía ser explicado a partir de factores sociales, mientras que las teorías “sancionadas” se explicaban por sí mismas, por su ajuste a la realidad. Para Bloor, tanto la “verdad” como el “error” podían y debían ser explicados a partir de los mismos factores²⁰⁴.

Aún reconociendo la importancia de las aportaciones de Bloor, para Latour, esta visión crítica habría mantenido un carácter “asimétrico” puesto que “constructivista para la naturaleza, es realista para la sociedad”: si antes la ciencia habría dado acceso “real” a una naturaleza exterior (trascendente), objetiva y universal, ahora, de forma inversa, la sociología permitiría el acceso “real” a una sociedad con las mismas características. La sociedad se habría convertido con ello en la fuente de explicación última de los fenómenos naturales, de los que ya no importaría su contenido intrínseco o doctrinal sino su función social o su carácter discursivo (en el sentido foucaultiano) en un periodo histórico concreto. A este procedimiento intelectual común a modernos y postmodernos, Callon y Latour lo denominan “sustitución”²⁰⁵. Pero para Latour, como para cierto sector de los cultivadores de los *Science and Technology Studies* (STS) con los que él se identifica, la sociedad “no está menos construida que la naturaleza” y, por ello, no puede tomarse tampoco como punto de apoyo incuestionable para el análisis de los fenómenos científicos²⁰⁶.

El “principio de simetría generalizada” pretende corregir las asimetrías de los modernos y las de sus críticos postmodernos. De acuerdo con este principio, en el análisis del conocimiento sobre la realidad es necesario “situarse en el punto medio donde puede seguirse al mismo tiempo la atribución de propiedades no humanas y de propiedades humanas”²⁰⁷. Por ello, la clave está en lo que Latour denomina con todos estos términos sinónimos: mediación, delegación, vínculo, relación o traducción. Según él, “si en lugar de

²⁰³ *Ibid.*, pp. 132-36.

²⁰⁴ *Ibid.*, pp. 24-28.

²⁰⁵ CALLON (1986), LATOUR (1997).

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 130. Para un desarrollo más detallado de esta idea, ver otras publicaciones de este autor como LATOUR (1999a) y (1999b).

²⁰⁷ LATOUR (1997), p. 130.

adjuntar los pobres fenómenos a los sólidos corsés de la naturaleza y la sociedad, dejamos a los mediadores producir las naturalezas y las sociedades, entonces invertimos el sentido de las trascendencias modernizadoras. Naturalezas y sociedades devienen los productos relativos de la historia”²⁰⁸. El regreso al mundo no moderno del que, en su opinión, nunca hemos salido tiene lugar “después de que hayamos sustituido cada una de las esencias por los mediadores, delegados o traductores que les dan sentido”²⁰⁹.

Tomando un ejemplo empleado por el propio Latour, podríamos decir que la existencia de la fuerza gravitatoria no es un hecho que pueda separarse de los científicos y los instrumentos de observación y medida que la identifican y la estudian. De modo análogo, el alcance de la misma depende de la extensión de las redes de científicos y de instrumentos. Como dice Latour:

“el occidental puede creer que la atracción universal es universal en ausencia de todo instrumento, de todo cálculo, de toda descodificación, de todo laboratorio, igual que los Bimin-Kuskumin de Nueva Guinea pueden creer que ellos son toda la humanidad, pero éstas son creencias respetables que la antropología comparada no tiene por qué compartir. [...] El universal en red produce los mismos efectos que el universal absoluto pero ya no tiene las mismas causas fantásticas”²¹⁰.

Para Latour, “nunca hemos sido modernos”, en el sentido de que las sociedades europeas modernas nunca dejaron de ser “colectivos” en los que fue necesario tener en cuenta “a la vez y en la misma mezcla, la naturaleza de las cosas, las técnicas, las ciencias, los seres de ficción, las religiones pequeñas y grandes, la política, las jurisdicciones, las economías y los inconscientes”. Ninguna de las pretendidas esencias separadas – lo social, lo natural, el discurso, Dios, el Ser – puede “cubrir, reemplazar, subsumir a las otras, ninguna puede servir para describir el trabajo de mediación o traducción”²¹¹. Según Latour, “ni en los peores momentos del *imperium* occidental fue jamás cuestión de separar claramente las leyes de la naturaleza y las convenciones sociales. Siempre se trató de construir colectivos mezclando, a una escala siempre más grande, un cierto tipo de no

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 175.

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 177.

²¹⁰ *Ibid.*, pp. 163-164.

humanos y un cierto tipo de humanos [...]”²¹². Otra cosa distinta es que esto fuera percibido así.

En su opinión, “la innovación de las redes largas es una particularidad interesante, pero que no es suficiente para separarnos radicalmente de los otros o de desconectarnos para siempre de nuestro pasado”²¹³. Los colectivos europeos modernos difieren de los europeos premodernos y de los no europeos únicamente en su tamaño, es decir, en el número de redes que se asocian, en la articulación y longitud de las mismas y en el número de humanos y no humanos que movilizan²¹⁴. Como afirma Latour,

“las ciencias y las técnicas [occidentales] no son destacables porque sean verdaderas o eficaces [...] sino porque multiplican los no humanos enrolados en el entramado de los colectivos y porque vuelven más íntima la comunidad que formamos con aquellos seres”²¹⁵.

Desde el punto de vista intelectual, esto implicaría que la comprensión de la realidad no consistiría ni en reducir los fenómenos naturales a una construcción social, ni los fenómenos sociales a epifenómenos naturales (como pretende, por ejemplo, la sociobiología de Wilson). Según Latour, una de las características de la ciencia moderna habría sido su pretensión de alcanzar una “unificación prematura” de la explicación de la realidad a través de una teoría o principio general que la reflejase (y sustituyese) de forma exacta. Esta pretensión reduccionista daría como resultado una ciencia redundante o tautológica. Sin embargo, el reduccionismo es imposible, “no es un pecado por el que los científicos deberían arrepentirse, sino un sueño exactamente tan inalcanzable como el de vivir y no tener cuerpo”²¹⁶.

Las explicaciones científicas no agotarían la realidad. Por el contrario, “las ciencias multiplican las formas sin producir su desplazamiento, su reducción ni su unificación. Ellas

²¹¹ LATOUR (1997), p. 175.

²¹² *Ibid.*, p. 180.

²¹³ *Ibidem.*

²¹⁴ LATOUR (1997), pp. 144-147.

²¹⁵ LATOUR (1997), p. 147.

²¹⁶ LATOUR (1999b), p. 14.

suman a la realidad, no restan”²¹⁷. Es decir, que las ciencias naturales o las sociales, lejos de sustituir la realidad, son un elemento más que se añade a ella y constituye en definitiva un instrumento que permite una mayor diferenciación de los individuos y cosas y una mayor objeción de éstos a las interpretaciones de los propios científicos. Las características que deben definir lo científico son, según Latour, productividad, originalidad, fecundidad y no, repetición o redundancia²¹⁸.

Conocer sería también mediar, asociar, traducir. Comprender o explicar una cosa científicamente consistiría en elaborar instrumentos conceptuales que permitieran articularla con el “destino” de muchas otras y sobre todo convertirla en lo más objetiva posible, en el sentido “latouriano” de que pudiera desarrollar el mayor número de objeciones frente a las propuestas interpretativas del investigador²¹⁹. Esto no se consigue aplicando automáticamente la “receta” de un método científico válido para cualquier disciplina. Por el contrario, conocer es un “fenómeno raro”, es “un asunto arriesgado que ha de comenzar rebuscando cualquier nueva proposición que se tenga a mano”²²⁰.

Por último, la nueva concepción de la objetividad que tiene Latour permite llevar a cabo lo que él denomina una “redistribución de la acción”. De esta manera, el conocimiento no sería sólo el resultado de la actividad de los científicos naturales o los sociólogos, sino también de las cosas y la gente que aquellos se habían adjudicado el privilegio de explicar²²¹.

En resumen, el “principio de simetría generalizada” permite, según Latour, identificar un conjunto de asimetrías existentes en las relaciones entre naturaleza y sociedad o cultura, entre ciencias naturales y ciencias humanas y entre europeos y no europeos, tal y como las han definido los modernos y los postmodernos y concebirlas de forma alternativa

²¹⁷ LATOUR (1997), p. 187.

²¹⁸ LATOUR (1999b), p. 7.

²¹⁹ *Ibidem*. LATOUR (1999a), p. 7.

²²⁰ LATOUR (1999b), p. 7.

²²¹ LATOUR (1999c), pp. 7-14.

a partir de conceptos “simétricos” como redes, traducción o colectivos²²². En nuestra opinión, el análisis de Latour podría extrapolarse al ámbito social, *dentro* del cual podrían identificarse también ciertas asimetrías y proponerse formas alternativas de explicación. En concreto, las críticas a la teoría civilizatoria de Elias podrían reinterpretarse como asimetrías desde la perspectiva “latouriana” y, a partir de esta constatación, se podría elaborar una versión “simétrica” del proceso de civilización.

2.4. Aplicación del “principio de simetría generalizada” al proceso civilizatorio: el concepto de “límite”. Diferencias con la “teoría de los sistemas” de Niklas Luhmann.

La aplicación del “principio de simetría generalizada” a la teoría civilizatoria de Elias podría hacerse de diversas maneras, por ejemplo ampliando ésta desde los ámbitos social y psicológico, a otros como el natural y el cultural (antropológico) que quedan fuera de ella y mostrando su inseparabilidad²²³. También podría servir para profundizar en la vinculación que Elias establece entre lo colectivo (social) y lo individual (psicológico). No obstante, no son esos los objetivos de esta memoria y sí emplear el “principio de simetría generalizada” para tratar de superar los sesgos que, como ya señalábamos, existen *dentro* del ámbito socio-institucional de la teoría civilizatoria, y, a partir de ello, elaborar una concepción del que hemos denominado proceso de imperialización.

La separación Estados-colonias, los mecanismos de difusión-asimilación y la discontinuidad civil-militar pueden reinterpretarse, desde el punto de vista latouriano, como asimetrías, puesto que habrían permitido a los modernos, Elias incluido, separar el centro y la periferia, la metrópoli y la colonia, lo europeo y lo no europeo, lo civil y lo militar, estableciendo al mismo tiempo relaciones jerárquicas entre ellos. Siguiendo a Latour, podríamos decir que esta separación y jerarquización han caracterizado no sólo a los modernos, sino también a la visión postmoderna y postcolonial. Respecto a ésta última, por

²²² No ignoramos que las propuestas teóricas de Latour han sido objeto de críticas desde enfoques diversos como la sociología de la ciencia, el campo “ciencia y género” o los estudios sobre relaciones internacionales (ver, respectivamente, BLOOR (1999); HARAWAY (1996); ELAM (1999)). Sin dejar de reconocer el acierto de algunas de las críticas, compartimos en general las ideas de Latour y en concreto su aplicación del “principio de simetría generalizada” a los estudios sobre la ciencia.

²²³ Una propuesta de extensión de la teoría civilizatoria a las relaciones humanas con el medio ambiente puede encontrarse por ejemplo en SPIER (1994), aunque no a partir del “principio de simetría generalizada”.

ejemplo, a pesar de la enorme importancia que los conceptos de resistencia e hibridación han tenido para cuestionar el relato triunfalista de la asimilación, civilización u occidentalización de las sociedades colonizadas y de la difusión de los modelos europeos, lo cierto es que, desde un punto de vista “latouriano” siguen siendo asimétricos, aunque la asimetría haya invertido su signo. En la visión postcolonial, los colonizados abandonan su supuesta pasividad para convertirse en individuos capaces de resistir la dominación europea o distorsionar los discursos, representaciones y prácticas de dominación. No obstante, siguen siendo representados como separados de los colonizadores, aunque ahora sea para señalar su capacidad de afirmar su propia visión del mundo o de alterar la que se les imponía desde fuera. No se plantea la posibilidad de concebir la relación entre colonizador y colonizado como origen de las respectivas identidades y discursos y como un proceso en el que ambos participaron de forma activa y se condicionaron mutuamente. Como señala, por ejemplo, el sociólogo alemán Ulrich Beck,

“el uso generalizado del término ‘postcolonialismo’ tiene el efecto perverso de contribuir a la tradición occidental de ‘alterizar’ al resto. Sugiere un esquema de posguerra en el que ‘el Tercer Mundo’ fue seguido por los ‘países en vías de desarrollo’, que son ahora reemplazados por los ‘países postcoloniales’. Como unos pocos autores sugieren, ‘tenemos que avanzar más allá de un análisis basado en la *nostalgia colonial*’. Parece que los modelos unitarios de lo postcolonial y de la modernidad van en ascenso en un tiempo en el que, por ejemplo, muchos países asiáticos no están interesados en el colonialismo o en el postcolonialismo, sino en el proceso de construcción de *modernidades alternativas* basado en nuevas relaciones con sus poblaciones, con el capital y con Occidente”²²⁴.

Esta última idea parece demostrar que las visiones postmoderna y postcolonial compartían una serie de supuestos básicos, entre ellos esta separación centro-periferia, estatal-colonial, europeo-no europeo. De ahí que, como ya señalábamos para el caso concreto de la “historia de la medicina colonial”, las explicaciones alternativas tiendan a “superarlos” a ambos a la vez.

El principio de simetría debería corregir las asimetrías de la teoría civilizatoria en su dimensión socio-institucional en el sentido de considerar que los Estados y colonias,

centros y periferias, elementos civiles y militares no habrían constituido entidades esenciales, separadas entre sí y relacionadas según una jerarquía espacial o temporal, sino que más bien serían el resultado de unos mecanismos de mediación o traducción a partir de los cuales se habrían constituido *simultáneamente* (sin difusión desde un centro o desde Europa) y *transversalmente* (con la participación activa de cada elemento implicado de acuerdo con sus propios objetivos). Estos mecanismos de mediación habrían variado direccionalmente (gradualmente) a lo largo de las sucesivas fases del proceso civilizatorio, dando lugar a diferentes tipos de formaciones sociales con distintos tipos de elementos, que guardarían entre sí una relación de continuidad de una fase a otra. Desde esta perspectiva, el análisis de las características de los mecanismos de mediación y de su variación en el tiempo constituiría el objetivo principal de una teoría civilizatoria simétrica.

En nuestra opinión, el concepto de “límite” permitiría realizar dicho análisis. El “límite”, designaría, desde una perspectiva civilizatoria y simétrica, y en la dimensión socio-institucional que nos interesa en esta memoria de doctorado; este concepto, decimos, designaría la regulación de las relaciones, los contactos, los intercambios colectivos entre diversas agrupaciones humanas en competencia y entre diversos componentes dentro de cada una de ellas en todos los ámbitos (político, económico, religioso, social, cultural, científico, militar), a partir de la cual dichas agrupaciones y componentes habrían adquirido su configuración específica con cierta estabilidad. A lo largo de las sucesivas fases del proceso civilizatorio, dicha regulación habría evolucionado de forma no lineal, ya que en ella habrían alternado periodos de predominio de las “fuerzas centrífugas” con otros de predominio de las “fuerzas centrípetas”. En los primeros, tendría lugar una ampliación del ámbito de relaciones colectivas limítrofes externas e internas, asociado a una reducción de la frecuencia de dichas relaciones en los dos ámbitos y un aumento de su tamaño y diferenciación. Esto quiere decir que un menor número de agrupaciones humanas con un menor número de componentes, aunque en ambos casos de mayor tamaño y diferenciación, comenzaría a competir por una posición de predominio en un marco mayor del que existía hasta entonces. En los periodos de “fuerzas centrípetas”, una de estas agrupaciones obtendría paulatinamente una posición “monopolística” en dicho marco como consecuencia

²²⁴ BECK (2002), p. 22.

de una reducción extrema de la frecuencia de las relaciones colectivas limítrofes internas y externas y de un aumento extremo del tamaño y la diferenciación de dichas relaciones.

La noción de “frontera”, “demarcación” o “límite” (*boundary, Grenze, frontiere*) ha sido objeto de numerosos estudios históricos, sociológicos o antropológicos en las últimas décadas, los cuales han modificado sustancialmente su comprensión²²⁵. Hoy en día, por ejemplo, los historiadores, geógrafos y especialistas en relaciones internacionales asumen que las fronteras no son, ni fueron nunca, realidades fijas, inmutables y universales, ni en cuanto a su realidad física, ni en cuanto a sus funciones. Así, para el historiador francés Lucien Febvre la noción de “frontera lineal” habría surgido entre los siglos XVIII y XIX como un fenómeno esencialmente europeo y se habría difundido por el mundo a través de la expansión colonial²²⁶. El jurista José María Cordero Torres asumía ya en su obra *Fronteras hispánicas* (1960) la variación histórica del concepto de frontera al afirmar que:

“[frontera] puede marcar el fin de una individualidad geográfica y oficialmente señala el término de una soberanía, autoridad o competencia, en cuanto se ejerce espacialmente; lo que trasladado a la relación internacional supone el fin de un territorio jurídicamente distinguible, y el comienzo de otro, mediante una separación terrestre o marítima, constituida por el correspondiente límite. Mientras que el confín o los confines, suponen una distinción con tránsito, o sea, más amplia en el espacio; esto es, una zona territorial de contigüidad, por lo que también se llama equívocamente zona fronteriza, y anteriormente, cuando los elementos de contacto mantenían relaciones irregulares o inestables, marca”²²⁷.

Respecto a sus funciones, según el geógrafo y especialista en relaciones internacionales Michel Foucher, “[...] ‘la’ frontera no ha sido concebida sino como una

²²⁵ El volumen de bibliografía existente sobre fronteras específicas como la de USA-México, la de Irlanda del Norte-Eire, la de Israel-Palestina, la de la República Federal Alemana-República Democrática Alemana en Berlín, la de Italia-Austria, las de Austria con Hungría, Chequia, Eslovaquia y las repúblicas balcánicas, etc. es ingente. Bibliografía general de fronteras reciente: FOUCHER (1986); WILSON, DONNAN (1998); DONNAN, WILSON (1999); LANGER (1999). Es interesante consultar la página web del Centre for International Borders Research de la Queen’s University of Belfast, en la que se puede encontrar una amplia bibliografía y algunos *working papers*. [Http://www.qub.ac.uk/cibr/index.htm](http://www.qub.ac.uk/cibr/index.htm).

²²⁶ Citado en FOUCHER (1986), pp. 61-62.

²²⁷ CORDERO TORRES (1960), p. 34. En esta línea, W. Pohl lleva a cabo una reflexión más amplia sobre los conceptos de “limes” y “marca” y sobre el carácter difuso de las “fronteras” medievales en comparación con las de los Estados del siglo XVIII y XIX. Citado en LANGER (1999), p. 6.

invención moderna, colorario obligado del Estado, entidad abstracta [...]”²²⁸. Para otro geógrafo, Victor Prescott, las fronteras “representan la línea de contacto físico entre Estados y proporcionan oportunidades para la cooperación y la discordia”²²⁹. Una frontera sería a la vez un equilibrio entre el expansionismo de dos Estados y una garantía de autonomía para cada uno de ellos. En la actualidad, el derecho internacional resalta su carácter de “lugar de *encuentro* de la soberanía de dos Estados, cuyos intereses serán comunes o distintos pero siempre susceptibles de *normación positiva* por medio de la *cooperación*”(las cursivas son mías)²³⁰. Sin embargo, a finales del siglo XIX, se consideraba que la función principal de las fronteras era “evitar la *usurpación* territorial de otro Estado o cierto tipo de conductas que puedan *perjudicar* los intereses legítimos de un Estado vecino”(las cursivas son mías)²³¹.

Desde el punto de vista de la antropología y los *Cultural Studies* se han analizado las fronteras como “espacios” en los que los Estados despliegan de forma explícita sus símbolos de poder y autoridad y pueden, por ello, ilustrar de forma especialmente representativa las bases ideológicas del Estado en su conjunto²³². También han recibido atención los aspectos emotivos de trauma, ambigüedad, inseguridad, esperanza o recuerdo asociados a las fronteras y que han jugado un papel importante en la configuración de la identidad de las comunidades fronterizas o en la existencia de una “semántica de las fronteras”²³³. Otro asunto ha sido la relación entre las áreas fronterizas y los centros de poder. Algunos autores como Peter Sahllins, frente a una concepción de los Estados como “construidos desde los centros políticos e impuestos sobre grupos marginales y regiones periféricas en un proceso de integración institucional y asimilación cultural”, han reivindicado el papel de “las poblaciones fronterizas como arquitectos de su propio destino, así como catalizadores de los procesos de construcción nacional”²³⁴.

²²⁸ *Ibid.*, p. 56.

²²⁹ PRESCOTT (1987), p. 5.

²³⁰ GONZÁLEZ DE HEREDIA, PALOMARES LERMA, ROBREDO BARRIO. (1987), p. 144.

²³¹ *Ibidem*. Los autores extraen esta definición de la obra del jurista Charles Calvo, *Dictionnaire de Droit International Public et Privé* publicada en Berlín en 1885.

²³² Por ejemplo, DRIESSEN (1992).

²³³ LANGER (1999), pp. 6-7.

²³⁴ SAHLINS (1998), p. 31; DOUGLASS (1998), p. 62.

Para William A. Douglass, Sahlins esta próximo en su análisis a la noción antropológica de “faccionalismo”, pero, en su opinión, el hecho de que “tal faccionalismo pueda llegar a configurar acuerdos políticos a mayor escala es provocador; que pueda llegar a configurar fronteras internacionales es simplemente sorprendente”²³⁵. En general, según Thomas Wilson y Hastings Donnan, la “antropología de las fronteras” debe investigar los factores sociales, económicos, psicológicos o culturales que “demandan que una variedad de fronteras políticas y culturales sean construidas y emplazadas en la vida cotidiana de las gentes de la frontera”²³⁶.

Por su parte, el pensador postcolonial Edward Said, aunque sin emplear explícitamente conceptos como “frontera” o “límite”, reflexionó a menudo en su obra sobre la inadecuada persistencia de diversos tipos de separación establecidos por la cultura occidental para justificar su pretensión de “superioridad” frente a culturas extra-europeas. Said se preguntaba, por ejemplo,

“¿Quién, en la India o en Argelia, podría hoy con certeza separar el pasado componente británico o francés de las realidades del presente y quién en Gran Bretaña o Francia podría trazar un círculo preciso alrededor del Londres británico o del París francés que excluyera el impacto de India y Argelia sobre estas dos ciudades imperiales?”²³⁷.

Para Said, las separaciones geográficas, de clase o de género no eran “neutrales sino cargadas políticamente” y este hecho requería ser atendido y elucidado dadas “sus considerables proporciones”²³⁸. Pero para comprenderlo se debería renunciar a “esencializar” los distintos elementos pretendidamente separados y enfrentados y, a cambio, centrarse en las relaciones puesto que

“no existe superioridad fuera de la realidad concreta de las relaciones entre culturas, entre potencias imperiales y países no imperiales desiguales entre sí, entre nosotros y ellos; nadie tiene el privilegio epistemológico de, de alguna manera, juzgar, evaluar e interpretar el

²³⁵ *Ibidem*.

²³⁶ WILSON, DONNAN (1998), p. 4.

²³⁷ SAID (1993), p. 15.

²³⁸ *Ibid.*, p. 93.

mundo libremente respecto a los restrictivos intereses y compromisos de las relaciones efectivas en sí mismas. Somos, por así decirlo, de las conexiones, no estamos fuera y más allá de ellas”²³⁹.

A pesar de todos estos usos y desarrollos disciplinares, la mayoría de los trabajos sobre fronteras, como afirma Josef Langer, han tenido un carácter empírico o, en todo caso, han empleado el concepto “frontera” como una “caja negra” (*black box*) sin definirlo de acuerdo a una perspectiva teórica elaborada, lo cual ha creado múltiples problemas a la hora de “operacionalizar” dicho concepto en las investigaciones de campo²⁴⁰. Por ello, aunque nuestra propuesta recoge ciertos elementos provenientes de la investigación sobre fronteras como la historicidad, el carácter múltiple (político, cultural, económico o psicológico), la centralidad en la formación de identidades o la relación entre el centro y las zonas fronterizas, lo cierto es que su principal influencia proviene de una de las escasas “teorías de la frontera” sistemáticamente desarrolladas, la del sociólogo alemán Niklas Luhmann (la cual recoge, sin duda, muchos de aquellos elementos).

Vamos a hacer una breve exposición del concepto de frontera tal y como ha sido explicado por Luhmann en algunas de sus publicaciones y también a partir de los comentarios, precisiones o desarrollos de autores que han seguido la teoría “luhmanniana” como Raimondo Strassoldo, Friedrich Kratochwil, Josef Langer o Matias Albert. Las consideraciones de Luhmann sobre las fronteras (*Grenzen, boundaries*) forman parte crucial de su enfoque sociológico denominado “teoría de los sistemas modernos”, que constituye en muchos aspectos una actualización crítica de la sociología de Talcott Parsons. Según Luhmann, los sistemas se constituyen gracias al establecimiento de fronteras entre el sistema y su medio exterior. Los sistemas son “autoreferenciales”, es decir,

“son unidades auto-reproductivas o autopoieticas que producen los elementos que componen el sistema, lo que requiere la capacidad de distinguir los elementos que pertenecen al sistema de los elementos que pertenecen al medio exterior al sistema. La distinción entre sistema y medio exterior es pues constitutiva para cualquier cosa que funcione como elemento del sistema”²⁴¹.

²³⁹ *Ibid.*, p. 55.

²⁴⁰ LANGER (1999), p. 9.

²⁴¹ LUHMANN (1983), pp. 992-993.

Para Luhmann, el concepto de sociedad implica “una combinación específica de diferencia e identidad, de diferenciación y unidad reconstruida o, en lenguaje tradicional, de las partes y el todo. En todas las sociedades tradicionales, fueran antiguas, medievales o *early modern*, el principio de diferenciación ha sido la estratificación o la jerarquía [...]”. Sin embargo, en la actualidad, en la “sociedad global” en la que vivimos, “la relación predominante ya no es jerárquica, sino una de inclusión y exclusión y ésta se encuentra relacionada no con la estratificación sino con la diferenciación funcional”²⁴². Se entiende por diferenciación

“el proceso de reproducción de sistemas dentro de sistemas, de fronteras dentro de fronteras [...]. Esto presupone la estabilidad de las fronteras como resultado y como condición de la evolución. Sólo protegido por fronteras y sólo dentro de sus fronteras puede un sistema aumentar su complejidad, porque sólo dentro de sus fronteras puede un sistema operar, construir, cambiar u olvidar estructuras. Un “doble cierre” o “doble marco” por fronteras externas e internas que separan el medio exterior de los medios internos, de los subsistemas, es una condición necesaria para mantener la estabilidad a pesar de la evolución hacia una cada vez mayor improbabilidad de las estructuras y hacia “universales evolucionarios” (Parsons, 1964) tales como formas avanzadas de diferenciación”²⁴³.

Como resultado, la sociedad no se define por

“un estado idealizado con funciones compensatorias, sino por una frontera, es decir, por la operación de trazar fronteras. Tal operación produce la diferencia entre el sistema y su medio exterior y, a partir de ello, produce la posibilidad de observar el sistema, es decir, de distinguir entre el sistema y su medio exterior. Esta distinción puede re-entrar el sistema, puede ser copiada dentro del sistema y permite, por ello, su estabilidad, la oscilación referencial entre observaciones, que indican respectivamente los estados y acontecimientos externos e internos”²⁴⁴.

Esta re-entrada, no obstante, conduce a una “indeterminación irresoluble. El sistema no puede contrastar sus observaciones internas con su realidad, ni pueden observadores

²⁴² LUHMANN (1997), pp. 1-2 y 3.

²⁴³ LUHMANN (1997), p. 4.

externos computar el sistema. Memoria y variación, selectividad de las reconfirmaciones e incertidumbre del futuro constituyen ahora hechos ineludibles de la vida social”²⁴⁵.

En opinión de Luhmann, “el sistema global es una sociedad en la cual todas las fronteras internas pueden ser cuestionadas y todas las solidaridades varían. Todas las fronteras internas dependen de la auto-organización de subsistemas y no ya de un ‘origen’ en la historia o de la naturaleza o lógica del sistema que las contiene”. Respecto a las fronteras externas, consisten en “fronteras entre la red de comunicaciones auto-referencial y recursiva del interior y todo lo demás del exterior”²⁴⁶. El sistema de esta sociedad puede ser descrito “sin ninguna referencia a particularidades regionales. Esto no significa que dichas diferencias carezcan de importancia. Pero una teoría sociológica que quiera explicarlas no debe introducirlas como hechos dados, es decir, como variables independientes, sino que debería empezar asumiendo la existencia de una sociedad mundial y después investigar cómo y por qué esta sociedad tiende a mantener o incluso aumentar las desigualdades regionales. En un ejemplo concreto, Luhmann considera como preguntas relevantes “si la forma del estado político impuesto en todas las regiones de la tierra se adecua o no a todas las condiciones locales y étnicas, o si la condición general, no de explotación o eliminación sino de marginación global estimula o no la búsqueda de identidades personales, sociales, étnicas o religiosas”²⁴⁷.

Simplificando esta exposición y centrándola en el ámbito social podríamos resumir la visión de Luhmann en las siguientes ideas básicas, algunas expresadas como tales por él mismo y otras elaboradas por los autores a los que hicimos referencia:

- 1) La formación de fronteras sociales constituiría un fenómeno universal y tendría lugar un “continuo proceso de emergencia y desaparición de fronteras”²⁴⁸.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 5.

²⁴⁶ *Ibidem*.

²⁴⁷ *Ibid.*, 6-7.

²⁴⁸ LANGER (1999), p. 8.

- 2) La sociedad se basaría en última instancia en la delimitación estable de fronteras internas y externas, puesto que sólo a partir de ella podría un sistema social distinguirse del medio y desarrollarse. “Los cambios en la función de las fronteras a lo largo de la historia ayudan a iluminar diferencias en la naturaleza y los modelos de las interacciones de diferentes sistemas domésticos e internacionales”²⁴⁹.
- 3) La constitución de fronteras externas e internas sería un proceso inseparable, aunque Luhmann otorga “prioridad lógica a la emergencia de diferencias, esto es, fronteras entre el sistema y el medio exterior, frente a la formación de un centro controlador”²⁵⁰.
- 4) Las sociedades habrían evolucionado en el sentido de una mayor diferenciación interna en subsistemas, de ahí que “la distinción entre fronteras sociales, culturales, políticas, económicas, etc., es necesaria”²⁵¹; y en el sentido de un mayor “cierre operacional” respecto al medio exterior²⁵².
- 5) La “sociedad global” en la que nos encontramos en la actualidad se caracterizaría, hacia el interior, por su “diferenciación funcional” (en contraste con sus predecesoras que se basaban en la jerarquización o estratificación) y hacia el exterior, por el “cierre operacional” o la “marginación” (en contraste con la explotación o represión anteriores)²⁵³.
- 6) Estas características llevarían a dos problemas. Hacia dentro, la sociedad global no puede controlarse a sí misma, hay más riesgos y más incertidumbres, carece de “solidaridad” en el sentido de que “cada subsistema funcional de la sociedad, como la ley, la política, la economía, la religión, etc. se caracteriza por una función específica, un código específico, un medio específico, pero no hay un

²⁴⁹ KRATOCHWIL (1986), p. 27.

²⁵⁰ STRASSOLDO (1982), p. 262.

²⁵¹ LANGER (1999), p. 9.

²⁵² LUHMANN (1997).

²⁵³ *Ibidem*.

marco normativo general que permita concebir la sociedad global como un todo integrado”²⁵⁴. Hacia fuera, “cuando la evolución ha diferenciado sistemas cuya misma complejidad depende de un cierre operacional, ¿cómo podemos esperar que incluyan todas las visiones existentes?”²⁵⁵.

La noción civilizatoria y simétrica de “límite” tal y como la concebimos en esta memoria de doctorado guarda muchos paralelismos con el concepto de “frontera” de Luhmann y de sus seguidores, aunque también presenta ciertas diferencias clave. Las coincidencias se refieren a) al papel central que se adjudica a las fronteras en la organización social, b) a su continua modificación en el curso del tiempo, c) a la existencia de fronteras externas e internas íntimamente relacionadas, d) a la definición no esencialista sino relacional de las fronteras, e) a los procesos de diferenciación funcional, hacia el interior, y cierre operacional, hacia el exterior, por los que las fronteras generan sistemas y subsistemas.

No obstante, una primera diferencia se da ya en el propio término empleado. Creemos que “límite” es un concepto más general que “frontera” (*Grenze*) porque tiene en cuenta el hecho de que las demarcaciones externas e internas han recibido distintas denominaciones históricas, entre las cuales figura la propia de frontera. Por ejemplo, en el ámbito europeo, los límites externos se denominaron “marcas” en la época del Imperio Carolingio, “confines” en la época de los Reinos medievales y “fronteras” sólo a partir de la constitución de los Estados absolutos²⁵⁶. El término límite nos permite referirnos a todos ellos en general e incluso permitiría englobar las demarcaciones específicas desarrolladas en las sociedades pertenecientes a otros ámbitos civilizatorios distintos del europeo u occidental.

Creemos que esta falta de historicidad se refleja a niveles más profundos en la teoría sociológica de Luhmann. En su momento, Elias criticó a Talcott Parsons y otros sociólogos por “imaginarse una sociedad como si fuera un ‘sistema social’ y un ‘sistema social’ como

²⁵⁴ ALBERT (2001), p. 8.

²⁵⁵ LUHMANN (1997), p. 7.

²⁵⁶ CORDERO TORRES (1960), p. 34.

un ‘sistema en situación de reposo’. Incluso cuando se trata de una sociedad relativamente diferenciada y ‘muy desarrollada’ suele entenderse muy a menudo como algo autosuficiente y en situación de reposo”. De ahí que no se considerara que fuera “parte integral de las tareas de investigación inquirir cómo y por qué esa sociedad muy desarrollada ha llegado a tal estadio de diferenciación”²⁵⁷. Esta crítica a la “fijación de los sociólogos en el presente” podría aplicarse también a la teoría de Luhmann, ya que se ocupa casi exclusivamente del análisis de la “sociedad global” que, en su opinión, existe y se desarrolla en la actualidad.

Es cierto que Luhmann considera la existencia de una “evolución” de los sistemas sociales y de las fronteras a partir de las cuales éstos se originan, pero, en la práctica, esto se reduce a una distinción entre la “sociedad global” actual y “todas las sociedades tradicionales, fueran antiguas, medievales o *early modern*”²⁵⁸. Según Elias, “la reducción conceptual sistemática de procesos a situaciones sociales y de fenómenos complejos y compuestos a componentes más simples aparentemente no complejos, en lugar de simplificar la construcción teórica en el contexto sociológico la hace más complicada [...]”, puesto que precisa “de construcciones auxiliares complicadas e innecesarias a fin de ponerlas en consonancia con los hechos demostrables empíricamente”²⁵⁹. Este es un problema que diversos autores señalados como Langer y Albert han señalado para las teorías de Luhmann²⁶⁰.

Frente a esto, nuestro concepto de “límite” se caracteriza por su variación histórico-social a lo largo de las distintas fases del proceso civilizatorio, de las cuales la “sociedad global” no sería sino la última. Esto implica, por una parte, que no existiría una diferencia sustancial, un corte radical, entre los límites actuales y los de sociedades de fases previas.

²⁵⁷ ELIAS (1993), p. 17.

²⁵⁸ LUHMANN (1997), p. 2.

²⁵⁹ ELIAS (1993), p. 15.

²⁶⁰ Langer afirma que, “en la teoría constructivista del sistema [de Luhmann] las fronteras son habitualmente analizadas a un nivel tan abstracto que no es fácil trasladar las definiciones a la cuestión de las fronteras territoriales”. LANGER (1999), 8. Por su parte, Albert señala que “combinar un sistema teórico sistemático como el desarrollado por Luhmann con un campo de estudio más específico como el de las relaciones internacionales podría a primera vista parecer una empresa fútil, que posiblemente puede solo plantearse como una integración del segundo dentro de la primera. [...] pero se pueden hacer usos selectivos”. ALBERT (2001), p. 2.

En este sentido, la “diferenciación funcional” y el “cierre operacional”, que Luhmann considera específicos del sistema global, serían más bien las características generales de las formaciones sociales a lo largo de la historia, cuya única diferencia residiría en el aumento direccional de su grado a lo largo del tiempo. La jerarquía o estratificación no sería más que una forma menos desarrollada de diferenciación funcional y no algo esencialmente distinto. Por otra parte, el concepto de “límite” permite considerar la existencia de formas de demarcación específicas en otras civilizaciones antes de la constitución de un conjunto único de límites en la sociedad global actual. En definitiva, la teoría civilizatoria de Elias contiene en sí misma un bagaje socio-histórico que le aleja de la abstracción de otras teorías sociológicas y “exige” en cierta manera su formulación empírica.

Otra diferencia entre el concepto de “límite” y el de “frontera” radica en la “continuidad” entre límites externos e internos. El fenómeno de la continuidad de los límites se basaría en su consideración común en términos de “permeabilidad”²⁶¹. La permeabilidad podría definirse como la frecuencia o el número de relaciones permitidas por un límite. Los límites externos e internos con un bajo grado de permeabilidad, es decir, con elevada impermeabilidad, proporcionarían un efecto de separación de una sociedad frente al medio exterior y un efecto de cohesión entre los diversos subsistemas o componentes. Lo contrario se traduciría en la posibilidad de influencia externa y en la falta de cohesión interna. Creemos que la permeabilidad sería, a su vez, función de unos “parámetros de relación” también comunes a todos los límites de una formación social. En concreto éstos parámetros serían la diferenciación, es decir, el número de ámbitos o campos de relación (la diferenciación no sería por tanto una característica exclusiva de los límites internos como afirma Luhmann); el alcance, es decir, la cantidad de individuos e instituciones implicados (en expresión de Elias, la longitud de las cadenas de interdependencia); y la polarización, es decir, la “diferencia de potencial” de las relaciones, que determina su “dirección”. Todos estos parámetros estarían relacionados entre sí. Los límites con un alto grado de impermeabilidad poseerían un alto grado de diferenciación, alcance y polarización en las relaciones y viceversa.

Por otra parte, creemos que la teoría de Luhmann se caracteriza por una visión excesivamente “aislacionista” de las formaciones sociales y de sus componentes internos. Para Luhmann, las fronteras externas de un sistema social, que permiten su crecimiento y desarrollo, son fronteras entre el sistema y su medio exterior. Sin embargo, desde nuestra perspectiva, este medio exterior estaría constituido más bien por otros sistemas sociales con los cuales, eso sí, habría que “competir” para asegurar el mayor grado de crecimiento y desarrollo propio. Por otra parte, Luhmann señala la falta de “solidaridad” entre los distintos “subsistemas” internos de un sistema social, de lo que se deduce la imposibilidad de establecer un marco normativo único que los integre. En nuestra opinión, sin embargo, dicho marco no es necesario, ya que cada subsistema contendría en sí mismo la totalidad del sistema, sería representativo del mismo, y, por ello, la “solidaridad” vendría dada por la posibilidad de “traducción”, que garantizaría al mismo tiempo la autonomía de los subsistemas y su comunicabilidad. De nuevo, el nivel de competencia y de traducción de un sistema estarían estrechamente conectados: a mejor posición en la competencia externa, mayor grado de traducción en elementos internos y viceversa. En realidad, la competencia y la traducción se corresponderían con las funciones de separación y cohesión a las que hemos hecho referencia y serían, por ello, dos formas de “autonomización” en relación de continuidad.

La consideración de los límites como entidades continuas, configuradas en términos de permeabilidad (a su vez, de diferenciación, alcance y polarización) y con efectos de autonomización (competencia y traducción) permite describir su dinámica en base a tres principios. En primer lugar, la “simultaneidad” en la evolución de los límites externos e internos de una formación social concreta y de diversas formaciones sociales relacionadas. Desde el enfoque “simétrico” que nos proporciona Latour no tiene sentido afirmar que las fronteras externas, la diferenciación entre un sistema y su medio exterior, sean previas a las internas, del mismo modo que tampoco tiene sentido afirmar que los límites de una formación social se configuren previamente a los de otras. En nuestra opinión, las relaciones limítrofes de una formación social con el exterior, de sus elementos internos

²⁶¹ Este término ya ha sido aplicado para explicar el funcionamiento de las fronteras territoriales, como por ejemplo en LANGER (1999), p. 5.

entre sí y de diversas formaciones sociales relacionadas no sólo son inseparables sino que se constituyen de forma sincrónica no sucesiva.

En segundo lugar, los límites serían “transversales” en el sentido de que su permeabilidad es una función de *todas* las formaciones sociales y componentes internos relacionados entre sí. De esta forma, el equilibrio resultante en un entramado de límites externos e internos estaría en función del conjunto de sociedades y de componentes. Este equilibrio no implica una relación de igualdad, ya que las posiciones de competencia de las distintas sociedades y el grado de traducción de los distintos componentes internos en cada una de ellas en un momento cualquiera no tienen por qué ser (y de hecho no suelen ser) iguales. Lo que implica es que al analizar un entramado de límites no se debe considerar que ninguna sociedad y ningún componente estén en situación de pasividad o carezcan de repercusión por muy “débiles” que sean o muy “fusionados” que estén respectivamente.

Por último, los límites serían “transformables”. Así, puede darse el caso de que en un conjunto formaciones sociales relacionadas entre sí, una o varias de ellas se encuentren en una situación de gran “debilidad” en la competencia externa y de gran “fusión” entre sus componentes internos, es decir, en una situación de elevado grado de permeabilidad de sus límites externos e internos. En este caso, tendría lugar una reordenación (simultánea y transversal) de todo el entramado de límites de tal forma que el resultado serían nuevas formaciones sociales y nuevos componentes internos que no podrían reducirse a la combinación de los anteriores. Esto permitiría explicar las variaciones históricas del proceso civilizatorio que Elias atribuyó a la existencia de “fuerzas centrífugas” y “fuerzas centrípetas”.

2.5. Características del entramado de límites externos e internos en la fase contemporánea del proceso civilizatorio.

Una vez analizadas brevemente las características del concepto civilizatorio y simétrico de “límite” a partir de sus semejanzas y diferencias con la teoría sociológica de las “fronteras” de Niklas Luhmann, estamos en condiciones de ofrecer una perspectiva de la dimensión socio-institucional del proceso civilizatorio que carezca de las asimetrías Estado-colonia, centro-periferia, difusión-asimilación y civil-militar. Dado el bagaje socio-histórico de la teoría civilizatoria, esta perspectiva será necesariamente empírica, aunque no esté dentro de nuestras posibilidades ofrecer más que una brevísima versión de lo que habría de ser un relato histórico detallado. Considerando el ámbito cronológico de nuestra memoria de doctorado, nuestra concisa exposición se centrará en la fase contemporánea del proceso civilizatorio que, según Elias, comenzó a mediados del siglo XVIII.

En aquel momento estaría llegando a su fin un nuevo movimiento “centrífugo” del proceso civilizatorio, cuyo resultado habría sido la configuración de un nuevo ámbito de competencia entre formaciones sociales y de autonomía entre sus componentes internos. En concreto, el ámbito de competencia se habría ampliado hasta abarcar la totalidad del mundo (aunque no todos sus territorios y sociedades fueran conocidos por entonces), pero el número de formaciones sociales que habrían comenzado a competir por una posición monopolística a nivel mundial se habría reducido extraordinariamente y su tamaño habría sido mucho mayor (aunque la constitución de una única potencia mundial todavía estuviera lejana). Al mismo tiempo, se habría dado la circunstancia de que la mayoría de ellas habrían tenido un común origen europeo (aunque la importancia de las sociedades extra-europeas todavía fuera significativa).

Por su parte, dentro de estas formaciones sociales, el ámbito de autonomización se habría ampliado a las esferas política, administrativa, económica, industrial, comercial, cultural, científica, tecnológica, militar, sanitaria, educativa, religiosa o judicial (aunque no todas las instituciones fueran autónomas por entonces). Pero, al mismo tiempo, el número de instituciones que habrían comenzado a adquirir una posición de autonomía “completa” en estas esferas se habría reducido extraordinariamente y su repercusión habría sido mucho

mayor (aunque la constitución de autoridades únicas todavía estuviera lejana). Se habría dado la circunstancia de que la mayoría de este pequeño número de instituciones también habrían estado relacionadas entre sí por su común origen europeo (aunque las instituciones de otros orígenes todavía jugaran un papel significativo).

Esta nueva situación tuvo su origen en una reordenación del entramado de límites externos e internos, es decir, en un cambio de configuración del entramado de relaciones colectivas entre formaciones sociales y dentro de ellas. Por una parte, el número de relaciones externas significativas, fueran guerras, tratados diplomáticos, acuerdos comerciales o empresas culturales y científicas se fue reduciendo considerablemente, al tiempo que sus repercusiones se fueron haciendo mucho mayores. Por poner un ejemplo, un único conflicto como la Guerra de los Siete Años (1756-1763) se desarrolló en escenarios tan distintos como Europa, América del Norte, el Caribe, el Sudeste asiático y la India. A pesar de ello, dicho conflicto consistió básicamente en la lucha de competencia entre Francia y Gran Bretaña, un hecho que no impidió, por otra parte, que su desenlace favorable a este último país tuviera repercusiones que afectaran a Francia, España, el Imperio Austro-Húngaro y otros países europeos, a los indios americanos, a los nativos filipinos, a China o al Imperio Mogol de la India. De modo análogo, las relaciones entre los diversos componentes o instituciones de una sociedad concreta, fueran políticos, militares, administrativos, culturales o económicos se fueron reduciendo en número, aunque sus efectos tuvieron un alcance cada vez mayor. Por ejemplo, los decretos de Nueva Planta promulgados por Felipe V al término de la Guerra de Sucesión española (1700-1714) permitieron que un único conjunto de disposiciones legislativas y de instituciones políticas y administrativas ubicadas en Madrid pudieran reordenar (aunque sólo fuera hasta cierto punto) toda una diversidad de marcos legislativos e instituciones locales tanto en la península ibérica como en las posesiones de Ultramar españolas.

En realidad, el nuevo entramado de límites no presentaba diferencias sustanciales respecto a los de fases anteriores del proceso civilizatorio, sino que se distinguía de ellos simplemente por la variación de grado de sus parámetros. Así, los límites externos, las fronteras como se denominaron desde esta época, se redujeron en número y se

caracterizaron por un mayor grado de impermeabilidad asociado a un mayor grado de diferenciación, alcance y polarización. Esto implicaba que, por ejemplo, las relaciones entre las sociedades europeas se decidieran cada vez gracias a un menor número de acuerdos diplomáticos, alianzas militares o tratados comerciales entre un número menor de sociedades de mayor tamaño y complejidad. La estabilidad de las fronteras, como su carácter “proteccionista”, no fueron más que dos aspectos concretos de la impermeabilidad, cuyo resultado era limitar las actuaciones no sólo económicas sino políticas, militares o culturales de los distintos países entre sí. Las relaciones colectivas entre los Estados-nación europeos disminuyeron en frecuencia en comparación con las que existían entre las formaciones sociales precedentes.

No obstante, aunque la frecuencia de las relaciones colectivas fuera menor, su diferenciación, alcance y polarización fueron mayores. Continuando en el marco europeo, las relaciones entre los distintos países se diversificaron progresivamente hasta cubrir un enorme rango de asuntos desde los intercambios comerciales hasta el transporte de pasajeros, desde los combates armados hasta la colaboración científica, desde el contacto entre formaciones políticas hasta las influencias entre movimientos culturales. Del mismo modo, el número de instituciones e individuos implicados en dichas relaciones aumentó considerablemente (administraciones, ejércitos, sociedades científicas, empresas, universidades, hospitales). Por último, el grado de polarización de las relaciones “internacionales” aumentó en el sentido de que ciertas sociedades como Gran Bretaña, Francia o Prusia (sus gobiernos, sus ejércitos, sus empresas sus instituciones científicas) se fueron convirtiendo en auténticos “motores”, cuya iniciativa era decisiva a la hora de poner en marcha dichas relaciones.

De forma semejante a lo que acabamos de explicar, los límites internos (demarcaciones, provincias, departamentos, federaciones) se caracterizaron también en esta fase por un mayor grado de impermeabilidad respecto a los de fases anteriores del proceso civilizatorio, así como por un mayor nivel de diferenciación, alcance y polarización. Por ejemplo, en el ámbito europeo, las relaciones internas disminuyeron su frecuencia en el sentido de que se redujo el número de ordenaciones legislativas, de unidades

administrativas, de dispositivos políticos, de centros industriales, de organizaciones militares o de entidades comerciales, los cuales, a su vez, gozaron de mayor estabilidad. Las demarcaciones también fueron “proteccionistas” en el sentido de que tendieron a garantizar las iniciativas estatales frente a las locales. Al mismo tiempo, aumentó la diferenciación de las relaciones entre los distintos componentes sociales (un ejemplo habría sido el aumento del número de “ministerios” en los gobiernos, para incluir nuevos asuntos), así como su alcance, en el sentido de que el entramado relacional estuvo integrado por una cadena más larga de instituciones e individuos. También lo hizo la polarización, de forma que el Estado se fue convirtiendo en “motor” de iniciativas frente a otro tipo de instituciones.

Por lo que hemos dicho hasta ahora, cabría pensar que las distintas formaciones sociales se encontraban en una situación de equilibrio en sus relaciones fronterizas e internas. Nada más lejos de la realidad. Aunque hayamos hablado de un aumento general de la impermeabilidad fronteriza y provincial respecto a fases anteriores del proceso civilizatorio, lo cierto es que el grado de aumento varió en las distintas formaciones sociales dando lugar a distintos tipos de fenómenos. En el ámbito europeo, por ejemplo, la posición de competencia de países como Gran Bretaña, Francia o Prusia fue crecientemente ventajosa respecto a otros Estados, con el efecto de que éstos últimos tenían *relativamente* una mayor permeabilidad fronteriza (y por ello estaban más expuestos a las influencias e injerencias de aquellos). En ocasiones, como sucedió en el caso de Polonia, la debilidad relativa fue tal que llevó al “reparto” del país entre rusos, prusianos y austríacos que se prolongaría desde 1772-1795 hasta después de la Primera Guerra mundial. En los espacios italiano y alemán, la posición predominante de ciertos Estados como Prusia o el Piamonte se tradujo en procesos de “unificación nacional” por incorporación o asociación de otros Estados vecinos. La “fortaleza” en la situación de competencia no tenía por qué tener una concreción “formal”, sino que podía ser “informal”. Ejemplos de esto habrían sido, entre otros, el desarrollo de las inversiones de capital británico o la influencia de las instituciones científicas francesas en otros países europeos.

De modo análogo, había países europeos en los que se fue constituyendo un dispositivo político, un aparato administrativo, un núcleo industrial y comercial con un mayor grado de autonomía respecto al resto de los que existían previamente en esa sociedad (que quedaron expuestos a la influencia e injerencia de aquellos). Dependiendo del grado de autonomía, dichos países habrían quedado organizados en forma de Estados provinciales, regionales o federales entre otras posibilidades. En otros países donde el desarrollo de las instituciones estatales fue menor, se dieron, por el contrario, procesos de “fracturación” más o menos intensos. Por ejemplo, desde la segunda mitad del siglo XIX el Imperio Austro-húngaro y el Imperio otomano experimentaron crecientes problemas de cohesión interna que dieron lugar finalmente a la constitución de múltiples formaciones sociales en Europa oriental, los Balcanes y Oriente Próximo.

Todas estas transformaciones externas y externas de las formaciones sociales se caracterizaron por su simultaneidad. De ahí que aquellas con mayor capacidad de afirmación exterior fueran también aquellas donde hubo un mayor grado de estatalización interna. El grado de impermeabilidad de los límites externos se asociaba al de los internos y su variación era simultánea. Por ejemplo, en Europa, la expansión de la Francia napoleónica se asoció a la creación de un aparato estatal que fue considerado modélico en la Europa de la primera mitad del siglo XIX. Posteriormente, fue Prusia la que ocupó un papel destacado en el concierto europeo y fue imitada en su organización estatal y militar. En contraste, la paulatina debilidad y contracción territorial del Imperio Austro-Húngaro se asoció con una transformación del régimen imperial que permitió una mayor representación de ciertos reinos y territorios que hasta entonces habían ocupado una posición secundaria en el seno de dicha formación social.

La simultaneidad del entramado de límites europeo no sólo implicaba que un Estado y su centro se crearan al mismo tiempo, sino que también lo hicieran otros Estados y las periferias. Así, la expansión de Francia durante el Primer y Segundo Imperio favoreció, por ejemplo, los procesos de “unidad nacional” en Alemania e Italia, mientras que la constitución del Estado centralista napoleónico llevó consigo la creación de una administración local. Aunque antes hemos afirmado que ciertos Estados europeos y ciertas

instituciones internas fueron “motores” de iniciativas, esto no quiere decir que se constituyeran previamente y “difundieran” sus modelos hacia otros Estados e instituciones. Simplemente la “fortaleza” de un Estado respecto a otros era relacional, lo que implica que era una función de la configuración simultánea de todos ellos. Lo mismo se podría decir respecto a la relación entre la administración estatal y la local. Por tanto, un grupo de Estados, y sus centros y periferias, se configuraban al mismo tiempo como parte de un mismo proceso.

Por otra parte, la continuidad de los entramados de límites determinó también que la ordenación de las relaciones exteriores y de la estructura interna de cada sociedad tuviera lugar de forma transversal. Por ejemplo, la consolidación de Francia en el escenario europeo desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX no debería interpretarse aisladamente como un mero proceso de anexión de territorios, de imposición de alianzas o de dominio cultural y científico, sino en el marco de un proceso de interacción con otras formaciones sociales que habría provocado una reorganización general del escenario europeo. De forma semejante, en ese mismo periodo, la consolidación del Estado francés configurado según el modelo napoleónico no debería analizarse separadamente como un mero resultado de la supresión de las instituciones locales, sino como parte de una reorganización general de la estructura interna del país en la que las instituciones locales intervinieron activamente y vieron transformado su papel al mismo tiempo que se transformaba el del Estado. Desde nuestro punto de vista, la posición de competencia de un Estado, por muy fuerte que sea, no sería sólo resultado de sus propias actuaciones sino también de las de los Estados vecinos, del mismo modo que su desarrollo estatal sería incomprensible sin tener en cuenta las iniciativas de las instituciones locales. En definitiva, como ya señalábamos anteriormente, los procesos de competencia externa y autonomía interna que hacen evolucionar los límites externos e internos deberían explicarse teniendo en cuenta la intervención activa de todos los elementos participantes, independientemente del equilibrio final de fuerzas.

Ahora bien, como ya señalábamos, estos procesos de transformación simultánea y transversal de los límites externos e internos en el sentido de una mayor impermeabilidad (y

diferenciación, alcance y polarización) tuvieron lugar en un marco de competencia entre formaciones sociales y de autonomización de instituciones que dieron lugar a la reducción del número de límites y con ello a la constitución de un menor número de formaciones sociales e instituciones. En el ámbito europeo, la tendencia no fue hacia un equilibrio entre los distintos Estados sino hacia el predominio de Gran Bretaña, Francia, Prusia y Rusia, del mismo modo que las instituciones estatales fueron adquiriendo un mayor grado de autonomía interna. No obstante, en este punto se hace imposible seguir manteniendo nuestro análisis en Europa, ya que la reorganización de límites afectó progresivamente a todo el mundo y hubo otras formaciones sociales extraeuropeas cuya participación fue, al menos, tan destacada como la de las europeas.

Aquí surgen varios problemas. El primero es que la actuación de los Estados europeos en el resto del mundo ha sido descrito con conceptos como colonización o imperialismo, en principio distintos de los que se han empleado para el ámbito europeo. Aparentemente, los procesos habrían sido distintos en uno u otro ámbito y sin relación entre sí. En nuestra opinión esto no fue así, aunque parezca difícil de asumir en tanto en cuanto muchas formaciones sociales extraeuropeas se encontraron en situación de extrema inferioridad en el contexto mundial y, en muchos casos, llegaron a desaparecer por diversas circunstancias. Pero, en nuestra opinión, los procesos de expansión colonial, de imperialismo “formal” o “informal” u otros no se habrían diferenciado esencialmente de los desarrollos que tuvieron lugar en el ámbito europeo. Aunque la complejidad de muchas sociedades africanas, americanas, asiáticas y oceánicas fuera mucho menor, aunque el grado de impermeabilidad, de diferenciación, alcance y polarización de sus límites fuera mucho menor, esto no quiere decir que no tuvieran un papel activo en los procesos de competencia y autonomización, que no buscaran sus propios objetivos, que no tuvieran capacidad para influir sobre aquellas sociedades que trataban de asimilarlas, colonizarlas o destruirlas. De nuevo las diferencias, aunque llegaran a ser extremas, habrían sido únicamente de grado.

Por ejemplo, no deberían considerarse como hechos radicalmente distintos las “guerras napoleónicas”, la guerra de Crimea o la guerra franco-prusiana, por un lado, y la

expedición de Bonaparte a Egipto, la colonización francesa de Argelia, la ocupación de la India por Gran Bretaña, o el “reparto de África”, por otro. Generalmente se establece en el ámbito bélico una distinción entre guerra y colonización, como si se tratara de fenómenos sin relación entre sí en un doble sentido. En primer lugar, como si los conflictos armados respondieran a distintas causas, tuvieran distinta naturaleza, dependiendo de las sociedades que se enfrentaran entre sí o dependiendo de si tuvieran un carácter externo o interno. En segundo lugar, como si todos estos conflictos armados en que una sociedad se viera implicada no se condicionaran mutuamente entre sí.

Esto es lo que nos lleva a hablar de la existencia de un proceso de imperialización, en vez de considerar separadamente los procesos de estatalización y colonización tal y como los concebía Elias. La fase contemporánea de dicho proceso no habría sido esencialmente distinta de fases precedentes, salvo porque los imperios en competencia se encontraban ahora distribuidos por todo el mundo y porque la organización imperial podía incluir instituciones y territorios de diversos continentes. Es cierto que la reordenación de límites externos e internos en Europa fue menos profunda, porque las sociedades en competencia eran más equilibradas entre sí y también las instituciones. Por el contrario, los Estados europeos en competencia con aborígenes australianos, nativos americanos, tribus y reinos africanos o Estados árabes y orientales se encontraron en una situación de gran fortaleza que produjo una transformación profunda de los entramados de límites externos e internos en estas regiones geográficas.

No obstante, todos estos procesos respondían a los mismos motivos de competencia y autonomía, ocurrieron de forma simultánea y transversal y provocaron la modificación del conjunto de límites externos e internos tanto los europeos como los no europeos. De ahí que no hubiera más que una diferencia de grado entre la ocupación alemana de Alsacia y Lorena y la expansión alemana en África central, entre los cambios de régimen en Francia y los que ocurrieron en Argelia, entre los levantamientos en la India británica y en Irlanda, entre las reivindicaciones de los colonos británicos en Canadá y las reivindicaciones burguesas en Gran Bretaña, entre las alianzas en Europa y los “repartos” de “zonas de influencia” en otros continentes. Se trataba de diferencias de grado en un proceso de

imperialización en el que el número de formaciones sociales e instituciones que se iban configurando era progresivamente menor, aunque su tamaño y repercusión fuera aumentando.

Un segundo problema a la hora de considerar la existencia de un proceso de imperialización viene dado por la tradicional limitación del carácter “imperial” a sociedades e instituciones que adoptaron explícitamente esta denominación, que actuaron fuera de sus espacios geográficos originales (Gran Bretaña, Francia, Rusia, Holanda, España, Portugal) o a un periodo cronológico concreto (“the Age of Empire” entre 1870 y 1914, según Eric Hobsbawm). En nuestra opinión, sin embargo, la constitución de formaciones imperiales durante los siglos XVIII-XX no debería limitarse a estos criterios. Así, por ejemplo, aunque el Imperio alemán se configuró fundamentalmente en Europa, habría constituido una formación imperial. Japón también puede ser considerado como tal, a pesar de que durante mucho tiempo su condición “asiática” pareció excluirlo. Las repúblicas independientes americanas del siglo XIX, desde Estados Unidos hasta Argentina, pasando por Brasil (que tuvo régimen imperial entre 1822 y 1889), México (que lo tuvo en 1822-23 y 1864-67) o Perú, habrían sido formaciones imperiales entre otras cosas porque se extendieron hacia territorios ocupados por múltiples sociedades indígenas (Amazonia, Medio Oeste norteamericano, Patagonia) y países vecinos (guerra entre Paraguay, Uruguay, Brasil y Argentina; guerra entre Estados Unidos y México; guerra entre Bolivia, Chile y Perú; guerra entre Argentina y Chile).

En definitiva, durante este periodo el pequeño grupo de formaciones sociales que fue consiguiendo un enorme (y creciente) grado de impermeabilidad, diferenciación, alcance y polarización en sus límites internos y externos incluía tanto imperios europeos como no europeos. Por ejemplo, según el historiador Paul Kennedy, a finales del XIX existía una “teoría de los tres imperios mundiales”, dos de los cuales serían Estados Unidos y Rusia, mientras que el Imperio británico, el Imperio francés, el Imperio alemán, el Imperio Austro-Húngaro o Japón debían competir por la plaza restante²⁶². Después de la Segunda Guerra Mundial, se pasó a un mundo “bipolar” dominado por Estados Unidos y la

²⁶² KENNEDY (1987), pp. 195-196.

Unión Soviética y en la actualidad parece que asistimos a la constitución de Estados Unidos como única potencia mundial. Esto no obsta para que la mayoría de imperios de este pequeño grupo tuvieran un común origen europeo.

Un tercer problema que se plantea al analizar el proceso de imperialización es mostrar su carácter continuo a nivel mundial. La división entre estatalización y colonización se ha visto favorecida por la falta de atención a aquellas formaciones sociales que ocuparon un lugar intermedio entre los grandes imperios y las minúsculas sociedades nativas de América, Oceanía, África o Asia. Sin embargo, hubo ciertas sociedades que consiguieron un desarrollo de sus límites lo suficientemente importante como para frenar durante un tiempo el alcance de las influencias e injerencias de los imperios principales, así como los procesos de fragmentación interna. En el siglo XIX, estas sociedades fueron calificadas a menudo como “enfermas” o “moribundas” por su creciente posición de debilidad en el contexto internacional y posteriormente se interpretó que habían estado dentro del radio de acción del “imperialismo informal” de distintos imperios²⁶³. En general se trataba de sociedades que habían mantenido o adquirido pretensiones imperiales, pero que progresivamente fueron perdiendo este carácter. Creemos que en este grupo habrían figurado, por ejemplo, el Imperio español, el Imperio portugués, el Imperio holandés, el Imperio austro-húngaro, el Imperio otomano, el Imperio xerifiano (Marruecos), el Imperio chino, el Imperio mogol de la India, el Imperio abisinio, el Imperio azande, el Sultanato de Egipto, el Imperio persa, el Reino de Siam, el Reino de Arabia o muchas Repúblicas sudamericanas. No se trataba de un grupo homogéneo sino con diferentes grados de desarrollo y diferente evolución histórica.

No se trata de crear una tipología para clasificar todas las sociedades mundiales en tres compartimentos estanco, sino más bien de señalar que todas ellas se encontraban inmersas en procesos comunes de competencia y autonomización, simultáneos y transversales, en los que las diferencias, aunque pudieran ser inmensas, no eran más que de grado. Entre un imperio europeo y una tribu aborígen del Pacífico se podía encontrar toda

²⁶³ Kennedy habla de “middle powers” para referirse a países como España, China, Italia e incluso Francia que sufrieron por mantenerse en la primera línea de la lucha por el poder mundial o simplemente dejaron de hacerlo. KENNEDY (1987), pp. 194-195.

una escala de formaciones sociales cuyos entramados de límites eran más o menos impermeables. Como resultado de la competencia se fue configurando un número muy reducido de entramados (en última instancia, uno solo) con capacidad para definir sociedades e instituciones de ámbito cada vez mayor (en última instancia, una única sociedad global). Un gran número de límites externos se fueron convirtiendo en internos, pero esto no sucedió por difusión o asimilación, sino que en el proceso tanto los nuevos límites externos como los internos cambiaron sus características, y es aquí donde se puede identificar la iniciativa de todas las formaciones sociales e instituciones, hasta de las más débiles.

Para terminar esta brevísima exposición de la fase contemporánea del proceso de imperialización, hay que señalar que la centralidad de los límites en la explicación de la evolución de las formaciones sociales y de sus instituciones internas también afecta a la interpretación de la relación civil-militar dentro y fuera de una sociedad. Como ya señalábamos, Elias se ocupó muy brevemente del tema y consideraba que “el monopolio financiero no es previo al militar y el militar no es previo al financiero, sino que se trata de las dos caras de la misma organización monopolística”²⁶⁴. De forma semejante, para el historiador Paul Kennedy

“the history of the rise and later fall of the leading countries in the Great Power system since the advance of western Europe in the sixteenth century – that is, of nations such as Spain, the Netherlands, France, the British Empire, and currently the United States – shows a very significant correlation *over the long term* between productive and revenue-raising capacities on the one hand and military strength on the other”²⁶⁵.

A pesar de estas afirmaciones, el estudio de la relación civil-militar no suele atender al carácter de esa relación estructural, lo que ha afectado indudablemente a la comprensión de problemas más específicos como la cuestión del control del poder político. Toda una línea de teóricos y sociólogos de la relación civil-militar como Samuel Huntington, Morris Janowitz o Amos Perlmutter, así como un buen número de historiadores, se han ocupado de la cuestión fundamental de por qué, debido a qué factores, en unos países ha existido una

²⁶⁴ ELIAS (1993), p. 345.

tradición de supremacía del poder civil y en otros ha tenido lugar el ascenso de los militares al control directo del poder político, del gobierno del Estado²⁶⁶.

En nuestra opinión, tanto las interpretaciones de Elias y Kennedy, como las de los teóricos e historiadores a los que se ha hecho referencia, se han basado en la consideración estrictamente separada de “lo civil” y “lo militar”, a pesar de que se haya reconocido más o menos explícitamente su interrelación mutua y su evolución sincrónica. Desde la perspectiva de los límites, “lo civil” y “lo militar” serían una función de las relaciones colectivas establecidas entre formaciones sociales o entre sus elementos, constituyendo como dos polos de una escala continua en las mismas. Las relaciones limítrofes externas e internas estarían más militarizadas cuanto menor fuera la diferencia de grado en la impermeabilidad de los límites, es decir, cuanto más semejantes fueran las formaciones sociales en competencia o las instituciones en pugna por su autonomía. Y viceversa, el civilismo sería una función de relaciones limítrofes más desiguales.

De ahí, por ejemplo, que durante la fase contemporánea del proceso de imperialización, las relaciones entre Gran Bretaña, Francia y Prusia en el ámbito europeo, por ser sociedades más o menos semejantes, tuvieran un fuerte componente militar. De modo análogo, dentro de cada uno de sus ámbitos estatales metropolitanos, las relaciones también se caracterizaran por esta tendencia. Esta afirmación no es incompatible con otra que hicimos anteriormente, según la cual el número de conflictos armados entre estas sociedades y dentro de ellas se fue reduciendo con el tiempo. No es incompatible porque no se debe reducir “lo militar” a “lo bélico”. Así, el hecho de que Francia y Prusia sólo se enfrentaran directamente en dos ocasiones a lo largo del siglo XIX, no impidió que en ambos países se fueran constituyendo potentes estructuras militares que incluyeron desde ministerios hasta cuarteles, desde cuerpos especializados hasta sistemas de reclutamiento universal. Igualmente, el hecho de que las protestas sociales revolucionarias o antirrevolucionarias se redujeran a ciertos momentos puntuales en ese mismo periodo, no impidió que en ambos países se desarrollaran complejos sistemas de control policial.

²⁶⁶ KENNEDY (1987), p. XVI.

2.6. Sanidad y proceso de imperialización: el *proceso de sanitización* y los límites sanitarios. Diferencias con las teorías de la “medicalización” y el “Homo hygienicus”.

Como ya señalábamos anteriormente, el análisis de Elias del proceso de estatalización en su obra *El proceso de civilización* sólo alcanzaba hasta los prolegómenos del Estado absoluto, es decir, terminaba en el momento en que el aparato estatal no sólo se hace permanente, sino que diversifica sus funciones más allá de la militar y la fiscal que habían constituido hasta entonces su núcleo. Por ello, asuntos como las luchas familiares y dinásticas por el establecimiento y control de monopolios de la violencia física y de los ingresos fiscales son los que ocupan la mayor parte de la obra de Elias y no hay ocasión para plantear la evolución de otros asuntos como la política exterior, el orden público, el comercio, la industria, la justicia o la educación.

En nuestra opinión, se trata de otro aspecto criticable de la teoría de Elias, que se suma a los ya comentados. Concretamente la crítica apunta al hecho de que estos asuntos que acabamos de enumerar no sólo estarían presentes en la fase contemporánea del proceso de civilización, sino en todas sus fases. Evidentemente, su nivel de desarrollo variaría de una a otra, pero existirían en todas ellas. La marginación de estos aspectos y la consiguiente elaboración de un relato histórico centrado en la política y en los grandes personajes es comprensible si tenemos en cuenta el momento en que Elias escribió su obra. Fuera ese el motivo o simplemente una cuestión de limitar la extensión de su obra, ya de por sí extensa, el caso es que cualquiera de aquellos aspectos sería, en nuestra opinión, susceptible de análisis civilizatorio.

En relación con el ámbito de la higiene, Elias formuló de forma puntual algunas ideas que posteriormente han sido desarrolladas por sus discípulos o por autores que han seguido su teoría civilizatoria. Por ejemplo, Elias afirmaba que “la mayor parte de las prohibiciones que las personas se impusieron a sí mismas en los tratos con los demás, una parte mucho mayor de la que habitualmente se piensa, no tiene la más mínima conexión con la ‘higiene’, sino que se relaciona incluso hoy meramente con la ‘delicadeza de la sensibilidad’”. Primero habría tenido lugar un cambio en el comportamiento de la gente en

²⁶⁶ HUNTINGTON (1957); JANOWITZ (1959); PERLMUTTER (1982).

sus relaciones con los demás y sólo después estas conductas habrían sido valoradas como “higiénicamente correctas”, es decir, acordes con el conocimiento médico²⁶⁷. A partir de esta idea, Johann Goudsblom ha considerado que “la higiene ha servido principalmente como racionalización *a posteriori* de cambios provocados por otras fuerzas sociales”²⁶⁸. Del mismo modo, Patrice Pinell señala que “en la construcción del ‘comportamiento civilizado’ característico del grupo dominante, la preocupación higiénica no desempeñó ningún papel. Los descubrimientos médicos del siglo XIX sobre las enfermedades infecciosas dieron *a posteriori* un plus de legitimidad a este comportamiento civilizado”²⁶⁹.

En realidad, estas ideas se refieren al ámbito de la “higiene individual” y, por tanto, de las ideas y prácticas médicas, más que a la sanidad en cuanto ámbito de la salud y la enfermedad colectivas. Respecto a éste último, la historiadora de la salud pública Dorothy Porter ha propuesto utilizar las ideas de Elias para abrir nuevas perspectivas en el estudio de las cuestiones sanitarias. En su opinión, la utilización de la teoría civilizatoria de Elias permitiría investigar “cómo la salud participó en la construcción de normas [usos, convicciones] en la sociedad y la manera en que esto determinó la integración y la diferenciación social”. Para ello sería necesario “comparar narrativas de salud poblacional” y “examinar la influencia de la ordenación sanitaria en el proceso de formación del Estado”. Para Dorothy Porter, la historia de la salud pública debería contribuir a aclarar “cómo las acciones colectivas que buscaban regular o mejorar la salud de las poblaciones estuvieron implicadas en el cambio de la relación histórica entre el proceso de civilización [entendido como cambio en las pautas de comportamiento] y la formación del Estado”²⁷⁰.

Nos parece que las propuestas de Goudsblom, Pinnell y Porter adolecen de un defecto común derivado de su aceptación acrítica de la teoría civilizatoria de Elias. Este defecto no se refiere a la conexión existente entre los cambios en la higiene individual y en la sanidad apuntado por Porter, sino al hecho de que, bien en el campo individual, bien en el colectivo, los desarrollos médico-sanitarios aparecen subordinados a la evolución de las

²⁶⁷ ELIAS (1993).

²⁶⁸ GOUDSBLOM (1986), p. 162.

²⁶⁹ PINNELL (1996), p. 1.

²⁷⁰ PORTER (1999a), p. 16.

relaciones entre grupos de poder o de los aparatos estatales respectivamente. En nuestra opinión, y limitándonos al ámbito sanitario, los aspectos políticos o administrativos del proceso de imperialización tal y como lo hemos definido previamente, no constituyen el referente último desde el que explicar los desarrollos colectivos en la sanidad (o en la educación, la cultura, la justicia, la economía, el ejército), sino que cualquiera de estos desarrollos contendría en sí mismo, sería en sí mismo una forma del proceso de imperialización.

Este mismo hecho sería criticable en otras perspectivas cercanas a una visión “civilizatoria” de la sanidad como la teoría de la “medicalización”, desarrollada desde los años 60. Esta teoría no constituye en definitiva sino una aplicación concreta de ciertos enfoques sobre el tema del “disciplinamiento social” al que nos referimos al principio de esta introducción y entre los cuales figuraba a su vez la teoría civilizatoria de Elias. Por medicalización se han entendido y se entienden muchas cosas porque se trata de un tema que ha sido estudiado por historiadores generales, historiadores de la medicina, sociólogos e intelectuales en general de muchos países. No obstante, según el historiador de la medicina alemán Alfons Labisch, se ha consolidado una visión dominante determinada por la influyente obra de Michel Foucault, “aún cuando no le corresponde a él plenamente el derecho de primogenitura” sobre el concepto²⁷¹. De acuerdo con ella, la medicalización habría sido un proceso histórico desarrollado en Europa desde el siglo XVIII en el cual “la medicina, al servicio de las élites sociales, penetró los ámbitos relacionados con la salud y la enfermedad que hasta entonces habían permanecido autónomos; introdujo patrones de interpretación y modelos de atención médico-rationales; y de esta forma contribuyó a imponer las formas de dominación propias de las sociedades modernas”²⁷². Medicalización habría supuesto, entre otras cosas, monopolio de las concepciones de salud y enfermedad por parte de la biomedicina (y subsiguiente marginación de otras concepciones); monopolio de la asistencia al enfermo por parte de los médicos, cuya formación y ejercicio estarían

²⁷¹ Para Labisch, el concepto “foucaultiano” de medicalización fue formulado como tal en las monografías *Histoire de la folie* (1961) y *La naissance de la clinique* (1963) y en un artículo titulado *La politique de la santé au XVIIIème siècle* (1976). LABISCH (1992a), p. 296. Sobre el origen y las diferentes concepciones del concepto de medicalización ver, GOUBERT (1982a) y (1982b); FAURE (1990); LABISCH (1992a), pp. 295-308; LOETZ (1994).

²⁷² LABISCH (1992a), p. 295.

sancionados por el Estado (y subsiguiente marginación de otros sanadores); e imposición de las formas de comportamiento burguesas a través del discurso y las prácticas médicas (y subsiguiente marginación de las conductas de las clases obreras y campesinas).

Dentro de esta corriente general de la medicalización, existe una perspectiva particular que se acerca más a una visión propiamente “civilizatoria” de la sanidad, tanto por sus bases teóricas, como por la concepción que tiene de aquel proceso. Se trata precisamente de la del ya citado Alfons Labisch, elaborada a través de investigaciones desarrolladas desde mediados de los años 80 y expuesta en el curso de una serie de publicaciones que culminaron en su monografía titulada *Homo hygienicus*²⁷³. Aunque Labisch construyó en parte su “teoría del *Homo hygienicus*” sobre la teoría civilizatoria de Elias, su perspectiva sobre la medicalización se basa sobre todo en los conceptos de “proceso de racionalización” y “tipos ideales” tomados de la obra de Max Weber. Labisch define los “tipos ideales de salud” como construcciones intelectuales utópicas pero con valor interpretativo o heurístico, que permiten ordenar y conectar en una visión unitaria (cosmológica, moral, social, intelectual) los hechos relacionados con la salud individual y pública que acontecieron en un periodo histórico concreto. No obstante, de entre todos los posibles tipos ideales de salud que han podido existir, su investigación se limita a aquellos que se basan en una “interpretación teórico-racional” de la salud, es decir, los que se desarrollaron en Occidente. Como afirma el propio Labisch:

“Sólo en el ámbito de influencia del racionalismo occidental, sólo en las culturas occidentales se desarrolló una medicina de base científico-natural. Nuestra investigación comienza, por tanto, cuando en los comienzos del periodo moderno [...] se elaboraron y pusieron en práctica formas teórico-rationales de salud”²⁷⁴.

²⁷³ LABISCH (1985a), (1985b), (1986), (1989), (1992a), (1992b), (1993). La obra de Labisch ha tenido una importante repercusión entre los historiadores de la medicina de nuestro país. Para una perspectiva sobre su introducción en España, ver MOLERO MESA (2004). Algunos trabajos donde se han aplicado o analizado las ideas “labischianas” son MOLERO MESA (1989), (1998), (1999) y (2001); RODRÍGUEZ OCAÑA, MOLERO MESA (1993); GÓNZALEZ DE PABLO (1995) y (2004); HUERTAS (1994) y (1998). En 2002, durante la celebración del XIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, tuvo lugar una mesa redonda en la que diversos autores reflexionaron sobre el modelo interpretativo de Alfons Labisch y sus semejanzas y diferencias con otros como el de Michel Foucault. Ver: MARTÍNEZ ANTONIO (2004b); GIRÓN SIERRA (2004); CAMPOS MARÍN (2004a); JIMÉNEZ LUCENA (2004); MOLERO MESA (2004).

²⁷⁴ LABISCH (1992a), pp. 40-41. La traducción es mía.

Labisch describe, por tanto, los tipos ideales de salud individual y colectiva que se sucedieron en los países europeos occidentales durante las edades Moderna y Contemporánea. Ahora bien, no considera que los sucesivos tipos ideales fueran hechos aislados, sino fases de un proceso direccional, basados en concreto en una forma especial del “proceso de racionalización del mundo” de Weber: el “proceso de racionalización del cuerpo”. En la Edad Contemporánea habría culminado la progresiva racionalización del cuerpo que, a través de la ciencia, fue concebido como un hecho estrictamente natural. Sobre esta base, la salud se habría convertido a su vez en un concepto científico y, por ello, neutral, libre de los valores religiosos o morales a los que había estado asociada con anterioridad. Esto le habría convertido en un valor en sí mismo con capacidad de articular tanto la vida colectiva como las conductas individuales.

Para Labisch, y aquí aplica la teoría civilizatoria de Elias, la salud habría jugado un papel clave en las sociedades modernas a un doble nivel colectivo e individual. Respecto a lo primero, habría contribuido a la consolidación del aparato estatal y a la integración pacífica de la clase obrera en la sociedad burguesa, uno de cuyos mecanismos habría sido el establecimiento de un sistema de seguros sociales para los trabajadores más o menos patrocinado por el Estado. En el segundo nivel, habría permitido “civilizar” la conducta de los obreros, la cual, a ojos de los burgueses, se caracterizaba por una mezcla de “borrachera, suciedad y libertinaje”²⁷⁵. En este sentido, la internalización del nuevo concepto de salud habría dado lugar a la aparición del *Homo hygienicus*, entendido como “aquel individuo para quien la salud constituye el valor supremo y que orienta su modo de vida en función de las normas derivadas de los conocimientos científicos de la medicina”²⁷⁶.

²⁷⁵ LABISCH (1985a), p. 600.

²⁷⁶ LABISCH (1985a), p. 610. LABISCH (1992a), p. 134. Patrice Pinell ha formulado con posterioridad a Labisch un concepto parecido, el de *Homo medicus*, con el cual pretende describir la evolución del rol de los pacientes ante su enfermedad en la actualidad. En su opinión, los pacientes actuales “deben ser auxiliares médicos entrenados para tomar parte en su propio cuidado médico”. Esto sería un paso más en un proceso de racionalización de la enfermedad y el cuerpo y de autocontrol de las emociones a través del cual el paciente se habría convertido en “un sujeto ideal desde el punto de vista médico, pero que puede considerarse como un perfecto esquizofrénico dividido en dos personalidades, una de las cuales es capaz de objetivar completamente a la otra”. PINNELL (1996), 14. No obstante las similitudes de este concepto con el de *Homo hygienicus*, Pinnell ignora los trabajos de Labisch que se ocupan del tema. Por otra parte, esta idea de Pinnell

Al margen de su diferente fundamentación teórica y de su carácter procesual-direccional, la teoría de Labisch presenta otra diferencia, que consideramos crucial, en relación con el enfoque foucaultiano sobre la medicalización. Este enfoque responde en última instancia, según Labisch, a una preocupación por la transmisión de poder social o por la dominación organizada, a través de la medicina en las sociedades modernas. Pero, en su opinión, “este hecho no sólo es innegable, sino que en definitiva es inevitable”, porque *cualquier* marco configurador de la salud individual y colectiva será siempre un componente del poder social y la dominación²⁷⁷. Una vez aceptado esto, el problema principal se convierte en analizar la forma que en cada periodo histórico adopta dicho marco; mediante que factores o condiciones se establece frente a otros modelos existentes; qué soluciones aporta y qué dificultades crea; qué nuevas posibilidades ofrece para el manejo de la salud y la enfermedad y cuáles prohíbe; y también, por supuesto, de qué manera particular y diferente de otros anteriores contribuye al disciplinamiento social. En definitiva, la relación medicina (sanidad)-sociedad sería una constante histórica y sólo variaría su forma concreta de realizarse. Las diversas formas se diferenciarían entre sí únicamente en su grado de racionalización²⁷⁸.

En cualquier caso, ni la teoría de Labisch ni la de la medicalización en general nos parecen ser propiamente una versión de la teoría civilizatoria en el campo de la salud y la enfermedad colectivas. Así, Labisch coincide con Elias en la preocupación preferente por la transformación de las conductas individuales, de ahí el papel clave del concepto de “Homo hygienicus”. Es cierto que Labisch ha analizado el desarrollo del sistema sanitario en el caso de Alemania (desde la creación de las primeras instituciones sanitarias urbanas siguiendo el modelo de las de las ciudades del norte de Italia durante el Renacimiento, hasta la formación de un complejo sistema de seguros sociales en el seno del Estado). Pero para él, como para Elias, dicho análisis tiene importancia no en sí mismo sino porque permite explicar cómo la salud se convirtió en un concepto neutral que contribuyó a que los

contradice claramente su aceptación de la idea de Elias (señalábamos dicha aceptación anteriormente) según la cual la higiene no ha jugado ningún papel en la transformación del comportamiento de los individuos.

²⁷⁷ LABISCH (1992a), p. 302.

²⁷⁸ El concepto de “racionalización del cuerpo” es una elaboración del sociólogo Brian S. Turner a partir del concepto de “racionalización del mundo” de Max Weber. *Ibid.*, pp. 299-301.

individuos internalizaran los comportamientos higiénicos y abandonaran sus hábitos en relación con la salud y la enfermedad, transformándose en *Homo hygienicus*. Por tanto, su perspectiva subordina las consideraciones sanitarias a las de higiene individual.

Por otra parte, Labisch analiza señala que la transformación de aquellos hábitos, en el caso concreto del periodo de la industrialización en Alemania, contribuyó a la “asimilación” de la clase obrera dentro de la forma de vida burguesa²⁷⁹. Según Labisch, la adopción de comportamientos higiénicos habría sido una forma de que los obreros internalizaran hábitos de autocontrol y previsión característicos de la mentalidad burguesa. Además, la creación del sistema de seguros sociales habría contribuido, por su parte, a que los obreros como clase social y sus organizaciones se integraran respectivamente dentro del sistema político burgués y del aparato del Estado²⁸⁰. Por tanto, el análisis de los desarrollos higiénicos y sanitarios se subordina a acontecimientos de tipo social o político.

En nuestra opinión, como ya indicábamos al comienzo de este apartado, los desarrollos sanitarios contienen en sí mismos, al igual que tantos otros, los fundamentos teóricos y el relato histórico del proceso de imperialización. La evolución de la sanidad sería, en definitiva, una de las formas del proceso de imperialización. No se trataría, por tanto, de que los cambios sanitarios hubieran “contribuido” al desarrollo de los Estados o de los imperios o debieran “aplicarse” a la comprensión de las transformaciones de la conducta individual en relación con la salud y la enfermedad. Tanto la evolución sanitaria, como la imperial, como la de los hábitos higiénicos constituirían materializaciones del proceso civilizatorio general en ámbitos concretos, en cada una de las cuales podrían descubrirse las características específicas de éste. Creemos que esta idea es una consecuencia de la aplicación de nuestra teoría de los límites al ámbito de la salud y la enfermedad colectivas.

De ahí que se pueda hablar de la existencia de un *proceso de sanitarización*. Este concepto pretende explicar la evolución histórica de las relaciones colectivas relativas a la salud y la enfermedad. De forma semejante al proceso de imperialización, el *proceso de*

²⁷⁹ LABISCH (1992a).

sanitarización habría consistido en un proceso plurisecular de evolución de entramados de límites, en este caso sanitarios. Por límites sanitarios entendemos la regulación de las relaciones colectivas relativas a la salud y la enfermedad que se establecen entre dos o más formaciones imperiales y dentro de cada una de ellas en un momento histórico determinado y, a partir de las cuales, los sistemas sanitarios de cada imperio y sus instituciones sanitarias se configuran de forma estable.

El carácter civilizatorio de los límites sanitarios se traduciría en el hecho de que la regulación de las relaciones colectivas relativas a la salud y la enfermedad habría evolucionado de forma direccional a lo largo de las sucesivas fases del proceso civilizatorio. En concreto, el entramado de límites sanitarios habría aumentado en cada fase del proceso de imperialización su grado de impermeabilidad, con lo que habría disminuido la frecuencia o el número de relaciones entre los distintos sistemas sanitarios imperiales y entre las instituciones sanitarias de una formación imperial concreta. Esto se habría asociado con un aumento del grado de diferenciación, alcance y polarización de las relaciones limítrofes sanitarias. Por su parte, el carácter simétrico de los límites sanitarios habría dado lugar a que esta evolución tuviera lugar de forma simultánea (límites externos e internos al mismo tiempo) y transversal (todos los sistemas e instituciones habrían participado activamente).

Como sucedía en el proceso de imperialización, esta evolución no habría tenido lugar de forma lineal ni habría dado lugar a una relación de igualdad entre los distintos sistemas e instituciones. La dinámica de evolución de las relaciones colectivas relativas a la salud y la enfermedad vendría dada por la competencia entre los distintos sistemas sanitarios imperiales y por la autonomización de las instituciones. La transición entre dos fases del *proceso de sanitización* constituiría un periodo de predominio de “fuerzas centrífugas” en el cual el ámbito de competencia y autonomía se habría ampliado, mientras que el número de sistemas sanitarios en competencia y de instituciones en pugna por su autonomía quedarían reducidos en número y su tamaño sería mucho mayor. El entramado de límites se habría reducido al tiempo que su repercusión y alcance habrían aumentado

²⁸⁰ LABISCH (1985a); LABISCH (1992a).

considerablemente. Una vez superado este periodo “centrífugo” se iniciaría una fase “centrípeta” del *proceso de sanitarización*, en la cual los distintos sistemas e instituciones pugnarían entre sí por obtener una posición monopolística o de plena autonomía, es decir, tendría lugar una transformación de todos los límites externos e internos de un ámbito determinado.

Por último, cada sistema sanitario y cada conjunto de instituciones sanitarias internas oscilarían entre un mayor o menor carácter “militarista” o “civilista”. Las tensiones derivadas de la competencia y la autonomización se traducirían en un mayor o menor protagonismo de la sanidad militar o de la sanidad civil. En principio, a mayor impermeabilidad de los límites sanitarios entre los sistemas sanitarios imperiales o entre las instituciones internas, mayor grado de militarización y viceversa. Es decir, cuanto mayor sea la semejanza entre varios sistemas sanitarios o entre instituciones sanitarias internas, mayor será la importancia de la sanidad militar y viceversa.

Evidentemente, esta definición teórica del *proceso de sanitarización* es insuficiente para su comprensión y para valorar sus diferencias con las propuestas interpretativas que hemos analizado en este apartado. El *proceso de sanitarización* tiene un bagaje socio-histórico intrínseco que exige su despliegue detallado como requisito ineludible para su comprensión. En esta memoria de doctorado, vamos a materializarlo en el caso concreto de las relaciones sanitarias entre los Imperios español y marroquí en las décadas centrales del siglo XIX, atendiendo especialmente a la evolución de la Sanidad militar de ambos países y en menor medida a la de su Sanidad civil. No sólo nos permitirá esto dar su auténtica dimensión socio-histórica al concepto de *proceso de sanitarización*, sino que también nos permitirá aportar una nueva perspectiva para la comprensión de ciertos problemas de las relaciones hispano-marroquíes. Como paso previo, procederemos antes a reconstruir históricamente la evolución de la Sanidad militar española en las décadas centrales del siglo XIX, que consideramos no se ha hecho adecuadamente hasta ahora.

**III. EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN LAS DÉCADAS
CENTRALES DEL SIGLO XIX: LA CONFIGURACIÓN DEL MODELO
SANITARISTA**

En el curso del siglo XIX, la legislación y los dispositivos relativos a los asuntos de salud y enfermedad colectiva del Ejército español experimentaron un considerable desarrollo, que transcurrió en paralelo al estancamiento y posterior declive de los de la Armada, afectada decisivamente, también en este ámbito, por la destrucción de gran parte de la flota en la batalla de Trafalgar (1805) y por la definitiva independencia de la mayoría de las posesiones americanas en la década de los años 20. En el siglo anterior, las complejas necesidades asistenciales de la poderosa Armada española se habían afrontado mediante la creación de diversos Hospitales de Marina en la península y en Ultramar (Cartagena, El Ferrol, El Callao, Montevideo); mediante la puesta en marcha de prestigiosas instituciones docentes y de investigación (Colegios de Cirugía de Cádiz y Barcelona), para las que se aprobaron ordenanzas y planes de estudio similares a los de otras instituciones europeas; y mediante la constitución del Cuerpo de Cirujanos de la Armada Real (1728)²⁸¹. El desarrollo alcanzado por estas instituciones de la Armada les convirtió en uno de los principales elementos sobre los cuales se apoyó el proceso de renovación de la medicina militar y civil en España desde el último cuarto del siglo XVIII.

A partir de este momento, la situación cambió significativamente. Durante el siglo XIX, como afirma Martínez Cerro, “dado que el ejército tenía una legislación más avanzada, en el campo de la Sanidad, que la Marina, ésta hacía suyas mediante las adecuadas reales órdenes los progresos de aquel”²⁸². Por ejemplo, el Cuerpo de Sanidad de la Armada se constituyó en 1840, poco después del de Sanidad militar, y sus posteriores reglamentos de 1857 y 1862 buscaron “asimilar su composición a la que ya entonces había sido impuesta en la Sanidad militar”²⁸³. Por otro lado, la reorganización de los hospitales de Marina, que durante varias décadas pasaron a ser administrados por la Hacienda militar, no tuvo lugar hasta la aprobación de las reales órdenes de 1877 y 1890²⁸⁴. A finales de siglo

²⁸¹ Sobre la historia de la Sanidad naval, ver CLAVIJO CLAVIJO (1925) y (1944); RIERA (1969); SÁNCHEZ GRANJEL (1986); LÓPEZ NOVO (1989); GRACIA RIVAS (1995); ASTRÁIN (1991) y (1996).

²⁸² MARTÍNEZ CERRO (1990), p. 110.

²⁸³ RIERA (1969), p. 333.

²⁸⁴ La Real Orden de 1877 sobre el régimen económico y facultativo de los Hospitales de la Armada se inspiró en el Reglamento de Hospitales militares aprobado en 1873. La Real Orden de 1890 supuso la unificación del régimen y organización de los Hospitales de la Armada con los del Ejército sobre la base del nuevo reglamento de Hospitales militares aprobado en 1884. MARTÍNEZ CERRO (1990), p. 110. Sobre la administración de los Hospitales de Marina por la Hacienda militar, ver CLAVIJO CLAVIJO (1944). Para

comenzó un proceso de integración en la Sanidad militar que habría de culminar casi cien años más tarde²⁸⁵.

El paso a primer plano con respecto a la Armada no fue sino un reflejo de las múltiples transformaciones que afectaron a la organización de los asuntos de salud y enfermedad colectiva del Ejército en sus diversas facetas (legislativa, asistencial, corporativa, político-administrativa o doctrinal). En mi opinión, todas estas transformaciones dieron lugar a la constitución (más o menos exitosa, como veremos en este capítulo) de un “modelo sanitarista”, que vino a sustituir al modelo previo de salud pública que existía en el Ejército. El calificativo “sanitarista” pretende resaltar la conexión de este modelo con los desarrollos que en el campo de la salud colectiva estaban teniendo lugar en las décadas centrales del siglo XIX en Europa y también en España²⁸⁶. Dichos desarrollos incluyeron la creación de organismos inspectores en la administración, la configuración de un espacio de decisión “técnica” de los médicos frente a los dirigentes políticos, la institucionalización de la estadística epidemiológica, la formación de cuerpos de profesionales al servicio del Estado o la organización de medidas asistenciales, profilácticas y de salubridad contra enfermedades epidémicas agudas o crónicas. Todos ellos tuvieron también lugar en el marco del Ejército español.

una breve perspectiva general sobre la evolución de la legislación sanitaria de la Armada durante el siglo XIX, ver CLAVIJO CLAVIJO (1925); RIERA (1969); SÁNCHEZ GRANJEL (1986), pp. 102-107.

²⁸⁵ Otros hechos en este sentido, aparte de los ya comentados, fueron los siguientes: en 1879 se creó el cargo de Inspector general del Cuerpo de Sanidad de la Armada a imitación del de Sanidad militar; a partir de 1892, el Laboratorio Central de Medicamentos del ejército se hizo cargo del suministro de fármacos y utensilios de farmacia a la Marina ante la falta de una institución semejante en la sanidad naval. La culminación de estos desarrollos iniciados a finales del siglo XIX llegó en 1989, cuando el personal facultativo de la Sanidad Naval y la Sanidad Militar, junto con el de la Sanidad del Aire, se integraron en un único Cuerpo de Sanidad de las Fuerzas Armadas. MARTÍNEZ CERRO (1991), p. 538; RIERA (1969), p. 334; *LABORATORIO...* (1896), pp. 34-35.

²⁸⁶ El concepto de “modelo sanitarista” ha sido aplicado para definir la nueva configuración de la salud pública en Gran Bretaña a mediados del siglo XIX. MARSET, SÁEZ GÓMEZ (1998). En mi opinión, podría aplicarse en general a nivel europeo, sin ignorar las diferencias entre los distintos países. En este sentido, el modelo “sanitarista” se diferenciaría del previo de “policía médica” y del posterior “higienista”. Sobre la evolución de la salud pública en la España de mediados del siglo XIX, ver, entre otros, LÓPEZ PIÑERO (1984) y (1992); RODRÍGUEZ OCAÑA (1987), (1994a), (1994b) y (1996); FRESQUET FEBRER (1990); HUERTAS, CAMPOS MARÍN (1992); HUERTAS (1994); MARSET, RODRÍGUEZ OCAÑA, SÁEZ GÓMEZ (1998); MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA (2000); BARONA VILAR, BÁGUENA CERVELLERA, BARONA, LLORET PASTOR, DÍAZ ROJO (2000); BETANCOR GÓMEZ (2002); BARONA VILAR (2002); BETANCOR GÓMEZ, MARSET CAMPOS (2004); CAMPOS MARÍN (2004b). Para el contexto europeo, ver, entre otros, ROSEN (1958), PORTER (1994b); RODRÍGUEZ OCAÑA (1992), (1994c); MARSET, SÁEZ GÓMEZ (1998).

3.1. Primeros pasos hacia un modelo sanitarista militar: el Cuerpo de Sanidad Militar y los Reglamentos de 1836, 1846 y 1847.

La primera y más aparente expresión del nuevo modelo de salud pública militar en España fue la creación legislativa en 1836 de un cuerpo único de facultativos del Ejército denominado “Cuerpo de Sanidad militar”. Este nuevo cuerpo vino en principio a agrupar a aquellos que, desde finales del siglo XVIII, habían venido constituyéndose por separado: el “Cuerpo de Cirugía Militar” (1795), el “Cuerpo de médicos-cirujanos del Ejército” (1829) – sustituto del anterior – y el “Cuerpo de Farmacia militar” (1830)²⁸⁷. La agrupación orgánica de todos los facultativos militares en un cuerpo único consolidaba su posición en el seno de la institución castrense, reflejando al mismo tiempo la existencia de una actividad común por encima de sus funciones específicas. La agrupación corporativa constituyó un proceso generalizado dentro del Ejército en aquel periodo, como demuestra la creación en fechas parecidas de los Cuerpos de Infantería y Estado Mayor o la reorganización de los de Caballería, Artillería o Ingenieros²⁸⁸.

En la práctica, dicha agrupación tardó tiempo en lograrse y alternaron los avances con los retrocesos. El citado Reglamento de 1836, aunque fijó oficialmente la denominación corporativa de Sanidad militar, supuso en esencia un paso atrás ya que cortó el proceso de unificación de médicos y cirujanos militares que había empezado a raíz del anterior Reglamento de 1829, consecutivo al decreto de unificación de Pedro Castelló de 14 de julio de 1827 para los facultativos civiles. Médicos, cirujanos y farmacéuticos militares, a pesar del nombre común, quedaron de hecho organizados en “facultades” y escalafones separados, al frente de los cuales se encontraban sus

²⁸⁷ Estrictamente, la primera vez que se empleó oficialmente el término “Sanidad militar” en España fue en 1822, cuando en pleno Trienio Liberal se aprobaron unas “Bases de la organización del servicio de Sanidad militar” redactadas por Mateo Seoane. No obstante, como tantas disposiciones de aquel periodo, la medida no pasó del papel, de forma que la sustitución efectiva del Reglamento del Cuerpo de Cirugía militar, aprobado en 1805, la constituyó realmente el “Reglamento para el gobierno y régimen del Cuerpo de médicos-cirujanos del Ejército” de 1829, en el cual ya no figuraba el término “Sanidad militar”. BASES... (1822); LÓPEZ PIÑERO (1984); SÁNCHEZ GRANJEL (1986), p. 102; MASSONS (1994), III, pp. 24, 70. Con relación al Cuerpo de Farmacia militar, Roldán y Guerrero afirma que esta denominación se empleó por primera vez en 1826, cuatro años antes, por tanto, de que se confirmara oficialmente mediante la aprobación en las Cortes del reglamento de dicho cuerpo. ROLDÁN Y GUERRERO (1955b), pp. 365-366.

²⁸⁸ BUSQUETS (1984), pp. 189-90. PUELL DE LA VILLA (2000b), pp. 62-66.

respectivos inspectores²⁸⁹. Hubo que esperar hasta 1846 y 1847 para que los dos nuevos reglamentos aprobados en esas fechas confirmaran definitivamente la unificación de medicina y cirugía en el Ejército (ya dispuesta desde un Real Decreto de 3 de agosto de 1845) e hicieran realidad un verdadero cuerpo unificado de Sanidad militar.

El débil impulso unificador del Reglamento de 1836 no se extendió al personal auxiliar (practicantes, enfermeros, cabos de sala, soldados camilleros, etc.), cuya organización corporativa y funciones quedaron sin regular. En el Reglamento de 1846, la preocupación fundamental fue garantizar su subordinación en hospitales y enfermerías en tiempo de paz, aunque todavía hubo muchos problemas en este sentido. Mientras, en campaña sí se dispuso la organización de “brigadas facultativas” en cada división o cuerpo de ejército formadas por médicos, practicantes y farmacéutico, así como de “compañías de Sanidad” en cada regimiento, con soldados camilleros, aunque esta medida no se llevó realmente a la práctica²⁹⁰. Por ello, como afirmaba el Médico Mayor Antonio Población en 1880, “los practicantes y enfermeros en sus diversas categorías, no formaron por regla general un cuerpo uniforme e instruido; un cuerpo obligado a obedecer por la ordenanza y los reglamentos a el médico, que siempre debía ser su jefe inmediato y absoluto”²⁹¹. Un nuevo reglamento aprobado en 1853 estipuló por primera vez la organización de la “brigada sanitaria”, pero esta disposición, como el reglamento en su conjunto, quedaron en el papel²⁹².

En conjunto, y no sólo en el ámbito corporativo, el Reglamento de 1836 contribuyó bastante poco al desarrollo del nuevo modelo sanitarista militar, ya que estuvo tan fuertemente condicionado por las necesidades imperiosas de la primera guerra carlista que no se preocupó realmente más que por la organización del servicio de asistencia médico-quirúrgica “en campaña”, que era lo que importaba en aquel momento, dejando a un lado cualquier consideración sobre el servicio “en paz” o sobre medidas para abordar los nuevos problemas médico-sanitarios derivados del aumento de tamaño del Ejército y

²⁸⁹ REAL Decreto... (1836).

²⁹⁰ *Ibid.*, pp. 316-317. El funcionamiento de las compañías de Sanidad se regía todavía según lo estipulado en la Instrucción de 28 de febrero de 1838.

²⁹¹ POBLACIÓN Y FERNÁNDEZ (1880), p. 50.

²⁹² *Ibid.*, p. 49.

del carácter progresivamente estable de su organización²⁹³. Como afirmaba el ministro de la Guerra, Laureano Sanz, en el preámbulo del posterior Reglamento de 1846:

“Disposiciones transitorias nacidas de circunstancias puramente accidentales: Reales ordenes aisladas e inconexas; los médicos de regimiento alejados de los hospitales militares;... falta de uniformidad en todos los ramos del servicio facultativo; un simple real decreto llamado orgánico (el de 1836) pero desvirtuado completamente por infinidad de órdenes posteriores representando la base *aparente* del servicio sanitario del ejército; tales son los elementos que componen hoy día *el triste cuadro* que presenta el cuerpo de sanidad militar”²⁹⁴.

Pero incluso en este nuevo Reglamento de 1846, en el que ya se acometió el desarrollo del servicio “en paz”, no se concretaron – como comenzaba a hacerse en otros Ejércitos extranjeros – esquemas estables de lucha contra ciertas epidemias y enfermedades que empezaron a aparecer con frecuencia en los regimientos militares acuartelados y que condicionaban el rendimiento de los efectivos en caso de guerra. Tampoco se estipuló claramente que hubiera que vigilar regularmente el estado de los cuarteles y hospitales, las condiciones del agua y de los alimentos, de la ventilación y de otros aspectos relacionados, como forma de profilaxis epidémica; que debiera ampliarse la asistencia médica hospitalaria para incluir la atención permanente al personal de los regimientos y de los distintos establecimientos militares, así como el reconocimiento médico de los civiles que periódicamente se incorporaban a los mismos en calidad bien de quintos, bien de futuros oficiales o suboficiales.

Buena prueba de ello fue que dicho reglamento reflejara todavía la pervivencia de saberes, prácticas e instituciones basadas en un modelo de “higiene y policía médica militar”, herencia del siglo anterior. En este sentido, por ejemplo, se disponía la redacción inmediata de un reglamento específico sobre este asunto concreto – aunque no llegó a hacerse. Además, entre las principales obligaciones de los médicos militares, figuraban, por ejemplo, la de “dar parte” de cualquier enfermedad endémica o epidémica y

²⁹³ La principal disposición de este Reglamento era la que instaba “a los Inspectores de las tres facultades [...] para que procedan desde luego a organizar provisionalmente la parte de sus Cuerpos que exija el servicio de campaña”. REAL DECRETO... (1836), p. 41. Para una breve perspectiva sobre la evolución general del Ejército español en el reinado de Isabel II, ver PUELL DE LA VILLA (2000a) y (2000b).

“manifestar” las medidas oportunas al respecto, términos que indicaban la escasa capacidad de acción de los facultativos y su subordinación a las directrices de los jefes militares. El servicio médico de la tropa estaba explícitamente condicionado por la necesidad de control, lo que se reflejó por ejemplo en el deber de los facultativos de

“*indagar* si, además de los enfermos que se les presenten, hay algunos en las compañías que por abandono, por repugnancia al hospital o por cualquier otro pretexto *oculten* sus males con peligro de que estos se agraven o prolonguen; y a los que se hallen en este caso harán que se les extiendan las bajas y que se les *obligue* a pasar también al hospital”²⁹⁵.

Con todo, el nuevo reglamento introdujo una serie de disposiciones que suponían cambios respecto a aquel modelo. Por ejemplo, en relación con la profilaxis de enfermedades, los denominados Jefes de Sanidad militar (con el grado de Vicedirectores y Consultores), responsables de cada uno de los distritos sanitarios en que se organizaba el servicio del Ejército peninsular y de Ultramar, debían llevar a cabo una inspección anual de los hospitales militares y de aquellos civiles que atendieran a personal del Ejército; del asesoramiento a los ingenieros militares en la construcción de cuarteles, colegios, depósitos de material y otros establecimientos; de la recogida de datos estadísticos de los hospitales y regimientos y de su envío mensual a la Dirección General del Cuerpo; de elaborar “las memorias, observaciones y escritos científicos” que ésta les solicitara; y, en general, de todo cuanto pudiera contribuir a “la conservación de la salud y robustez del soldado, a beneficio de las medidas sanitarias, higiénicas y profilácticas que les sugiera su celo y sean conformes a los principios reconocidos de la ciencia”²⁹⁶.

Por su parte, los llamados Jefes locales facultativos de los hospitales (con el grado de Viceconsultores) tenían la obligación de “inspeccionar” los alimentos, medicinas, ropas y enseres y declarar su utilidad o inutilidad; debían vigilar la conservación del instrumental y la reposición periódica de medicamentos²⁹⁷. Por último, los médicos de las guarniciones militares (Primeros y Segundos ayudantes), como parte del recién creado

²⁹⁴ Citado en POBLACIÓN Y FERNÁNDEZ (1880), p. 42. Las cursivas son del autor.

²⁹⁵ REGLAMENTO... (1846), p. 325. Las cursivas son mías.

²⁹⁶ *Ibid.*, pp. 295-296 y 307.

²⁹⁷ *Ibid.*, pp. 304-307.

“Servicio de los regimientos”, debían realizar un examen semanal de alimentos, aguas, cocinas y utensilios, camas y cuadras, cantinas y calabozos, las denominadas “revistas semanales de policía sanitaria”; reconocer los parajes donde habían de establecerse los campamentos; tomar las medidas higiénicas pertinentes en los ejercicios de instrucción; y elaborar informes mensuales sobre “el estado sanitario” de los individuos de sus regimientos y sobre las “revistas semanales de policía sanitaria”, que debían remitir al Jefe de Sanidad militar del distrito²⁹⁸.

Todos ellos tenían además la obligación, cada uno a su nivel, de informar a sus superiores de la aparición de enfermedades “epidémicas o contagiosas” y de tomar las medidas provisionales que consideraran adecuadas para “atajar los progresos del mal”²⁹⁹. Aparte de esta indicación para situaciones excepcionales, comenzaron a llevarse a la práctica algunas medidas concretas para la profilaxis de ciertas enfermedades epidémicas. Por ejemplo, dos Reales órdenes de 1832 y 1843 establecieron la obligación de vacunar a todos los reclutas contra la viruela, incluidos aquellos que ya hubieran sido vacunados previamente³⁰⁰. Respecto a las enfermedades venéreas, una Real orden de 1848 estableció unas “instrucciones” para los médicos militares que incluían realizar una “severa revista” de las camas de los dormitorios, instruir a los soldados para que acudieran al médico a los primeros síntomas y recomendar a las autoridades civiles la “persecución de las mujeres perdidas”. Como señala Josep María Massons, éste último fue de hecho el principal objetivo y, por ejemplo, en 1851, el Jefe de Sanidad del distrito de Andalucía publicó un estudio en el que afirmaba haber reducido los casos de sífilis en su demarcación gracias a su petición de “recoger” en hospitales civiles a las prostitutas³⁰¹.

En relación con la asistencia médica, el Reglamento de 1846 estableció, por ejemplo, que los oficiales y soldados destinados en los cuarteles de los regimientos fueran atendidos de sus dolencias en enfermerías regimentales sin tener que ser trasladados a los hospitales militares más que en casos de gravedad. Los médicos de los regimientos debían

²⁹⁸ *Ibid.*, p. 311.

²⁹⁹ *Ibid.*, pp. 296, 311.

³⁰⁰ MASSONS (1994), III, p. 471.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 508.

también “visitar en sus casas o alojamientos a los jefes y oficiales enfermos de sus respectivos batallones o brigadas que gusten servirse de sus conocimientos” y “concurrir a las juntas facultativas que se celebren para la curación de sus heridas”³⁰². Se trataba de una lógica consecuencia de la consolidación de un ejército permanente, como también lo fue la ampliación de la cobertura asistencial, que ya no sólo incluyó las heridas en acción de combate, sino también los accidentes y las enfermedades epidémicas o contagiosas adquiridas en los cuarteles o establecimientos donde los oficiales y demás personal estuvieran destinados.

Respecto a los hospitales, fueron perdiendo su carácter de hospicios o asilos para convertirse progresivamente en instituciones de asistencia médico-quirúrgica y cuidados especializados³⁰³. Sirve como ejemplo de este proceso de transformación una disposición aprobada en 1831, por la que el Ministerio de la Guerra ordenó el nombramiento de una comisión médica para investigar las razones de la “extraordinaria permanencia de los Militares enfermos en los hospitales, así como con respecto al modo de asistir a los dementes” en la plaza y el distrito de Valladolid. Su objetivo era, en resumidas cuentas, evitar el “abuso” de que los enfermos llegaran a permanecer durante años en los hospitales. Para ello, se propuso, por un lado, fijar una estancia máxima de dos meses, tras la cual, si el militar estaba curado, regresaba al servicio y, si no, se le enviaba a su casa. En caso de que se demostrara “inutilidad absoluta”, se otorgaba al enfermo una pensión de jubilación o se autorizaba su ingreso en el Cuerpo de Inválidos. En caso de demencia, se debía remitir a los enfermos a las Casas de misericordia municipales para que fueran atendidos allí, contribuyendo la administración militar con un tanto por ciento de los gastos³⁰⁴. Desde entonces, los médicos informaron específicamente sobre los enfermos que permanecían más de sesenta días hospitalizados³⁰⁵.

La transformación de hospitales y enfermerías en centros de asistencia requería asimismo un aumento de las competencias de los facultativos dentro de los hospitales y

³⁰² REGLAMENTO... (1846), p. 309.

³⁰³ Esta transformación fue paralela a la que tuvo lugar en el ámbito civil. Sobre esta cuestión, ver VALENZUELA, RODRÍGUEZ OCAÑA (1993); VALENZUELA (1996).

³⁰⁴ REAL ORDEN... (1831), pp. 263-265.

³⁰⁵ REGLAMENTO... (1846), p. 295.

regimientos. El Reglamento de 1846 otorgó a los Jefes facultativos locales la autoridad para distribuir “el personal facultativo de hospitales del modo más conveniente al servicio” y para conseguir que éste personal visitara periódicamente a los médicos de los regimientos. Además, eran responsables de que el servicio hospitalario se hiciera “con todas las formalidades, puntualidad y esmero que requiere su índole”³⁰⁶. En cuanto a los médicos de los hospitales, pasaban a disponer sobre todo lo relativo a la curación de los militares enfermos y de ellos dependían “los practicantes, cabos de sala, enfermeros y demás adictos a cada visita, a quienes podrán amonestar, corregir y aún despedir del establecimiento”³⁰⁷. En los regimientos acuartelados, los médicos también adquirieron en principio todas las competencias en relación con el cuidado de los enfermos y se reforzó su dotación de material y de personal auxiliar. Aumentó además la conexión con los hospitales: los médicos de los regimientos dependían para el servicio del Jefe facultativo local de un hospital concreto, el cual les podía ordenar que acudiesen allí para pasar visita y para participar en eventos científicos³⁰⁸.

La tendencia a la reducción de las estancias de los enfermos se asoció a cambios en las prestaciones o “derechos pasivos” por inutilidad e invalidez. En caso de inutilidad por herida de guerra y enfermedad epidémica o contagiosa adquirida *en acto de servicio*, los oficiales ya tenían derecho a una pensión de jubilación equivalente a siete años de sueldo, siempre que el tiempo de servicio hubiera sido superior a 20 años. El Reglamento de 1846 amplió los supuestos, incluyendo a los inutilizados por enfermedades epidémicas o contagiosas “adquiridas en los hospitales o en las plazas”³⁰⁹. En contrapartida, el ingreso en el Cuerpo de Inválidos, que garantizaba el mantenimiento del sueldo íntegro, quedó limitado a aquellos oficiales “mutilados o totalmente inutilizados” por heridas de guerra. Un examen médico debía certificar dicha invalidez de acuerdo con ciertos supuestos fijados por primera vez y que fueron variando con el tiempo. Para alojar a los inválidos se creó en 1837 el Cuartel-Asilo de Inválidos de Madrid, que sustituyó a establecimientos

³⁰⁶ *Ibid.*, p. 304.

³⁰⁷ *Ibidem.*

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 312.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 303.

precedentes situados en Xátiva y Sevilla³¹⁰. Además de lo anterior, en caso de fallecimiento por herida de guerra, el Montepío militar, que existía desde 1761, proporcionaba a la viuda una pensión. El Reglamento de 1846 amplió los supuestos para incluir el fallecimiento por enfermedades epidémicas o contagiosas “adquiridas en los hospitales o en las plazas”³¹¹.

Todas estas medidas profilácticas y asistenciales estipuladas por el Reglamento de 1846 y que hemos comentado brevemente, adolecieron de importantes carencias a la hora de ser puestas en práctica. Por ejemplo, los médicos de los regimientos carecieron tanto de suficiente personal auxiliar como de material e instalaciones adecuados para llevarlas a la práctica. En el primer caso, el reglamento sólo disponía que “tendrá el médico de regimiento a su inmediación en calidad de practicante un sargento o cabo de regular instrucción, prefiriendo al que posea algunos conocimientos en la facultad”. En el segundo, el material obligatorio se limitaba a una camilla para el traslado de enfermos a los hospitales, instrumental quirúrgico y un botiquín. En muchos casos no existían propiamente locales para enfermerías como tales, limitándose el reglamento a disponer que el “alojamiento” del médico estuviera “siempre inmediato al del Coronel o comandante; que tenga cuadra y la disposición necesaria para depositar y guardar los botiquines y demás útiles y aparatos de Sanidad”³¹².

En general, los cuarteles no se beneficiaron de las indicaciones de salubridad de los médicos sobre aspectos como la ventilación, el abastecimiento de agua o la eliminación de residuos, tanto por las carencias de formación y de autoridad de los médicos, como por las dificultades técnicas y presupuestarias para proceder a la reforma de lo que seguían siendo mayoritariamente viejos caserones o conventos. En 1847 se constituyó una comisión de ingenieros militares que elaboró una propuesta de “cuarteles

³¹⁰ Según Massons, entre 1837 y 1877 se aprobaron once disposiciones con el fin de regular el cuadro de lesiones consideradas como invalidez. Para una breve perspectiva sobre la evolución general de la asistencia a los inválidos del Ejército desde el siglo XIII al XIX, ver MASSONS (1994), IV, pp. 310-327.

³¹¹ REGLAMENTO... (1846), p. 303; MASSONS (1994), IV, pp. 219 y 321. El Cuerpo de Sanidad militar tenía su propio Montepío, diferente del Ejército, creado sobre la base del Montepío del Cuerpo de Cirugía militar. El primer reglamento de éste fue aprobado en 1789 y posteriormente se aprobó uno nuevo en 1803 que seguía en vigor con las modificaciones pertinentes. MASSONS (1994), IV, p. 219.

³¹² REGLAMENTO... (1846), pp. 308-309 y 312-313.

tipos” de acuerdo con las nuevas exigencias de salubridad, pero la falta de presupuesto impidió por entonces su materialización en la práctica³¹³.

Los hospitales militares, en muchos casos, eran viejos conventos o edificios que no habían sido proyectados para esa función y que no reunían condiciones de salubridad adecuadas, ni tenían capacidad, personal y medios suficientes para cubrir las crecientes necesidades del Ejército. En otros muchos, consistían simplemente en ciertas salas reservadas para los jefes y oficiales en hospitales de la Beneficencia municipal o eclesiástica. Sólo algunos hospitales eran “de planta fija”, aunque se habían construido en su mayoría durante los siglos XVII y XVIII, por lo que sus condiciones tampoco eran las más satisfactorias: habían tenido que reformarse en diversas ocasiones y comenzó a considerarse la necesidad de sustituirlos por otros de nueva construcción³¹⁴. En definitiva, la red hospitalaria militar seguía necesitando una urgente renovación.

El déficit de infraestructuras asistenciales y personal hizo que el ejército siguiera enviando enfermos a hospitales de la Beneficencia, especialmente de la municipal, y contratando médicos civiles “en calidad de auxiliares” para garantizar el servicio de los regimientos³¹⁵. En lo que concierne a las estancias en los hospitales militares (las denominadas “hospitalidades”), los oficiales debían sufragar una parte de su coste y, además, en caso de enfermedad que no fuera herida de guerra o epidémica o que hubiera sido adquirida fuera del ámbito castrense, debían recurrir a los servicios de médicos civiles particulares. También debían hacerlo en caso de que enfermara algún miembro de su familia. Dado que los oficiales provenían en una proporción cada vez mayor de las clases medias y no de la nobleza esta situación comenzaba a plantear problemas económicos importantes³¹⁶.

³¹³ La comisión se constituyó por Real Orden de 4 de febrero de 1847. CASADO Y RODRIGO (1922), p. 15.

³¹⁴ Por ejemplo, el Hospital del Rey u Hospital militar de Alicante se construyó y se puso en funcionamiento entre 1694 y 1704. En 1807, el inmueble pasó definitivamente de manos del municipio a las del Ministerio de la Guerra. Su deficiente estado, agravado por los daños sufridos durante la Guerra de la Independencia, obligó a realizar reformas entre 1812 y 1817. MARTÍNEZ SAN PEDRO (1974), p. 73. Otros hospitales militares que siguieron una evolución equivalente fueron los Hospitales reales de La Coruña (1626) y Ceuta (1698). PARRILLA HERMIDA (1973); DIZ RODRÍGUEZ (1998).

³¹⁵ REGLAMENTO... (1846), p. 296.

³¹⁶ Sobre los cambios en el origen social de los oficiales durante el siglo XIX, ver BUSQUETS (1984), pp. 48-71.

Los problemas relativos a la duración de las estancias hospitalarias continuaron, tanto por lo anterior, como porque las pensiones de jubilación no comprendieron los casos de enfermedad epidémica o accidente fuera de servicio ni las enfermedades crónicas. Además, su cuantía económica fue bastante reducida, lo que unido a las duras condiciones que se exigían para su cobro, condujo a menudo a los oficiales enfermos a una situación de precariedad. Mientras, el ingreso en el Cuerpo de Inválidos no incluyó la invalidez por enfermedad, concentrándose casi exclusivamente en las amputaciones, mutilaciones y ceguera³¹⁷. Respecto a la actuación contra las epidemias, siguió concentrándose especialmente en situaciones de emergencia. Para medidas profilácticas, como la vacunación antivariólica, faltaban tanto personal auxiliar como linfa en cantidad suficiente y en buenas condiciones para poder plantear una vacunación masiva de las tropas. En el caso de las enfermedades venéreas, ya se ha indicado que la principal medida consistió en presionar a las autoridades civiles para que ejercieran un mayor control sobre las prostitutas.

El cumplimiento de las nuevas funciones asistenciales y profilácticas adjudicadas a los médicos militares en los Reglamentos de 1846 y 1847 estuvo limitada, además de por los diversos factores que se han señalado, por la falta de cristalización de un ámbito político-administrativo propio para la Sanidad militar dentro del aparato estatal y del aparato del Ejército. En dichos reglamentos se avanzó, aunque modestamente, hacia la adquisición de una doble “autonomía” para la Sanidad militar: dentro del Estado, respecto a la Beneficencia y la Sanidad civil (autonomía orgánica) y, dentro del Ejército, respecto a los jefes militares (autonomía técnica). Se concretó en cierto grado la tendencia, influida por los ejemplos de otros países, a que la Sanidad militar quedara exclusivamente en el marco del Ejército y, dentro de éste, dispusiera de una organización político-administrativa con competencia para elaborar y poner en marcha medidas y propuestas (línea inspectora). De esta forma, se crearía un ámbito intermedio a costa de reducir la capacidad de decisión de los jefes militares (línea ejecutiva) y de ampliar las meras funciones de asesoramiento a dichos jefes (línea consultiva)³¹⁸.

³¹⁷ MASSONS (1994), IV, pp. 321-322.

³¹⁸ Tal y como señala Rodríguez Ocaña en la organización sanitaria española. RODRÍGUEZ OCAÑA (1994c) p. 22.

Es indudable que, durante este periodo, la Sanidad militar quedó encuadrada de forma definitiva dentro del Ministerio de la Guerra, separada de los organismos directivos de la Beneficencia pública y de la Sanidad civil, que dependían del Ministerio de la Gobernación³¹⁹. Respecto a los organismos político-administrativos, la Junta directiva de Sanidad militar, creada por el Reglamento de 1836, fue el primer paso a nivel central, pero su carácter tripartito (estaba compuesta por inspectores de medicina, cirugía y farmacia) y su escaso desarrollo administrativo mermaron su autoridad y su capacidad de iniciativa. La Dirección General de Sanidad militar (1846) (véase Figura 1) empezó siendo también tripartita, pero el Reglamento de 1847 reforzó su posición mediante el nombramiento de un director único, el Inspector médico Manuel Codorniu Farreras (1780-1857), auxiliado por un subdirector y mediante la puesta en marcha de una secretaría con cuatro negociados dirigidos por un equipo de colaboradores nombrados por el propio Codorniu³²⁰.

La Dirección General tenía como misión ocuparse “de cuanto sea relativo al régimen y gobierno del cuerpo, al servicio facultativo y a la parte científica de la Sanidad militar”, lo que constituía toda una declaración de intenciones sobre su exclusividad de dirección y gestión de los asuntos médico-sanitarios del Ejército³²¹. La Dirección General disponía para ejercer su autoridad a nivel periférico de las Jefaturas de Sanidad militar de los distritos sanitarios, organizados en número de catorce en la península (Andalucía, Aragón, Baleares, Burgos, Canarias, Castilla La Nueva, Castilla La Vieja, Cataluña, Extremadura, Galicia, Granada, Navarra, Provincias Vascas y Valencia) y de tres en Ultramar (Cuba, Filipinas y Puerto Rico). Sus responsables, como indicaba el Reglamento de 1846, “serán los jefes inmediatos de todos los profesores existentes en sus respectivos distritos, y *por su conducto* [de la Dirección] *recibirán estos cuantas órdenes relativas al*

³¹⁹ En realidad, este proceso se había iniciado ya a finales del siglo XVIII, pero no había podido materializarse, o sólo en momentos puntuales, debido al vaivén de regímenes políticos y guerras que sufrió el país durante ese periodo. MASSONS (1994), III, pp. 18-34.

³²⁰ *Ibidem*. Sobre la vida y trayectoria profesional de Manuel Codorniu Farreras, ver GUERRA (1975); PARRILLA HERMIDA (1980); CALBET I CAMARASA, CORBELLA CORBELLA (1981), pp. 142-143; MASSONS (1994), III, pp. 191-195.

³²¹ REGLAMENTO... (1846), p. 293.

*servicio se expidan por la dirección general*³²². De aquellas, a su vez, dependían las Jefaturas locales facultativas de los hospitales militares de las plazas y los médicos de los regimientos.

Además de lo anterior, en el Reglamento de 1836 la Junta directiva de Sanidad militar asumió también funciones consultivas, lo que estableció la separación definitiva de las líneas consultivas civil y militar. Posteriormente, el Reglamento de 1847 estableció una Junta consultiva de Sanidad militar, separada formalmente aunque todavía dependiente *de facto* de la Dirección General y que debía asumir los aspectos puramente consultivos de la labor sanitaria. Dicha junta estaba integrada por el Director general y cuatro vocales y tenía a su cargo los asuntos facultativos y científicos³²³.

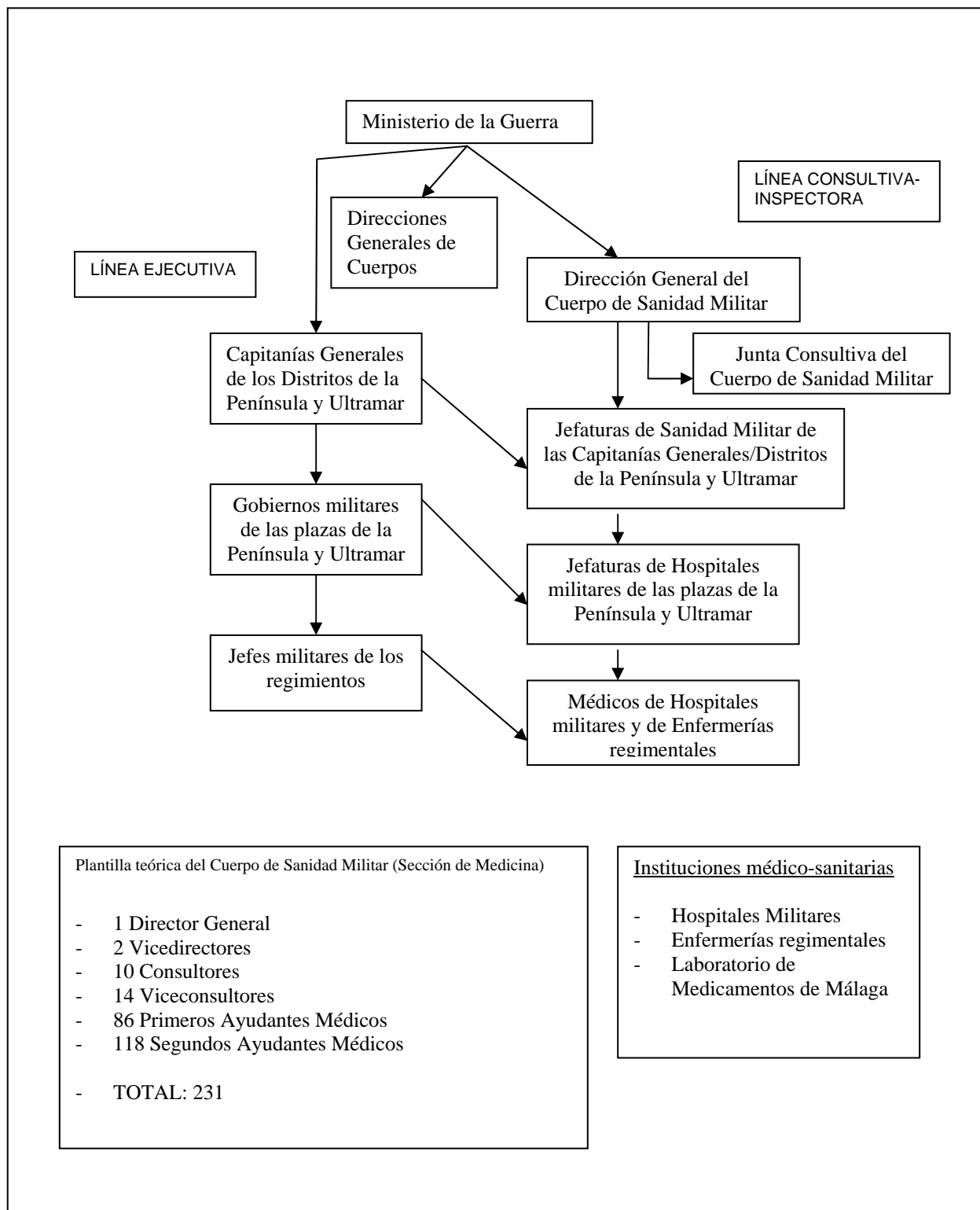
No obstante, a pesar de la integración de la Sanidad militar dentro del Ministerio de la Guerra y del desarrollo de los organismos político-administrativos centrales y periféricos para encontrar un espacio intermedio entre la línea ejecutiva militar y las funciones meramente consultivas, estos desarrollos fueron insuficientes para garantizar la doble autonomía orgánica y técnica. Por ejemplo, las disposiciones de unificación de médicos y cirujanos contenidas en los Reglamentos de 1836, 1846 y 1847 estuvieron influidas por decretos civiles. La consideración desigual de la Dirección General Sanidad militar dentro del Ministerio de la Guerra frente a otras Direcciones generales hizo que las decisiones sobre los asuntos de enfermedad y salud colectiva del Ejército se mantuvieran en buena medida en manos de los jefes militares y sometidos a las directrices de la Hacienda y la Intendencia militares. La Dirección carecía de poder ejecutivo frente al ministro, por lo que fue poco más que un mero un órgano consultivo y de gestión, especialmente en temas de personal. Sus principales funciones consistían realmente en la elaboración de informes sobre el estado y el “movimiento y necrología” de los hospitales militares y también de los civiles que atendieran a personal del ejército y sobre la existencia de enfermedades “endémicas, epidémicas y contagiosas”, así como de propuestas para mejorar las condiciones higiénicas de cuarteles y establecimientos militares³²⁴. El director general

³²² *Ibid.*, p. 295. La cursiva es mía.

³²³ MASSONS (1994), III, p. 42.

³²⁴ REGLAMENTO... (1846), pp. 295-297.

Fig. 1. Organización de la Sanidad Militar según los Reglamentos de 1846 y 1847.



Fuente: REGLAMENTO... (1846) y MASSONS (1994), III, p. 37.

“proponía” o “elevaba” al ministro, informes y datos, pero debía atenerse en última instancia a sus decisiones. Como resultado, las competencias de la Junta consultiva se supeditaban en parte a las de la Dirección General, por no haber adquirido ésta otras nuevas.

Esta dependencia respecto a los jefes militares se extendía a los escalones inferiores, de forma que los Jefes de Sanidad militar de los distritos, los Jefes facultativos locales y los médicos de los regimientos dependían de las decisiones de los Capitanes Generales, Gobernadores militares y jefes de los regimientos respectivamente, que se mantuvieron en buena medida como responsables efectivos de las decisiones ejecutivas. Predominaban por tanto las funciones de asesoramiento, lo que se asoció con la ausencia de organización consultiva periférica. Por otra parte, la Sanidad militar estaba estrictamente controlada por la Hacienda y la Intendencia militares en cuanto a su presupuesto y a su régimen de funcionamiento respectivamente. Es cierto que en el ámbito facultativo, los médicos militares quedaron vinculados exclusivamente a sus inmediatos superiores y, en última instancia, a la Dirección General, mientras que en su actividad práctica en los hospitales y regimientos, adquirieron el control exclusivo de todos los aspectos técnicos de la asistencia y cuidado de los pacientes. Sin embargo, en los hospitales por ejemplo, los verdaderos directores siguieron siendo los Contralores, responsables administrativos y económicos de dichos centros. De ellos dependía todavía en parte el personal auxiliar y el suministro de alimentos y medicamentos o la adquisición de instrumental.

Prueba de la débil autoridad de los médicos militares era la forma de publicación y transmisión de las órdenes desde la Dirección General a los últimos escalones de la Sanidad militar. No existía todavía un *Boletín* oficial en el que se publicaran exclusivamente las disposiciones médico-sanitarias del Ejército y que garantizara su difusión automática y uniforme. El Reglamento de 1846 encargaba a los Jefes de Sanidad de los distritos y los Jefes facultativos de los hospitales el nombramiento de “un profesor que diariamente acuda [...] a recibir la orden general de la plaza, que copiarán en un libro y comunicarán a sus

subalternos, si en ella se previniese algo relativo al servicio sanitario [...]”³²⁵. En cuanto a los médicos de los regimientos, debían llevar “un libro en que copien las órdenes generales y particulares del cuerpo de Sanidad que se les comuniquen por quien corresponda, y otro en que escriban las particulares de sus respectivos jefes militares que tengan una relación directa y especial con el ejercicio de su destino”³²⁶.

De forma significativa, estos modestos avances en la autonomía orgánica y técnica de la Sanidad militar conseguidos por su principal responsable entre 1836 y 1857, el Inspector médico Manuel Codorniu Farreras, lo fueron en buena medida de forma personal, gracias a su relación de amistad y a su afinidad política con el general Espartero y otras figuras progresistas, lo que indicaba de forma clara el verdadero funcionamiento efectivo del naciente Estado liberal y la posición real de la Dirección General dentro del Ministerio³²⁷. En resumen, la autoridad ejecutiva continuó esencialmente en manos ajenas a los médicos, mientras que la embrionaria línea inspectora se ocupaba realmente de funciones de asesoramiento a los jefes militares a expensas de frenar el desarrollo de una línea consultiva exclusivamente orientada al servicio de la Dirección General y el resto de escalones administrativos. Por todo ello, no fue extraño que entre 1853 y 1854, la Dirección General recayera en un jefe militar no facultativo. La necesidad que se alegaba para ello de “buscar una dirección enérgica” indicaba la falta de interés por el desarrollo de la línea inspectora y la falta de confianza en su funcionamiento. Se trataba en definitiva de asegurar el cumplimiento de las órdenes del ministerio y de los jefes militares sin contar con los médicos³²⁸.

En el ámbito institucional, los Reglamentos de 1836, 1846 y 1847 impulsaron el desarrollo de nuevas instituciones docentes y de investigación y desarrollo científico-técnico, aunque su peso fue todavía muy modesto en comparación con el de las instituciones asistenciales. El equipamiento y aprovisionamiento de los hospitales militares

³²⁵ *Ibid.*, p. 296.

³²⁶ *Ibid.*, p. 311.

³²⁷ Las diversas etapas de Codorniu al frente del Cuerpo coincidieron con los periodos de gobierno de Espartero o de afines a él. Durante un tiempo, Codorniu fue médico personal de Espartero. PARRILLA HERMIDA (1980), p. 298. MASSONS (1994), III, p. 193.

siguió en manos ajenas ya que el ejército no fabricaba sus propios medicamentos, ni construía o gestionaba el material e instrumental que los médicos militares empleaban en su práctica profesional³²⁹. La formación de los médicos militares era únicamente la que recibían en los centros civiles. El ingreso en Sanidad Militar se hacía a través de oposición pública y después los aprobados eran enviados inmediatamente a sus destinos, generalmente en batallones. No había, por tanto, una institución docente que ofreciera un periodo de formación regulado ni un programa definido y orientado a las necesidades militares. Además, “en caso de guerra y por méritos y servicios especiales bien calificados” se podía dispensar al aspirante del requisito de la oposición, lo que se hizo en múltiples ocasiones hasta bien entrado el siglo XX³³⁰.

La Sanidad militar adoleció también de falta de instituciones de investigación que contribuyeran a fundamentar adecuadamente las medidas asistenciales y sanitarias previstas en los reglamentos. Como excepción, a finales de los años 50 se puso en marcha en el Hospital militar de Madrid un modesto “Laboratorio Químico” en el que se llevaron a cabo estudios anatomopatológicos e histológicos y que también tuvo una función docente³³¹. El reglamento también dispuso que cuando se dieran en los hospitales “casos de patología interna o externa que por su rareza o por alguna otra circunstancia particular llame la atención o merezca ser estudiado” se convocara a todos los médicos del hospital y de los regimientos del distrito. Del mismo modo debía hacerse con ocasión de “grandes operaciones quirúrgicas” y de “inspecciones cadavéricas”, para que los médicos “perfeccionen con su estudio sus conocimientos y práctica”³³². Además, el reglamento de 1846 estableció “que en la capital de cada región militar organizaran los sanitarios militares unas academias médico-literarias que habían de celebrar una sesión cada mes”³³³. Estas academias comenzaron a funcionar en 1850 y una selección de las presentaciones que en

³²⁸ Massons lo denomina el “periodo de los generales”, el cual se extendió durante 21 meses, entre enero de 1853 y septiembre de 1854. MASSONS (1994), III, p. 37.

³²⁹ MASSONS (1994), II, p. 236. Según Antonio Población, el Reglamento de 1829 disponía el nombramiento de un “facultativo que *será jefe de almacén* general de instrumentos y efectos de cirugía con residencia fija en Madrid y pensión del real erario”. Ignoro si esta disposición se llevó a término, pero la falta de referencias a esta institución en la bibliografía y legislación consultada nos hacen pensar que se quedó en el papel, como el reglamento en su conjunto. POBLACIÓN Y FERNÁNDEZ (1880), p. 40.

³³⁰ REGLAMENTO... (1846), p. 299.

³³¹ MORATINOS PALOMERO (1988), p. 11.

³³² REGLAMENTO... (1846), p. 305.

ellas tuvieron lugar fue publicada en varios volúmenes entre 1851 y 1852 bajo el nombre de *Biblioteca médico castrense española*³³⁴. Los resultados de ambas iniciativas fueron modestos porque la investigación en instituciones específicas y hospitales fue escasa y porque la actividad de las academias fue cuando menos discontinua. En definitiva, sobre la investigación original predominó de forma abrumadora la recepción de conocimientos procedentes de otros países europeos.

Otro hecho que dificultó el diseño de medidas asistenciales y profilácticas fue que la recogida de datos estadísticos sobre mortalidad y morbilidad estuvo lejos de ser sistemática (formularios estandarizados, clasificación de enfermedades, publicación de datos). Además, no hubo una institución central capaz de procesar la información. Los datos recogidos se referían sobre todo a heridas y brotes epidémicos agudos (cólera, fiebre amarilla, tífus exantemático) y carecieron en general de una orientación profiláctica, predominando un enfoque hospitalario basado en consideraciones de racionalización económica y de organización del servicio.

El avance en la consolidación del modelo sanitarista militar se tradujo también en la formación de una plantilla más numerosa y más estable que la que había existido hasta entonces. Los problemas que existieron para ello fueron indicativos de que aún quedaba mucho camino por andar hasta formar un cuerpo de tipo “funcionario”. Es indudable que en este periodo el cuerpo fue aumentado gradualmente sus efectivos. En 1846 la plantilla metropolitana de la sección médica ascendía a 234 individuos entre generales, jefes y oficiales, a los que había que añadir 32 facultativos de la sección de Farmacia³³⁵. Estas cifras ya habían aumentado hasta 301 médicos y 36 farmacéuticos en 1854 y, como veremos, siguieron haciéndolo en las décadas siguientes³³⁶. Pero a pesar de las cifras, la plantilla oscilaba en general entre la excesiva rigidez “en paz”, que daba lugar a “listas de espera” de aspirantes, y la falta de facultativos “en guerra”, que permitía la entrada incontrolada sin cursar oposición a través de la incorporación de médicos civiles

³³³ MASSONS (1994), IV, p. 94.

³³⁴ *Ibid.*, p. 95.

³³⁵ REGLAMENTO... (1846), pp. 295-299.

³³⁶ MASSONS (1994), III, pp. 57-58.

“provisionales”³³⁷. Cuando cesaban los combates surgía entonces el problema de qué hacer con estos facultativos. En el caso concreto de las guerras carlistas, la plantilla aumentó por la “asimilación” de médicos que habían servido en los ejércitos del pretendiente Carlos³³⁸.

Otro dato a tener en cuenta es que la plantilla de Sanidad militar se organizaba en escalas (una médica y otra farmacéutica) en las que solía ascenderse por antigüedad, pero en las que existía también la posibilidad de hacerlo “por mérito [...] a juicio de la dirección general”, lo que dejaba una puerta abierta a la injerencia política. Otra forma de ésta era la capacidad de suspender un ascenso no sólo por incompetencia técnica de un facultativo, sino “especialmente si la nota de su conducta moral le fuere poco favorable”, ordenándose la licencia absoluta en caso de que el individuo no se “rehabilitara” en un plazo máximo de dos años³³⁹. La agitada escena política española del siglo XIX provocó que hubiera múltiples casos de ascensos, jubilaciones, expulsiones y reingresos por motivos ajenos al servicio³⁴⁰.

Otro aspecto importante abordado por los reglamentos y otras disposiciones legislativas de este periodo fue la problemática médico-sanitaria de los soldados de reemplazo, que comenzaron a ser considerados como parte integrante del Ejército permanente y, por tanto, quedaron incluidos en el radio de acción de la Sanidad militar. En este periodo tuvieron lugar varios cambios al respecto. Por una parte, en 1842 se aprobó un “Reglamento para la declaración de exenciones físicas del servicio militar” que estableció por primera vez las directrices a seguir en el reconocimiento de los reclutas³⁴¹. Por otra, los soldados de reemplazo adquirieron el derecho a recibir asistencia médica en los regimientos y hospitales no sólo en caso de herida de guerra, sino también en los de accidente o enfermedad infecciosa. Además, las medidas profilácticas asignadas a los médicos militares de los regimientos estaban dirigidas en buena medida hacia ellos.

³³⁷ *Ibid.*, pp. 109-142.

³³⁸ *Ibid.*, II, pp. 114-116.

³³⁹ REGLAMENTO... (1846), p. 300.

³⁴⁰ Para datos sobre casos concretos, ver MASSONS (1994), IV, pp. 331-350.

No obstante, como todos los desarrollos que hemos comentado en este apartado, estas medidas tuvieron muchas limitaciones. Así, la principal actuación de los médicos militares en el reconocimiento de los mozos y quintos previo a su incorporación a los regimientos consistía, por un lado, en descartar a aquellos que tuvieran enfermedades o defectos físicos que “inutilizaran” para servir en la milicia y, por otro, “desenmascarar” a los “simuladores” que pretendían hacerse pasar por inútiles. Es decir: rechazar a todos los individuos que pudieran introducir enfermedades ya declaradas en el Ejército y conseguir que todos los sanos se incorporaran al mismo. El reconocimiento careció por ello de orientación profiláctica más allá de no dejar que los enfermos ya declarados se incorporaran a los regimientos.

Más allá del reconocimiento, la situación parecía invertirse. Los soldados de reemplazo sólo recibían asistencia médica en las enfermerías y hospitales en caso de herida de guerra, accidente o enfermedad infecciosa acaecidos durante el servicio. Sin embargo, si estos hechos sucedían fuera de servicio y, más importante, si el soldado resultaba padecer una enfermedad crónica, aunque hubiera sido adquirida durante su estancia en el regimiento, entonces se le “enviaba a casa” para que enfrentara la dolencia con sus propios recursos o los de su familia³⁴². Los soldados carecieron de “derechos pasivos” por inutilidad o invalidez. En contraste, las medidas profilácticas estipuladas por el Reglamento de 1846 y por otras disposiciones legales – basadas fundamentalmente en una concepción miasmática de las enfermedades – estuvieron dirigidas preferentemente hacia los contingentes de soldados. La atención a las condiciones del alojamiento, el examen de agua, ropas y alimentos, la vacunación antivariólica o las “revistas de policía sanitaria” tuvieron como principales destinatarios los soldados que cumplían su servicio militar en los cuarteles.

Los médicos militares estuvieron todavía muy lejos de controlar el proceso de reconocimiento. La autoridad de los jefes militares sobre los facultativos se reflejaba, en

³⁴¹ Su denominación completa era Reglamento para la declaración de exenciones físicas del servicio militar acompañado de un cuadro de los defectos físicos y enfermedades que inutilizan para dicho servicio” y había sido aprobado por Real Orden con fecha 13 de julio de 1842. MASSONS (1994), IV, p. 52.

³⁴² *Ibid.*, p. 62.

este caso, en la capacidad de condicionar la “rigidez” de los criterios de exclusión según los intereses del Ejército. En una situación de guerra o de movilización, era frecuente que se dieran instrucciones para conseguir el mayor número de reclutas posible, lo que se traducía en la aplicación de criterios médico-quirúrgicos más estrictos. Por otro lado, el proceso de selección de reclutas corría a cargo en diversos pasos (por ejemplo, el reconocimiento de los mozos que alegaran inutilidad) de los médicos civiles de cada población, en general pertenecientes a la Beneficencia municipal³⁴³.

Para terminar con este apartado, señalaremos ciertos hechos que indicaban que, aunque el Cuerpo de Sanidad militar todavía podía considerarse esencialmente como un “cuerpo médico especial”, cuya cobertura se centraba en los profesionales del Ejército (oficiales, clases de tropa, reservistas e inválidos), comenzó no obstante un proceso de expansión hacia la sociedad civil. Por ejemplo, el Reglamento de 1846 asignó un Primer ayudante médico al Cuerpo de Alabarderos, fuerza encargada de la vigilancia de los palacios del rey, que había sido separado recientemente del Ejército³⁴⁴. Del mismo modo, dispuso que las Milicias provinciales, antecedentes de la Guardia Civil, fueran asistidas por “profesores provisionales, quienes tendrán las mismas obligaciones que los médicos de los demás cuerpos del ejército”³⁴⁵. También dispuso que los médicos de los regimientos tenían la obligación de

“visitar en sus casas o alojamientos a los jefes y oficiales enfermos de sus respectivos batallones o brigadas que gusten servirse de sus conocimientos, y la de concurrir a las juntas facultativas [de médicos privados] que se celebren para la curación de sus dolencias”³⁴⁶.

Era frecuente que los familiares de los oficiales y el personal civil que trabajaba en establecimientos castrenses fueran atendidos en los hospitales militares, aunque no existía

³⁴³ *Ibid.*, pp. 52-53.

³⁴⁴ PUELL DE LA VILLA (2000a), p. 63.

³⁴⁵ REGLAMENTO... (1846), p. 298.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 309.

una disposición oficial al respecto³⁴⁷. También fue habitual que los hospitales militares atendieran a la población civil en caso de brotes epidémicos de gravedad³⁴⁸.

3.2. El Reglamento de 1855 o la articulación del modelo sanitarista militar español.

Frente a la yuxtaposición de elementos antiguos y nuevos que se dio en reglamentos previos de Sanidad militar, el de 1855 supuso la cristalización explícita del nuevo modelo sanitarista en el Ejército español, con los puntos fuertes y las debilidades específicos que iban apuntándose desde años anteriores³⁴⁹. El Reglamento de 1855 tuvo como principal inspirador al Inspector médico Manuel Codorniu Farreras, a quien ya nos referimos anteriormente. Según Massons, constituyó la culminación de su trayectoria al frente de la Sanidad militar, de la que fue máximo responsable oficial o *de facto* en los periodos 1836-45, 1847-53 y 1854-56, y su valor descansa, en nuestra opinión, en el hecho de que muchas de sus disposiciones, a pesar de que no pasaron del papel en aquel momento, serían llevadas a la práctica en el transcurso de las décadas posteriores, y reafirmadas, aunque en un contexto diferente, por el posterior Reglamento de 1873³⁵⁰.

En el ámbito político-administrativo, el nuevo Reglamento de 1855 (véase Figura 2) estableció una mejor definición de la línea inspectora de la Sanidad militar a costa de las líneas ejecutiva y consultiva tal y como estaban configuradas previamente. Para empezar, como detalle significativo, se introdujo definitivamente de forma explícita la terminología inspectora en los grados profesionales, de forma que los Vicedirectores y Consultores fueron sustituidos por Inspectores y Subinspectores (de 1ª y 2ª clase) y al resto de grados se les denominaba genéricamente Oficiales de Sanidad (militar). Además, la expresión “servicio sanitario del Ejército” sustituyó casi completamente a la de “higiene y policía

³⁴⁷ PARRILLA HERMIDA (1973), pp. 239-240.

³⁴⁸ *Ibid.*, 238-239; MARTÍNEZ SAN PEDRO (1974), pp. 61-62 y 77.

³⁴⁹ Durante el llamado “periodo de los generales”, en concreto en febrero de 1853, se aprobó un reglamento de Sanidad militar que, como principal novedad, dispuso por primera vez la creación de la Brigada sanitaria o plana menor del Cuerpo. Sin embargo, la trascendencia de este reglamento fue mínima porque no se puso en práctica al ser sustituido por el nuevo Reglamento de 1855, que es el que marcaría la evolución de la Sanidad militar española en las décadas siguientes. POBLACIÓN Y FERNÁNDEZ (1880), p. 49. Por esta razón, no lo hemos considerado en nuestro análisis.

³⁵⁰ MASSONS (1994), II, pp. 36-37 y 193; PARRILLA HERMIDA (1980), p. 302.

médica militar”, subrayando la conciencia de un nuevo modelo de salud pública en la milicia³⁵¹.

Más decisivo fue que el Director General quedara equiparado a los directores generales “de las armas y demás institutos ” de la milicia y consecuentemente pudiera en principio dictar “en lo *gubernativo* y [...] en lo puramente científico y profesional, cuantas disposiciones [...] crea conducentes al mejor servicio sanitario del Ejército”³⁵². Para darle esa autoridad, el cargo de Director General quedó desde ese momento asimilado al grado de Mariscal de campo³⁵³. De esta forma, Codorniu consiguió que la Dirección General tuviera cierta capacidad de acción por sí misma más allá de los contactos personales de su responsable, como había sucedido hasta entonces. En paralelo, la burocracia sanitaria central se consolidó y, así, la Dirección General dispuso desde 1857 de una secretaría con cinco negociados, que pasaron a siete en 1864 y a diez en 1869³⁵⁴. Aunque algunos de ellos seguían agrupando múltiples asuntos muy heterogéneos entre sí, otros se volvieron más específicos y habrían de mantenerse en sucesivas reorganizaciones. Así, los de *Material de Sanidad militar, Expedientes personales y Estadística médica*. A esto hay que añadir la creación del *Boletín Oficial de Sanidad Militar*, en el que se publicaron a partir de entonces las disposiciones legislativas relativas exclusivamente a asuntos médico-sanitarios del Ejército. Al mismo tiempo se dispuso la publicación de la legislación anterior a 1855 en un volumen con el título *Colección de Reales Decretos, Órdenes y Circulares anteriores a la publicación del Boletín Oficial de Sanidad Militar*³⁵⁵.

En el ámbito periférico, el Reglamento de 1855 conservó la organización en catorce distritos metropolitanos y tres ultramarinos (coincidentes con las Capitanías Generales) con

³⁵¹ REGLAMENTO... (1855), pp. 352-353.

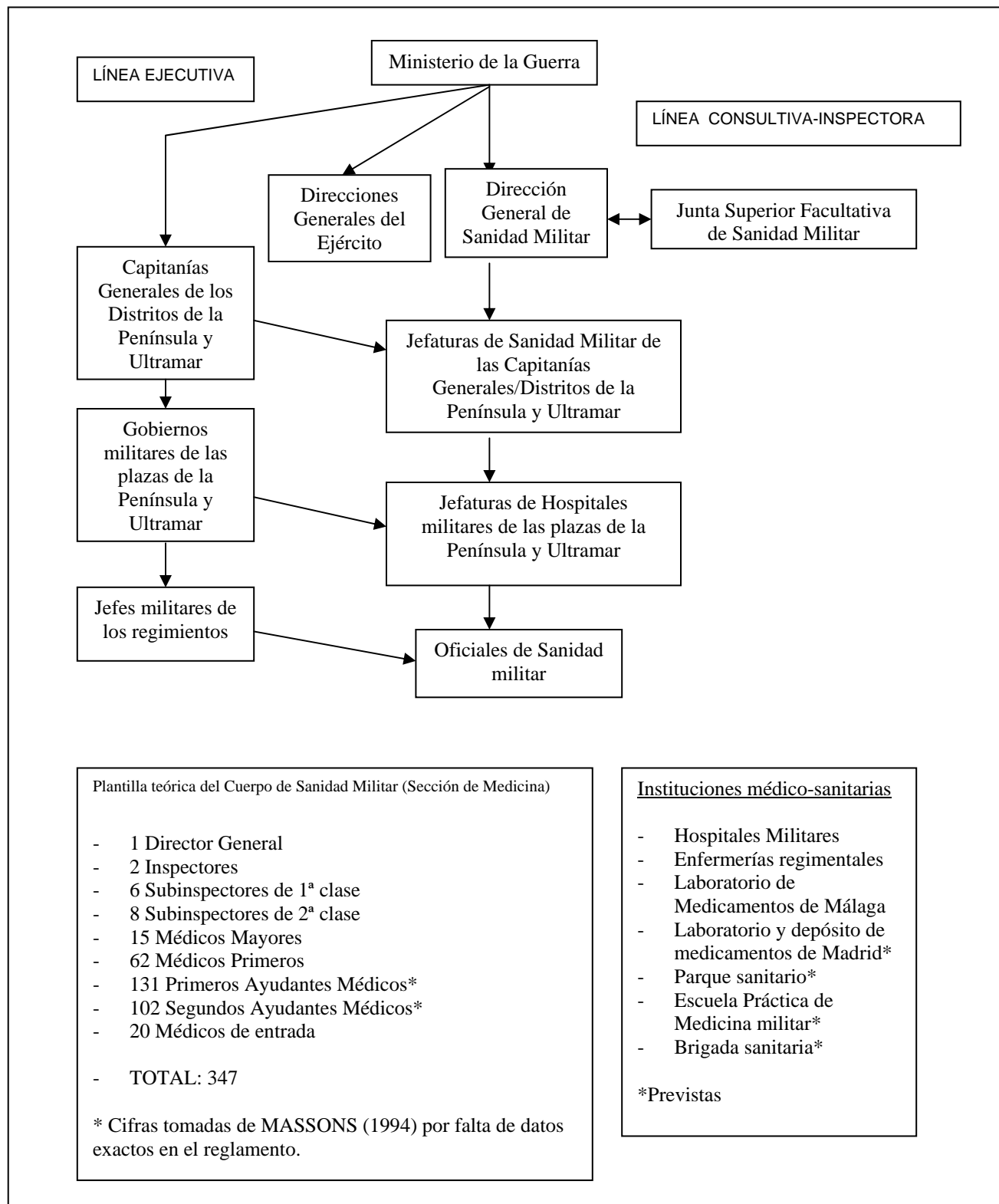
³⁵² *Ibid.*, p. 354. La cursiva es mía.

³⁵³ MASSONS (1994), III, p. 69. Como los grados de los jefes y oficiales de Sanidad militar no se denominaban de la misma manera que los del Ejército en general, se empleaba el término “asimilación” para indicar que eran equivalentes. Equivalencia no significaba igualdad: de hecho, las discusiones y problemas derivados de los tratamientos, las consideraciones, los ascensos y otros asuntos a que tenían derecho los médicos militares fueron frecuentes durante todo el siglo.

³⁵⁴ *Ibid.*, III, p. 42.

³⁵⁵ La creación del *Boletín* se hizo por Real Orden de 11 de abril de 1855, un día antes de la publicación del reglamento del cuerpo. La publicación de la Colección tuvo lugar el mismo año 1855. Anteriormente ya se había editado un *Libro de Órdenes del Cuerpo de Sanidad Militar* en 1848. ROLDÁN Y GUERRERO (1955b), VII, pp. 3 y 392.

Fig. 2. La organización de la Sanidad Militar según el Reglamento de 1855.



Fuente: REGLAMENTO... (1855)

sus respectivos Jefes de Sanidad a las órdenes del Director General. Los Inspectores y Subinspectores que ocupaban estos cargos aumentaron sus funciones sanitarias, entre las que se incluían “visitar con la frecuencia posible el hospital u hospitales establecidos en el punto de su residencia”; elaborar una memoria anual sobre el estado de los “hospitales, cuarteles y demás establecimientos militares” de su demarcación, así como de los civiles que atendieran a miembros del Ejército, todos los cuales debían ser inspeccionados al menos una vez al año; desempeñar las comisiones de servicio y preparar los informes que sobre “cualquiera de los ramos u objetos pertenecientes a la Sanidad Militar” les encargara el Director General; informar sobre la aparición de epidemias; remitir mensualmente las estadísticas de morbilidad de los hospitales y regimientos, los informes sobre los enfermos con estancias superiores a sesenta días y “los de suministro y consumo de medicinas de los hospitales”; e “indicar” las medidas que consideraran necesarias “en beneficio de la salud del Ejército”³⁵⁶. Como consecuencia de este aumento de funciones, se desarrolló la burocracia sanitaria periférica: el Reglamento asignó a los Jefes de Sanidad de distrito un secretario, ya a tiempo completo, “para el despacho de los asuntos del servicio “ y “para el buen orden del archivo de la Jefatura de su cargo”³⁵⁷.

De las Jefaturas de Sanidad de los distritos dependían las Jefaturas facultativas locales de los hospitales militares. En los hospitales de cada una de las capitales de distrito, dichas jefaturas debían ser desempeñadas en principio por Médicos mayores, mientras que en los hospitales militares localizados en plazas principales (capitales de provincia y sedes de los Gobiernos militares de cada distrito/Capitanía General) o en plazas de menor categoría, el cargo sería ocupado por el médico de mayor graduación y antigüedad que allí estuviera destinado. En los dos últimos casos, el Reglamento dispuso que el Jefe facultativo local se convirtiera además en Jefe de Sanidad militar de la plaza correspondiente. Entre las funciones de los jefes facultativos locales se incluyeron, además de las puramente asistenciales, inspeccionar periódicamente su establecimiento y “remover” las causas que pudieran alterar su “salubridad”; disponer “cuanto crean conveniente” sobre el material e instrumental y los alimentos, ropas y utensilios; cuidar “de la custodia y conservación en estado de buen uso de todos los instrumentos y aparatos quirúrgicos”; y remitir los datos

³⁵⁶ REGLAMENTO... (1855), p. 352.

estadísticos del hospital y los regimientos de la plaza al Jefe de distrito³⁵⁷. En el último escalón de la administración sanitaria militar figuraban los Oficiales de Sanidad de los regimientos (Primeros y Segundos Ayudantes médicos), cuyas funciones médico-sanitarias fueron similares a las estipuladas por el Reglamento de 1846.

Como consecuencia de lo anterior, el Reglamento pudo otorgar a la denominada Junta Superior Facultativa, nuevo organismo consultivo central, una mayor autonomía respecto a la Dirección General, a la cual debía asesorar en temas científicos y facultativos. La Junta estaba integrada por el Director General, que era su presidente, por los dos inspectores de la Sección de Medicina y por el de la de Farmacia y asesoraba a la Dirección (no a los jefes militares) en “todos los asuntos concernientes a la parte científica y facultativa, y en los demás relativos al régimen y servicio del cuerpo”³⁵⁹. En general, los asuntos facultativos eran mucho más habituales. La junta solía ocuparse de retiros, invalideces, negligencias profesionales, destinos y cuestiones similares, aunque también elaboraba informes científicos en caso de consulta por el Ministerio de la Guerra o por las autoridades civiles³⁶⁰. El nuevo reglamento no creó una organización consultiva periférica propiamente dicha, aunque, tanto en las Jefaturas de distrito como en las de hospitales, el reglamento estipulaba que “siempre que en las enfermerías se presente algún caso grave de herida o enfermedad” debía celebrarse una consulta entre los médicos del establecimiento presidida por el Jefe local o el Jefe de distrito, según dicho caso se diera en las clases de tropa o en la de oficiales respectivamente³⁶¹.

Todos estos desarrollos suponían en principio una mayor autonomía orgánica y técnica de la Sanidad militar pero, como había sucedido con los anteriores reglamentos, su realización práctica adoleció de múltiples carencias. La dependencia respecto a los Capitanes Generales, Gobernadores y Jefes militares, aunque se neutralizó en parte, se mantuvo en la práctica, de forma que las decisiones ejecutivas en asuntos sanitarios siguieron en última instancia en manos del Ministerio de la Guerra, de los Capitanes

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 356.

³⁵⁸ *Ibidem.*

³⁵⁹ *Ibidem.* PARRILLA HERMIDA (1980), p. 302.

³⁶⁰ MASSONS (1994), II, p. 45.

³⁶¹ REGLAMENTO... (1855), pp. 353 y 357.

Generales de distrito, de los Gobernadores militares de las plazas y de los jefes de los regimientos. Las medidas propuestas por la Dirección General y las Jefaturas continuaron aplicándose sólo “siempre que así lo disponga el Gobierno” y “dando parte al Capitán General o al Gobernador militar”, según el nivel de que se tratase³⁶². A ello había que añadir que la Sanidad militar continuó bajo el estricto control de la Hacienda y la Intendencia militares en cada uno de los niveles central, de distrito, de hospital y de regimiento, de manera que siguió sin poder controlar ni el uso de su presupuesto ni su régimen de funcionamiento. En definitiva, todavía no existía una línea inspectora propiamente dicha y esto implicaba, a su vez, que los nuevos órganos consultivos no podía desarrollarse adecuadamente. La Dirección General se puso por segunda vez en manos de personal no facultativo, esta vez entre 1868 y 1873, para imponer de nuevo en la Sanidad militar “una actitud enérgica [...] particularmente respecto a su verdadera organización hoy susceptible de importantes modificaciones”³⁶³ (véase en la Figura 3 una relación de directores de Sanidad militar entre 1846 y 1873).

La indefinición de la línea inspectora de la Sanidad militar se asoció al insuficiente desarrollo de sus funciones asistenciales, profilácticas y de salubridad. Respecto a éstas últimas, se mantuvieron los problemas que ya señalábamos en el apartado anterior en relación con las condiciones de los cuarteles y la falta de personal, material y presupuesto para poner en práctica medidas correctoras. Después de la “guerra de África” (1860) se construyeron algunos cuarteles de acuerdo con los “tipos” propuestos por la comisión de ingenieros militares de 1847, como el denominado “de Isabel II” en Madrid, pero, aparte de que ya habían aparecido nuevas indicaciones sanitarias desde esta fecha, su número fue insuficiente para las crecientes necesidades de alojamiento de la milicia³⁶⁴.

Del mismo modo, la actuación contra las epidemias se siguió concentrando en los casos de emergencia, como, por ejemplo, en la epidemia de cólera de 1855, que tan importante fue para la propia aprobación del Reglamento. Algo parecido sucedió con la

³⁶² *Ibid.*, p. 352.

³⁶³ Cita extraída del texto de la circular remitida por el general José Orive Sanz al tomar posesión de su cargo de Director General de Sanidad en octubre de 1868. En: MASSONS (1994), III, p. 38.

³⁶⁴ CASADO Y RODRIGO (1922), p. 15.

Fig. 3. Directores generales de Sanidad militar y periodo en el que ejercieron sus cargos entre 1846 y 1873 (1846-93)

Nombre	Años
Inspector médico Manuel Codorniu Farreras	Mayo 1847-enero 1853
General Manuel Monteverde Betancourt	1853, 9 meses
General Antonio Ros de Olano	1853-54, 6 meses
General Domingo Dulce	1854, 1 mes
General Fernando Fernández de Córdova	1854, 2 meses
Inspector Médico Manuel Codorniu Farreras	Septiembre 1854-octubre 1856
Inspector Médico Nicolás García-Briz y Galindo	Octubre 1856-octubre 1866
Inspector Médico José M ^a Santucho y Marengo	Octubre 1866-octubre 1868
Teniente General José Orive Sanz	Octubre 1868-junio 1873

Fuente: MASSONS (1994), III, pp. 36-39.

vacunación antivariólica, cuyo impulso en el Ejército coincidió con los principales brotes epidémicos que se sucedieron en este periodo en España (1854-6, 1865-8, 1871) y/o en otros países europeos (1870)³⁶⁵. Así, una epidemia de viruela que afectó al Ejército en 1854 llevó al Director General Manuel Codorniu a disponer, por Real Orden circular de 26 de abril de 1855, la “revacunación” obligatoria de todos reclutas en filas, lo que, según Massons, dio lugar al comienzo en el mes de mayo de la “primera campaña de envergadura” contra esta enfermedad.

Los problemas para realizar dicha campaña fueron importantes. Por ejemplo, la falta de personal obligó a nombrar “vacunadores”, que fueron equiparados “a los médicos civiles que prestaban servicios al Ejército”³⁶⁶. Por otra parte, según Parrilla Hermida, era frecuente que se careciera de linfa en el Ejército. Para salvar este problema, Codorniu autorizó a los Jefes de Sanidad de los distritos para que se pusieran en contacto con médicos civiles y consiguieran que grupos de soldados de las guarniciones se desplazaran a las localidades cercanas para ser inoculados con vacuna fresca de pústulas de niños³⁶⁷. De esta forma, los soldados servían como “medio de transporte” para proceder a la vacunación del resto de los efectivos, rescatando el método que Francisco Xavier de Balmis había empleado en su expedición a América y Filipinas a comienzos de siglo³⁶⁸. Esta solución, aunque se siguió aplicando posteriormente, debió ser insatisfactoria, como lo demuestra por ejemplo el hecho de que en 1857, el Jefe de Sanidad militar del distrito de Valencia solicitara información al Instituto Médico Valenciano acerca “del método de vacunación utilizado, la forma de adquisición de la linfa vacunal y la cantidad de la misma que podría suministrar anualmente”³⁶⁹. Según Baguena, tanto el Ejército como la Armada adquirieron desde entonces linfa en dicho instituto incluso después de la creación del Instituto Nacional de Vacunación, ya que con la de éste obtenían “peores resultados”³⁷⁰. Otro ejemplo, señalado

³⁶⁵ BÁGUENA CERVELLERA (2004), p. 77; PERDIGUERO, BERNABEU-MESTRE, PASCUAL (2004), p. 121.

³⁶⁶ MASSONS (1994), III, pp. 468-472.

³⁶⁷ Con el tiempo, según Massons, se llegó a retribuir a las madres de cuyos hijos se tomaba el pus. Esto se dispuso por una Real Orden de 11 de febrero de 1868 y en agosto de ese mismo año, en el curso de una campaña de vacunación en Canarias, se pagó a las madres 20 reales. *Ibid.*, p. 467.

³⁶⁸ PARRILLA HERMIDA (1980), p. 299. Sobre la expedición de Balmis, ver RAMÍREZ MARTÍN (2002) y (2004).

³⁶⁹ BÁGUENA CERVELLERA (2004), p. 72.

³⁷⁰ *Ibidem*.

por Massons, consistió en que, en 1858, el Ejército solicitó directamente una partida de linfa por valor de diez libras esterlinas a la Sociedad Jenneriana de Londres³⁷¹.

Posteriormente, en febrero de 1868 una Real Orden dispuso que el control de las vacunaciones de los reclutas se hiciera mediante una libreta en la que debía apuntarse “la reacción de cada vacunado a fin de repetirla siempre que salga negativa”³⁷². Esa misma orden estipuló la dotación de lugares de aislamiento para los variólicos en los cuarteles en caso de epidemia y poco después fue seguida por otra aprobada en julio que dispuso la creación en los cuarteles de salas donde alojar a los vacunados hasta la desaparición de la reacción vacunal. Dos años después, según Massons, “se procedió a una campaña general de vacunación, a causa de una epidemia que se difundió por toda Europa”, precisamente la misma que impulsó la creación legislativa del Instituto Nacional de la Vacuna³⁷³.

Respecto a la asistencia, se tomaron medidas que impulsaron la racionalización de la red hospitalaria. Un año antes de la aprobación del nuevo reglamento, por Real orden de 5 de junio de 1854, tuvo lugar la supresión de un número significativo de hospitales militares “atendida su escasa importancia y reducida hospitalidad”³⁷⁴. Al mismo tiempo, se ampliaron algunos hospitales mediante su instalación en antiguos conventos, caso del de Zaragoza (1847) o en una parte de hospitales de la Beneficencia, caso del de Sevilla (1859), y se construyeron otros “de nueva planta” como el de La Coruña (1861)³⁷⁵. Ciertas medidas ampliaron la autoridad de los médicos, como, por ejemplo, la capacidad de nombrar a los practicantes desde 1854, la dirección del personal de las brigadas sanitarias desde su creación en los años 60 y la autoridad exclusiva para otorgar licencias por enfermedad desde 1851³⁷⁶. Se dispuso que el Jefe facultativo local fuera el responsable de la asistencia de los oficiales, distribuyendo entre el resto de médicos “las visitas de los soldados enfermos”. Por otra parte, se le autorizaba también para nombrar médicos de regimientos y

³⁷¹ MASSONS (1994), III, p. 467.

³⁷² *Ibidem*.

³⁷³ *Ibid.*, pp. 468-472; CAMPOS MARÍN (2004c), p. 82.

³⁷⁴ Los hospitales suprimidos fueron los de Córdoba, Écija, Osuna, Medinasidonia, Berga, Salamanca, Ibiza, Tarifa, Morella y la Seo de Urgell. Los de Estella, Bilbao y Logroño quedaron en espera del traslado de los enfermos a hospitales civiles, aunque se acabaron suprimiendo. REAL Orden... (1854), p. 124; RIERA (1969), p. 331; MASSONS (1994), II, p. 238.

³⁷⁵ BLASCO (1958); GÓMEZ TERUEL (1998); PARRILLA HERMIDA (1973).

facultativos civiles auxiliares para la asistencia a los enfermos de “los hospitales establecidos fuera de la capital [del distrito]”³⁷⁷. El Reglamento de 1855 dispuso la instalación en los hospitales de “salas de convalecientes” y de boticas “con los medicamentos, utensilios, aparatos y medios de analizar correspondientes”³⁷⁸. Todas estas disposiciones supusieron un cierto avance hacia la conversión en centros asistenciales bajo control de los facultativos. La cobertura asistencial de oficiales y soldados se mantuvo en los supuestos establecidos por los Reglamentos de 1846 y 1847.

A pesar de las reformas, el servicio de hospitales siguió siendo insuficiente en cuanto a capacidad y atrasado en su organización, que se regía aún en esencia por las ordenanzas de 1739 (actualizadas en 1789 y 1796)³⁷⁹. Significativamente, ciudades como Madrid y Barcelona carecían de un hospital militar “de nueva planta”. Además, la Real Orden de 1854 a la que hicimos referencia reforzó la administración hospitalaria directa por la Hacienda militar, al poner bajo su control los nosocomios de Sevilla, Valencia, Alicante, Cartagena, La Coruña, El Ferrol, Vigo, Zaragoza, Málaga, Algeciras, Pamplona, Burgos, Vitoria, Palma, Mahón y Santoña³⁸⁰. Según Parrilla, los contralores continuaron como responsables de la parte “administrativa y policial” de los hospitales y, por tanto, como “directores” de los mismos³⁸¹. En conjunto, la Hacienda seguía ejerciendo un fuerte control sobre la Sanidad militar a través de su poder de decisión sobre los gastos de personal, material o instrumental, lo que motivó quejas cada vez más numerosas por parte de los facultativos³⁸². En las localidades donde se habían suprimido hospitales militares, se encomendó a las Juntas de Beneficencia municipal la asistencia a los enfermos militares, cuyos gastos eran sufragados por el Ejército³⁸³.

³⁷⁶ MASSONS (1994), II, p. 240; PARRILLA HERMIDA (1980), p. 300.

³⁷⁷ *Ibid.*, pp. 356-357.

³⁷⁸ REGLAMENTO... (1855), p. 372.

³⁷⁹ Como afirmaba Población, las reformas del servicio de hospitales estipuladas por los Reglamentos de 1846 y 1855 quedaron desvirtuadas por la siguiente indicación que se hacía en ellos: “Interín S.M. tenga a bien aprobar la instrucción que para el servicio farmacéutico de los hospitales militares deberá formar el Director general del cuerpo, continuará este desempeñándose en los mismos términos que hasta aquí, conforme a lo dispuesto en los reglamentos, Reales órdenes e instrucciones vigentes”. POBLACIÓN Y FERNÁNDEZ (1880). Esto supuso, en la práctica, la pervivencia sustancial de las Ordenanzas de 1739 hasta la aprobación de los Reglamentos de Hospitales militares de 1873, 1880 y 1884.

³⁸⁰ REAL ORDEN... (1854), p. 124.

³⁸¹ PARRILLA HERMIDA (1973), p. 207.

³⁸² MASSONS (1994), II, p. 244.

³⁸³ REAL ORDEN... (1854), p. 124.

Todo ello contribuyó a que se mantuvieran los derechos de jubilación por inutilidad según los supuestos y con la cuantía ya estipulados por reglamentos previos, así como las pensiones a cargo del Montepío del Ejército para la viuda en caso de fallecimiento, aunque como novedad se señalaban enfermedades específicas que daban derecho a ellos (escorbuto, “tifus hospitalario”, “disentería castrense”, “enfermedades epidémicas o contagiosas graves”)³⁸⁴. La normativa sobre inválidos se actualizó en 1860 aunque la enfermedad siguió sin entrar dentro de los supuestos. En la inutilidad total se introdujo una distinción entre los individuos que tenían derecho a ingresar y residir en el Cuartel de Inválidos y aquellos que sólo recibían sueldo. Aunque no lo señalamos anteriormente, dentro de estas prevenciones y beneficios no se incluía ni a las clases de tropa ni a los soldados de reemplazo, ni al personal civil que trabajaba para el Ejército.

El nuevo reglamento debería haber supuesto un impulso decisivo en el desarrollo de instituciones de investigación de la Sanidad militar más allá de la red de hospitales y enfermerías regimentales. En principio, estaba prevista la creación de un “laboratorio y depósito central de medicamentos” y “un parque sanitario completo”, ambos situados en Madrid, aunque con sucursales susceptibles de establecerse en otras plazas metropolitanas y ultramarinas³⁸⁵. Gracias a ellas el Ejército podría disponer de sus propios fármacos, material e instrumental. El Reglamento también pretendía poner en marcha una “Escuela Práctica de Medicina Militar”, que serviría para que los médicos recién licenciados adquirieran la preparación adecuada para afrontar los problemas médico-sanitarios específicos de la milicia antes de incorporarse a sus destinos. Estas instituciones, junto con el ya existente Laboratorio Químico del Hospital militar de Madrid, proporcionarían a la línea inspectora la base material y científica para afirmar su autonomía y desplegar sus iniciativas. Sin embargo, el Laboratorio y Depósito central de medicamentos o la Escuela de medicina militar tardaron décadas en ponerse en marcha. Por su parte, el parque

³⁸⁴ REGLAMENTO... (1855), p. 369. Para los médicos militares se consideraba que padecer alguna de estas enfermedades equivalía a una acción de guerra y asimismo la muerte por “cólera morbo-asiático” como muerte en acción de guerra.

³⁸⁵ REGLAMENTO... (1855), p. 349.

sanitario quedó organizado desde 1859, pero careció de sucursales y de presupuesto y medios adecuados, lo cual mermó considerablemente su eficacia³⁸⁶.

Con todo, la actividad científica y docente experimentó cierto desarrollo durante este periodo. El Reglamento de 1855 incluyó por primera vez un título denominado “de los premios”, cuyo objetivo era “estimular en bien del Ejército la aplicación y el celo de los oficiales de Sanidad militar y recompensar sus importantes servicios”³⁸⁷. Se trataba de conceder distinciones o ascensos a aquellos médicos que tuvieran actuaciones destacadas en el servicio o que elaboraran trabajos científicos de mérito. En este sentido, el Reglamento mantuvo la medida que obligaba a convocar a los médicos de un hospital y de los regimientos del distrito correspondiente con motivo de casos de patología interna y externa de interés y también de “grandes operaciones quirúrgicas”. En un orden similar se enmarcaba la disposición de establecer “en los hospitales de la capital de todas las Capitanías generales una biblioteca compuesta de obras de medicina, cirugía, farmacia y ciencias auxiliares”. También se estipulaba que continuarían “celebrándose mensualmente por los oficiales de Sanidad academias médico-literarias en la capital de todas las Capitanías generales” como ya se hacía en teoría desde 1850, aunque tampoco parece que llegaran a consolidarse. En ambos casos se trataba de procurar “la mayor instrucción de los individuos del cuerpo” y “de enriquecer los anales de la medicina militar española”³⁸⁸.

Es indudable que estas medidas estimularon la aparición de las primeras publicaciones periódicas oficiales del cuerpo, el *Memorial de Sanidad del Ejército y de la Armada* (1858) y la *Revista de Sanidad Militar española y extranjera* (1864-66). Esta última cambió su nombre por el de *Revista de Sanidad Militar y General de Ciencias Médicas* en 1866 y, de nuevo, en 1867 por el de *Revista General de Ciencias Médicas y Sanidad Militar* (1867-68). Constaba de diversas secciones que se ocupaban de los últimos

³⁸⁶ ROLDÁN Y GUERRERO (1955b), p. 419. Massons, con datos extraídos de la monografía del médico militar Antonio Población, *Historia médica de la guerra de África*, publicada en 1866, consigna la existencia de un “almacén de Sanidad” en Madrid desde 1856, que podría considerarse como el antecedente más inmediato del Parque Central de Sanidad. Según Massons, dicho almacén había sido organizado “sin apenas dinero, pero con un fabuloso caudal de entusiasmo, [por] el médico mayor Santiago Rodríguez, el cual se encargó de recoger material sanitario que ‘dormía’ en diversos parques de ingenieros y artillería”. MASSONS (1994), II, p. 219.

³⁸⁷ REGLAMENTO... (1855), pp. 366-368.

descubrimientos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos útiles para el Ejército, de las novedades bibliográficas, de estadísticas médico-militares y de los destinos del personal³⁸⁹. Según Massons, “cuando Codorniu tuvo en sus manos los destinos de la Sanidad militar estimuló las publicaciones sobre higiene”, lo que no evitó que la mayoría constituyeran meros esfuerzos de exposición de ideas y prácticas elaboradas en otros países europeos³⁹⁰.

El Reglamento de 1855 confirmó la obligación de los Jefes de Sanidad de los distritos, de los Jefes facultativos locales de los hospitales y de los médicos de los regimientos de enviar datos estadísticos a la Dirección General, la cual, a su vez, debía remitirlos periódicamente al Ministerio de la Guerra. En conjunto, “los partes estadísticos del movimiento sanitario del Ejército, los del servicio de los hospitales y cuantos datos y noticias puedan contribuir a demostrar el verdadero estado de salud de las tropas” debían constituir una herramienta esencial para el funcionamiento de la Sanidad militar³⁹¹. No obstante, la información estadística todavía tardaría décadas en recogerse, elaborarse y publicarse adecuadamente y habría que esperar más de medio siglo para que se creara la institución que podía emplear esa información para diseñar una auténtica política sanitaria militar: el Instituto de Higiene Militar. Además, la estadística continuó teniendo una orientación preferentemente médico-quirúrgica (“partes del movimiento y necrología de los hospitales”) más que profiláctica.

En el ámbito corporativo, la Ley Moyano de 1855 consolidó definitivamente la unión de médicos y cirujanos en la sociedad civil y, por extensión, en el Ejército. La plantilla metropolitana se elevó ya a 347 médicos en 1855³⁹². En 1862, los facultativos peninsulares eran 379 y en vísperas de la revolución de La Gloriosa, 449³⁹³. No obstante los problemas de plantilla se mantuvieron. En tiempo de paz, el número de facultativos era excesivo para los puestos existentes (aunque en realidad se quedara corto para las auténticas necesidades del ejército), lo que dio lugar a periódicas “plétoas” que trataban de

³⁸⁸ *Ibid.*, p. 387.

³⁸⁹ MASSONS (1994), IV, pp. 96-97.

³⁹⁰ *Ibid.*, III, p. 236.

³⁹¹ *Ibid.*, pp. 351-352.

³⁹² MASSONS (1994), III, p. 57. También según Massons, en 1857 había en Cuba 47 médicos militares.

³⁹³ *Ibidem*.

corregirse mediante la supresión de plazas, como ocurrió por ejemplo en 1866-68. Al igual que sucedió en el Ejército en general, el exceso de médicos comenzó a convertirse en un problema crónico de la Sanidad militar en el periodo isabelino. No obstante, esto no quitaba para que en tiempo de guerra, como sucedió a partir de 1868, las necesidades de combate hicieran insuficiente el número de facultativos. Para remediarlo, se reclutaban “provisionales” sin oposición previa, que al término de los combates volvían a originar problemas de exceso de personal y las consiguientes “plétoras”.

Corporativamente, los médicos y farmacéuticos militares mantuvieron sus escalafones separados. Los ascensos siguieron siendo bien por antigüedad, bien por méritos, aunque no eran automáticos, sino que se pasaba primero a una situación de “elegible”. La injerencia política se mantuvo a través de los ascensos por méritos, de las recompensas y de la posibilidad de postergar un ascenso “por medio de un expediente gubernativo”. En este caso, si el individuo no se “rehabilitaba” en el plazo de dos años era jubilado o se le daba la licencia absoluta³⁹⁴. Pero la situación había mejorado porque la vida política pasó por una fase menos agitada. Habría que esperar a los años de la revolución de 1868 y de la Primera República para que volvieran a proliferar los casos de expulsión y reingreso³⁹⁵. Prueba de ello fue que la estabilidad de los médicos militares se vio reforzada por la consideración explícita de los destinos como “amovibles”, lo que significaba en concreto que “los Jefes de los cuerpos, colegios y establecimientos militares no podrán suspender ni separar por sí de sus destinos a los oficiales de Sanidad que sirvan en ellos”³⁹⁶. No obstante, en los periodos de agitación política esta disposición se incumplió, especialmente en los cargos de mayor responsabilidad.

En paralelo a la estabilización de la “plana mayor” del Cuerpo, se avanzó en la organización de la “plana menor”, es decir, de un contingente de auxiliares sanitarios no médicos que contribuyera a garantizar el cumplimiento de las medidas asistenciales, profilácticas y de salubridad. En el Reglamento de 1855 se dispuso la organización de una

³⁹⁴ REGLAMENTO... (1855), p. 366.

³⁹⁵ MASSONS (1994), IV, pp. 347-348.

³⁹⁶ REGLAMENTO... (1855), p. 386.

“brigada de socorro”, aunque no se hizo efectiva³⁹⁷. Fue en 1862 cuando una Real Orden publicada en el mes de diciembre estipuló la creación de la “Plana menor facultativa del Cuerpo de Sanidad militar”, compuesta de cinco “Compañías de Sanidad” que debían localizarse en Madrid, Barcelona, Sevilla, Zaragoza y Valladolid. Cada compañía tendría tantas “secciones” como distritos cubriera y cada sección, tantas “subsecciones” como hospitales³⁹⁸. En realidad, la primera compañía se había creado “por vía de ensayo” en Ceuta durante la guerra de África de 1860, aunque se desmanteló a su término. Después, a raíz de la citada Real Orden, vinieron las de Barcelona y Sevilla en 1863 y sólo cuatro años más tarde estaban en funcionamiento las de Madrid, Zaragoza, Valencia, Cuba y Filipinas (la de Puerto Rico no se creó hasta 1875)³⁹⁹.

Las compañías de sanidad estaban compuestas por oficiales médicos, subayudantes, practicantes de primera y segunda clase y soldados sanitarios. En 1867, el número total de efectivos oscilaba, por ejemplo, entre los 136 de la de Madrid y los 59 de la de Zaragoza. En 1868 se aprobó un nuevo reglamento por el cual las siete compañías sanitarias existentes se constituían en una única “Brigada sanitaria” bajo la autoridad directa del Director General. La brigada tenía tantas “secciones” como distritos y las secciones, tantas “escuadras” como hospitales⁴⁰⁰. Su objetivo consistía en tener siempre un cierto número de practicantes y soldados de reemplazo preparados para desempeñar los servicios de hospitales y ambulancias regimentarias, consistentes en vigilar, asistir y cuidar a los enfermos; transportar heridos a los hospitales; y poner en práctica medidas profilácticas y de salubridad ordinarias o antiepidémicas. Para ello disponían del material correspondiente, que en el caso de las ambulancias de los regimientos se fijó por el Plan de material de ambulancias de 26 de diciembre de 1868. Los subayudantes, además, tenían a su cargo la estadística de los hospitales y la distribución de material a los médicos de los mismos⁴⁰¹.

Respecto a los contingentes de reclutas, pocos meses antes de la aprobación del Reglamento de 1855 se puso en vigor un nuevo cuadro de exenciones físicas del servicio

³⁹⁷ *Ibid.*, p. 349.

³⁹⁸ REAL Orden... (1862), p. 493.

³⁹⁹ MASSONS (1994), III, pp. 317-321.

⁴⁰⁰ *Ibidem*.

⁴⁰¹ REAL Orden... (1862), pp. 493-494. REGLAMENTO... (1873), p. 309.

militar. En este periodo, según Massons, la valoración del perímetro torácico y de la talla como criterios de exclusión se convirtió “en un tema de actualidad” que suscitó múltiples debates y discusiones acerca de su utilidad intrínseca y de su trascendencia a la hora de fijar el número total de reclutas⁴⁰². Por otra parte, los Jefes de Sanidad de los distritos adquirieron la competencia de “nombrar los profesores de Sanidad que reclamen el Capitán general o el Consejo provincial, para el reconocimiento de los quintos y sustitutos”, lo que afianzaba en principio el control de la Sanidad militar sobre este dispositivo frente a los jefes militares y los médicos civiles⁴⁰³. En 1868 se reactualizó el cuadro de exenciones de 1855 con las modificaciones y mejoras introducidas durante aquellos años⁴⁰⁴.

La tendencia a una mayor definición médico-sanitaria del reconocimiento de los reclutas se extendió sólo en parte al periodo de estancia en filas. Si bien las medidas profilácticas asignadas a los diversos escalones de la Sanidad militar continuaron dirigidas en su mayoría a los soldados, la asistencia médico-quirúrgica siguió sin cubrir tanto las enfermedades que pudieran contraer los soldados fuera del servicio como las crónicas, aunque aparecieran durante la estancia en los regimientos acuartelados. Al menos, se les comenzó a tener en cuenta a la hora de organizar el servicio de hospitales⁴⁰⁵.

Por último, es importante señalar que la acción de la Sanidad militar continuó expandiéndose hacia sectores de la sociedad civil. Se mantuvo la asistencia al Cuerpo de Alabarderos, que pasó a ser desempeñada por un Primer y un Segundo Ayudantes médicos⁴⁰⁶. Las Milicias Provinciales habían dado paso desde 1844 a la Guardia Civil, cuya asistencia médica no corrió todavía a cargo de la Sanidad militar. No obstante, hubo dos novedades decisivas. Por un lado, se asignó a los facultativos la asistencia permanentemente a los trabajadores civiles de la Fábrica de municiones de Trubia (Oviedo); por otro, la obligación de visita domiciliaria a generales, jefes y oficiales

⁴⁰² MASSONS (1994), IV, p. 54. Massons presenta alguna bibliografía sobre el tema que comenzó a publicarse en los años 50 y 60.

⁴⁰³ REGLAMENTO... (1855), p. 353.

⁴⁰⁴ MASSONS (1994), IV, p. 54.

⁴⁰⁵ Como ya hemos señalado, se asignó al Jefe facultativo local la responsabilidad de la asistencia a los oficiales, mientras que la de los soldados quedaba a cargo del resto de médicos destinados en el hospital, de cuya distribución más adecuada debía encargarse el mencionado jefe. *Ibid.*, pp. 356-357.

⁴⁰⁶ REGLAMENTO... (1855), pp. 349-350.

enfermos que lo solicitaran se amplió a sus familias⁴⁰⁷. Se sancionaba así de forma oficial un hecho que venía sucediendo habitualmente, aunque a pequeña escala, desde hacía décadas, como ya se indicó en el apartado anterior. Las repercusiones de esta medida todavía tardarían en sentirse, pero serían de gran trascendencia para la Sanidad militar.

Como resumen de este apartado (de los dos primeros en realidad) podríamos decir que en las décadas centrales del siglo XIX se implantó en España un modelo sanitarista militar que no tuvo la fuerza suficiente para terminar con la separación existente entre sus diversos elementos en todos los ámbitos: entre el poder ejecutivo todavía en manos de los jefes militares y estrechamente condicionado por las directrices de la Hacienda y la Intendencia militares, y unas funciones esencialmente consultivas; entre una plana mayor constituida por un Cuerpo de Sanidad militar unificado con competencias precisas y una plana menor formada por una Brigada sanitaria fuertemente subordinada al anterior, que tardó más tiempo en organizarse y que agrupaba indistintamente a practicantes, enfermeros y soldados sanitarios; entre los servicios asistenciales de hospitales, de regimientos y de otros establecimientos, orientados preferentemente a los jefes y oficiales, y el reconocimiento de inútiles y las medidas profilácticas o de salubridad enfocadas preferentemente hacia los soldados de reemplazo; entre la Dirección General central de Madrid, que fue concentrando competencias y aumentando el alcance de su actuación efectiva y las Jefaturas locales de los hospitales, que eran su principal instrumento; entre las instituciones asistenciales, progresivamente racionalizadas en su número, características y régimen de funcionamiento y más controladas por los facultativos, y las escasas instituciones sanitarias. En definitiva, el elemento intermedio que representaban las competencias de inspección, las Jefaturas de distrito y de plaza, las “escalas medias”(practicantes y enfermeros), las instituciones de investigación científico-técnica o las medidas médico-sanitarias contra enfermedades tuvieron menor desarrollo del que habían previsto tanto los reglamentos como algunos médicos militares.

Por otra parte, los avances en esta línea inspectora debieron más a un esfuerzo de recepción de modelos sanitarios externos que a una elaboración propia de ideas y prácticas.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 375.

En este sentido, la Sanidad militar no habría sido una excepción a la tendencia general de la medicina y la sanidad españolas del periodo isabelino (tendencia de la sociedad española en su conjunto), caracterizadas por un esfuerzo de incorporación de novedades europeas con escasa capacidad de desarrollar aportaciones originales y con dificultad para llevar a la práctica las disposiciones legales⁴⁰⁸. La línea inspectora, aspecto decisivo del nuevo modelo sanitarista, fue tomada desde su terminología hasta muchas de sus instituciones de la organización de salud pública del Ejército francés, que, como tantas estructuras del país vecino, sirvió de inspiración directa para las autoridades españolas⁴⁰⁹. Todo ello nos lleva directamente a considerar la cuestión general de la existencia o no de un modelo sanitarista propio de la Sanidad militar española y de sus particularidades respecto a los de otros países europeos y, con ello, a plantear el problema de las características del *proceso de sanitarización* en España y en el Ejército español en el ámbito de la Sanidad militar.

⁴⁰⁸ LÓPEZ PIÑERO (1992); MARSET, RODRÍGUEZ OCAÑA, SAÉZ GÓMEZ (1998); MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA (2000).

⁴⁰⁹ Por ejemplo, desde 1851 existió en el Hospital militar de Val de Grace de París una *Ecole d'Application de Medicine militaire*. Para comprobar los paralelismos entre la Sanidad militar española y la francesa, ver CHANTELOUBE (1988); BAZOT (1993). Codorniu conoció directamente la Sanidad militar francesa durante su exilio en el país vecino en 1829-1830 y posteriormente cuando fue jubilado por razones políticas en 1845, momento en que se le concedieron tres meses de licencia para desplazarse a Francia. MASSONS (1994), III, pp. 191-195; PARRILLA HERMIDA (1980), p. 298.

**IV. EL *PROCESO DE SANITARIZACIÓN* EN EL IMPERIO ESPAÑOL DURANTE
LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX. LA CONFIGURACIÓN DE LOS
LÍMITES SANITARISTAS MILITARES.**

Como hemos señalado en el capítulo anterior, el desarrollo del modelo sanitarista en el Ejército español durante las décadas centrales del siglo XIX se caracterizó por las dificultades a la hora de materializar tanto legislativamente como en la práctica las distintas transformaciones asociadas a esta nueva visión de la salud colectiva militar. Además, también se ha apuntado en las líneas finales que el peso de la influencia extranjera, especialmente francesa, parece decisivo para que se llevaran a cabo dichas transformaciones en la ordenación de los asuntos colectivos de salud y enfermedad del Ejército español. ¿A qué se debieron estos hechos? ¿Fueron una excepción o algo habitual en comparación con otros países? ¿Tuvieron alguna relación entre sí?

En mi opinión, la teoría del *proceso de sanitarización* tal y como fue expuesta en el segundo capítulo de esta memoria de doctorado proporciona instrumentos conceptuales útiles para ofrecer una respuesta a dichas preguntas. No obstante, la aplicación de esta propuesta interpretativa, obliga a tener en cuenta, ya que no lo hemos hecho hasta ahora, que el desarrollo de la Sanidad militar tuvo lugar en un ámbito imperial que incluyó las posesiones españolas en América y Asia, así como la existencia, tanto en la península como en Ultramar, de desarrollos alternativos de diversos tipos. Por otra parte, también obliga a considerar, aunque no podamos hacerlo más que brevemente, los desarrollos de la Sanidad civil, como elemento absolutamente necesario para entender adecuadamente la evolución de la Sanidad militar.

En este capítulo analizaremos en primer lugar las características del *proceso de sanitarización* en la Sanidad militar la España peninsular y sus relaciones con la civil. Después haremos lo mismo para el caso de Ultramar y finalmente procederemos a un análisis de conjunto de dicho proceso y de las relaciones militares-civiles en todo el Imperio español. De esta forma podremos obtener una mejor comprensión de los acontecimientos descritos en el capítulo anterior.

4.1. El proceso de sanitización en la España peninsular.

4.1.1. Fronteras y demarcaciones sanitarias militares.

Durante las décadas centrales del siglo XIX, el entramado de límites de salud pública militar característico de la fase contemporánea del *proceso de sanitización* adquirió en nuestro país, en paralelo a lo que sucedía en otros países europeos, una nueva configuración dentro de la trayectoria que se venía dibujando desde el siglo anterior. Esto no quiere decir sino que se fue estableciendo una nueva regulación de las relaciones que, en lo relativo a asuntos de salud y enfermedad colectiva, podían o debían tener lugar dentro del Ejército español (demarcaciones) y entre el Ejército español y los ejércitos de otros países vecinos (fronteras). Hemos calificado esta nueva configuración como “sanitarista” y, por ello, hablaremos de demarcaciones y fronteras sanitarias. Simultáneamente, quedaron establecidas también las relaciones que en dichos asuntos podían o debían tener lugar entre el Ejército y la Armada y entre el Ejército y la sociedad civil, ya que la Sanidad naval y la Sanidad civil constituían entramados de límites de salud pública paralelos al militar.

Comenzando por la Sanidad militar, las fronteras y demarcaciones sanitarias adquirieron una configuración específica que no supuso una ruptura radical con las del periodo anterior, sino que más bien fue el resultado de la variación cuantitativa de ciertos parámetros comunes. Respecto a las demarcaciones, fueron los Reglamentos de 1836, 1846, 1847, 1853 y 1855, sobre todo éste último, las disposiciones legislativas principales que diseñaron en nuestro país unas demarcaciones de tipo sanitaria. Este hecho ya indica que el número de disposiciones legales se había ido reduciendo, al tiempo que su repercusión se había hecho mayor: cinco reglamentos (tres en la práctica) fueron suficientes para ordenar durante casi cuarenta años los asuntos de salud colectiva en toda esa compleja esfera social que comenzó a denominarse propiamente por entonces “Ejército español”⁴¹⁰.

⁴¹⁰ Hasta las reformas militares llevadas a cabo por Espartero y Narváez en la década de 1840 no surgió el concepto de “Ejército español”, ya que durante todo el siglo XVIII y hasta entonces se hablaba de Ejércitos Reales. PUELL DE LA VILLA (2000a), pp. 58-66.

Dichos reglamentos aumentaron la impermeabilidad de los límites internos y, por ello, su grado de diferenciación, alcance y polarización. Por ejemplo, aumentaron la diferenciación en el ámbito político-administrativo mediante la creación dentro del Ministerio de la Guerra de la Dirección General de Sanidad militar, con cierto número de negociados y que adquirió cierta capacidad de decisión, por modesta que fuese. De la Dirección General dependían las Jefaturas de Sanidad militar de los distritos, las Jefaturas de las plazas, las Jefaturas locales facultativas de los hospitales y los Oficiales de Sanidad, cada nivel con sus correspondientes recursos administrativos y capacidad de decisión. También se constituyó en paralelo una Junta Superior facultativa de Sanidad militar con funciones consultivas.

Por otra parte, los reglamentos establecieron una articulación territorial más compleja. La Sanidad militar peninsular quedó estructurada en catorce distritos sanitarios equivalentes a las Capitanías Generales. En cada distrito había una plaza sanitaria principal que ejercía como capital (por ejemplo, Sevilla en Andalucía); varias plazas sanitarias importantes que solían coincidir con las capitales de Gobierno militar o provincia (por ejemplo, Sevilla, Cádiz, Córdoba y Huelva en Andalucía); y otras plazas de menor categoría. Por último, en cada distrito había un cierto número de regimientos localizados en las distintas plazas⁴¹¹. También aumentó la diferenciación social, ya que la actuación de la Sanidad militar se extendió a aquellas clases sociales que comenzaban a tener un protagonismo creciente en la sociedad española y que, consiguientemente, comenzaron a representar el grueso de los efectivos del Ejército: los oficiales profesionales procedentes de la burguesía y los contingentes de soldados de reemplazo reclutados de las clases obreras y

⁴¹¹ La organización de la Sanidad militar en distritos, plazas y regimientos estuvo determinada no sólo por la legislación sanitaria sino también por los decretos y órdenes relativos a la organización territorial general del Ejército. Así, por ejemplo, los Reales Decretos de 28 de marzo y 2 de julio de 1866 determinaron la existencia de 11 Capitanías generales o distritos, en vez de 14 como hasta entonces, a consecuencia de la integración de Extremadura en Andalucía, de Burgos en Castilla La Vieja y de la unificación de Navarra y las Provincias Vascaas. Esta disposición se mantuvo en vigor hasta 1869. Por su parte, una Real Orden de 1 julio de 1866 suprimió los Gobiernos militares de Córdoba, Huelva y Jaén, los cuales fueron restablecidos al año siguiente. Una orden de 23 de junio de 1869 volvió a suprimir los de de Huelva y Jaén. Otros cambios tuvieron lugar también en relación con las plazas y su categoría. En definitiva, durante el periodo isabelino, los cambios en la organización territorial del Ejército se sucedieron periódicamente y eso afectó también a la organización de la Sanidad militar. FERNÁNDEZ BASTARRECHE (1979), pp. 501-508. No obstante, por razones de simplicidad hemos decidido hacer referencia únicamente a las disposiciones específicamente sanitarias, teniendo en cuenta, además, que reflejaron la organización territorial más duradera a lo largo de este periodo.

campesinas. En cuanto a la diferenciación funcional, se produjo la cristalización de diversos “servicios” sanitarios como el “Servicio de los regimientos”, el “Servicio de los establecimientos y colegios”, el “Servicio de hospitales” y el “Servicio de campaña”, así como el denominado “reconocimiento de inútiles”, cada uno de ellos con una triple dimensión asistencial, profiláctica y de salubridad.

Los reglamentos consiguieron una mayor articulación corporativa, gracias a la constitución, por un lado, del Cuerpo de Sanidad militar, “plana mayor” que agrupaba a médicos y farmacéuticos del Ejército bajo el mando técnico exclusivo del Director General y, por otro lado, una “plana menor” o Brigada sanitaria, constituida por los practicantes, enfermeros y soldados sanitarios.. La articulación institucional se consolidó, por un lado, mediante la creación de centros docentes y de investigación científico-técnica como el Parque Central de Sanidad militar y el Laboratorio Químico del Hospital militar de Madrid y la prevista puesta en marcha de otras como el Laboratorio Central de Medicamentos (con sucursales) o la Escuela de Aplicación de Medicina militar. En paralelo, los hospitales y enfermerías se fueron convirtiendo en instituciones de asistencia y cuidado especializados y perdieron buena parte de su carácter de asilo u hospicio. La diferenciación de un ámbito propio doctrinal y técnico aumentó al sustituirse las ideas y medidas de la “policía e higiene médica militar” por otras de tipo sanitario.

Por tanto, durante el periodo isabelino, las relaciones relativas a la salud y enfermedad colectivas dentro del Ejército, adquirieron un mayor grado de articulación o diferenciación frente a los jefes militares, la Hacienda y la Intendencia castrenses, otras esferas sociales, otros cuerpos y armas del Ejército y otras instituciones y doctrinas. A ello se asoció una mayor intensidad o mayor alcance de las mismas. Mayor alcance administrativo, porque las decisiones de la Dirección General tuvieron más repercusión y porque hubo más niveles intermedios entre los organismos centrales y la periferia. Mayor alcance territorial, porque la Sanidad militar se extendió más exhaustivamente por el país. Mayor alcance social, porque se implicaron más clases sociales. Mayor alcance asistencial y sanitario, porque la cobertura sanitaria incluyó un mayor número de supuestos (epidemias, enfermedades adquiridas fuera de servicio, reconocimientos de acceso e

inutilidad, acondicionamiento de cuarteles, vacunación antivariólica, revistas de policía sanitaria). Mayores medios humanos, porque se dispuso de un número creciente de médicos, farmacéuticos, practicantes, enfermeros y sanitarios. Mayores medios materiales, porque se contó con un número creciente de salas hospitalarias, enfermerías, instituciones de investigación o depósitos de material. Mayor base científico-técnica, porque las doctrinas sanitarias incorporaron saberes como la estadística, la higiene pública o la medicina anatomoclínica.

Por último, las demarcaciones sanitaristas se caracterizaron por un mayor grado de polarización. En la Sanidad militar isabelina hubo por tanto una mayor diferencia entre el poder territorial de Madrid (como sede de la Dirección General) y, por ejemplo, el de Alicante; entre la autoridad político-administrativa de la Dirección General y la de los Oficiales de Sanidad; entre las funciones técnicas de un médico o un farmacéutico y la de un soldado camillero; entre las competencias asistenciales y sanitarias de una Jefatura de distrito y las de un médico de regimiento; entre los derechos “activos” y “pasivos” de un Mariscal de Campo y los de un soldado de reemplazo; entre la autoridad científica de un clínico o un investigador básico que publicaban en la *Revista de Sanidad militar* y la de un médico centrado en su actividad hospitalaria o regimental.

Este mayor grado de polarización se asoció a la existencia de un mayor número de niveles o estratos discretos entre los polos extremos. Por ejemplo, en el ámbito territorial, una secuencia posible era Madrid (sede central de la Sanidad militar española) – Valencia (capital del Distrito sanitario de Valencia) – Alicante (plaza de dicho distrito); en el ámbito político-administrativo, Dirección General – Jefatura de Sanidad de distrito – Jefatura de Sanidad de plaza – Jefatura local facultativa de hospital – Oficial de Sanidad de regimiento; en el ámbito corporativo, médico – farmacéutico – practicante – enfermero – soldado sanitario; en el ámbito social, jefes y oficiales – clases de tropa – soldados de reemplazo. Tanto los polos extremos como los estratos intermedios se constituyeron simultáneamente y se reforzaron entre sí: a mayor polarización, mayor estratificación y viceversa.

En conjunto, todo ello hizo que las demarcaciones sanitarias militares se caracterizaran por un mayor grado de impermeabilidad, logrando así que la Sanidad militar tuviera una mayor cohesión interna. Al mismo tiempo, dieron como resultado una nueva configuración de las relaciones colectivas de salud y enfermedad entre los organismos centrales y los periféricos, entre los médicos y farmacéuticos y sus auxiliares, entre los jefes militares y los soldados de reemplazo o entre las instituciones asistenciales y de investigación principales y las secundarias. Todos estos elementos se transformaron de forma simultánea y transversal en una situación de autonomización o competencia interna. La constitución de la línea inspectora constituye la prueba más clara de estas afirmaciones.

No obstante, este análisis quedaría un tanto idealizado si no señaláramos ciertos hechos que limitaron dicha cohesión tal y como habían intentado conseguirla los reglamentos y demás disposiciones legislativas del periodo. Quizás la limitación más patente se debió a los conflictos carlistas que entre 1833-40, 1846-49 y 1872-76 estallaron en territorio peninsular, afectando especialmente a zonas del País Vasco y Navarra, Cataluña, Aragón y Valencia. En el curso de los mismos, los carlistas establecieron una Sanidad militar propia alternativa a la “constitucional”, que en principio tenía una escala peninsular, pero en la práctica se redujo a las zonas de operaciones. El intento más serio en este sentido durante el periodo isabelino tuvo lugar en la Primera Guerra Carlista. El Dr. Teodoro Gelos, por Real Decreto (carlista) de 26 de mayo de 1836 organizó la estructura sanitaria militar en la zona carlista vasco-navarra. Por su parte, el Dr. Juan Pablo Sevilla hizo lo propio, aunque sin disposiciones legislativas explícitas, en la zona de Maestrazgo y Levante, donde actuaba el jefe carlista Ramón Cabrera. En Cataluña no hubo una estructura sanitaria militar unificada, pero también hubo una organización de campaña por fragmentada que fuese⁴¹². Las demarcaciones carlistas del periodo 1833-40 se caracterizaron por un bajo grado de impermeabilidad en comparación con el que adquirieron las demarcaciones oficiales a raíz de los Reglamentos de 1846, 1847 y 1855. Sin embargo, en aquel momento la diferencia entre ambas no fue tan grande y, como observa Massons, la organización sanitaria planeada por del Dr. Gelos y aprobada en mayo

⁴¹² MASSONS (1994), II, pp. 108-114. Para una breve perspectiva general sobre la sanidad militar en ambos bandos, ver el capítulo de esta obra titulado *Las guerras carlistas*.

de 1836 “se ajustaba perfectamente a lo dispuesto por Hernández Morejón en el bando gubernamental” cuatro meses antes en el que fue primer Reglamento de Sanidad militar⁴¹³.

Respecto a la diferenciación de las demarcaciones carlistas, las divisiones territoriales fueron muy heterogéneas y móviles en cuanto a su extensión, salvo en el escenario vasco-navarro, donde los ejércitos del pretendiente mantuvieron bajo control durante toda la guerra un área significativa. Las tropas estuvieron formadas sobre todo por población de zonas rurales y las necesidades de campaña constituyeron la preocupación casi exclusiva. En el territorio vasco-navarro, se creó una Junta Superior Gubernativa formada por dos médicos personales de don Carlos y un Cirujano Mayor y un Boticario Mayor, pero tuvo escaso poder de decisión. De modo análogo, los hospitales estuvieron en manos de los contralores y los médicos de las partidas tuvieron que ajustarse a las indicaciones de combate de los jefes militares. Se anuló la unificación de médicos y cirujanos dispuesta por Pedro Castelló en 1827 y todo el que tuviera ciertos conocimientos médicos (practicantes, estudiantes) debió asumir en muchas ocasiones responsabilidades que correspondían a los facultativos. Las únicas instituciones existentes fueron hospitales y enfermerías, la mayoría de los cuales era de campaña y acompañaba a las tropas en sus desplazamientos, instalándose en casas particulares o conventos. Doctrinalmente, la mentalidad “policial” prevaleció con objeto de garantizar el mayor número de soldados en el siempre necesitado Ejército carlista. Por último, salvo excepciones como las que hemos consignado más arriba no se legisló sobre temas médico-sanitarios, porque predominó la improvisación determinada por las condiciones de combate y la evolución de la contienda⁴¹⁴.

Respecto al alcance, es evidente que la Sanidad militar carlista tuvo una extensión territorial y una composición social bastante limitadas; que se hizo cargo de un número más reducido de heridos de guerra; que su estructura administrativa fue casi inexistente más allá de la Junta Gubernativa; que contó con menos médicos, cirujanos, farmacéuticos y practicantes; que su red hospitalaria fue modesta; que se caracterizó por su escaso desarrollo científico-técnico; y que el número de disposiciones legislativas que ordenaron

⁴¹³ *Ibidem*.

su funcionamiento fue escaso. Por último, la Sanidad militar carlista tuvo un bajo grado de polarización, ya que estuvo fraccionada entre los distintos escenarios de combate, País Vasco-Navarra, Maestrazgo, Cataluña, cada uno con sus centros y periferias; y la estratificación en niveles fue demasiado simple, con ausencia general de niveles intermedios, por ejemplo, entre los distintos jefes de Sanidad militar y los médicos de las partidas.

Con todo, la fracturación interna que representó la Sanidad militar carlista en 1833-40 fue tan fuerte que siguió condicionando la organización sanitaria militar isabelina mucho tiempo después de terminados los combates. Un reflejo de ello fue, por ejemplo, la distribución territorial de los hospitales militares en la península. Todavía a comienzos de 1854, los distritos sanitarios que incluían las áreas carlistas o situados en sus proximidades concentraban un número desproporcionado del total de hospitales militares peninsulares. Había ocho en las Provincias Vascas y alrededores (Bilbao, San Sebastián, Elizondo, Estella, Vitoria, Pamplona, Logroño y Santoña) y ocho en Cataluña y alrededores (Barcelona, Tarragona, Lleida, Girona, Figueres, Berga, Seo de Urgell, Morella), mientras que en Galicia sólo existían tres (La Coruña, El Ferrol y Vigo) y en Castilla la Nueva, uno (Madrid)⁴¹⁵. Otro ejemplo lo constituye el hecho de que, a pesar de la oferta de “asimilación” en la Sanidad militar “constitucional” realizada a los médicos militares del bando carlista como parte del pacto de Vergara, buen número de ellos prefirió no ingresar en el cuerpo, regresando a la vida civil, exiliándose en Francia o emigrando entre otros lugares a las nuevas repúblicas sudamericanas⁴¹⁶.

La Sanidad militar carlista hizo patente de una forma especialmente dramática la existencia de ciertos sectores sociales y ciertos territorios difícilmente integrables en el entramado de demarcaciones sanitarias militares que pretendía implantarse en la España

⁴¹⁴ *Ibidem.*

⁴¹⁵ *Ibidem.*

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 114. Según Juan Ignacio Gil Pérez, los habitantes del País Vasco y Navarra tuvieron durante la segunda mitad de la década de 1830 “ofertas y estímulos [...] para emigrar hacia América, y particularmente a los países del Plata [...]”. Los estímulos no fueron siempre positivos y, de hecho, la prolongada guerra carlista de 1833-40 constituyó uno de los más importantes. Hacia 1842 “se comprueba la presencia en Montevideo de unos 14.000 vascos franceses y españoles”. Formando parte de esta emigración, hubo médicos y cirujanos

isabelina. Sin embargo, no fue el único fenómeno que reflejó dichas dificultades. En Galicia, Canarias y otras zonas, la emigración y las deserciones (el fenómeno de los “prófugos”) constituyeron formas difundidas de resistencia de las clases más desfavorecidas a integrarse en el Ejército y, por extensión, en la Sanidad militar⁴¹⁷. En Andalucía, los graves problemas sociales del bandolerismo y el contrabando reflejaron de forma particular la voluntad de una parte de la población de permanecer al margen del Estado liberal y de su organización militar. A ello habría que sumar la aparición de sectores sociales cuya ideología implicaba el rechazo frontal del nuevo orden social, político y militar en formación (demócratas, socialistas, anarquistas) y cuya actitud les condenó en el mejor de los casos al ostracismo y en el peor a la persecución y condena o al exilio⁴¹⁸. Estos grupos también se encontraban al margen del radio de acción de la Sanidad militar.

Hubo otros fenómenos que indicaron la distancia entre las intenciones de los reformadores de la Sanidad militar isabelina y la legislación y su realización práctica. Por ejemplo, es importante señalar las bajas cifras *relativas* de médicos militares catalanes y vascos en el Cuerpo de Sanidad Militar. Análogamente a lo que señala Fernando Puell de la Villa para los oficiales del Ejército en general, Cataluña y las Provincias Vascas proporcionaron un número de médicos militares reducido en proporción a su población y a su desarrollo socio-económico⁴¹⁹. En paralelo a lo anterior, la contribución de la burguesía y la clase obrera y campesina de Cataluña y País Vasco a la oficialidad de los distintos cuerpos y armas del Ejército y al contingente de reclutas respectivamente, fue proporcionalmente menor de lo que habría correspondido a ambas zonas. La voluntad colectiva de catalanes y vascos de no integrarse uniformemente en el Ejército y en la Sanidad militar limitó sin duda el desarrollo del entramado de demarcaciones.

Otras zonas plantearon problemas distintos, ya que, lejos de tener capacidad y voluntad para establecer una Sanidad militar alternativa a la oficial, para colocarse al margen o para no integrarse uniformemente en ésta, se caracterizaron por su débil

tanto liberales como carlistas, uno de los cuales, Cayetano Garviso, ha sido estudiado en una monografía por el propio Gil Pérez. GIL PÉREZ (2001), pp. 40-42.

⁴¹⁷ FEIJOO (1996).

⁴¹⁸ ARTOLA (1991), I.

⁴¹⁹ PUELL DE LA VILLA (2000b).

aportación al desarrollo de las demarcaciones sanitarias militares. Así, provincias como Orense, León, Huelva, Zamora, Teruel, Cuenca, Jaén o Ciudad Real, entre otras, constituían una especie de “huecos” en distritos sanitarios como Galicia, Castilla La Vieja, Castilla La Nueva, Andalucía o Aragón. Su falta de desarrollo socioeconómico motivó que pudieran aportar muy poco en términos absolutos a la constitución de un cuerpo de oficiales procedentes de la burguesía, mientras que sí lo hicieron al reclutamiento⁴²⁰. La misma carencia impidió que jugaran su teórico papel relativo en la constitución del Cuerpo de Sanidad militar. En los ámbitos político-administrativo, institucional o doctrinal dichas zonas mostraron una excesiva dependencia de los organismos centrales de la Sanidad militar.

De todo esto se deduce que la distancia entre la teoría y la realidad práctica en las demarcaciones sanitarias militares de la España isabelina no se limitó exclusivamente a los periodos de conflicto armado, sino que tuvo carácter permanente y asumió diferentes formas. En mi opinión, desde el punto de vista del *proceso de sanitarización* militar, los distintos fenómenos que hemos comentado reflejaron la existencia de un excesivo grado de “heterogeneidad” en el entramado de demarcaciones, que podría definirse como la existencia de desviaciones cuantitativas significativas en el grado de permeabilidad, diferenciación, intensidad y polarización de las relaciones sanitarias dentro del Ejército español⁴²¹. Este hecho provocó la existencia de “huecos”, donde aquellos parámetros estaban significativamente por debajo de la media y “fisuras”, donde estaban significativamente por encima. En el caso de las guerras carlistas, la heterogeneidad alcanzó tal grado que dio lugar a la aparición temporal de entramados alternativos de límites sanitarios militares (desde la perspectiva carlista) o “fracturas” (desde la perspectiva constitucional). La emigración, el “profugismo”, el bandolerismo y los grupos marginados del sistema socio-político (bien por su defensa de modelos alternativos para el régimen

⁴²⁰ GARCÍA MORENO (1988).

⁴²¹ La “heterogeneidad” de las estructuras militares en la España del siglo XIX ha sido señalada recientemente por el historiador francés Benoit Pellistrandi, PELLISTRANDI (2003). No obstante, Pellistrandi no sitúa dicha heterogeneidad dentro de un modelo interpretativo de la organización militar. Desde nuestra perspectiva socio-histórica, aunque se limite al campo específico de la Sanidad militar, discrepamos de su afirmación de que heterogeneidad y fragilidad hicieron del Ejército español decimonónico “si no una excepción en Europa, al menos ejemplo de un arcaísmo que las grandes naciones habían abandonado a lo largo del siglo”. *Ibid.*, 72. Como tratamos de mostrar, la diferencia fue meramente de grado respecto a otros Ejércitos europeos.

político, el Ejército o la organización social de España, bien por su adscripción a identidades territoriales como la catalana y la vasca) constituyeron también “fracturas” en el entramado de demarcaciones de la Sanidad militar. Todas estas circunstancias contribuyeron a las dificultades de desarrollo de la línea inspectora, del modelo sanitarista.

El análisis del entramado de límites sanitaristas militares debe completarse con las fronteras. En cada periodo de la fase contemporánea del *proceso de sanitarización* militar, las fronteras adquirieron características específicas, aunque la diferencia entre periodos se limitó a la variación cuantitativa de ciertos parámetros. De forma general, si las nuevas demarcaciones sanitaristas eran el resultado de un mayor grado de impermeabilidad, polarización, diferenciación y alcance de las relaciones colectivas de salud y enfermedad dentro de un Ejército, las fronteras sanitarias lo fueron de aumento del grado de dichos parámetros en las relaciones colectivas de salud y enfermedad entre un Ejército en su conjunto y otros Ejércitos.

En el caso concreto del Ejército español, durante el periodo isabelino se transformaron las fronteras con los ejércitos de Francia, Portugal y Gran Bretaña. Del mismo modo que las demarcaciones se habían configurado mediante un pequeño número de disposiciones legales de gran alcance, las fronteras quedaron definidas a partir de un reducido número de enfrentamientos bélicos o alianzas militares también de gran alcance. Para España, dada su casi nula participación en conflictos bélicos generales en Europa durante el periodo isabelino, fue la integración desde 1834 en la Cuádruple Alianza, liderada por Gran Bretaña y Francia y en la que también se incluía Portugal, la que contribuyó principalmente a definir las fronteras sanitarias militares con estos los ejércitos de estos países durante este periodo. Lo hizo porque estableció las relaciones militares que podían tener lugar entre ellos y, como consecuencia, las relativas a Sanidad militar⁴²².

En el caso de la frontera sanitarista militar hispano-portuguesa, la tendencia teórica habría sido a un elevado grado de impermeabilidad e incluso a la intervención directa o influencia significativa de la Sanidad militar española en la del país vecino. Sin embargo,

ninguna de ambas cosas tuvo lugar. Es cierto que hubo dos pequeñas intervenciones militares españolas en 1834 y 1846 respectivamente⁴²³. Según Massons, en ésta última, para asistir a las tropas mandadas por el general Concha en su trayecto hasta Oporto, se montó un dispositivo sanitario de campaña que durante unos meses operó en territorio portugués y que se disolvió al terminar el conflicto⁴²⁴. No obstante, esta intervención fue atípica porque no respondía a intereses españoles sino de Inglaterra y Portugal. Por ello, no tuvo un efecto debilitador de las fronteras y demarcaciones portuguesas, sino que, por el contrario, sirvió para fortalecerlas. En 1864 se acordó un Tratado de delimitación de la línea fronteriza hispano-portuguesa con escasa repercusión para las respectivas sanidades militares⁴²⁵. En realidad, Portugal también intervino en España durante la Primera Guerra Carlista a favor de la Monarquía constitucional⁴²⁶. La realidad era que la sólida vinculación anglo-portuguesa y la participación de España en la Cuádruple Alianza cortaban de raíz cualquier pretensión expansionista española y, más aún, permitían a Portugal sustraerse a la influencia de nuestro país. Por ello, la Sanidad militar española careció tanto de opciones reales de expansión a costa de la del país vecino, como de capacidad para materializar la influencia teórica que debería haber ejercido sobre ella.

Estos hechos reflejaban el bajo grado de articulación o diferenciación de las relaciones sanitarias militares con Portugal. Tomando como ejemplo el ámbito territorial, los distritos contiguos al país vecino fueron perdiendo su carácter fronterizo. La pervivencia de pequeñas tensiones contribuyó todavía a que siguieran existiendo como tales los de Castilla La Vieja, Extremadura y Andalucía, que ya en la Restauración se incorporaron a o integraron otros más “interiores” en un proceso de reorientación intrapeninsular⁴²⁷. No obstante, aparte de Extremadura, que todavía se justificaba en buena

⁴²² Sobre las características y la repercusión de la Cuádruple Alianza en España, ver, por ejemplo, JOVER ZAMORA (1999).

⁴²³ CORDERO TORRES (1960), p. 304.

⁴²⁴ MASSONS (1994), II, p. 285.

⁴²⁵ CORDERO TORRES (1960), p. 281.

⁴²⁶ Fernández Gaytán extrae una cita del discurso de apertura de las Cortes pronunciado por la Reina María Cristina el 16 de noviembre de 1835, en la que se habla de “la concurrencia de diez mil portugueses, que, según el convenio hecho con S.M.F. [...] han comenzado a entrar en nuestro territorio [...]”. FERNÁNDEZ GAYTÁN (1987), p. 51.

⁴²⁷ En la Restauración, el distrito de Castilla La Vieja se unió durante un tiempo al de Burgos. Posteriormente éste volvió a separarse para unirse a su vez a los de Navarra y Vascongadas, mientras que el de Castilla La

medida por la vecindad con Portugal, en el resto de distritos sólo ciertas plazas indicaban todavía la orientación hacia el país vecino, como sucedía en Galicia con la Jefatura de Sanidad militar de la plaza de Vigo, principal enclave en la provincia de Pontevedra. En contraste, Ciudad Rodrigo terminó cediendo su tradicional protagonismo a Salamanca, mientras que Orense dependía de la Jefatura de Sanidad militar de El Ferrol, León y Zamora, de la Jefatura de Valladolid y Huelva, de la de Sevilla.

La débil diferenciación o articulación territorial de la frontera sanitarista hispano-portuguesa se asoció a su reducido alcance territorial, de forma que sólo un número cada vez más reducido de distritos y plazas dependían de las relaciones con Portugal. Por último, también se asoció a una débil polarización, ya que la relación de todos estos enclaves con la Dirección General careció de una estratificación suficiente y no dio lugar a la existencia de algún organismo o negociado encargado de los asuntos relativos a Portugal. El resultado fue un débil grado de impermeabilidad de las relaciones fronterizas y su carácter heterogéneo que provocó la existencia de “huecos”, inseparables de los de las demarcaciones a los que ya nos referimos anteriormente. En realidad, las características de las relaciones hispano-portuguesas hicieron que más que de “huecos” pudiera hablarse de “vacíos”, dado el grado de aislamiento existente entre ambos países y sus organizaciones militares, incluida la Sanidad militar⁴²⁸.

En el caso de la frontera con Francia, las intervenciones directas de la Sanidad militar francesa que tuvieron lugar sobre todo durante la Guerra de la Independencia (1808-14) y con ocasión de la restauración en el trono de Fernando VII en 1823, quedaron limitadas durante el periodo isabelino por la firma del tratado de la Cuádruple Alianza en 1834, que garantizaba la no agresión entre ambos países. Sólo tuvieron cierta relevancia durante la Primera Guerra Carlista, en la que adoptaron un doble carácter. Por un lado, Francia, a través de la Legión extranjera destinada en Argelia apoyó modestamente al

Vieja incorporó otros territorios provinciales como Segovia. Por su parte, también se unieron los distritos de Andalucía y Granada, Extremadura y Castilla La Mancha y el de Galicia incluyó la provincia de Asturias.

⁴²⁸ Para una perspectiva general sobre las relaciones hispano-portuguesas en el siglo XIX, ver, por ejemplo, CORDERO TORRES (1960), pp. 277-330; JOVER ZAMORA (1992), pp. 177-191 y (1999), pp. 137-138; DE LA TORRE GÓMEZ (2000); DE LA TORRE GÓMEZ, TELO (2001); TELO, DE LA TORRE GÓMEZ (2003).

bando constitucional y por tanto ayudó a consolidar el Ejército español y su Sanidad militar⁴²⁹. Pero, al mismo tiempo, la intervención *sui generis* o el *laissez faire* del gobierno francés contribuyeron a que, en ciertas zonas rurales de Cataluña y País Vasco limítrofes con el país vecino, los carlistas pudieran establecer durante los periodos de guerra una Sanidad militar alternativa a la oficial. Lo hicieron entre otras cosas porque el personal médico-quirúrgico y los hospitales carlistas podían organizarse desde y retirarse hacia territorio francés siempre que no provocaran alteraciones, con la seguridad de que los españoles no iban a traspasar la línea fronteriza. También porque consintió el apoyo económico y material de los habitantes del País Vasco francés y del Rosellón a los carlistas siempre que no hubiera acciones en Francia. Además, porque al finalizar los combates, médicos y practicantes que habían servido en filas carlistas pudieron dedicarse al ejercicio privado en territorio francés y, desde allí, volver a reincorporarse a los combates cuando estallaban de nuevo años después⁴³⁰. Por tanto, durante las guerras carlistas, paradójicamente, las intervenciones francesas contribuyeron tanto a reforzar el entramado de límites sanitarios militares oficial como a favorecer la aparición temporal de “fracturas” o entramados alternativos.

Más allá de las intervenciones directas o *sui generis* en tiempo de guerra, la frontera sanitaria militar con Francia fue bastante permeable a la influencia de este país durante los periodos de paz. Como ya hemos señalado, la Sanidad militar española de las décadas centrales del siglo XIX tomó leyes, conceptos y prácticas del servicio sanitario del Ejército francés: la constitución de la línea inspectora, la administración directa de los hospitales por los Hacienda, la proyectada Escuela Práctica de Medicina militar, la división territorial en distritos, las doctrinas sanitarias, la creación de un cuerpo unificado de facultativos y su propio nombre, todas estas medidas fueron tomadas del país vecino⁴³¹. Esto fue posible

⁴²⁹ FERNÁNDEZ GAYTÁN (1987), p. 51.

⁴³⁰ MASSONS (1994), II, pp. 114-116. Según Alfredo Opisso, “El Gobierno francés, por motivos políticos, procuraba molestar en lo posible a España como si debiéramos inclinarnos ante sus órdenes, y hacía caso omiso a las reclamaciones que se le dirigían para que internara a los forajidos que se refugiaban en los pueblos de la raya [fronteriza] o impidieran las entradas que efectuaban cuando así les parecía”. Citado en AGUADO SÁNCHEZ (1984), I, p. 279.

⁴³¹ Las medidas de la sanidad militar española tradujeron con pocos años de diferencia las que se tomaron en Francia. Por ejemplo, el refuerzo de la autoridad de los contralores se hizo en Francia en 1848 y en España en 1854. La *École d'Application de Médecine militaire* se creó en París en 1851 y sólo cuatro años después el reglamento de 1855 planteaba la creación de una institución con el mismo nombre en España. Para comprobar

porque, por ejemplo, políticos, médicos y militares liberales españoles se exiliaron en la capital francesa y conocieron las iniciativas legislativas tanto sobre asuntos militares en general (modelo de ejército, sistema de reclutamiento) como sanitarios en particular, que, a menudo, trataron de aplicar a su regreso a España. También, porque médicos militares viajaron a aquel país, generalmente por iniciativa propia, para conocer las instituciones de su Sanidad militar y aprender sus desarrollos científico-técnicos, como sucedió con el propio Manuel Codorniu. Asimismo, porque se importaba material e instrumental francés; porque se tradujeron numerosas obras científicas de médicos militares franceses y las primeras revistas españolas de Sanidad militar recogían artículos, noticias y legislación de la del país vecino; porque médicos militares españoles pudieron acudir como observadores a campañas donde participó la Sanidad militar francesa como la guerra de Crimea (1853-56) o la guerra franco-prusiana (1870)⁴³².

En definitiva, las relaciones fronterizas entre la Sanidad militar española y la francesa, lejos de reflejar un equilibrio entre ambas, se orientaban claramente en el sentido de esta última. No obstante, este desequilibrio no fue homogéneo porque, por ejemplo, en Cataluña, revistió formas específicas. Así, al menos hasta el año 1843 en que se mantuvo la supresión de la Universidad de Barcelona (y de su Facultad de Medicina), trasladada a Cervera por Felipe V, un porcentaje significativo de médicos catalanes se formaron en universidades francesas como Montpellier, Toulouse y París⁴³³. Algunos de ellos se instalaban definitivamente en Francia para desarrollar su ejercicio profesional, pero los que regresaron estuvieron fuertemente influidos por las doctrinas y prácticas de la medicina francesa, actuando en muchos casos como introductores de las mismas en nuestro país, al tiempo que conocieron de primera mano las instituciones médico-sanitarias civiles y militares del país vecino. Por tanto, en un porcentaje de los médicos catalanes que ingresaron en el Cuerpo de Sanidad militar la influencia francesa se materializó de una

la similitud de las medidas y la proximidad cronológica, ver MCALLISTER (1993) para los contralores; y CHANTELOUBE (1988) y BAZOT (1993) para la escuela.

⁴³² GUERRA (1969); LÓPEZ PIÑERO (1992); MASSONS (1994), III, pp. 191-195 y IV, pp. 94-108; SERRALLONGA URQUIDI (1998a), p. 246.

⁴³³ Para obtener el grado de doctor una vez terminados los estudios se solía acudir a a las universidades de Huesca, Gandía, Valencia o Toulouse. Sobre el retorno de los estudios de medicina a Barcelona, ver CORBELLA, CORBELLA (1996), pp. 28-31, pp. 46-60; RIERA I TUÈBOLS (1983), pp. 220-223; MASSONS (2002), pp. 264-265.

manera particular⁴³⁴. A esto hay que añadir la circulación transfronteriza de los médicos catalanes y, especialmente, vascos que integraron la Sanidad militar carlista, los cuales recibieron y trasladaron la influencia francesa de otra forma específica en los casos en que se integraron en la Sanidad militar oficial al cesar los combates.

Podría decirse que, en tiempo de paz, la influencia francesa implicó a la vez (paradójicamente) un débil desarrollo de la Sanidad militar española, por un lado, y un refuerzo de las “fisuras” en Cataluña y las Provincias Vascaas, por otro. En lo que respecta a la diferenciación de las relaciones sanitaristas militares hispano-francesas, en el ámbito territorial, se debilitando el carácter fronterizo de los distritos y plazas próximos a Francia (de forma semejante a lo que sucedía en el límite hispano-portugués). Plazas como Jaca en Aragón o Figueres en Cataluña fueron perdiendo importancia en el curso de los años. En localidades pirenaicas como Elizondo, Berga y la Seo d’Urgell se mantuvieron pequeños hospitales militares al menos hasta la reforma de 1854, aunque esto se debió más a su situación en zonas carlistas que a la relación con Francia. En el ámbito político-administrativo, el Reglamento de 1855 dispuso que la Jefatura de Sanidad militar del distrito de Cataluña (Barcelona) estuviera ocupada por un Subinspector médico de 1ª clase, como la de Castilla La Nueva (Madrid), en lugar de por uno de 2ª clase, como en el resto de distritos⁴³⁵. Esto suponía una vinculación específica de la Jefatura de distrito de Cataluña con la Dirección General, aunque lo cierto es que difícilmente se podría decir que indicara la consolidación en Cataluña de la frontera sanitarista militar con Francia.

De hecho, indicaba más bien lo contrario. Así, el Reglamento de 1855 constituyó el ejemplo más claro de la influencia francesa sobre la Sanidad militar española, por las razones que hemos expuesto ya anteriormente, lo que demostraba el elevado grado de permeabilidad de la frontera sanitaria española con Francia. Ahora bien, esta elevada permeabilidad se reflejó en el caso de Cataluña en la práctica desaparición de la orientación

⁴³⁴ Un ejemplo del itinerario seguido por cierto número de médicos catalanes que ingresaron en la Sanidad militar lo proporciona Fernando Weyler Laviña, padre del general Valeriano Weyler Nicolau, conocido por su papel en la última guerra de Cuba. Como relata el propio general Weyler en sus memorias, su padre “cursó sus estudios en Montpellier y París, y en Barcelona obtuvo el grado de licenciado en medicina y cirugía, siendo más tarde investido doctor. Después de algunos cursos especiales en la Sorbona, ingresó por oposición, en 1832, en el cuerpo de Sanidad militar”. WEYLER (2004), p. 23.

fronteriza de este distrito y en su mayor “autonomía” dentro del conjunto de la Sanidad militar española, a cambio, eso sí, de lograr un cierto grado de colaboración o participación de los catalanes en ella.

En realidad, este proceso de colaboración ya se había iniciado desde la época de la Segunda Guerra Carlista. Por un lado, en el curso de la contienda, se aprobaron los Reglamentos de Sanidad militar de 1846 y 1847, en los que la influencia de Codorniu llevó a la introducción de los primeros elementos del modelo sanitario de clara inspiración francesa. Por otro, a su término, se intensificó la colaboración de los catalanes con la Sanidad militar española, que tuvo un primer reflejo en la expedición militar a los Estados Pontificios en 1849. La Cuádruple Alianza permitió que un destacamento español de 10.000 hombres participara, junto a tropas francesas y austríacas, en las operaciones destinadas a derrocar la recién proclamada “República romana” y forzar el regreso del Papa a Roma. Italia había sido durante siglos lugar de actuación de la Corona de Aragón primero y de los Ejércitos reales de los Austrias y los Borbones después, con destacada participación de mandos y tropas procedentes de Cataluña. Este hecho, unido al desafío que suponía una operación militar de cierta envergadura estimuló la incorporación de voluntarios (oficiales, soldados y médicos) catalanes al cuerpo expedicionario, que partió precisamente del puerto de Barcelona en mayo de 1849. Significativamente, los jefes sanitarios de la expedición fueron dos médicos militares catalanes, Pere Carreras i Pujol y Joan Faura i Canals⁴³⁶.

Posteriormente, el Reglamento de 1855 confirmó la implantación de un modelo sanitario “a la francesa” dentro del Ejército español. Pero al mismo tiempo, en Cataluña, la Real Orden de 1854 dispuso la supresión de hospitales y plazas militares “de frontera” y situados en zonas carlistas, como Figueres, Berga y la Seo d’Urgell. También se fue reduciendo la guarnición militar de la Ciudadela de Barcelona (enclave militar emblemático de la opresión del poder central sobre la ciudad) y comenzó a considerarse su abandono y demolición, que tendría lugar a partir de 1869⁴³⁷. El Reglamento de 1855 se tradujo en la

⁴³⁵ REGLAMENTO... (1855), p. 353.

⁴³⁶ MASSONS (1994), II, pp. 285-287.

⁴³⁷ LLORET PIÑOL (2001).

adjudicación de un Subinspector médico de 1ª clase para el distrito de Cataluña y en 1863 se creó una Brigada sanitaria en Barcelona. Todas estas medidas supusieron una concesión a los intereses catalanes al tiempo que consiguieron aumentar la participación catalana en la Sanidad militar. Como consecuencia, médicos militares catalanes tomaron parte activamente en las principales campañas de la Sanidad militar española de la época como Marruecos (1860), México (1862) y Santo Domingo (1861-65). En territorio catalán, el nuevo levantamiento del Somatén (fuerza armada catalana de larga tradición, aunque muy intermitente) en 1855, en esta ocasión estrechamente vinculado al Ejército, estimuló la incorporación de médicos militares. Ese mismo año se constituyó en Cuba el Cuerpo de Voluntarios, fuerza paramilitar permanente constituida en su mayoría por catalanes que se reforzaría considerablemente con el inicio de la primera guerra de Cuba en 1868⁴³⁸.

En el caso de las Provincias Vascas, el débil desarrollo de la Sanidad militar se asoció con la supresión de hospitales militares y plazas situados en zonas carlistas y fronterizas, como Estella o Elizondo, y de otros como el de Bilbao y, por otra, en el mantenimiento *de facto* de una parte de los Fueros, que continuaron eximiendo a los vascos de contribuir regularmente al reclutamiento militar⁴³⁹. No se puede decir que hubiera a cambio una mayor participación en la Sanidad militar, aunque en ocasiones, como durante la “guerra de África” de 1860, las Provincias Vascas enviaran un contingente militar de 3.000 voluntarios con su correspondiente dotación sanitaria⁴⁴⁰. Sin embargo, se consiguió al menos que no hubiera nuevos intentos serios de constituir una Sanidad militar alternativa hasta el estallido de la Tercera Guerra carlista en 1872, algo nada despreciable.

En resumen, en los periodos de paz, tuvo lugar una creciente permeabilidad de la frontera sanitaria militar con Francia, que se tradujo en una mayor dependencia de la Sanidad militar española respecto a la francesa, pero también una creciente consolidación de “fisuras” fronterizas en zonas como Cataluña y Provincias Vascas (inseparables de y

⁴³⁸ MASSONS (1994), II, pp. 184-192 y 217-226; SERRALLONGA URQUIDI (1998a); ESPADAS BURGOS (2000), p. 712; GONZÁLEZ CALLEJA (1992), p. 57.

⁴³⁹ Según Castells, a pesar de la Ley de 1839, del Real Decreto de 1844, de la Constitución de 1845 y de otras disposiciones legislativas menores, durante el periodo isabelino y hasta 1876 se conservó una parte sustancial del régimen foral vasco que incluía, entre otras cosas, el mantenimiento de instituciones propias (Juntas Generales, Diputaciones), la exención fiscal y la exención del servicio de armas. CASTELLS (2003), p. 121.

simultáneas con las “fisuras” de las demarcaciones sanitarias internas en esas mismas zonas). Así, en Cataluña, lo que a primera vista podía parecer un aumento de la integración dentro de la Sanidad militar española consistía en realidad en la progresiva definición de un espacio propio dentro de ésta a cambio de una cierta colaboración “voluntaria” o diferenciada de los catalanes⁴⁴¹. Sobre este punto, profundizaremos más adelante.

Respecto a las relaciones sanitarias militares con Gran Bretaña, este país ejerció una doble influencia indirecta sobre la Sanidad militar española: por un lado, impidiendo que la permeabilidad de la frontera con Francia diera lugar a nuevas intervenciones de la Sanidad militar francesa; y, por otro, reforzando la Sanidad militar portuguesa para neutralizar la posible permeabilidad fronteriza a la influencia española. Durante las guerras napoleónicas y la Guerra de la Independencia, la Sanidad militar británica intervino directamente en Francia, España y Portugal, acompañando a su Ejército con el propósito de frenar el expansionismo francés en el continente europeo y de garantizar la independencia portuguesa frente a españoles y franceses. Posteriormente, en el marco de la Cuádruple Alianza, los británicos siguieron aplicando su política de “equilibrio de poderes” continental, aunque ya sin intervenciones directas, la cual tuvo su expresión concreta en los asuntos sanitarios militares en la forma que acabamos de señalar.

España también experimentó directamente la intervención de la Sanidad militar británica. Durante la guerra de la Independencia, Gran Bretaña evitó la integración del territorio español dentro del entramado de fronteras y demarcaciones militares del Ejército francés. En el periodo isabelino, la constitución de la Cuádruple Alianza permitió la intervención de la Legión Auxiliar británica, con su propia organización sanitaria, en apoyo

⁴⁴⁰ SERRALLONGA URQUIDI (1998a), p. 252.

⁴⁴¹ En este sentido, la posición de Cataluña dentro de la Sanidad militar no habría sido diferente a la que tuvo dentro de la organización administrativa o estatal en general durante buena parte del periodo isabelino. Así, según Josep Fontana, los conservadores catalanes practicaron “una política molt independent de la disciplina fixada pels caps de partit a Madrid, i molt mes lligada als problemes de la societat catalana i als interessos de classe de la burgesia del Principat – cosa que vol dir molt més que els balanços dels fabricants. Aquesta, i no la preocupació pels aranzels – que es un aspecte mes del problema general – es la base que crearà allò que s’anomenarà el ‘ministerialisme a la catalana’: es a dir, la col·laboració condicionada amb el govern”. Esta “colaboración condicionada” habría sido especialmente intensa durante los años de gobierno de la Unión Liberal del general O’Donnell, aunque después dio paso al descontento por la falta de resultados obtenidos. FONTANA (1988), pp. 299, 330-31.

del Ejército constitucional durante la Primera Guerra Carlista entre 1835 y 1838⁴⁴². Más allá de las intervenciones directas, Gran Bretaña también influyó en la Sanidad militar española a través del exilio de médicos, políticos y militares españoles en aquel país, especialmente en los periodos 1814-20 y 1823-33⁴⁴³. Su contacto con o su conocimiento de la Sanidad militar de aquel país les llevó en ocasiones, a su regreso a España durante el Trienio Liberal o a la muerte de Fernando VII, a tratar de implantar instituciones, doctrinas o prácticas inspiradas en ella. En este sentido, es significativo que el primer intento de creación de una “Sanidad militar” en España en 1822 y el primer Reglamento de 1836 contaran con la participación destacada del médico y político liberal Mateo Seoane, exiliado en Londres durante el segundo de los dos periodos mencionados⁴⁴⁴.

No obstante, la principal intervención de Gran Bretaña sobre la Sanidad militar española tuvo lugar a través del mantenimiento y consolidación del enclave de Gibraltar, en manos británicas desde la época de la guerra de Sucesión (1700-1714), en concreto desde 1704. Gibraltar suponía en principio la existencia de una “fractura” permanente en las fronteras sanitarias militares españolas. El análisis detallado de esta “fractura” y de sus implicaciones se hará más adelante.

En resumen, durante el periodo isabelino se constituyó en España el entramado de fronteras y demarcaciones sanitarias militares característico de una nueva fase del *proceso de sanitarización* militar. Esencialmente se trataba del mismo proceso que estaba teniendo lugar en otros Estados europeos, pero, en la práctica, hubo diferencias de grado con aquellos, ya que el grado de impermeabilidad, polarización, diferenciación e intensidad de las fronteras y demarcaciones fue menor. Esas diferencias de grado son la que dieron lugar a fenómenos como la imitación de la legislación de la Sanidad militar francesa, la

⁴⁴² Entre agosto y septiembre de 1835 desembarcó en diversos puertos del Cantábrico un destacamento de artillería de la Legión Auxiliar británica, que participó en diversas operaciones armadas en el frente norte, hasta que fue diezmada por los carlistas en la batalla de Oriamendi, el 10 de marzo de 1837, siendo finalmente disuelta en 1838. FERNÁNDEZ GAYTÁN (1987), pp. 42-51. Massons recoge los nombres y actuaciones de cuatro cirujanos que atendieron a las tropas de la Legión Auxiliar, John Witton, Thomas Henry Crosse, Edward Mackay y Walter Scott. También hace referencia a un médico inglés, Frederick Burgess, quien, a título personal, sirvió en las filas carlistas, en concreto en el denominado Escuadrón Sagrado. MASSONS (1994), II, pp. 118-119.

⁴⁴³ GUERRA (1969); LÓPEZ PIÑERO (1992).

⁴⁴⁴ LÓPEZ PIÑERO (1984), pp. 10-19 y 21.

persistencia del enclave de Gibraltar, la falta de influencia sobre Portugal, la Sanidad militar carlista, la resistencia en forma de emigración y bandolerismo, el establecimiento de espacios diferenciados para los vascos y los catalanes o la débil aportación de ciertos distritos como Castilla La Vieja o Extremadura.

La independencia de la Sanidad militar española respecto a la de otros ejércitos y su grado de cohesión interna fueron menores y además ambas adolecieron de un grado significativo de heterogeneidad. En definitiva, la Sanidad militar española se encontró en una posición de creciente desventaja en la competición con los entramados de límites sanitarios militares de otros Estados europeos y de dificultades para implantar un modelo uniforme y cohesionado de Sanidad militar. Creemos que la aplicación del concepto civilizatorio y simétrico de límite contribuye a esclarecer las preguntas que planteábamos al principio de este capítulo y a completar con ello el relato de la Sanidad militar isabelina que ofrecíamos en el anterior.

4.1.2. Relación con la Sanidad naval y la Sanidad civil.

Otras preguntas son posibles acerca de la Sanidad militar isabelina. Hasta aquí se ha comentado exclusivamente lo referente a las relaciones colectivas de salud y enfermedad que durante el periodo isabelino se configuraron dentro del Ejército español y con Ejércitos vecinos. Ahora bien, el establecimiento de un entramado de fronteras y demarcaciones sanitarias militares requería fijar también, de forma tácita o explícita, las relaciones que podían o debían mantenerse con la Sanidad naval y con la Sanidad civil, en su doble faceta interior y marítima, y la Beneficencia pública. No es nuestra intención ni está a nuestro alcance hacer un análisis exhaustivo de las características de ambas, sino trazar una imagen esquemática que nos permita precisar su relación con la Sanidad militar y tener una idea aproximada del grado de “militarismo” o “civilismo” de la sanidad isabelina.

La continuidad entre los límites daba lugar a diversas posibilidades de relación entre la Sanidad militar, la naval, la interior y la marítima. En principio, de acuerdo con lo que señalábamos en el capítulo 2, los límites de salud pública oscilarían entre un carácter

militar-naval y civil, como dos polos extremos. Una teórica situación intermedia en la que hubiera un equilibrio en la pugna por la autonomía entre las distintas sanidades posibilitaría un grado significativo de colaboración y coordinación entre ellas y se correspondería con la independencia del sistema sanitario de una formación social frente al resto y su cohesión interna. No obstante, este equilibrio no solía darse en la realidad. En este caso, el desarrollo de los límites militares podía ser mayor que el de los civiles y viceversa, de tal forma que cada una de las sanidades podía desarrollarse a costa de las otras. El grado de colaboración se reduciría significativamente, lo que redundaría en un menor grado de impermeabilidad externa e interna, es decir, de independencia y cohesión. En este apartado trataremos de aclarar la situación específica de la España isabelina.

La Sanidad naval de este periodo, como ya comentábamos al principio del capítulo, se encontró en una situación bastante precaria, como la Armada en general⁴⁴⁵. Así, el grado de permeabilidad de las fronteras sanitarias navales tanto a la intervención e influencia británicas como a la influencia francesa fue mayor aún que el de las fronteras militares. Por un lado, los británicos mantuvieron una base naval permanente en el peñón de Gibraltar. Durante la Primera Guerra Carlista, la *Royal Navy* intervino a favor de la Armada “constitucional” y de su Sanidad naval a través de diversas operaciones como el bloqueo de puertos del Cantábrico (para evitar la llegada de barcos, armas y suministros al bando carlista), la vigilancia de barcos pesqueros (para prevenir su paso al bando carlista), los ataques a puertos y posiciones carlistas y el transporte y desembarco de las tropas de la Legión Auxiliar británica y de efectivos de los *Royal Marines* (Infantería de Marina). El gobierno español también alquiló o adquirió vapores ingleses con oficiales, tripulación, médicos y destacamento de la Infantería de Marina de aquel país para que actuaran bajo bandera española⁴⁴⁶. Al mismo tiempo, la utilización de los puertos portugueses por la Armada británica y el alquiler de navíos a Portugal contribuyó a reforzar las fronteras navales de aquel país impidiendo la influencia o injerencia española.

Por otro lado, durante la Primera Guerra carlista, la Armada francesa participó en operaciones de bloqueo y vigilancia en el Cantábrico y en la costa mediterránea. Además,

⁴⁴⁵ ELIZALDE (2000).

se encargó del transporte de un destacamento de la Legión francesa que se trasladó desde Argel hasta Tarragona para participar en los combates por tierra⁴⁴⁷. Más allá de las intervenciones directas, la integración de España en la Cuádruple Alianza condicionó una elevada permeabilidad de las fronteras sanitarias navales españolas a las influencias británica y francesa y, con ello, su bajo grado de diferenciación, intensidad, polarización, que dio lugar a la dependencia respecto a las iniciativas de aquellos países en este ámbito.

Por su parte, las demarcaciones sanitarias navales compartieron también estas características. Respecto a la diferenciación, en el ámbito territorial, la Sanidad naval constaba sólo de tres Departamentos, El Ferrol, San Fernando y Cartagena, los cuales carecían de subdivisiones de menor orden y dejaban por ello grandes extensiones costeras sin estructuración sanitaria naval más detallada. En el ámbito social, los oficiales de Marina mantuvieron su origen preferentemente aristocrático y el desarrollo de la Infantería de Marina fue muy débil, lo que limitó la acción de la Sanidad naval sobre las clases medias. En el ámbito administrativo, siguió existiendo una fuerte dependencia de los médicos respecto a los oficiales de Marina y respecto a la Hacienda y en el ámbito corporativo, tardó en crearse un Cuerpo de Practicantes de la Armada, aunque no más que las brigadas sanitarias del Ejército. En cuanto al ámbito institucional, se dio una ausencia casi total de instituciones de investigación propias y el desarrollo de la red asistencial fue insuficiente. Por último, en el ámbito científico, la actividad fue modesta, aunque se creó una revista científica común con el Ejército, como veremos más adelante⁴⁴⁸.

Respecto a la intensidad, fue bastante reducida ya que los Departamentos no cubrían toda la extensión de costa en teoría asignada; el personal (oficiales y tripulación) y la flota de la Armada eran escasos; la línea inspectora se extendía poco más allá de la Dirección General; había pocos médicos (como dato significativo, en 1857 comenzó a haber por primera vez vacantes en el Cuerpo); y los hospitales y enfermerías de Marina eran reducidas en número. Respecto a la polarización centro-periferia, la Dirección General concentraba poco poder y podía poner en marcha pocas iniciativas ya que la estratificación

⁴⁴⁶ FERNÁNDEZ GAYTÁN (1987), pp. 32-52.

⁴⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁴⁸ CLAVIJO CLAVIJO (1944); MASSONS (1994), II, pp. 274-282; CÓZAR NAVARRO (1993).

era débil por la falta de divisiones intermedias entre los Departamentos y los buques⁴⁴⁹. Además, el grado de heterogeneidad fue mayor de lo deseable y se reflejó, por ejemplo, en la constitución de una Marina carlista con su organización sanitaria, cuya existencia, por modesta que fuera, supuso una “fractura” en las fronteras navales españolas, también en las sanitarias⁴⁵⁰. En tiempo de paz, hubo “huecos” y “fisuras” como en la Sanidad militar: los primeros, por ejemplo, en la costa mediterránea andaluza y en la costa cantábrica de Asturias y Santander; los segundos, en las costas catalanas y vascas.

En definitiva, la Sanidad naval tenía un bajo grado de impermeabilidad en sus fronteras y demarcaciones. En esta situación, la teórica autonomía respecto a la Sanidad militar se fue debilitando. Por ejemplo, en 1817, una Real orden había dispuesto que los hospitales de los tres departamentos marítimos pasasen a ser administrados por la Hacienda militar y, por tanto, por el Ministerio de la Guerra. En El Ferrol, esta disposición se aplicó inmediatamente y fue efectiva hasta 1866. En Cádiz, el antiguo Hospital de Marina, que venía siendo compartido por el Ejército y la Armada desde mediados del siglo XVIII, se convirtió definitivamente en militar en 1822. Su sustituto, el Hospital de Marina de San Carlos, creado provisionalmente en 1809, no fue administrado por la Hacienda de Marina y atendido por personal del Cuerpo de Sanidad de la Armada hasta 1836. En Cartagena, el Hospital de Marina pasó a manos de Guerra en 1831 y no se recuperó definitivamente su control hasta 1890⁴⁵¹.

En el mismo sentido, la Sanidad naval comenzó a incorporar medidas legislativas tomadas por la Sanidad militar, como la creación de una Dirección General, de un Cuerpo unificado de facultativos y de un Cuerpo de practicantes, el empleo de médicos civiles para paliar las carencias de personal y la equiparación de grados con los médicos del Ejército. La revista *Memorial de Sanidad del Ejército y de la Armada* (1858-59), que incluyó publicaciones sobre asuntos médico-sanitarios navales, fue fundada y dirigida por médicos militares. Cuando desapareció, la Sanidad militar creó una nueva revista por separado en 1864, mientras que la naval habría de esperar hasta 1878, en que apareció el *Boletín de*

⁴⁴⁹ CLAVIJO CLAVIJO (1944); MASSONS (1994), II, pp. 274-282.

⁴⁵⁰ FERNÁNDEZ GAYTÁN (1987).

⁴⁵¹ CLAVIJO CLAVIJO (1944).

*Medicina naval*⁴⁵². En resumen, la Sanidad militar tuvo una influencia e injerencia crecientes en la naval, asumiendo competencias que en principio correspondían a ésta con objeto de compensar de alguna manera las carencias de su entramado de límites. Se dio así la situación incoherente de que en un país con 3.000 kilómetros de costa y dos archipiélagos, la Sanidad militar estuviera más desarrollada que la naval. No obstante, esto no implicaba un gran desarrollo de la primera (ya hemos visto sus problemas), sino que reflejaba más bien la gran debilidad de la segunda.

Por su parte, los límites sanitarios civiles de la España isabelina adolecieron también de un insuficiente grado de impermeabilidad. Sin embargo, la situación en ellos fue inversa a la que hemos descrito para los militares-navales, en el sentido de que el desarrollo de la Sanidad marítima (sólo a finales de siglo pasó a denominarse Sanidad exterior) fue mayor que el de la interior. Para comprobarlo, basta con analizar la Ley de Sanidad de 1855 (aprobada sólo unos meses después del Reglamento de Sanidad militar) y ciertas disposiciones anteriores y posteriores, que en conjunto dieron forma al entramado de demarcaciones sanitarias civiles en el periodo isabelino⁴⁵³. Las demarcaciones marítimas aumentaron su grado de estratificación centro-periferia (Dirección General de Beneficencia y Sanidad, puertos de 1ª clase, de 2ª clase, de 3ª clase y otros habilitados, barcos de la Marina civil) y, por ello, su grado de polarización. También se caracterizaron por un mayor grado de diferenciación de los servicios (visitas de naves, expurgos, cuarentenas, servicio en los barcos), de la embrionaria línea inspectora (Dirección general, Direcciones especiales de los puertos, Médicos de visita a las naves, Médicos de lazaretos, Médicos de la Marina civil pendientes de regulación), de la organización territorial (lazaretos sucios de Tambo y Pedrosa; lazaretos de observación en Barcelona, Tarragona, Valencia, Alicante,

⁴⁵² MASSONS (1994), IV, pp. 96 y 103.

⁴⁵³ No existe una obra de referencia sobre la historia de la Sanidad marítima y la Sanidad exterior contemporáneas en nuestro país. Los capítulos incluidos en la monografía recientemente publicada por Navarro y García (2001) no hacen más que seguir el esquema y los datos contenidos en la *Historia de la Sanidad española (1900-1925)* publicada por Carlos Rico-Avello en 1969. En nuestra opinión, el trabajo más útil sobre el tema es el de Molero Mesa y Jiménez Lucena, donde se ofrece una perspectiva del Cuerpo de Sanidad Exterior – y del resto de Cuerpos de Sanidad Nacional en general – desde mediados del XIX hasta el franquismo. En él se basa en buena medida tanto esta como las posteriores referencias de esta memoria de doctorado relativas al tema de la Sanidad marítima y exterior. MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA (2000). También son destacables otros trabajos parciales como RODRÍGUEZ OCAÑA (1994b) y (1996); HEROLD-SCHMIDT (1999), pp. 261-273; OLASO SENDRA, ALONSO LÓPEZ (2002); BARONA VILAR (2002), pp. 290-299.

Torreveja, Cartagena, Málaga, Ceuta, Cádiz, Santander, Bilbao, San Sebastián y Santa Cruz de Tenerife; instalaciones en otros puertos menores) y del personal (por un lado, facultativos; por otro, oficiales, secretarios, intérpretes, patronos de falua y marineros). Por último, tuvieron mayor alcance territorial y social, mayor estabilidad administrativa y mayor número de recursos humanos y materiales⁴⁵⁴.

Indudablemente, existieron graves problemas de aplicación práctica de las diferentes medidas dispuestas en la Ley de Sanidad de 1855 y en el resto de legislación. La respuesta de emergencia frente a los brotes epidémicos no dio paso suficientemente al previsto sistema inspector de vigilancia permanente. Las instalaciones sanitarias de los puertos eran escasas y adolecían a menudo de una alarmante falta de medios técnicos. El Reglamento del Cuerpo médico de la Marina civil, con sus disposiciones sanitarias, tardó décadas en aprobarse. En muchas ocasiones, el personal empleado en las Direcciones de Sanidad de los puertos –que no empezaron a funcionar realmente hasta 1867– no era médico, y cuando lo era, solía compatibilizar su cargo con otros o con el ejercicio privado de la profesión para obtener un sueldo suficiente, ya que su asignación económica era bastante reducida. La provisión de destinos estaba fuertemente condicionada por el clientelismo político que impedía consolidar la “inmovilidad” de las plantillas⁴⁵⁵. El control estatal todavía se veía interferido por las autoridades municipales⁴⁵⁶. Asimismo, debieron darse los problemas de homogeneidad característicos de todos los entramados sanitaristas españoles.

En lo que se refiere a las fronteras, también aumentó la impermeabilidad durante el periodo isabelino. Por ejemplo, existían en España dos lazaretos sucios, el de San Simón en Vigo y el de Mahón, que cubrían las zonas atlántica y mediterránea. Sus responsables tenían una categoría administrativa propia (médicos de lazareto) y su conexión con la Dirección General de Beneficencia y Sanidad era más directa que la de los médicos de los puertos o de los buques, dada la repercusión de sus decisiones para el estado sanitario de toda la península.

⁴⁵⁴ LEY de Sanidad (1855), pp. 587-588.

⁴⁵⁵ MOLERO MESA, JIMÉNEZ LUCENA (2000), 45; HEROLD-SCHMIDT (1999), pp. 261-273.

⁴⁵⁶ OLASO SENDRA, ALONSO LÓPEZ (2002).

Este desarrollo no impidió problemas a la hora de materializar las medidas legislativas ni una considerable influencia externa. Por ejemplo, Canarias fue una región bastante desguarnecida frente a las epidemias durante este periodo y se dio el caso de que las epidemias de fiebre amarilla de 1846 y 1862 y la de cólera de 1851 fueron introducidas por barcos que habían pasado previamente por el lazareto de San Simón⁴⁵⁷. Aparte de la heterogeneidad de las fronteras, también se dio una creciente influencia sobre la Sanidad marítima española de los acuerdos tomados en las Conferencias Sanitarias Internacionales (las tres primeras se celebraron en París en 1851, 1852 y 1859 y les siguieron las de Estambul en 1866 y Viena en 1874). Según Carlos Rico-Avello, la representación española en la primera Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en París en 1851 estuvo constituida por el sanitario Pere Felip Monlau y el diplomático Segovia y, en su opinión, la Ley de Sanidad de 1855 “recogerá fielmente, con oportunidad, las conclusiones adoptadas por los países signatarios que no entraron en vigor hasta algunos años más tarde”⁴⁵⁸.

Estas conclusiones concernían sobre todo al régimen cuarentenario que había que aplicar para las “enfermedades pestilenciales y exóticas”, en concreto a la duración de las cuarentenas y a las infraestructuras necesarias. A pesar de su carácter nominalmente internacional, las conferencias sanitarias constituyeron un mecanismo para la imposición de los intereses de algunos países, especialmente Inglaterra y Francia, sobre otros, especialmente países ribereños del Mediterráneo, como el Imperio otomano, Egipto, las repúblicas italianas o España⁴⁵⁹.

Por otro lado, las fronteras sanitarias marítimas españolas sufrieron la intervención directa que suponía la existencia de un régimen cuarentenario distinto en Gibraltar, más flexible que el español, que podía poner en riesgo toda la costa andaluza. En 1865, se creó en Gibraltar el embrión de lo que sería más adelante un Consejo sanitario y que entonces se denominó “los Comisarios sanitarios de Gibraltar”, el cual asumió las competencias de Sanidad marítima del Peñón. Se trataba de un organismo totalmente controlado por el

⁴⁵⁷ RAMÍREZ MUÑOZ (2001), p. 49.

⁴⁵⁸ RICO-AVELLO (1955), p. 9.

⁴⁵⁹ Para más datos sobre las Conferencias Sanitarias Internacionales, ver HOWARD-JONES (1975); SCHEPIN, YERMAKOV (1991).

Gobernador militar y que se estableció a raíz del acuerdo entre éste y el Comandante militar del Campo de Gibraltar (acuerdo Gardiner-del Campo sobre “instalación de cuarentenas y tránsito en condiciones sanitarias”)⁴⁶⁰. La existencia de “los Comisarios sanitarios” tuvo influencia sobre el desarrollo de la Sanidad marítima en las zonas vecinas a Gibraltar como veremos más adelante.

En comparación con la Sanidad marítima y a pesar de todos los defectos que hemos consignado para ésta, las fronteras y demarcaciones sanitarias interiores estuvieron menos desarrolladas y sus problemas fueron más graves. Respecto a las demarcaciones, uno de los más importantes fue la separación entre los asuntos de salubridad y profilaxis y los asistenciales. A pesar de la existencia desde 1847 de un organismo central conjunto, la Dirección General de Establecimientos Penales, Beneficencia y Sanidad (que en la Ley de 1855 pasaría a ser la Dirección General de Beneficencia y Sanidad), lo cierto es que por debajo de ella coexistieron dos aparatos administrativos separados (Consejo de Sanidad del Reino y Junta General de Beneficencia; Juntas provinciales y municipales de Sanidad y de Beneficencia) y sus legislaciones fueron independientes entre sí (Ley de Beneficencia de 1849 y Reglamentos de 1852 y 1868; Real Decreto de 17 de mayo de 1847, Ley de Sanidad de 1855 y Reglamento de 1864)⁴⁶¹.

Como se puede deducir del texto de la Ley de Sanidad de 1855, las demarcaciones sanitarias interiores tuvieron un bajo grado de polarización y estratificación centro-periferia (Dirección General, Subdelegados de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria, Médicos titulares). También un bajo grado de diferenciación territorial (Estado, partidos judiciales, ayuntamientos), político-administrativa (la línea inspectora no iba más allá de la Dirección General; la capacidad ejecutiva residía en el Ministerio de la Gobernación y en los Gobernadores civiles y alcaldes), institucional (había pocas instituciones públicas de carácter sanitario; los hospitales pertenecían a la Beneficencia) o de personal (los subdelegados y médicos titulares no figuraban como “empleados del ramo de Sanidad”, en contraste con los Directores especiales de los puertos y los médicos de visita a naves y de

⁴⁶⁰ CORDERO TORRES (1960), pp. 347, 359.

⁴⁶¹ BARONA VILAR (2002), pp. 173-212; GRABULEDA TEIXIDOR (2002), pp. 22-29.

lazaretos; no se hacía referencia a ningún tipo de personal auxiliar). Las demarcaciones interiores tuvieron un bajo grado de intensidad⁴⁶².

Aunque las medidas propuestas por la Ley de 1855 eran modestas, su cumplimiento en la práctica fue aún más insatisfactorio que en el campo de la Sanidad marítima, como sucedió, por ejemplo, con el papel de los subdelegados y con la asistencia domiciliar encargada a los médicos titulares. Además de lo anterior, los problemas de homogeneidad fueron muy acusados. En ciertas zonas del país los municipios y las Diputaciones provinciales asumieron funciones asistenciales y sanitarias como medio de evitar el control desde las instituciones estatales, dando lugar a “fisuras” en el entramado sanitario interior⁴⁶³. En otras, la Beneficencia particular (eclesiástica y privada) siguió siendo el principal dispositivo existente, por lo que constituyeron “huecos” en el entramado sanitarista civil interior (ni siquiera la Beneficencia pública estaba muy desarrollada en ellos)⁴⁶⁴.

En cuanto a las fronteras, la influencia extranjera fue muy acusada. La Sanidad francesa y, en menor medida, la británica constituyeron el modelo a seguir por aquellos que se preocupaban por las cuestiones de salud pública durante el periodo isabelino y muchas disposiciones se inspiraron en ellas a través de médicos y políticos que viajaron o se exiliaron en aquellos países y trataron de aplicar en España lo que habían conocido o aprendido allí⁴⁶⁵. Además, Gibraltar constituía en principio una injerencia directa en la Sanidad interior de nuestro país, aunque en este periodo todavía no había estructuras sanitaristas interiores en el Peñón.

Este débil desarrollo de la Sanidad interior permitió el predominio de la Sanidad marítima en el ámbito civil a modo de compensación para reforzar los límites sanitarios interiores. Un síntoma de ello fue que las amenazas de epidemias “pestilenciales y exóticas” procedentes del exterior, especialmente el cólera, decisivas para el desarrollo de

⁴⁶² LEY de Sanidad (1855), pp. 588-589.

⁴⁶³ Para el caso catalán, ver por ejemplo GRABULEDA TEIXIDOR (2002).

⁴⁶⁴ CARASA SOTO (1985) y (1987); ESTEBAN DE VEGA (1992).

⁴⁶⁵ GUERRA (1969); LÓPEZ PIÑERO (1992).

la Sanidad marítima, constituyeron también a menudo el mejor pretexto para solicitar reformas de la interior. La Ley de Sanidad de 1855 fue la prueba más clara de esto, ya que se aprobó en buena medida a instancias de la pandemia colérica que afectó a nuestro país en esa fecha. Del mismo modo, las discusiones y recomendaciones de las Conferencias Sanitarias Internacionales no sólo se utilizaron para promover la reforma de la Sanidad marítima, sino también para subrayar la necesidad de reforzar la interior. Estos hechos, más que indicar un gran desarrollo de la primera, señalaban la gran debilidad de la segunda.

Por tanto, en el campo de las Fuerzas Armadas, la Sanidad militar se desarrolló a costa de la naval, mientras que en el mundo civil, la marítima lo hizo a expensas de la interior. Pero también hubo influencias cruzadas entre los dos campos. Por ejemplo, la Ley de Sanidad de 1855 adjudicó a la Sanidad marítima el reconocimiento y visita de “cuantos buques lleguen a los puertos”, entre los cuales se incluían también “los de guerra”⁴⁶⁶. La Armada no disponía de medios suficientes para asumir esta función. En caso de cuarentena, sus buques eran enviados a lazaretos como el de Mahón⁴⁶⁷. Por su parte, la Sanidad militar adquirió competencias que en principio correspondían a la Sanidad interior. Como ya se ha comentado anteriormente, comenzó a hacerse cargo de la asistencia médica tanto de familiares de los jefes y oficiales, como de los obreros y auxiliares civiles de las industrias y otros establecimientos del Ejército. También proporcionó asistencia domiciliaria a los primeros, sustrayéndoles al radio de acción de los médicos particulares. En caso de epidemia grave, los hospitales militares atendían a la población civil⁴⁶⁸. Los Directores Generales de Sanidad del Ejército y de la Armada formaban parte del máximo órgano consultivo de la Sanidad civil, el Consejo de Sanidad del Reino⁴⁶⁹. Los conflictos carlistas favorecieron el ingreso de médicos civiles en el Cuerpo de Sanidad militar o su colaboración con la categoría de “médicos provisionales”, un hecho que frenaba el desarrollo de la Sanidad civil, ya que una parte de ellos permaneció definitivamente en el cuerpo. La Sanidad militar fue adquiriendo competencias sobre los asuntos de salud y

⁴⁶⁶ LEY de Sanidad (1855), p. 588.

⁴⁶⁷ MASSONS (1994), II, p. 278.

⁴⁶⁸ Como señala Martínez San Pedro para el hospital militar de Alicante: “Durante la epidemia de cólera de 1854, el hospital militar pasó a ser civil como en otras ocasiones anteriores”. MARTÍNEZ SAN PEDRO (1974), p. 77.

⁴⁶⁹ LEY de Sanidad (1855), p. 587.

enfermedad de las “fuerzas de seguridad” que comenzaban a desarrollarse por entonces, a pesar de que dichas fuerzas debían depender en principio del Ministerio de Gobernación. El Ejército dispuso de sus propios balnearios atendidos por médicos militares, a pesar de que estos establecimientos también debían depender en principio de dicho ministerio⁴⁷⁰.

A partir de todo lo dicho, se puede afirmar que la sanidad isabelina se caracterizó por un equilibrio particular entre el militarismo y el civilismo de los límites sanitaristas. Dicha particularidad vino dada porque sin darse un predominio de conjunto de unos sobre otros, la Sanidad militar y la marítima se expandieron doblemente a costa de la Sanidad naval y la interior. Esta situación no debe interpretarse como signo de desarrollo de las primeras, sino más bien como un signo de la debilidad y permeabilidad de los entramados sanitaristas españoles en general, que puso en marcha ciertos mecanismos de compensación de los que salieron beneficiadas. La colaboración sanitaria era posible, por tanto, sólo entre estos dos componentes. En este sentido España no fue un caso excepcional, puesto, que al igual que otros muchos Estados europeos, disponía de Sanidad militar, Sanidad naval, Sanidad interior y Sanidad marítima (cualesquiera fueran los nombres que recibían en cada país) y hubo solamente diferencias de grado en su desarrollo, que determinaron un equilibrio militarismo-civilismo en el ámbito sanitario y la posición predominante de la Sanidad militar y la marítima en vez de otras posibles alternativas.

4.2. El proceso de sanitización en las posesiones de Ultramar.

Hasta ahora hemos analizado exclusivamente la fase sanitarista del *proceso de sanitización* tal y como se desarrolló en la Sanidad militar metropolitana. Sin embargo, los entramados de límites sanitaristas militares que se configuraron durante este periodo tuvieron realmente un alcance imperial, en el sentido de que se definieron en un Ejército establecido no sólo en la península sino también en las posesiones ultramarinas. Por tanto, para comprender adecuadamente los desarrollos que tuvieron lugar en la península es necesario analizarlos en conexión con los que se dieron en los territorios extrapeninsulares y viceversa, ya que ambos fueron simultáneos y se condicionaron mutuamente. Para ello

⁴⁷⁰ Para una breve perspectiva sobre el funcionamiento y las características de los balnearios militares en los

comenzaremos analizando las características del *proceso de sanitización* en Cuba, Filipinas y Puerto Rico para abordar después su evolución ya en el conjunto del imperio y poder responder así más exhaustivamente a las cuestiones que hemos abordado en los apartados anteriores.

Los Reglamentos de 1846, 1847 y 1855 organizaron las demarcaciones de Sanidad militar no sólo de la península y de las islas Canarias y Baleares sino también de los territorios de Ultramar que aún permanecían bajo dominio colonial español (Cuba y Puerto Rico, en el Caribe y Filipinas más algunos pequeños archipiélagos, en el Pacífico). Es la prueba más clara de que la Sanidad militar “de la península e islas adyacentes” (“peninsular”, para simplificar la expresión) y la de “Ultramar” se constituyeron de forma simultánea, e indirectamente, de su interdependencia. Como era propio de esta fase civilizatoria, un pequeño número de reglamentos y otras disposiciones menores fue suficiente para configurar el entramado sanitarista ultramarino, caracterizado por un aumento del grado de impermeabilidad (diferenciación, alcance y polarización).

Respecto a las demarcaciones, en el ámbito territorial, se establecieron desde 1837 los distritos sanitarios de Ultramar, asimilados a todos los efectos a los peninsulares. A raíz de ello se enviaron, por ejemplo, a Cuba, dos Subinspectores de 1ª, uno médico y otro cirujano, que elaboraron un informe sobre las reformas que se juzgaban necesarias⁴⁷¹. Aunque las decisiones ejecutivas siguieron firmemente en manos del Capitán General de la isla y de sus subordinados y la Sanidad militar estuvo fuertemente condicionada por la Hacienda y la Intendencia militares, al menos se daban los primeros pasos para la constitución de la línea inspectora. Institucionalmente, en los años siguientes se introdujeron reformas en los hospitales militares y se crearon embriones de enfermerías regimentales. Por ejemplo, el Hospital militar de La Habana dejó de ser el antiguo de San Ambrosio establecido en el siglo XVIII y pasó a instalarse en el edificio más amplio de la antigua Factoría de Tabacos en 1843. En el ámbito corporativo, comenzó a regularizarse el ingreso de los facultativos en el Cuerpo así como la retribución de sus pagas⁴⁷².

siglos XIX y XX, ver MASSONS (1994), IV, pp. 35-42.

⁴⁷¹ *Ibid.*, II, pp. 150-151.

⁴⁷² *Ibid.*, II, pp. 150-151.

El Reglamento de 1846 reafirmó la tendencia establecida en los años previos. En el ámbito funcional definió por primera vez un “Servicio de Ultramar” propiamente dicho, que consistía en el conjunto de servicios de hospitales, de campaña, de regimientos y de establecimientos y colegios desplegado en cada territorio ultramarino. La unificación de médicos y cirujanos, dispuesta para el Ejército peninsular desde 1845, hizo efectiva la existencia de una plana mayor facultativa unificada y dio lugar a que hubiera un jefe sanitario único en cada distrito ultramarino: un Vicedirector médico en Cuba y otro en Filipinas (en el distrito de Puerto Rico había un Consultor médico que dependía del Jefe de Sanidad del distrito de Cuba)⁴⁷³.

En el siguiente Reglamento de 1855, el servicio sanitario de Ultramar adoptó las novedades que introdujo dicha norma legal, especialmente el refuerzo de las atribuciones de la línea inspectora. Se establecieron nuevas instituciones paralelas a las de la península como las brigadas sanitarias de Cuba (1864), Filipinas (1869) y Puerto Rico (1875) y los laboratorios de medicamentos de La Habana (1858) y Manila (1859) que, como el de Málaga, precedieron al central de Madrid. Los farmacéuticos militares fueron incluidos en las plantillas de facultativos de los distritos ultramarinos a partir de 1858, con lo que se terminó de definir la plana mayor del cuerpo en estos territorios⁴⁷⁴. En 1857, el Hospital militar de La Habana fue declarado de primera clase y aumentó su capacidad hasta las 1.000 camas para poder acoger a los enfermos que hasta algunos años antes se habían desviado hacia el Hospital de San Juan de Dios⁴⁷⁵. En conjunto, Cuba contaba con un hospital de 1ª clase, el San Ambrosio de La Habana, dos de 2ª, los de Santiago de Cuba y Puerto Príncipe, nueve de 3ª y trece de 4ª, “sin contar los llamados de quinta clase que consistían en pequeñas instalaciones para atender soldados enfermos”⁴⁷⁶.

⁴⁷³ REGLAMENTO... (1846); MASSONS (1994), II, pp. 150-151.

⁴⁷⁴ ROLDÁN Y GUERRERO (1955b), pp. 416-417.

⁴⁷⁵ MASSONS (1994), II, p. 254. Según Massons, desde 1843 se dejaron de enviar militares al Hospital de San Juan de Dios.

⁴⁷⁶ DELGADO GARCÍA (1996), p. 3. Massons aporta datos más concretos sobre estos hospitales, ya que consigna la existencia de los de La Habana, Santiago de Cuba, Bayamo, Puerto Príncipe, Matanzas, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Holguín, Guanabacoa, Güimes, Jaruco, San Antonio, Remedios, Villa Clara, Manzanillo, Guanajay y Bejucal. MASSONS (1994), II, p. 254. Por su parte, el historiador cubano Manuel Moreno Fragonal señala la existencia en la década de 1860 de hospitales militares en La Habana, Santiago de Cuba, Gibara, Holguín, Puerto Príncipe, Cárdenas y Matanzas. MORENO FRAGINALS (2002), p. 228.

El aumento en la articulación o la diferenciación de las relaciones relativas a la salud y enfermedad colectivas dentro del Ejército de Ultramar se asoció con un aumento de su alcance o intensidad, en el sentido de que, entre otras cosas, la Sanidad militar llegó a más núcleos y áreas territoriales, se alargó la línea inspectora-consultiva, aumentó el número y se amplió la capacidad de los hospitales militares y se incluyeron un mayor número de supuestos de enfermedad. Respecto a la plantilla, por ejemplo, el Reglamento de 1846 aumentó la dotación de los distritos ultramarinos hasta 22 médicos en Cuba, 5 en Puerto Rico y 12 en Filipinas entre generales, jefes y oficiales⁴⁷⁷. Según las cifras que maneja Massons, en Cuba se pasó de 16 médicos militares “efectivos”, 20 cirujanos y 39 médicos militares “honorarios” en 1843 hasta 24 médicos efectivos y 38 honorarios en 1852 y 29 médicos efectivos en 1854⁴⁷⁸. Respecto al grado de polarización, también aumentó en todos los ámbitos. El grado de control territorial ejercido desde La Habana o Manila se amplió; la diferencia de autoridad entre el Jefe de Sanidad militar de Cuba o Filipinas y los Oficiales de Sanidad de los regimientos se hizo mayor; la distancia entre las atribuciones técnicas de los médicos y las de los soldados sanitarios se agrandó.

No obstante, como sucedió en la península, las demarcaciones sanitarias militares de las posesiones de Ultramar estuvieron lejos de alcanzar el grado de desarrollo planeado por los sucesivos Reglamentos de 1846, 1847 y 1855. Por ejemplo, en el ámbito territorial, la articulación por debajo del nivel de distrito fue claramente insuficiente y en el caso de Filipinas una parte mayoritaria del territorio todavía se encontraba fuera del radio de acción efectivo de la Sanidad militar (y de la presencia española en general). También fueron muy significativas las carencias en el ámbito social. En Cuba, por ejemplo, se daba el caso de que el 58% de la población de la isla estaba constituida en 1841 por individuos de raza negra, una gran parte de los cuales estaban sometidos a un régimen de esclavitud que no

⁴⁷⁷ REGLAMENTO... (1846), p. 319.

⁴⁷⁸ MASSONS (1994), II, pp. 151-152. Los médicos militares honorarios eran médicos civiles que prestaban gratuitamente sus servicios al Ejército a cambio de gozar del fuero militar y poder vestir el uniforme del Cuerpo. Es probable que estos médicos honorarios correspondan a los “médicos de entrada” de los que habla Gregorio Delgado García y que habrían sido médicos civiles contratados por el Ejército para la asistencia de “Regimientos, Batallones, Fortalezas y Destacamentos, los cuales desempeñarían estos cargos gratuitamente [...] bajo las órdenes en estas funciones, del jefe de la Sanidad militar en los mismos términos que los oficiales

sería abolido hasta 1886⁴⁷⁹. Todos los negros, esclavos y libres, que suponían más de la mitad de la población, se encontraban por ello apartados de la sociedad hasta tal punto que ni siquiera eran considerados entonces como cubanos por los criollos reformistas, la mayoría de los cuales tendieron a considerar aceptable el férreo dominio español siempre que “España no vacilase nunca en el mantenimiento de la esclavitud” que tantos beneficios les proporcionaba⁴⁸⁰. Ni esta población de raza negra ni tampoco la criolla contribuyeron, salvo excepciones o mínimos porcentajes, a la composición del Ejército, tanto a la oficialidad como al reclutamiento, por lo que quedaron también fuera del alcance de la Sanidad militar⁴⁸¹.

En el ámbito corporativo, y siguiendo con el caso de Cuba, la casi totalidad de los médicos militares provenían de la península o eran hijos del cada vez mayor número de españoles emigrados a la isla. Los médicos criollos formados en la Facultad de Medicina de La Habana o en centros europeos y americanos y que podrían haber ingresado en la Sanidad militar, optaron en su mayoría bien por dedicarse al ejercicio civil, bien por emigrar o exiliarse a los Estados Unidos o a países caribeños e hispanoamericanos, bien por unirse a la resistencia armada⁴⁸². La población de raza negra que quizás podría haber sido

efectivos”. DELGADO GARCÍA (1996), p. 3. Los médicos honorarios o de entrada serían el equivalente de los médicos auxiliares que señalábamos en la Sanidad militar peninsular.

⁴⁷⁹ MORENO FRAGINALS (2002), pp. 220-231.

⁴⁸⁰ Según Hernández Sandoica, la mayor proporción de población española se alcanzó en 1898 cuando llegó a ser de casi un 10%. HERNÁNDEZ SANDOICA (2000), pp. 690-692. Manuel Moreno Friginals señala lo siguiente: “[...] no contaban los esclavos, ni siquiera los negros libres, en la liza política. [...] Para los reformistas/anexionistas [se refiere a la oligarquía criolla] de mediados del siglo XIX, los *cubanos* eran los blancos nacidos en Cuba: los negros originarios de Cuba no eran *cubanos* sino *negros criollos*, que era otra categoría. Por lo tanto, para este sector social dominante, el vocablo *cubano*, además de una significación nacional tenía una connotación racista. Esta escala de valores está textualmente expuesta por José Antonio Saco [escritor cubano de la época vinculado a la oligarquía], quien jamás aceptó que los negros fueran cubanos. Para muchos, hasta la década de 1880, seguirá vigente esta diferencia”. MORENO FRAGINALS (2002), p. 224. Sobre el racismo en la Cuba del siglo XIX, ver NARANJO OROVIO, GARCÍA GONZÁLEZ (1996).

⁴⁸¹ Según Moreno Friginals, en Cuba se habían creado en la segunda mitad del siglo XVIII “milicias habaneras”, con oficiales y soldados criollos y “batallones de pardos y morenos” (de negros y mulatos), los cuales tuvieron una participación destacada en campañas como la de Luisiana (1769), Florida (1780-1781), en la guerra de la Independencia española, en las guerras de Independencia hispanoamericanas (a favor de España) y en el intento de reconquista de México en 1829. Sin embargo, ambos dejaron de existir durante el periodo isabelino y los contingentes armados de Cuba pasaron a estar integrados casi en su totalidad por oficiales y soldados peninsulares. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 139-144 y 179-180.

⁴⁸² Sobre médicos cubanos formados en el extranjero, exiliados o incorporados a la lucha armada en las décadas centrales del siglo XIX existe alguna información en DELGADO GARCÍA (1997); MASSONS (1994), II, pp. 147-192; SAÉNZ, CAPOTE (1989), pp. 14-17.

empleada como personal auxiliar sanitario quedaba excluida por principio debido bien a sus condiciones de esclavitud y bien a la marginación de los negros y mulatos libres⁴⁸³. En el ámbito político-administrativo, las nacientes líneas inspectora y consultiva estuvieron muy supeditadas al poder ejecutivo de los jefes militares. Por su parte, la fuerte intervención de la Hacienda militar se reflejó en el hecho de que todos los hospitales militares de Cuba estaban administrados directamente por ella y no existían contrataciones con asentistas. En otro orden de cosas, las deficiencias de cobertura sanitaria contribuyeron a que una enfermedad tan frecuente como la fiebre amarilla, con motivo precisamente de su elevada prevalencia, no fuera considerada como enfermedad epidémica⁴⁸⁴.

En el caso de Filipinas, hubo mayor articulación en ciertos ámbitos. Por ejemplo, dada la lejanía del archipiélago respecto a la península, se enviaban pocos soldados de reemplazo, de forma que fue frecuente la participación en apoyo del Ejército de grupos reclutados entre ciertas etnias que con el tiempo llegaron a constituir el que se denominó “Ejército indígena de Filipinas”⁴⁸⁵. No obstante, no he podido comprobar hasta qué punto la asistencia a estos grupos corrió a cargo de la Sanidad militar. Lo que sí es seguro es que la Brigada sanitaria creada en Manila en 1869 se compuso desde un principio de soldados nativos⁴⁸⁶. Ambos hechos fueron posibles porque los nativos filipinos no fueron considerados formalmente como esclavos, lo que hizo que la fractura social no fuese tan marcada como en Cuba. Con todo, el alcance social de estas medidas fue mínimo porque el número de soldados nativos en el “Ejército indígena” se limitó a varios miles y los miembros de la brigada sanitaria, a varias decenas, para una población local estimada entre cinco y siete millones de personas; y porque dichos nativos solían proceder de ciertas etnias concretas y ciertos territorios determinados, mientras que hubo muchos otros que

⁴⁸³ MORENO FRAGINALS (2002), pp. 224 y 234; MASSONS (1994), II, p. 148; SÁENZ, CAPOTE (1989), pp. 15-16.

⁴⁸⁴ MASSONS (1994), II, pp. 153 y 160.

⁴⁸⁵ El médico militar Manuel Rabadán Arjona publicó un artículo en la *Gaceta de Sanidad militar* titulado “Apuntes acerca del Ejército indígena de Filipinas” en 1884. Citado en MASSONS (1994), II, p. 216. Como primer antecedente del mismo cabe señalar la reorganización del regimiento de Infantería “Asia” (cuyos 1.500 hombres causaron baja entre 1830 y 1838 por enfermedad o defunción) a partir de tropas nativas. *Ibid.*, p. 194.

⁴⁸⁶ *Ibid.*, pp. 194-195 y 203.

permanecieron al margen del dominio o del mero contacto con los españoles hasta el último cuarto de siglo⁴⁸⁷.

Respecto al grado de polarización, fue menor del previsto tanto en Cuba como en Filipinas porque la estratificación de niveles en todos los ámbitos fue pequeña y faltaron escalones intermedios entre La Habana y Manila y las pequeñas localidades, entre las Jefaturas de distrito y los Oficiales de Sanidad de los regimientos, entre los médicos y los soldados sanitarios o entre los principales hospitales o laboratorios y las enfermerías regimentales. De ello resultó una débil polarización centro-periferia, que motivó, entre otras cosas, una débil concentración de autoridad y una incapacidad para diseñar medidas y llevarlas a la práctica.

Pero no sólo el grado de diferenciación, intensidad y polarización fue menor del diseñado por los reglamentos, sino que hubo también un significativo grado de heterogeneidad, que se tradujo en la existencia de “huecos”, “fisuras” y “fracturas” en la Sanidad militar de Ultramar equivalentes a las que lastraron el desarrollo de las fronteras y demarcaciones sanitarias militares de la península. Así, en Cuba, desde la década de los años 50, se sucedieron periódicamente levantamientos armados contra la autoridad española, organizados a medias desde el interior y mediante desembarcos en la costa, los cuales contaron con su propia organización sanitaria de campaña. En un principio todavía se trataba de grupos muy reducidos, compuestos generalmente por criollos residentes en la isla o que regresaban del exilio en Estados Unidos o en países caribeños e hispanoamericanos, e individuos de raza negra o mulata, libres o que escapaban o eran liberados de las haciendas e ingenios. Los médicos eran criollos o extranjeros y el material y medicamentos solían introducirse por vía marítima procedente de aquellos países. Se trataba de intentos modestos que, no obstante, anticipaban lo que sucedería en la Guerra de los Diez Años (1868-78)⁴⁸⁸.

⁴⁸⁷ ESPADAS BURGOS (2000), p. 728. Según el general Valeriano Weyler, Capitán General de Filipinas entre 1888 y 1891, en la propia isla de Luzón, donde se encontraba la capital Manila, “resultaba vergonzosa la existencia de extensos territorios sin dominar, en los que éramos recibidos a tiros o flechas si intentábamos penetrar”. WEYLER (2004), pp. 141, 147 y 158.

⁴⁸⁸ Entre las operaciones armadas más destacadas de este periodo estuvieron, por ejemplo, los tres desembarcos de Narciso López de Uriola (general venezolano residente en Cuba y exiliado por la política de

En ésta, por una parte, proliferaron las operaciones de desembarco en la costa cubana preparadas fundamentalmente desde Estados Unidos. A través de ellas se suministraba a los sublevados material e instrumental médico-sanitario y se incorporaban a las fuerzas independentistas médicos y farmacéuticos cubanos en el exilio y también facultativos de otros países sudamericanos⁴⁸⁹. Por otra parte, las autoridades cubanas del interior establecieron en las zonas de operaciones una organización sanitaria militar sobre la base de un reglamento aprobado en 1869 por la Asamblea de Guaymaro y que formó parte de la Ley de Organización militar de 1874. Al frente de aquella se encontraba un Jefe Superior de Sanidad, miembro del Estado Mayor General del Ejército Liberador, de quien dependían los responsables de cada una de las regiones en las que se concentraban las fuerzas cubanas (Jefes de Sanidad de los Estados de Oriente, Camagüey y Las Villas)⁴⁹⁰. Lógicamente, se trataba de una sanidad de campaña en la que predominaban los médicos asignados a las distintas partidas, pero que también contaba con enfermerías y hospitales de sangre en haciendas y en ciertas poblaciones controladas por los sublevados. Los médicos que no llegaron del exterior fueron generalmente médicos civiles y estudiantes de medicina cubanos que se unieron a los insurgentes. El grueso de las tropas estuvo integrado por individuos de raza negra⁴⁹¹.

represión del Capitán General Leopoldo O'Donnell) entre 1848 y 1850, que se acompañaron en los dos primeros casos de sublevaciones internas en diversas regiones de la isla y un desembarco de 450 "filibusteros" estadounidenses no muy lejos de La Habana en 1852. También hubo rebeliones exclusivamente protagonizadas por esclavos de raza negra en 1843 y 1844, aunque carecieron de sentido "independentista". MORENO FRAGINALS (2002), pp. 202-205; MASSONS (1994), II, p. 148.

⁴⁸⁹ Para una breve relación de médicos y farmacéuticos que desembarcaron en Cuba durante esta guerra, ver MASSONS (1994), II, pp. 175-179. La revista cubana *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* dedicó su número 40 a presentar una relación detallada de los "médicos, farmacéuticos, dentistas y estudiantes" que tomaron parte en la Guerra de los Diez Años.

⁴⁹⁰ Una breve perspectiva sobre la organización sanitaria del Ejército cubano en la Guerra de los Diez Años se encuentra en DELGADO GARCÍA (1996), pp. 2-5. En el número 82 de la revista *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* se puede encontrar el texto del decreto de 4 de abril de 1870 y de los artículos de tema sanitario de la Ley de Organización militar de 1874, que estructuraron la Sanidad militar del Ejército cubano.

⁴⁹¹ MASSONS (1994), pp. 173-174. Según Moreno Friginals, los hombres que se rebelaron contra las autoridades coloniales españolas fueron, en general, "cubanos blancos de los sectores medios y altos de la sociedad, educados casi todos en las escuelas criollas de las principales ciudades, donde recibían por igual asignaturas generales y amor patrio". No obstante, el grueso de los efectivos rebeldes estuvo constituido por negros y mulatos, cuya incorporación debió ser "traumática", dados los prejuicios existentes hacia ellos y su comprensible resentimiento hacia la sociedad blanca. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 245-246.

Las “fracturas” independentistas no llegaron a cristalizar definitivamente en la formación de una Sanidad militar cubana hasta la independencia de la isla en 1898. No obstante, hubo “fracturas” de otro tipo. Por ejemplo, un número de médicos criollos con posturas “radicales” acerca de la independencia de la isla se exiliaron en Estados Unidos, en Sudamérica o en Europa y desarrollaron en estos países su actividad profesional, sin posibilidad, por tanto, de participar en la Sanidad militar. No obstante, la “fractura” más importante fue sin duda debida a la exclusión de la población de raza negra de la sociedad y del Ejército y, por tanto, de la Sanidad militar, a pesar de representar más de la mitad del total de habitantes de Cuba (también sufrieron esta marginación los esclavos chinos, llamados “culíes”, que llegaron a la isla en número superior a 150.000 a partir de 1847)⁴⁹². Este hecho se tradujo en algunas revueltas y levantamientos exclusivamente de esclavos en la década de los años 40, aunque no reflejaron la verdadera dimensión del problema, ya que la continua importación de esclavos procedentes de África dificultó enormemente la toma de conciencia colectiva sobre la esclavitud y su traducción en actuaciones concretas. Este hecho habría de mermar también la fuerza de los levantamientos independentistas que tuvieron lugar en diversas ocasiones hasta finales de siglo y que se apoyaron cada vez más en la población de negros y mulatos.

Las “fisuras” se reflejaron en fenómenos ya señalados como la preferencia de los médicos criollos por el ejercicio privado, su frecuente emigración al extranjero, su práctica ausencia en el Cuerpo de Sanidad militar o la falta de practicantes y soldados sanitarios “cubanos” en la Brigada sanitaria de la isla. Con todo, se consiguió a partir de la segunda mitad de la década de los 50 si no una integración, sí al menos una colaboración de sectores criollos cubanos con la Sanidad militar española, a través de ciertas medidas de “cubanización”, de reconocimiento o satisfacción de los intereses de dichos sectores. Se suavizó la represión, con lo que se frenó el exilio de médicos; se aumentó la consideración del distrito de Cuba al asignarle un Subinspector médico de 1ª clase en el Reglamento de 1855; se mejoraron y ampliaron los hospitales militares; la guarnición militar se redujo hasta un mínimo de 7.000 hombres en 1868 y, en paralelo, el número de médicos militares pasó de 121 en 1862 a 99 en 1873. Además, la Sanidad militar intervino en la reocupación

⁴⁹² *Ibid.*, p. 218.

de Santo Domingo entre 1861 y 1865, empresa que resultaba atractiva para los intereses de un porcentaje de criollos de clase media y en la que se consiguió que médicos de este estrato social acompañaran a las tropas españolas⁴⁹³.

Por último, existieron también “huecos” en el entramado de límites de la Sanidad militar de Cuba. Extensas zonas de la isla dedicadas al cultivo de tabaco, café y otros productos que no eran el azúcar, así como a la ganadería, cuya estructura social consistía en una minoría de grandes hacendados y una mayoría de campesinos no estuvieron en condiciones de contribuir al desarrollo del Ejército español y la Sanidad militar. En esas zonas, el papel de la Beneficencia eclesiástica o pública era predominante, incluso para la atención al Ejército⁴⁹⁴.

En el caso de Filipinas, los problemas fueron parecidos, aunque con diferente intensidad. Durante el periodo isabelino no existieron problemas de “fracturas” independentistas comparables a los de Cuba. Sin embargo, las “fracturas” fueron en conjunto mucho mayores, ya que la población europea se limitaba a cinco o seis mil personas, para una población nativa de cinco o seis millones (1 por 1000) la mayoría de la cual se encontraba, no ya marginada de la sociedad ultramarina, sino fuera del control de los españoles. La actividad de piratería y la resistencia armada por parte del Sultanato musulmán de Joló podría considerarse como una forma de rebelión frente al creciente control de Filipinas por las autoridades españolas y, por tanto, como una variante particular de “fractura” que también afectaba al desarrollo de la Sanidad militar.

⁴⁹³ Según Massons, “algunos médicos y practicantes de farmacia llegados a Santo Domingo con las tropas españolas en 1861 se quedaron en la isla. Se trataba ordinariamente de cubanos o de dominicanos, o hijos de dominicanos que habían emigrado a Cuba y Puerto Rico entre 1822 y 1824” tras la invasión del país por Haití. MASSONS (1994), p. 192. Desconozco si médicos cubanos participaron en la expedición a México de 1862. Creemos que las concesiones a los criollos cubanos se dieron también en la sociedad civil. Así, Moreno Fragnals señala que la “sacarocracia cubana” llegó a “una especie de entendimiento cordial con el gabinete largo de O’Donnell” (1858-63). Esto permitió que durante el mismo el poder se inclinara “decisivamente hacia los intereses reformistas criollos de los azucareros de occidente”, los cuales se organizaron en un grupo de presión que fue conocido como “Partido reformista”, aunque no llegara a adquirir “forma institucional de partido político”. También editaron el primer periódico reformista de la isla, llamado *El Siglo* y “lograron la convocatoria de una llamada ‘Junta de información’ sobre Cuba y Puerto Rico, en la que pusieron todas sus esperanzas políticas”. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 229-230.

⁴⁹⁴ Para una relación de establecimientos de beneficencia pública y eclesiástica en Cuba a mediados del siglo XIX, ver MASSONS (1994), II, pp. 254-255.

Las “fisuras” fueron menos intensas que en Cuba, porque el porcentaje de población criolla fue muy reducido y casi no existían médicos “filipinos”. Con todo, los criollos no contribuyeron ni a la Sanidad militar ni al Ejército en general. A pesar de todo, la fragilidad de la presencia española en el archipiélago dio lugar a una cierta “filipinización” de la Sanidad militar, a cambio de lograr la colaboración local. Por ello, en el Reglamento de 1855 se designó como Jefe del distrito a un Subinspector de 1ª clase; se redujo el contingente militar español y se fomentó a cambio la incorporación de nativos, que llegarían a constituir el grueso de los efectivos; el número de médicos militares se estancó; por último, la Sanidad militar participó en operaciones locales como la ocupación de Balanguingui en 1847 y la expedición “de castigo” contra los musulmanes de Joló en 1851, en las cuales se consiguió la colaboración de tropas nativas⁴⁹⁵.

Hasta aquí lo referente a las demarcaciones sanitarias militares. Respecto a las fronteras, la insularidad de Cuba y Filipinas hizo que en vez de fronteras militares (del Ejército) debieran existir en principio fronteras navales, por lo que constituyen un ejemplo adecuado para demostrar la continuidad entre los límites sanitarios del Ejército y de la Armada a la que ya hicimos referencia en apartados anteriores. En la constitución de las fronteras sanitarias navales ultramarinas jugaron un papel importante el tratado de la Cuádruple Alianza y el reconocimiento de la independencia de las colonias americanas, así como el creciente expansionismo de los Estados Unidos en el Caribe y el Pacífico.

En el caso concreto de Cuba, la frontera sanitaria naval se caracterizó por su elevada permeabilidad. Por supuesto, careció de capacidad de expansión. Así, la Sanidad de la Armada colaboró mínimamente en la infraestructura de la expedición a México en 1862 y en la de la intervención en Santo Domingo, entre 1861 y 1865. La falta de medios de la Armada fue suplida mediante el empleo de navíos civiles de la Compañía Transatlántica, a los que se asignó personal de Sanidad militar. Se habilitaron como buques-hospital la fragata “Cortés” y los vapores civiles “María”, “San Quintín” y “Cataluña”, cuyo papel se limitó esencialmente a la evacuación de heridos y enfermos desde los destacamentos

⁴⁹⁵ MASSONS (1994), II, pp. 203-204.

españoles hacia Puerto Rico y sobre todo Cuba⁴⁹⁶. Sobre el terreno fue también la Sanidad militar la que se ocupó de todos los asuntos médico-sanitarios, ya que la naval carecía de los medios para desplegar infraestructuras en un lugar de desembarco⁴⁹⁷. Además, las iniciativas de expansión de la Sanidad naval española desde Cuba carecían de posibilidades de éxito porque el equilibrio internacional en el Caribe y Latinoamérica (Gran Bretaña, Estados Unidos, Francia) cercenaba de raíz cualquier pretensión imperialista española.

Escasamente desarrollada y sin posibilidades de expansión, la Sanidad naval en Cuba no pudo evitar la existencia de “fracturas”, “fisuras” y “huecos” fronterizos, que se asociaron a los de las demarcaciones militares. Por ejemplo, las infraestructuras asistenciales navales se limitaron a una parte del nuevo hospital militar instalado en la antigua Factoría de Tabacos y a una enfermería naval instalada en la localidad de Nuevitas, complementados por la asistencia a los marinos en hospitales de San Juan de Dios de distintas localidades⁴⁹⁸. Esto dejaba la mayoría de la costa cubana fuera de la cobertura de la Sanidad naval (de la Armada en general). Respecto a las intervenciones de los Estados Unidos, no hubo acciones “oficiales” de la Marina estadounidense, pero se toleraron las incursiones privadas. En cuanto al movimiento independentista cubano, no tuvo entonces ni tendría después la capacidad de establecer infraestructuras sanitarias navales permanentes en zonas costeras, aunque ya hemos señalado la existencia de incursiones marítimas mediante las que el exilio cubano en Estados Unidos, Caribe e Hispanoamérica suministró personal y material sanitario a los rebeldes del interior, especialmente durante la guerra de los Diez Años.

En el caso de Filipinas, la frontera sanitaria naval también careció de capacidad real de expansión, a pesar de que la Sanidad naval tuviera una participación más destacada en las expediciones que se llevaron a cabo en Cochinchina, bajo iniciativa francesa, en 1859-60 y en América del Sur, en 1865-66. Sin embargo, la Sanidad naval, como en el Caribe, no

⁴⁹⁶ *Ibid.*, pp. 184-192 y 278; TORRES MEDINA (1970), p. 165. En la campaña de México, los barcos empleados no estuvieron habilitados para la atención a heridos y enfermos.

⁴⁹⁷ MASSONS (1994), II, pp. 184-192.

⁴⁹⁸ El Hospital militar de San Ambrosio se convirtió desde 1806 en el único lugar de hospitalización de los enfermos de la Armada en Cuba, para lo cual se habilitaron dos salas exclusivas. Tras su supresión en 1842, el

se transformó en el sentido de poder desplegar una presencia permanente en tierra, que siempre corrió a cargo de la Sanidad militar. Esto fue lo que sucedió, por ejemplo, en la expedición a Cochinchina en la que la Armada contribuyó a la evacuación de heridos y enfermos hacia Filipinas, pero la Sanidad militar se hizo cargo de la instalación de un hospital de barracones llamado Nuestra Señora del Pilar en el lugar donde se posicionó el destacamento español⁴⁹⁹. El caso de la guerra contra Chile y Perú en 1866 fue especial porque consistió en una serie de maniobras y combates navales exclusivamente a cargo de una escuadra en la que había barcos procedentes de Filipinas y de la península. La Sanidad naval asumió todo el protagonismo porque no hubo intención de intervenir en tierra⁵⁰⁰. Como excepción, se consolidó la presencia en las islas Carolinas y en las Marianas, donde se estableció una enfermería en la isla de Yap⁵⁰¹.

En Filipinas, la Sanidad naval tuvo un desarrollo más importante que en Cuba, que se reflejó, por ejemplo, en el número de efectivos e instituciones asistenciales, las cuales comprendían, en 1855, una “sala de Marina” en el Hospital de San Juan de Dios de Manila, una parte del convento-hospital de la misma orden en el Apostadero de Cavite (compartido con el Ejército), la enfermería naval del Arsenal de Cavite (construida entre 1858 y 1862), los hospitales y las enfermerías de las distintas divisiones navales (hospitales de Zamboanga y Cebú; enfermerías de Davao, Balabac, Isabela, Pollock) y los médicos en los buques (*Elcano, Reina de Castilla, Jorge Juan* y otros)⁵⁰². No obstante, sería equivocado considerar todas estas infraestructuras como fronteras sanitarias navales. En realidad, dada la complejidad de las Filipinas, formadas por diversos territorios insulares de cierto tamaño (Luzón, Mindanao, Cebú, Mindoro, Negros, Leyte, Masbate, Paragua, Samar y otros) y diversos subarchipiélagos (Camianes, Batanes, Joló) hasta un total de más de 1.000 islas y el hecho de que en el periodo isabelino muchas de ellas permanecieran fuera de control (Joló, Mindanao) o inexploradas (incluyendo la parte norte de Luzón); dados estos hechos, una buena parte de la Sanidad naval constituía de hecho demarcaciones sanitarias

nuevo hospital militar instalado en la antigua Factoría de Tabacos se hizo cargo de esta función hasta poco antes de la independencia de la isla. CLAVIJO CLAVIJO (1944), p. 239.

⁴⁹⁹ MASSONS (1994), II, pp. 198-205. En realidad, la Armada puso los barcos, pero la asistencia médica a bordo corrió a cargo de miembros del Cuerpo de Sanidad militar.

⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 280.

⁵⁰¹ CLAVIJO CLAVIJO (1944), p. 306.

navales (divisiones navales), que completaban las militares, limitadas a algunos puntos e islas importantes (Manila, Cebú, Pollock). Gran parte del desarrollo de la Sanidad naval se dirigió, por ello, a intentar hacer realidad dichas demarcaciones, mientras que la frontera sanitaria adoleció, en principio, de tanta permeabilidad como la de Cuba. No obstante, a diferencia de ésta, se vio menos amenazada por injerencias externas, entre otras cosas porque el movimiento independentista filipino fue mucho más modesto, fragmentado y tardío y la amenaza norteamericana, más distante e inconcreta⁵⁰³.

La debilidad de la Sanidad naval ultramarina se tradujo, de forma similar a lo que ocurría en la península, en un predominio de la Sanidad militar, que trató de compensar las carencias de la primera asumiendo algunas de sus funciones. Esto fue más evidente para el caso de Cuba, donde, como hemos señalado, la Sanidad naval carecía, por ejemplo, de un hospital propio y los médicos militares asumieron incluso el servicio de los buques-hospital. Además, fue el Ejército quien se encargaba de abortar en general los desembarcos que pretendían aportar refuerzos a la Sanidad militar independentista. En uno de estos episodios, que tuvo lugar en 1852 en Las Playitas, se instaló por ejemplo un hospital de sangre dirigido por dos médicos militares⁵⁰⁴. No obstante, también puede afirmarse lo mismo para Filipinas, donde, en principio, prácticamente todo el entramado sanitario militar (en el sentido amplio de la palabra) debería haber correspondido a la Sanidad naval. En contraste, la Sanidad militar alcanzó cierto desarrollo y asumió el protagonismo en expediciones como la de Joló en 1851 y siempre que se consolidaba la presencia española en alguna isla más extensa como, por ejemplo, Cebú.

Respecto a las relaciones con la Sanidad civil (interior y marítima), carezco de datos suficientes como para poder hacer un análisis todo lo adecuado posible. En cualquier caso, se pueden constatar varios hechos. Las demarcaciones sanitarias interiores ultramarinas se configuraron a partir de las mismas disposiciones legislativas que en la península (Real

⁵⁰² MASSONS (1994), II, pp. 198-199; CLAVIJO CLAVIJO (1944), pp. 290-292.

⁵⁰³ MASSONS (1994), II, pp. 196-200. Las incursiones navales en apoyo del movimiento independentista solían organizarse desde la colonia británica de Hong Kong, aunque en este periodo todavía no tuvieron lugar. En este periodo, los incidentes armados más importantes tuvieron lugar con el sultanato musulmán de Joló, cuyas actividades de piratería motivaron el envío de una expedición “de castigo” en 1851.

⁵⁰⁴ *Ibid.*, II, p. 184.

Decreto de 1847; Ley de Sanidad de 1855 y Reglamento de 1862; Ley de Beneficencia de 1849 y Reglamento de 1852). Por ello, hubo también separación entre los organismos asistenciales y sanitarios. En Cuba, por ejemplo, existían una Junta Superior y Juntas provinciales y locales de Sanidad y una Junta General y Juntas municipales de Beneficencia y Caridad en las poblaciones principales de la isla⁵⁰⁵. Los establecimientos benéficos eran muy numerosos⁵⁰⁶. En Filipinas, existía una Junta local de Sanidad en Manila, mientras que la Beneficencia corrió casi exclusivamente a cargo de diversas órdenes religiosas⁵⁰⁷.

Respecto a la Sanidad marítima, Rico-Avello señala que Pere Felip Monlau, tras regresar de la Conferencia Sanitaria Internacional de París de 1859 propuso “la creación de ocho delegados sanitarios para las posesiones de Ultramar [...] destinos que nunca llegarían a proveerse [...]”⁵⁰⁸. Ignoro a qué se refería exactamente Rico-Avello más allá de que se trataba de un asunto relacionado con la Sanidad marítima. Sí que parece que pudieron crearse lazaretos y direcciones especiales en algunos puertos ultramarinos a partir de 1867 (como en la península)⁵⁰⁹. La ausencia de detalles explícitos sobre ellos en la Real Orden de 1867 y en el posterior reglamento de Sanidad marítima de 1887 pudo deberse a que desde 1863, la creación del Ministerio de Ultramar supuso que las competencias sobre el conjunto de la Sanidad civil de las posesiones ultramarinas quedaran fuera del alcance, si no legislativo al menos administrativo, del de Gobernación⁵¹⁰.

⁵⁰⁵ DELGADO GARCÍA (1996), pp. 4-7. Las Juntas de Sanidad adquirieron competencias de diversos tipos de instituciones previas como el Protomedicato, las Juntas de Vacuna y las Reales Juntas Superiores Gubernativas de medicina, de cirugía y de farmacia.

⁵⁰⁶ *Ibidem*. MASSONS (1994), II, pp. 254-255.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 197.

⁵⁰⁸ RICO-AVELLO (1955), p. 11.

⁵⁰⁹ Muchas Direcciones especiales de los puertos previstas por la Ley de Sanidad 1855 no se pusieron en marcha en la práctica hasta 1867. En el Reglamento de Sanidad marítima de 1887 ya se recogía una lista completa de los lazaretos y direcciones especiales de ámbito peninsular. Sobre Ultramar no hay referencias explícitas, pero el empleo sistemático que se hace de la expresión “los directores de los puertos y de los lazaretos españoles, incluso los de Ultramar” nos hace suponer que existieron también dispositivos de Sanidad marítima en estos territorios. REGLAMENTO de Sanidad Marítima... (1887), pp. 426 y 575.

⁵¹⁰ Según Espadas Burgos, mediante esta cartera ministerial se pretendió agrupar las competencias sobre fomento, justicia, *gobernación* o hacienda en las colonias ultramarinas, “quedando fuera de ellas todos los asuntos relativos a la defensa, que seguían dependiendo de los Ministerios de Guerra y Marina, y aquellas cuestiones de política exterior que aún afectando al ámbito colonial continuaban en las competencias del Ministerio de Estado” (la cursiva es mía). ESPADAS BURGOS (2000), pp. 719-720.

Como resumen de este apartado, podemos afirmar que el desarrollo de los límites sanitarios militares en las posesiones de Ultramar fue similar al que tuvo lugar en la península, teniendo en cuenta que en principio las fronteras debían ser navales. En Cuba, Filipinas y Puerto Rico aumentó la impermeabilidad de las demarcaciones sanitarias militares (diferenciación, alcance y polarización), aunque hubo también problemas a la hora de traducir las disposiciones legislativas a la práctica. Del mismo modo, el entramado de límites se caracterizó por su alto grado de heterogeneidad, que dio lugar a “fisuras” y “huecos” y, sobre todo, a “fracturas” que tuvieron mayor entidad que las que se dieron en la península.

Por lo que respecta a las relaciones de la sanidad interior, marítima, militar y naval de Ultramar, fueron esencialmente equivalentes a las que describimos para la España metropolitana. Las deficiencias de la Sanidad interior fueron más intensas por la dependencia respecto a los organismos centrales peninsulares o por el mayor peso que tuvo la beneficencia eclesiástica, especialmente en Filipinas. De ahí que la Sanidad militar mostró las mismas tendencias “expansivas” hacia la civil. En Cuba, por ejemplo, su radio de acción se extendió a las familias de los militares destinados en la isla, así como a los reclutas de reemplazo y también a médicos civiles que trabajaron para el Ejército en calidad de médicos “honorarios” o “de entrada”⁵¹¹. En el caso de Filipinas, la carencia de médicos civiles, hizo que médicos militares y de la Armada formaran parte durante mucho tiempo de organismos civiles como la Junta de Sanidad de Manila o la Junta Central de Vacuna, aunque a título personal, es decir, como médicos y no como militares, siendo este “pluriempleo” habitual, según Massons, hasta 1869⁵¹². Aunque nos faltaría confirmar la expansión de la sanidad marítima a costa de la interior y la naval, creemos que en Ultramar se dio también un predominio de los componentes militar y marítimo en el entramado de límites y que esto reflejaba asimismo más que su fortaleza, la debilidad de toda la sanidad ultramarina en general.

⁵¹¹ MASSONS (1994), II, pp. 152-153 y 156-157; ESPADAS BURGOS (2000), pp. 709-710; REGLAMENTO... (1855), pp. 382-384.

⁵¹² Según Massons, en 1842 y en 1855 el secretario de la Junta de Sanidad de Manila fue un médico militar, mientras que en esas mismas fechas, todos los componentes de la Junta Central de Vacuna fueron facultativos del Ejército. MASSONS (1994), II, pp. 196-203.

4.3. El *proceso de sanitarización* en el Imperio español.

Una vez descrita por separado la situación en la península y en Ultramar, estamos en condiciones de analizar las características y evolución del *proceso de sanitarización* en el conjunto del Imperio español. Se trata, en definitiva, de asumir el marco de análisis imperial que, en nuestra opinión, constituye la unidad básica de referencia de dicho proceso, respecto al cual los marcos estatal y colonial tendrían un carácter reduccionista en virtud de su separación interesada. Los parámetros de análisis, por una suerte de “fractalidad”, son los mismos en el marco imperial que en los marcos estatal y colonial, es decir, diferenciación o articulación, intensidad, polarización, homogeneidad e impermeabilidad de las relaciones relativas a los asuntos de salud y enfermedad colectivas del Ejército. Pero el nuevo marco permite obtener una nueva perspectiva sobre esta cuestión al poner de manifiesto la simultaneidad y la transversalidad de los desarrollos y los fenómenos asociados a ellas.

Es cierto que, como resultado, por un lado, de diversas disposiciones legislativas y ciertos conflictos armados internos y, por otro, de diversos tratados y conflictos armados internacionales, se configuró en el Imperio español un entramado de demarcaciones y fronteras sanitaristas militares que supuso un desarrollo respecto al que existía previamente. No obstante, la organización de salud pública del Ejército español se caracterizó por un menor grado de impermeabilidad en sus límites externos que la de otros Imperios europeos y no europeos, de forma que su posición en el contexto mundial fue débil, aunque lo suficientemente estable para no perder todavía su carácter imperial. De modo análogo, los límites internos también tuvieron un menor grado de impermeabilidad del que consiguieron los de otros imperios europeos y no europeos, pero suficiente para evitar fracturas definitivas.

Respecto a las demarcaciones, la legislación sanitaria militar del Imperio español en el periodo isabelino se caracterizó por una particular mezcla de disposiciones (incluso en el Reglamento de 1855), algunas de las cuales se podrían calificar como “conservadoras” y otras “liberales” o “progresistas”. Las disposiciones legislativas conservadoras se

promulgaron en su mayoría como parte de los Reglamentos de 1846, 1847 y 1855 y tuvieron por ello carácter general, en el sentido de que su aprobación respondía en principio a objetivos de alcance imperial. Sin embargo, en la práctica, su aplicación efectiva fue restringida y dio lugar a la configuración de un sector de la Sanidad militar cuyo ámbito territorial estuvo integrado por Madrid (como sede de la Dirección General), una serie de plazas peninsulares (Sevilla, Zaragoza, Valencia, La Coruña, Valladolid, Burgos, Pamplona, Oviedo, Cartagena, Badajoz) y ultramarinas cubanas (La Habana, Santiago de Cuba), así como otras plazas menores dependientes de todas ellas. Su núcleo de actuación social comprendió a los oficiales profesionales destinados en la península y Cuba, mientras que su núcleo político-administrativo, de naturaleza fundamentalmente consultiva, se basó esencialmente en la Dirección General y en la Junta facultativa de Sanidad militar del Ministerio de la Guerra, por un lado, y en las Jefaturas de las plazas y en las Jefaturas locales facultativas de los hospitales militares peninsulares y cubanos, por otro. En cuanto a personal, estuvo constituido por los facultativos del Cuerpo de Sanidad militar que prestaban servicio en la península y Cuba. El núcleo institucional comprendió los hospitales y las enfermerías regimentales peninsulares y ultramarinas y el funcional comprendió la atención de las heridas de guerra y las enfermedades agudas.

Estos hechos indican que el grado de impermeabilidad de los límites internos “conservadores” fue comparativamente bajo. Por ejemplo, la relación peninsular-ultramarina fue demasiado próxima e indiferenciada. Así, la Dirección General y la Junta Superior facultativa de Sanidad militar tendían a organizar el territorio y controlar los asuntos de Sanidad militar del Ejército de Cuba como si fueran una mera extensión de los de la península. En el ámbito social, los oficiales profesionales rotaban casi sin distinción entre la península y Cuba, de manera que la mayoría de ellos sirvió durante algún tiempo en la isla como si se tratara de un destino más de la península. Lo mismo sucedió con los médicos militares, los cuales podían prestar servicio en un hospital de Aragón o en un regimiento de Cuba sólo con algunas diferencias formales en el caso de Ultramar como, por ejemplo, la mayor cuantía del sueldo, la mayor duración del destino (mínimo de seis años), el carácter voluntario o por sorteo de éste y la mayor facilidad de ascenso que procuraba⁵¹³.

⁵¹³ REGLAMENTO... (1846), REGLAMENTO... (1855).

En el ámbito institucional no existieron prácticamente diferencias con Cuba ya que los hospitales y enfermerías regimentales se organizaban según criterios prácticamente idénticos. Respecto a la cobertura sanitaria y a pesar de la alta incidencia de ciertas enfermedades características como la fiebre amarilla en Cuba, fue esencialmente igual⁵¹⁴.

Este bajo grado de impermeabilidad también se dio en cada uno de los marcos peninsular y cubano. Así, por ejemplo, Madrid no consiguió convertirse efectivamente en centro de la organización territorial de toda la Sanidad militar peninsular entre otras cosas porque también debía actuar como centro de la cubana. Complementariamente, La Habana no consiguió controlar sanitariamente todo el territorio cubano entre otras cosas por su estrecha vinculación con Madrid. En el ámbito social, ni los militares de carrera peninsulares provenían en la proporción esperada de las diferentes partes del país, ni los cubanos pasaron de ser un porcentaje simbólico. En el ámbito corporativo, sucedió algo semejante a lo anterior. En el ámbito político-administrativo, la Dirección General de Madrid no controlaba totalmente o uniformemente algunas Jefaturas de Sanidad peninsulares, mientras que tenía un control significativo sobre las de Cuba. Recíprocamente, en la administración sanitaria militar de Cuba, parafraseando al historiador Manuel Moreno Friginals, todavía se actuaba como si los organismos de La Habana y Santiago de Cuba abarcaran todo el territorio insular. La relación administrativa de ambas plazas con Madrid fue mayor que con ciertas zonas de la isla y tuvo por ello cierta capacidad para influir en la Sanidad militar peninsular.

Difícilmente se podría decir que las demarcaciones sanitaristas militares “conservadoras” pudieran ser suficientes para configurar una Sanidad militar imperial. No obstante, junto a ellas se fueron constituyendo otras de tipo “liberal” o “progresista” a partir de la aplicación de disposiciones generales contenidas en los reglamentos, pero también de legislación o medidas específicas que respondían a objetivos particulares de ciertos sectores o territorios no generalizables a todo el imperio. El componente “liberal” de la Sanidad militar se caracterizó por una organización territorial cuyo núcleo fueron ciertos distritos

⁵¹⁴ Como ya se ha señalado anteriormente, la fiebre amarilla fue una enfermedad tan extendida entre el Ejército español en Cuba, que no se consideró como tal a efectos de pensión o invalidez ni daba derecho a una asistencia especial. MASSONS (1994), II, p. 160.

peninsulares y ultramarinos (Castilla La Nueva, Andalucía, Cataluña, Filipinas). Su radio de acción social incluía con más peso a los reclutas de reemplazo y a las clases de tropa del Ejército. En su organización corporativa tenían mayor protagonismo practicantes, enfermeros y soldados sanitarios y su organización institucional contó con mayor presencia de centros de investigación científico-técnica (laboratorios, parques de material) y docentes. Tuvieron mayor importancia las funciones profilácticas y de salubridad, así como la asistencia a enfermedades crónicas. Se caracterizó por una mayor relevancia de la línea inspectora, mediante el desarrollo de las Jefaturas de Sanidad de distritos frente a la Dirección General y las Jefaturas de plazas y Jefaturas locales facultativas.

Todos estos hechos reflejaban el mayor grado de impermeabilidad de las demarcaciones “liberales” frente a las “conservadoras”. Así, la relación peninsular-ultramarina estuvo más desarrollada, aunque el carácter todavía modesto del componente liberal hizo que sólo se manifestara claramente en ciertas ocasiones, ayudada por circunstancias un tanto excepcionales. La enorme distancia de Filipinas respecto a la península (24.000 km.) y la escasez y lentitud (el viaje duraba seis meses) de las comunicaciones, ayudaron a que, en la práctica, la Jefatura de Sanidad de aquel distrito viera considerablemente atenuada la dependencia que legislativa y administrativamente tenía respecto a la Dirección General y la Junta Facultativa de Sanidad militar de Madrid y, por ello, pudiera y debiera tomar decisiones propias en ciertas ocasiones. Los mismos motivos contribuyeron a que los efectivos militares, el personal facultativo y los medios materiales procedentes de la península fueran muy escasos. Por todo ello, existió ese distanciamiento característico de los modernos imperios europeos, aunque quizás a veces rayara en el olvido o en la impotencia por escasez de iniciativas peninsulares relativas a Filipinas y por la falta de repercusión o influencia de Filipinas sobre la Sanidad militar peninsular.

En el marco filipino, la distancia, la incomunicación y la alta morbimortalidad obligaron a que allí se comenzara a constituir lo más parecido a un “Ejército colonial” que existió en el Imperio español en este periodo (el “Ejército indígena de Filipinas”), debido a lo cual la Sanidad militar extendió su radio de acción no sólo a la minoría de oficiales

peninsulares sino a los soldados reclutados entre la población nativa que constituían el grueso del contingente (aunque desconozco en qué medida). Esto implicó también una mayor atención a los problemas de salud y enfermedad específicos del archipiélago. Por otra parte, la escasez de facultativos militares y de civiles que pudieran servir como auxiliares dio un papel importante a la Brigada Sanitaria creada en 1867 y compuesta por nativos que actuaban como practicantes y soldados sanitarios. Todo ello no impidió la gran debilidad de las demarcaciones en Filipinas (a pesar de que hubo expediciones punitivas a Balanguingui en 1847, a Mindanao en 1849 y a Joló en 1851, la mayor parte del territorio estaba fuera de control; el porcentaje de nativos integrados en el Ejército y en la Brigada sanitaria era mínimo).

En el marco peninsular, el ejemplo más claro, aunque también modesto y motivado por circunstancias infrecuentes, fue la Sanidad militar de Castilla La Nueva. Este distrito sanitario, que comprendía las provincias de Madrid, Toledo, Guadalajara, Cuenca, Ciudad Real, Ávila y Segovia, tuvo al frente un Subinspector de 1ª clase desde el Reglamento de 1855; tuvo la primera Brigada sanitaria que se constituyó en España a raíz de la Real orden de 1862; tuvo instituciones como el Laboratorio Histoquímico del Hospital militar de Madrid o un “almacén de Sanidad”, precedente del Parque Central de Sanidad; tuvo unidades del Ejército con mayor presencia de oficiales de la burguesía y soldados de la clase obrera. No obstante, todo esto se dio en buena medida por la circunstancia excepcional de que la capital del distrito, Madrid, coincidiera con la sede de la Dirección General de Sanidad militar, por lo que fuera de esta plaza los desarrollos “liberales” fueron casi inexistentes.

Todo lo que hemos dicho hasta ahora sobre los componentes “conservador” y “liberal” no implica considerarlos como dos compartimentos estanco. La mayoría de las disposiciones legislativas y medidas de Sanidad militar se aplicaron en principio en todo el Imperio español, lo cual no impide señalar que, dependiendo de la zona, se tradujeran más en la práctica unas u otras⁵¹⁵. En definitiva, se trataba de dos variantes del desarrollo del

⁵¹⁵ Por ejemplo, Castilla La Vieja, Galicia o Aragón también tuvieron consideración de distritos, del mismo modo que Barcelona o Vitoria fueron plazas sanitarias dependientes de Madrid. No obstante, en la práctica,

modelo sanitarista o línea inspectora, cada una de las cuales hacía más énfasis en ciertos aspectos determinados. Este hecho provocó la existencia de un tercer componente que garantizaba el equilibrio y la conexión entre los dos anteriores, al tiempo que hacía patente en última instancia su debilidad respectiva. Dicho componente estuvo constituido por un reducido grupo de personas situadas en una posición, por así decirlo, “suprainstitucional” dentro de la Sanidad militar. Ya señalábamos anteriormente que la capacidad de iniciativa de Manuel Codorniu Farreras al frente de la Dirección General se había debido en buena medida a su relación personal con el general Espartero y con los progresistas en general. Gracias a su posición privilegiada dentro del régimen, Codorniu, y su sucesor Nicolás García-Briz, que la mantuvo en cierta medida, pudieron reunir en torno suyo una serie de colaboradores que, no por casualidad, ocuparon los principales puestos de responsabilidad de la Sanidad militar imperial hasta el final del reinado de Isabel II.

A falta de documentación más precisa y reconociendo la necesidad de estudiar este hecho con más detalle, creemos que en dicho grupo “suprainstitucional” pudieron figurar, además del propio **Manuel Codorniu Farreras** (1780-1857), los siguientes médicos militares: **Nicolás García-Briz y Galindo**, secretario de la Dirección General y vocal de la Junta Superior Facultativa durante el mandato de Codorniu entre 1847-53 y 1854-56 y posteriormente, Director General de Sanidad militar y presidente de la Junta Superior Facultativa entre 1856 y 1866; **José María Santucho Marengo** (1807-1883), Jefe de Sanidad militar del distrito de Burgos en los años 50, secretario de la Dirección General entre 1864 y 1866 (periodo en el que fundó la *Revista de Sanidad militar española y extranjera*) y Director General y presidente de la Junta Superior Facultativa entre 1866 y 1868; **Francisco Alonso Fernández** (muerto en 1846), Subinspector de medicina de Cuba entre 1837 y 1845 y Jefe de Sanidad de ese distrito entre 1845 y 1846; **Miguel Pinet Artigalás**, Subinspector de cirugía de Cuba entre 1837 y 1845, Jefe de Sanidad del distrito de Puerto Rico entre 1845 y 1846 y Jefe de Sanidad del distrito de Cuba entre 1846 y 1850; **Nicolás de Tapia y Ureta**, vocal de la Junta Superior Facultativa entre 1847 y 1868 y secretario de la Dirección General entre 1856 y 1864; **Fernando Basterreche Bidot**, Subdirector General entre 1847 y 1850, Jefe de Sanidad del distrito de Cuba desde 1850

fue más relevante la vinculación de plazas como Valladolid, La Coruña y Zaragoza a la Dirección General o

hasta 1858 y vocal de la Junta Superior Facultativa entre 1858 y 1862; **Antoni Codorniu i Nieto-Samaniego** (hijo de Manuel Codorniu), Jefe de Sanidad del distrito de Filipinas en los periodos 1844-1846 y 1849-1856, Jefe de Sanidad del Ejército expedicionario a Marruecos en 1860 (en sustitución de León Anel Sin, herido y José María Santucho, enfermo), y Jefe de Sanidad del distrito de Castilla La Nueva desde 1858 hasta 1862; **Josep Brangulí i Doménech**, Jefe de Sanidad del distrito de Extremadura en los años 50 y Jefe de Sanidad del distrito de Filipinas entre 1859 y 1865; **Antoni Martrus Codina**, Jefe de Sanidad militar del distrito de Cataluña durante los años 60; **León Anel Sin**, Jefe de Sanidad militar del distrito de Baleares a finales de los años 40 y durante los 50, Jefe de Sanidad del Ejército expedicionario a Marruecos en 1859-60 y vocal de la Junta Superior Facultativa entre 1864 y 1868⁵¹⁶.

En un nivel inferior habrían estado médicos como **Joan Faura i Canals**, Jefe de Sanidad del Ejército expedicionario a los Estados Pontificios en 1849 y de la expedición a Santo Domingo en 1861; **Pere Carreras i Pujol**, Jefe de Sanidad del Ejército expedicionario a los Estados Pontificios en 1849; **Rufino Pascual y Torrejón**, Jefe de Sanidad de la expedición a Cochinchina en 1859; **Josep Vilardebó i Moret** (1815-¿?), Jefe de Sanidad del Ejército expedicionario a México en 1862.

Esta breve relación de nombres y cargos permite comprobar cómo un número muy reducido de médicos militares ocupó los principales cargos de responsabilidad en la Sanidad militar de la península y Ultramar durante los años 40, 50 y 60 del siglo XIX. Desde ellos pudieron favorecer el componente “conservador” o el “liberal” de la Sanidad militar para evitar el riesgo de que se produjera una ruptura entre ambos ya que, en última instancia, la propia posición “suprainstitucional” del grupo dependía de que ninguno de ellos se impusiera al otro. Esto no quiere decir que todos estos médicos coincidieran en sus ideas políticas o sanitarias, ni que tuvieran un propósito explícito de ocupar dicha posición.

la consideración de Cataluña como distrito que lo anterior.

⁵¹⁶ MASSONS (1994), II, pp. 150-151, 185, 189, 205, 222, 250 y 286; III, pp. 36-8 y 42-3; CALBET I CAMARASA, CORBELLA I CORBELLA (1981-1983); HERNÁNDEZ JIMÉNEZ (1990), pp. 108-110. Los destinos y cargos consignados son los únicos que hemos podido precisar, a falta de información más precisa que podría obtenerse de la consulta de los expedientes personales. Las fechas de los puestos en la Dirección

Más bien era la dinámica del entramado de límites sanitaristas la que abría la posibilidad de que se constituyera un pequeño núcleo de gran autoridad, para acceder al cual eran necesarias ciertas condiciones y para mantenerse dentro del cual era necesario actuar de cierta manera.

Respecto a los criterios de acceso, parece claro que Manuel Codorniu, que fue el primero que inició el camino, llegó a su posición de poder gracias a sus contactos personales con Espartero (que se remontaban a la guerra de la Independencia) y a su afinidad política con los progresistas. Una vez allí, parece que el criterio de configuración de “su” grupo consistió en la relación personal que había establecido con otros médicos a raíz de su participación conjunta en campañas militares como la Guerra de la Independencia o las guerras de independencia de las colonias americanas españolas. Del mismo modo, varios de los médicos que ocuparon puestos de responsabilidad en los últimos años de vida de Manuel Codorniu y tras su muerte, como por ejemplo su hijo Antoni Codorniu, José María Santucho, León Anel, Pere Carreras, el Antoni Martrús o Josep Brangulí, tuvieron en común su participación en la Primera Guerra Carlista. Además, León Anel tuvo relación personal con Leopoldo O’Donnell durante este conflicto, lo que quizás ayude a explicar que el general contara con él más adelante para la “guerra de África”.

Con estos criterios tan poco “técnicos” no era de extrañar que también fueran decisivas las conexiones familiares como las de los Codorniu y también los Tapia (el hermano de Nicolás de Tapia y Ureta, Antonio, tuvo una posición destacada en la Sección de Farmacia militar, donde ocupó por ejemplo el puesto de director del Laboratorio de Medicinas de Málaga entre 1862 y 1864)⁵¹⁷. En este sentido, considero erróneas ciertas valoraciones de Massons como la de que “el sistema de oposiciones funcionó” durante la Primera Guerra Carlista porque varios de los médicos citados anteriormente “hicieron una buena carrera”; o la que el nombramiento de García-Briz como Director General se debió a que era la manera más adecuada de “asegurar la continuidad de la obra de Codorniu”,

General y en la Junta Superior Facultativa no incluyen el “periodo de los generales” (1853-1854), ya que desconozco si los médicos citados mantuvieron o no sus cargos durante ese tiempo.

⁵¹⁷ MASSONS (1994), p. 266.

siendo secundario el hecho de que “no era ciertamente el médico en cargo de inspector más antiguo”⁵¹⁸. Considero que es al revés: la “carrera” de aquellos médicos no se explica sólo por la “bondad” de las oposiciones y si García-Briz llegó a Director no debió ser exclusivamente por sus capacidades técnicas.

Un ejemplo de este sistema de funcionamiento lo proporciona el propio Massons, aunque no lo interprete de esta manera. Josep Brangulí fue el sustituto de Antoni Codorniu en la Jefatura de Sanidad militar de Filipinas desde 1859. A los tres años y medio de ocupar este puesto tuvo serios problemas con el Capitán General del archipiélago, quien trató de declararle “inepto” y enviarle de vuelta a la península. Según la legislación vigente, si se regresaba de Ultramar antes de cumplir los seis años de destino, se perdían las opciones de ascenso y otros derechos, por lo que, para evitar esta situación, Brangulí recurrió a “sus amigos, sobre todo un compañero de curso, León Anel, y consiguieron que el expediente no terminara hasta pasados los seis años”⁵¹⁹.

En cuanto a la forma de actuación, la posición “suprainstitucional” se asociaba a una autoridad personalista que no necesitaba guiarse por consideraciones ideológicas o programáticas concretas o podía hacerlo por varias de ellas a la vez. La afirmación de Massons de que el mandato de Codorniu fue un “reinado” de carácter “omnímodo” cobra sentido más allá de la metáfora desde nuestra perspectiva de análisis⁵²⁰. En definitiva, este hecho constituía un reflejo de la organización del Estado liberal de la época, en la que el monarca conservaba capacidad de decisión y provocaba la existencia a su alrededor de una “corte” de políticos y militares de la que había que formar parte si se quería acceder a los puestos de mayor responsabilidad. Es cierto que el Director General de Sanidad militar dependía de los jefes militares y de la Hacienda y la Intendencia, pero también que, respecto a los médicos militares y a los asuntos médico-sanitarios, nadie podía condicionar sus decisiones.

⁵¹⁸ *Ibid.*, II, p. 95; III, p. 38.

⁵¹⁹ *Ibid.*, II, pp. 159-160 y 200.

⁵²⁰ *Ibid.*, III, p. 37.

En este punto es necesario recapitular brevemente los elementos de análisis desarrollados en este cuarto capítulo para comprender cómo hemos llegado a estos últimos conceptos y poder seguir adelante. La teoría de los límites nos obligó a situar la configuración del modelo sanitarista español en un contexto de competencias internacionales y desarrollos internos alternativos. Gracias a ello pudimos identificar hechos como las “fracturas”, “fisuras” y “huecos” debidos a un tiempo a un grado insuficiente de impermeabilidad de los límites sanitaristas (que posibilitó la influencia extranjera y la existencia de desarrollos alternativos) y a la heterogeneidad de los mismos (que dio lugar a variaciones significativas de tipo territorial o social en la configuración de la Sanidad militar). La perspectiva de los límites también nos obligó a incluir en el análisis de la Sanidad militar las posesiones ultramarinas, en las cuales descubrimos desarrollos y problemas equivalentes a los que tuvieron lugar en la península. Todo ello además considerando la relación de la Sanidad militar con otras sanidades. Al aplicar finalmente un marco único de tipo imperial (que es el verdaderamente adecuado desde un punto de vista civilizatorio y simétrico) se ha refinado nuestro análisis del modelo sanitarista y hemos tenido que distinguir en él unos componentes “conservador”, “liberal” y “suprainstitucional”, con unas características y una dinámica de relación específicas. Desde este nuevo análisis podemos proceder a una nueva descripción de las “fracturas”, “fisuras” y “huecos” inseparablemente asociados a dicho modelo.

En el caso de las “fisuras” de la Sanidad militar, seguimos considerándolas como resultado de la heterogeneidad de los límites sanitaristas, en concreto, de un grado significativamente mayor de impermeabilidad (diferenciación, alcance y polarización). Como ya señalábamos, las “fisuras” implicaron que en Cataluña, las Provincias Vascas o Cuba el despliegue territorial, administrativo o institucional de la Sanidad militar fuera relativamente menor de lo que les habría correspondido o que su aportación de médicos y soldados al cuerpo de facultativos y a las brigadas sanitarias también fuera relativamente menor. El análisis en un marco imperial permite comprobar que su contribución no sólo fue menor, sino que fue diferenciada, y también, que se dio a nivel de los distintos componentes del modelo sanitarista español.

En el caso de Cataluña, por una parte, hubo un número significativo de médicos catalanes en el grupo “suprainstitucional” que rigió los destinos de la Sanidad militar isabelina (Codorniu padre, Codorniu hijo, Brangulí, Faura, Carreras, Martrus, Vilardebó). Dejando a un lado el caso más bien excepcional de Codorniu, el resto se caracterizó por elegir casi exclusivamente puestos de responsabilidad bien en Ultramar, bien en Cataluña, bien en las diversas expediciones militares que tuvieron lugar en la época. Los motivos que explican la participación en este grupo y la forma específica de hacerlo seguramente no debieron ser distintos de los que comentaremos inmediatamente después para los médicos catalanes que participaron en las estructuras “conservadora” y “liberal” de la Sanidad militar. Hubo en general una mezcla de voluntad de tener puestos de responsabilidad y de preferencia por aquellos que permitían mayor autonomía respecto a los organismos centrales; de decisión de participar en la Sanidad militar y de propósito de hacerlo según sus propios intereses como catalanes. A los catalanes les interesaba la existencia de un núcleo “suprainstitucional” como manera de aumentar la capacidad de actuación de la Sanidad militar (y, por tanto, la suya propia en sus diversos puestos) sin que ello supusiera reforzar excesivamente la estructura estatal.

En otro orden de cosas, desde el final de la Segunda Guerra Carlista se había iniciado un proceso de cooperación de los catalanes con la Sanidad militar a cambio de un conjunto de contrapartidas, que incluyeron, entre otras, la asignación en 1855 al distrito de Cataluña de un Subinspector de 1ª clase (en este puesto estuvo el Dr. Martrus al menos en los años 60), la supresión de una serie de hospitales militares localizados en zonas carlistas o fronterizas y la constitución de una Brigada sanitaria integrada por catalanes. Estas medidas consolidaron el componente “liberal” de la Sanidad militar española al mismo tiempo que garantizaron un cierto grado de “catalanización” del distrito. Los catalanes también contribuyeron al desarrollo del componente “liberal” a través de su destacada participación en Filipinas, distrito cuyas características, como ya hemos comentado, permitían una mayor autonomía y capacidad de iniciativa respecto a la península. El reducidísimo porcentaje de peninsulares del archipiélago contribuyó a reducir al mínimo las diferenciaciones entre ellos, por lo que los catalanes no se encuadraron de forma especial como sucedía en Cuba. A cambio, entre 1845 y 1865, la Jefatura del distrito estuvo en

manos de dos médicos militares catalanes, Antoni Codorniu i Nieto-Samaniego (en 1845-59) y Josep Brangulí i Domènech (en 1859-65), responsables de que se emprendiera cierto grado de “filipinización” del distrito⁵²¹.

También hubo participación de los médicos catalanes en el componente “conservador” de la Sanidad militar, asociada a un nuevo levantamiento del Somatén en Cataluña y a la constitución del cuerpo de “voluntarios del comercio” en Cuba. Respecto a lo primero, nuevos incidentes carlistas que tuvieron lugar en 1855 se tradujeron en el levantamiento del Somatén por primera vez desde la Guerra de la Independencia. El Somatén quedó estrechamente vinculado al Ejército pero, como organización paramilitar que era, gozó de un *status* diferenciado⁵²². Esto, unido a su carácter de institución tradicional catalana, sirvió para que médicos locales aceptaran encargarse de la asistencia de sus miembros en distintas plazas y hospitales militares.

Respecto a lo segundo, formando parte de la gran migración catalana a Cuba de mediados del siglo XIX, muchos médicos militares catalanes se establecieron durante largo tiempo o definitivamente en la isla, donde en muchos casos terminaron por consolidar una clientela privada o incluso emprendieron negocios fuera de la medicina, lo que les permitió satisfacer sus expectativas profesionales y económicas. De forma semejante a lo que sucedió en la península con el Somatén, los catalanes lograron mantener cierto carácter “diferenciado” en su colaboración con la Sanidad militar en Cuba mediante su vinculación preferente al Cuerpo de Voluntarios (formado a partir de los “voluntarios del comercio”), fuerza paramilitar urbana dependiente del Ejército pero separada de él, cuyos médicos, al igual que sus efectivos, fueron en su mayoría catalanes. Este cuerpo se desarrolló especialmente en aquellas ciudades donde la inmigración catalana era mayoritaria. No parece una casualidad que el levantamiento del Somatén en Cataluña y la constitución del Cuerpo de Voluntarios en Cuba tuvieran lugar el mismo año (1855)⁵²³.

⁵²¹ MASSONS (1994), II, pp. 160 y 197-200.

⁵²² GONZÁLEZ CALLEJA (1992), p. 57.

⁵²³ Estos hechos coinciden con la afirmación de Moreno Fraginalls de que “el catalán fue el único grupo migratorio cuya herencia etnocultural sobregiró el concepto de lo español peninsular adquiriendo una connotación específica dentro de la sociedad [cubana]”. También con otras de Enrique Collazo Pérez como la de que “el acuerdo tácito entre los emigrados catalanes y la Administración colonial favoreció la formación de

En definitiva, durante el periodo isabelino, los catalanes participaron tanto en el “grupo suprainstitucional” de la Sanidad militar como en sus variantes “conservadora” y “liberal”, jugando en todos los casos un papel significativo. A cambio, pudieron mantener un carácter diferenciado, a través de cierto grado de “catalanización” del distrito de Cataluña, de la ocupación de puestos de máxima responsabilidad en Filipinas (donde fomentaron la “filipinización” del distrito) o del destino preferente al Somatén y al Cuerpo de Voluntarios en Cuba. De esta forma, los catalanes consiguieron evitar su integración uniforme dentro de la Sanidad militar imperial, pero, al mismo tiempo, ésta logró que participaran en cierta medida, lo que redujo los riesgos de “fracturas” carlistas, cubanas o filipinas.

En el caso de las Provincias Vascas, donde el intento de “fractura” durante la Primera Guerra Carlista estuvo más cerca de concretarse, el reconocimiento *de facto* de los intereses propios fue mayor, lo que se tradujo en un menor grado de participación en la Sanidad militar (un hecho nada despreciable a pesar de todo, si se tiene en cuenta la amenaza que había supuesto la Sanidad militar carlista). Es probable, aunque no he podido confirmarlo, que hubiera representación vasca en el grupo “suprainstitucional” (¿quizás Basterreche?). Médicos vascos participaron en el desarrollo de la variante “conservadora” a través, por ejemplo, de la consolidación de las plazas de San Sebastián y Vitoria y de su presencia en Cuba. Por otra parte, el distrito sanitario de Vascongadas gozaba en la práctica de un excepcional grado de autonomía dentro del componente liberal. Las Provincias Vascas no tuvieron asignado legislativamente en 1855 (aunque pudieran tenerlo en la

una élite fusionada por los intereses económicos, el prestigio y el poder” y que “la fraternidad en el interior de los emigrados catalanes marcó la pauta de los negocios que emprendieron en las colonias, en este caso en Cuba. Los catalanes desarrollaron un patrón de rotación y de colaboración entre miembros de familias extendidas y una red de colaboradores convecinos”. En los dos primeros tercios del siglo XIX, la inmigración catalana constituyó el grueso de los desplazamientos españoles a Cuba. Su carácter diferenciado se reflejó en diversos hechos como la concentración en ciertas ciudades (Santiago de Cuba, Cienfuegos), la dedicación preferente a ciertas ocupaciones (comercio, tabaco), la creación de instituciones específicas como la Sociedad de Beneficencia de Naturales de Cataluña (fundada en 1840 y denominada por los habaneros “Partido Catalán por la decisiva significación pública de su directiva, no por sus humildes miembros”), la participación mayoritaria en los cuerpos de “voluntarios del comercio” o el envío de “Batallons de voluntaris catalans” durante la Guerra de los Diez Años. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 188-189, 201, 209, 215 y 237; COLLAZO PÉREZ (2003), pp. 36-37. Sobre el tema de la emigración catalana a Cuba en la primera mitad del siglo XIX, ver también YAÑEZ (1995).

práctica) un Subinspector de 1ª clase como Jefe de Sanidad del distrito, ni se creó allí una Brigada sanitaria. No en vano los contingentes armados vascos tuvieron carácter voluntario y cuando se constituyeron en ocasiones puntuales lo hicieron a iniciativa de las Juntas Generales y Diputaciones de cada provincia y había pocos hospitales militares (el de Bilbao se suprimió poco después del Real Decreto de 1854). En el País Vasco, el desarrollo del componente liberal consistió en respetar en la práctica que las instituciones locales se encargaran de la asistencia sanitaria de sus voluntarios en las ocasiones en que se reclutaban. Todas estas medidas contribuyeron a que en última instancia se retardara una nueva aparición de la amenaza carlista⁵²⁴.

Algo semejante a lo que sucedió en Cataluña y Provincias Vascas, aunque con sus variaciones particulares, tuvo lugar en Cuba. Desconozco si alguno de los miembros del núcleo “suprainstitucional” de la Sanidad militar fue criollo cubano, aunque en caso de que no hubiera habido ninguno, la influencia pudo haberse ejercido de forma indirecta⁵²⁵. Por otra parte, el Reglamento de 1855 asignó al distrito de Cuba un Subinspector de 1ª clase y pocos años después se crearon organismos como el Laboratorio de medicamentos de La Habana y la Brigada Sanitaria (aunque sus miembros no fueron cubanos). Las medidas “liberales” de “cubanización” también incluyeron campañas militares propicias a los intereses de los criollos reformistas, especialmente la de Santo Domingo, que proporcionaron a médicos y practicantes cubanos la posibilidad de ingresar en el cuerpo sin estar destinados en sus territorios de origen y de satisfacer sus expectativas profesionales. En cuanto a la variante “conservadora”, la mejora de la red hospitalaria militar y la organización de Jefaturas de Sanidad de las plazas debió interesar a la oligarquía criolla española, la cual, aunque no participó en ellos, no debió al menos obstaculizarlos dado su

⁵²⁴ Según el historiador Luis Castells, el Estado liberal “formalmente unitario” del periodo isabelino “desarrolló en lo que atañe al País Vasco una práctica de respeto al régimen foral, que le condujo a establecer una normativa y un tipo de relación con un sabor federal”. Las Provincias Vascas, tras la Ley de 1839 y el Real Decreto de 1844 que restringieron el régimen foral, mantuvieron no obstante “sus instituciones propias (Juntas Generales, Diputaciones), con notables competencias, siguió sin contribuirse a la Hacienda Pública y sin enviar hombres al servicio de armas”. Esta situación, con diversas vicisitudes, se mantuvo hasta 1876. CASTELLS (2003), pp. 121 y 125.

⁵²⁵ Como muestra Moreno Friginals, la influencia de la oligarquía cubana criolla en la península, a falta de representación política en las Cortes, se ejerció en general a través de políticos y militares españoles que por haber contraído matrimonio con mujeres de aquel grupo social durante su destino en Cuba, se vincularon con sus intereses y procuraron defenderlos desde sus posiciones de poder en España. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 229-230.

interés en limitar el desarrollo de la organización de distrito. Su influencia en este caso pudo tener carácter indirecto como la que hemos señalado para el núcleo suprainstitucional.

En conjunto, ni hubo un alto grado de “cubanización” o una dependencia excesiva respecto a la península, ni los criollos cubanos (reformistas o españolistas) participaron más allá de hechos puntuales en la Sanidad militar. El problema principal en Cuba era la exclusión de la población negra y mulata, que afectaba por igual a criollos y a peninsulares. La Sanidad militar difícilmente podía aumentar su conexión directa con Cuba o permitir un mayor grado de “cubanización” mientras el grueso de la población de la isla no entrara en su radio de acción o no pudiera participar en ella. En cuanto a los criollos, difícilmente podían hacer valer sus intereses en la Sanidad militar peninsular o conseguir concesiones en la de la isla mientras el grueso de la población no fuera considerada o no se considerara a sí misma como “cubana”.

De todo lo que hemos dicho se infiere que la participación de catalanes, vascos y criollos ultramarinos contribuyó a que el modelo sanitarista militar en el Imperio español se configurara en la forma en que lo hizo. Dicha participación, no obstante, fue menor y diferenciada y no consiguió desde luego su integración uniforme y completa dentro de la Sanidad militar. Una parte significativa de la sociedad catalana, vasca y ultramarina rechazó esta situación, por lo que un cierto grado de “fractura” persistió, aunque no pusiera en peligro el equilibrio de conjunto. Dichas “fracturas” se reflejaron, por ejemplo, en la recurrencia periódica de las iniciativas carlistas en las Provincias Vascas y Cataluña durante el periodo isabelino y en las sublevaciones o incursiones que cada cierto tiempo tuvieron lugar en Cuba. También en la especial relevancia que fueron adquiriendo el ejercicio libre de la profesión y las instituciones médico-sanitarias civiles (a menudo de carácter privado) en ciudades como Barcelona, Bilbao o La Habana y en la persistente emigración de médicos a países europeos, especialmente Francia, a las nuevas repúblicas sudamericanas, a países caribeños y a los Estados Unidos. La emigración para evitar el reclutamiento fue habitual en Cataluña y las Provincias Vascas.

En el caso de Cuba, desde los años 20 y 30 venía teniendo lugar una masiva importación de esclavos africanos que transformó la isla en una sociedad esclavista, inexistente con anterioridad a pesar del amplio porcentaje de negros y mulatos que siempre vivieron en ella. En el periodo isabelino continuó la llegada de esclavos y la progresiva marginación de una población negra y mulata que hasta entonces había tenido la posibilidad de integrarse socialmente en un grado significativo⁵²⁶. La excesiva diferencia existente entre los criollos y los esclavos, el hecho de que la sociedad cubana no tuviera un carácter más intermedio, mermó las posibilidades de “fracturación” y retrasó la constitución de una Sanidad militar propia. Una parte de los criollos (reformistas y españolistas) colaboraba con las autoridades españolas y no consideraba como cubanos a negros y mulatos, mientras que la mayor parte de la población de raza negra estuvo constituida por de esclavos de primera generación, recién arrancados de las tribus africanas a las que pertenecían, que no sólo no se consideraban como cubanos sino que provenían de diversos contextos sociales y culturales. Por ello las “fracturas” cubanas tampoco fueron suficientes para desestabilizar la Sanidad militar en este periodo.

Para terminar nuestra interpretación de las demarcaciones de la Sanidad militar imperial española, hay que hacer referencia a los elementos cuya capacidad de participación en el sistema fue reducida, tanto en la península como en Ultramar. La constitución de un modelo sanitarista militar formado por un núcleo “suprainstitucional” y dos componentes “conservador” y “liberal” o “progresista” y apoyada en la colaboración con o tolerancia de ciertos sectores de la sociedad catalana, vasca y ultramarina cubana y filipina (“fisuras”) descansaba, por su carácter esencialmente oligárquico, sobre la existencia de amplios “huecos”. No fue la voluntad de oposición o la defensa de intereses propios sino la falta de industrialización, de desarrollo institucional o de transformaciones sociales las que hicieron que tanto provincias como Orense, Teruel, Palencia, Cuenca, Ciudad Real, León, Soria, Zamora, Huelva, Jaén, Almería, Badajoz o Cáceres, como las Filipinas contribuyeran muy poco en este periodo a la constitución de un Ejército burgués, al Cuerpo de Sanidad militar o al despliegue territorial, administrativo o institucional de la Sanidad militar.

⁵²⁶ *Ibid.*, pp. 170-189.

Los “huecos” constituyeron una forma de participación, aunque fuera más débil, en el entramado de límites de la Sanidad militar. De ahí que esas zonas se caracterizaran por su aportación preferente a los contingentes de reclutas de reemplazo, a los cuadros subalternos de las Brigadas sanitarias, a la red de hospitales y enfermerías o a las Jefaturas de plazas y locales facultativas. Esto no quiere decir que no contribuyeran a todos los componentes del modelo sanitarista, desde el núcleo suprainstitucional, hasta los componentes conservador y liberal. Pero, en todo caso, su contribución fue menor de la que debería haber sido, en este caso por motivos diferentes a los de Cataluña, Provincias Vascas o Cuba.

De nuevo, no sólo fue menor sino diferenciada, aunque en un sentido distinto. En este caso, la Dirección General otorgó mayor protagonismo del que les correspondía a algunas zonas que en la práctica contribuían débilmente al desarrollo de la Sanidad militar. Dicho de otra forma, el despliegue de la Sanidad militar en muchas zonas del imperio español dependía en un grado significativamente mayor de los organismos centrales que de los locales. Por ello, por debajo del armazón teórico de distritos como Castilla La Mancha, Andalucía, Extremadura o Castilla La Vieja se ocultaba en realidad una excesiva dependencia de las iniciativas de la Dirección General y de las instituciones de Madrid. Ya señalábamos anteriormente que la adjudicación a Castilla La Nueva de un Subinspector de 1ª clase o de una Brigada sanitaria eran un tanto artificiales porque se explicaban básicamente porque Madrid formaba parte del mismo.

En principio, el caso de Filipinas parece distinto, como muestran la creación del “Ejército indígena” y de la Brigada sanitaria compuesta por nativos que ya mencionamos anteriormente. No obstante, sucedió más bien que ciertas tribus o etnias filipinas, a través de su colaboración con los españoles, adquirieron un papel de criollos ante la escasez de éstos, mucho menores en número de los que existían en Cuba. Frente a esta colaboración, el tanto por ciento de población local filipina que quedaba fuera del radio de acción de la Sanidad militar (y de la sociedad ultramarina en general) siempre fue superior al 90 por

ciento⁵²⁷. En esta situación hablar de la existencia de un distrito de Filipinas era más un acto de autoconvencimiento que una realidad.

Ni siquiera de esta manera se consiguió que algunas zonas del imperio entraran en el radio de acción de la Sanidad militar. No obstante, en estos casos es problemático afirmar la existencia de “fracturas” gallegas, canarias, andaluzas, cubanas o filipinas, ya que las unidades de fracturación eran menores de lo que esos calificativos indican y sus respuestas diferentes (aunque sólo en grado) a las que señalamos para Cataluña, Provincias Vascas o criollos cubanos. Por ejemplo, en Galicia o Canarias, la emigración a América constituyó una forma particularmente importante de evitar al Ejército y a la Sanidad militar, como también lo fue la persistencia de ciertos tipos de folkmedicina⁵²⁸.

La evolución de la Sanidad militar de Andalucía y Granada (separadas en la organización militar por entonces) merece un comentario más detallado en razón a su complejidad. En ambas zonas la evolución de los límites sanitarios militares fue particular. No obstante, ello no se debió, como en Cataluña, en las Provincias Vascas o en el caso de los criollos cubanos, a la existencia de una voluntad de diferenciación que obligó a satisfacer intereses específicos de estas zonas y les permitió evitar una integración uniforme dentro de la Sanidad militar. Tampoco se debió, como en Cuba o Filipinas, a la amenaza que suponía la existencia de un amplio porcentaje de la población y/o el territorio fuera de su radio de acción. Andalucía y Granada tuvieron algo de las dos cosas pero de forma particular.

Por una parte, en ambas zonas tuvieron significativa relevancia fenómenos como el bandolerismo, el contrabando, el latifundismo y la existencia de áreas con cierto carácter autárquico que colocaban a ciertos grupos de población al margen del entramado administrativo, institucional, social, económico o militar tanto central como periférico,

⁵²⁷ HERNÁNDEZ SANDOICA (2000), pp. 690-692; ESPADAS BURGOS (2000), pp. 727-731.

⁵²⁸ No siempre esta salida tuvo éxito. Moreno Fragnals consigna cómo, a raíz de la política de *blanqueamiento* y de preferencia del *trabajo blanco* al *trabajo negro*, llegaron a Cuba en las décadas centrales del siglo XIX miles inmigrantes canarios y gallegos que sustituyeron a negros y mulatos en oficios como el de cocheros o en las plantaciones de tabaco. Sin embargo, su situación no cambió mucho respecto a la que tenían

incluido el de la Sanidad militar. No se trataba de “huecos”, aunque estos también existieran en Andalucía y Granada, sino de grupos y zonas que suponían una amenaza “latente”. Tampoco era una situación exclusiva de Andalucía, porque se daba en otras partes de la península, si bien no con tanta intensidad. Por otra parte, tanto Andalucía como Granada tuvieron, en aparente contraste con lo anterior, capacidad para expandirse más allá de la península hacia Marruecos, a través de Tánger, los enclaves norteafricanos de Ceuta, Melilla y los presidios menores respectivamente, aunque con poca fuerza. Durante buena parte del periodo isabelino, Ceuta todavía dependió de Andalucía y Melilla y los presidios menores de Granada (Málaga). Este hecho supuso una diferencia significativa por ejemplo con Cataluña, Valencia o Extremadura, cuyas posibilidades de expansión hacia Italia, norte de África y Portugal respectivamente habían dejado de ser una realidad desde finales del siglo XVIII.

Como consecuencia de ambas circunstancias, Andalucía y Granada se encontraron en una situación de debilidad frente a sus “problemas” de desestructuración y de presencia en Marruecos. En el ámbito militar, esto se tradujo en que el Ejército no tuviera en Andalucía y Granada el grado de estabilidad que en la mayor parte de la península, ya que la organización “de campaña” mantuvo todavía cierto peso respecto a la “de paz” de forma permanente durante todo el periodo isabelino. Además, desde su creación en 1844, la Guardia Civil tuvo una de sus bases fundamentales en ambos territorios y en ellos fue donde su carácter militar se hizo especialmente patente. El Ejército, por sí mismo o apoyado por la Guardia Civil, realizó continuas operaciones contra las partidas de bandoleros que en los años 40 y 50 todavía operaban en buen número en Sierra Morena, las Alpujarras, la Serranía de Ronda y otras áreas. En el caso de los enclaves del norte de Marruecos, la organización “de campaña” tuvo aún más peso, tanto por los periódicos ataques a que fueron sometidos por las vecinas cábilas rifeñas como por las operaciones de expansión llevadas a cabo en 1848 y 1859-60.

Todo esto se correspondió con carácter más oligárquico de la Sanidad militar en estas zonas, en el sentido de que el desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal”

en la península, ya que su posición dentro de la sociedad cubana, en relación con los españoles, los catalanes

fue menor de lo que debería haber sido. En el distrito de Andalucía, el componente “liberal” se configuró a través de medidas como la creación de la Brigada sanitaria de Sevilla, la asignación frecuente (aunque no estuviera estipulada legislativamente) de un Subinspector de 1ª clase o la tendencia a que Ceuta adquiriera autonomía propia, lo que logró después de la “guerra de África”. El componente “conservador” por su parte se basó en la existencia de plazas sanitarias como Sevilla, Cádiz y Córdoba. En el de Granada, el primero contó por ejemplo con el Laboratorio de medicamentos de Málaga, mientras que el segundo se basó en la relación estrecha de la Dirección General con las plazas de Granada y Málaga y en que Melilla y el resto de presidios menores siguieran manteniendo su estrecha dependencia de esta última⁵²⁹. No obstante, el desarrollo de la Sanidad militar de ambos distritos estuvo lastrado por la persistencia en cierto grado de una organización “de campaña” y por el peso alcanzado por la Guardia Civil, cuya asistencia todavía no corría a cargo de los recursos del Ejército.

En definitiva, Andalucía y Granada contribuyeron a la configuración de todos los componentes del modelo sanitarista militar español en menor medida de lo que les habría correspondido. Sin embargo, lo específico de su caso fue que, además, favorecieron la configuración de una Sanidad militar “de campaña” que constituía, en cierta manera, un modelo paralelo. Por tanto, ya no se trataba solamente de que el modelo sanitarista español estuviera articulado en tres componentes “conservador”, “liberal” y “suprainstitucional”, sino que dentro de cada uno de ellos había una vertiente “de paz” y otra “de campaña” que daban lugar a la existencia de dos modelos paralelos con sus respectivos componentes.

Los distritos del sur peninsular no eran los únicos que favorecían este hecho. Por ejemplo, ya hemos señalado que dentro del núcleo “suprainstitucional” había un grupo

y la oligarquía criolla, fue también bastante subordinada. MORENO FRAGINALS (1995), p. 180.

⁵²⁹ El origen del Laboratorio de medicamentos de Málaga se remontaba al llamado “Laboratorio castrense” de Melilla. Esta institución había sido creada en 1784 con objeto de que la Botica militar del presidio pudiera proveerse a sí misma de medicamentos y también suministrarlos a las Boticas militares de los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas en un periodo en que todos ellos fueron sistemáticamente hostigados por las fuerzas del sultán de Marruecos, con el consiguiente riesgo de quedar incomunicados con el territorio peninsular. El Laboratorio de Melilla fue trasladado en 1787 a Málaga, porque se consideraba que allí era más fácil y económico adquirir las materias primas y efectuar el abastecimiento a los presidios menores. Por ello, pasó a denominarse durante un tiempo “Laboratorio y Botica principal de los Presidios Menores de África”

menor de médicos cuyos puestos de responsabilidad habían sido Jefaturas de Sanidad de expediciones militares. Estos puestos tenían la particularidad de que daban una gran autonomía respecto a las directrices de la Dirección General y de las Jefaturas de distrito y plaza, ya que las decisiones que debían tomarse estaban condicionadas por circunstancias concretas de las operaciones que no podían someterse por diversas razones al criterio de aquellas autoridades sanitarias militares. Dado que expediciones como la de los Estados Pontificios, Portugal, Cochinchina, Santo Domingo o México tuvieron poca envergadura y escasa duración, su repercusión fue pequeña y difícilmente podía dar lugar a desarrollos permanentes y a la constitución de un modelo paralelo (aunque apuntaran en esa dirección).

En el caso de Andalucía y Granada, la diferencia es que sí podían hacerlo. Un ejemplo excepcional de esta capacidad lo constituyó la Jefatura sanitaria del Campo de Gibraltar. El campo era un área situada en el punto de confluencia entre los dos distritos y comprendía en el periodo isabelino aproximadamente un tercio de la provincia de Cádiz. Lo excepcional es que disponía de una organización militar independiente de la de aquellos distritos, la Comandancia General del Campo de Gibraltar, con su correspondiente estructura sanitaria. Aparte de los factores fronterizos a los que haremos referencia más adelante, su existencia se explica por la especial intensidad con que se daban en su territorio los fenómenos de contrabando y bandolerismo, ambos en estrecha relación con la Serranía de Ronda y con el Peñón de Gibraltar. A ellos habría que añadir la existencia de un importante sector de población cuya actividad económica dependía del enclave británico, aunque su residencia estuviera en las ciudades vecinas al Peñón, y quedaba por ello un tanto al margen de la sociedad española en general y andaluza en particular.

En estas condiciones, la consolidación de la Comandancia a expensas de los distritos de Andalucía y Granada, de los cuales teóricamente debían depender su territorio, población y guarnición militar, se hizo fundamentalmente a partir de un destacamento inusualmente potente del Ejército, el cual, además, se encontraba en permanente estado de actividad o, cuando menos, de vigilancia. La propia falta de reconocimiento “oficial” de la organización militar y sanitaria del Campo es un indicador de que su existencia *de facto* se

hasta que se convirtió finalmente en “Laboratorio de Medicinas de Málaga”. ROLDÁN Y GUERRERO

basaba en su carácter de pseudo-Ejército de operaciones. En cuanto a la Sanidad militar, el servicio de campaña conservaba una especial relevancia frente al de paz, que se concentraba básicamente en Algeciras⁵³⁰.

La posición del Campo de Gibraltar en la Sanidad militar reflejaba la debilidad de la aportación de Andalucía y Granada a los componentes “suprainstitucional”, “liberal” y “conservador”, pero al mismo tiempo suponía su contribución a la existencia de un modelo sanitarista “de campaña” en el que el Jefe de Sanidad militar del Campo podía actuar con cierta autonomía respecto a aquella organización. En este sentido, sucedía algo parecido con la Sanidad militar de Ceuta, Melilla y los presidios menores, que también estaba organizada según un modelo “de campaña” y que también podía actuar con cierta autonomía. En el conjunto del Imperio español, este modelo paralelo era más débil que el “de paz”, porque sus elementos tenían menor desarrollo y estaban más desconectados entre sí (salvo en el caso del Campo de Gibraltar y los enclaves del norte de Marruecos, como veremos más adelante), pero su existencia era real y habría de cobrar un impulso importante en periodos posteriores.

Hasta aquí lo referente a las demarcaciones de la Sanidad militar en el Imperio español. Respecto a las fronteras, en cuyo análisis vamos a ser más breves, su inseparabilidad de las anteriores, hizo que se dieran fenómenos análogos a los que acabamos de señalar para los límites internos. Durante el periodo isabelino, el entramado de fronteras sanitaristas militares españolas adoleció de un menor desarrollo que el de otros imperios y, por ello, la Sanidad militar española tuvo una posición más débil en el contexto de competencia mundial. La falta de participación en los conflictos bélicos europeos que se reavivaron a partir de la década de los 50 en Europa así como en la nueva oleada de expansión colonial en Asia y África, la subordinación política a Gran Bretaña y Francia a través del tratado de la Cuádruple Alianza y económica a Estados Unidos a través de la dependencia de Cuba del mercado estadounidense, todo ello reflejó la precaria posición del

(1955a).

⁵³⁰ En los Reglamentos de 1836, 1846, 1847, 1853 y 1855 no se hace ninguna referencia a la Sanidad militar del Campo de Gibraltar, lo que indirectamente confirma su carácter “de campaña” y la excepcionalidad de su posición en el conjunto de la Sanidad militar española.

Imperio español en el contexto mundial y, como corolario inseparable, el bajo grado de impermeabilidad de las fronteras sanitarias españolas y las crecientes influencias o injerencias de la Sanidad militar de otros imperios.

La permeabilidad y la falta de expansión fronterizas contribuyeron a la configuración específica del modelo sanitario español como lo hizo la permeabilidad de las demarcaciones. Así, la debilidad frente al Imperio francés frenó el desarrollo del componente “conservador” de la Sanidad militar, lo que se reflejó en la modestia de iniciativas como las expediciones a Portugal y la colaboración española en operaciones lideradas por Francia como las de México y Cochinchina. Al menos, Francia apoyó a España en Cuba frente a las pretensiones estadounidenses. El peso del Imperio francés también provocó el débil desarrollo del componente “liberal” de las fronteras de la Sanidad militar, que sólo se manifestó en la expedición a los Estados Pontificios, en la intervención en Santo Domingo y en la expansión española en el archipiélago filipino y en el Pacífico. Francia no pudo impedir la actuación de la Sanidad militar en Marruecos, aunque esta iniciativa se saldó finalmente con un fracaso por otros motivos que veremos más adelante.

Las relaciones con Francia se tradujeron también en el apoyo a la Sanidad militar “constitucional” frente a la carlista, por un lado, y en la falta de respaldo para cualquier actuación en Portugal, y en el predominio de los intereses franceses en el norte de África, Italia, el Caribe y Extremo Oriente, por otro. Todo ello impidió el mayor desarrollo de los dos componentes anteriores y favoreció con ello la configuración de un núcleo “suprainstitucional”, al tiempo que también permitió la existencia de las “fracturas” carlistas o cubanas. En conjunto, las relaciones con Francia tendieron más a permitir cierto grado de desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal” que a provocar una situación favorable al predominio del núcleo “suprainstitucional” y las “fracturas”.

En comparación con la influencia francesa, la británica fue más intensa, dada la creciente hegemonía de este imperio en el contexto mundial. Por una parte, Gran Bretaña evitó nuevas injerencias directas de Francia en la Sanidad militar española, apoyó a España frente a Estados Unidos en la cuestión de Cuba y toleró la expansión española en Filipinas

y el Pacífico y la participación española junto a Francia en las diversas campañas militares a las que hemos hecho referencia. Pero, por otra parte, frenó la influencia española sobre la Sanidad militar portuguesa, mantuvo su injerencia en las fronteras españolas mediante Gibraltar e impidió en última instancia esa principal iniciativa de expansión de la Sanidad militar española que fue la “guerra de África”. En definitiva, las relaciones con Gran Bretaña tendieron sobre todo a favorecer la configuración del núcleo “suprainstitucional” y de las “fracturas” y menos el desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal”.

Pero dichas relaciones también son importantes para entender la aparición del modelo sanitarista “de campaña” al que nos referimos anteriormente. En este sentido, el papel del Peñón de Gibraltar merece un comentario algo más detallado. El Campo de Gibraltar, aunque dependía teóricamente de la Capitanía General de Cádiz, constituía ya al menos desde 1806 una Comandancia militar (denominada también del Campo de Algeciras) con cierta autonomía respecto a aquella y que comprendía aproximadamente un cuarto de lo que años más tarde sería la provincia de Cádiz⁵³¹. Esta peculiar formación institucional, de difícil encaje entre las estructuras civiles y militares de la zona, había surgido, además de por los factores locales que ya comentamos, como resultado de un siglo de intentos de reocupación del Peñón por parte de los Ejércitos Reales, los cuales, aunque fracasados, dejaron como herencia la presencia de un destacamento permanente en esa zona contigua al enclave británico. Por ello, el Campo de Gibraltar durante el periodo isabelino fue una zona de relaciones fronterizas hispano-británicas, cuyos efectivos militares, incluidos los sanitarios, tuvieron un carácter predominantemente “de campaña”, aunque ya no intentaran de nuevo la reocupación del Peñón, sino frenar en lo posible el avance británico.

Gibraltar suponía ante todo una injerencia directa en el entramado de fronteras sanitaristas militares de la península, injerencia que no hizo sino aumentar durante el reinado de Isabel II. Esta injerencia consistió no sólo en su mera existencia sino también en que favoreció la persistencia de fenómenos como el bandolerismo y el contrabando en

⁵³¹ En 1806, el general Castaños, futuro héroe de la batalla de Bailén, era Comandante General del Campo. CORDERO TORRES (1960), p. 350. Según Puell de la Villa, la Comandancia General del Campo de Gibraltar existía ya en el siglo XVIII. PUELL DE LA VILLA (2000a), p. 266.

Andalucía y Granada. A lo primero contribuyó a través del tráfico de armas durante la Guerra de la Independencia y en las décadas posteriores. A lo segundo, contribuyó como fuente principal de diversos productos y mercancías (textiles, tabaco) introducidos ilegalmente en España por el creciente número de personas que se desplazaban diariamente al Peñón para trabajar o específicamente con ese fin (jaramperos, recaderos, matuteros)⁵³². Desde el Campo de Gibraltar, el contrabando seguía su camino por varias rutas hacia Granada y Andalucía. Por último, el Peñón, como se comentará más adelante, actuó como avanzadilla de la injerencia británica en Marruecos y como freno de las iniciativas expansionistas españolas en aquel país desplegadas desde Ceuta o desde los presidios menores.

El Campo de Gibraltar fue la expresión más intensa de la existencia de un componente “de campaña” en el entramado de fronteras sanitarias militares del Imperio español y contribuyó por ello de forma destacada al establecimiento del modelo sanitario paralelo. Este modelo adquirió cierta entidad en circunstancias excepcionales como la Guerra de África. La concentración en 1859 en la zona de la bahía de Algeciras del grueso del ejército expedicionario en dirección a Marruecos (aunque también se valoraba la posibilidad de atacar Gibraltar) previamente a su traslado a Ceuta, motivó el nombramiento “a toda prisa [de] ayudantes y auxiliares médicos del Cuerpo de Sanidad militar destinados al campo de Gibraltar”, fundamentalmente a causa del avance de la epidemia colérica⁵³³. Las necesidades sanitarias de campaña obligaron a ampliar el hospital militar existente en Algeciras y a montar varios provisionales en San Roque y Los Barrios⁵³⁴. Un médico barcelonés, José Esteve, estableció un hospital civil a partir de donativos voluntarios de la provincia de Barcelona⁵³⁵. En todos ellos, se atendía a “los militares enfermos del cólera [...] mezclados con los demás civiles, enfermos o no del brote colérico [...]” de la zona del Campo y a una parte de los enfermos y heridos al otro lado del Estrecho que podían “soportar” el traslado⁵³⁶. Toda esta organización sanitaria, junto con la de los enclaves del norte de Marruecos y la que se estableció en el territorio ocupado a este país dependía del

⁵³² GONZÁLEZ PULIDO (2002); CORDERO TORRES (1960), p. 359.

⁵³³ SERRALLONGA URQUIDI (1998a), p. 245.

⁵³⁴ MASSONS (1994), II, p. 220.

⁵³⁵ *Ibid.*, p. 223. SERRALLONGA URQUIDI (1998a), p. 247.

⁵³⁶ *Ibid.*, pp. 246-247.

Jefe de Sanidad del Ejército de Operaciones, León Anel Sin y a través de él directamente del General en Jefe de dicho ejército, Leopoldo O'Donnell, a la sazón además jefe del Gobierno español y Ministro de la Guerra. Como se puede ver, la expansión en Marruecos favorecía el desarrollo del modelo sanitarista “de campaña” tanto en términos absolutos como por su capacidad para unir varios de sus elementos, en este caso los del Campo de Gibraltar y los enclaves africanos.

No sólo estas circunstancias excepcionales favorecieron dicho desarrollo. También lo hizo la persistencia de fenómenos de bandolerismo y contrabando que reflejaban la falta de control sobre cierto sector de población y ciertas áreas territoriales en Andalucía y en Granada y que obligó a la actuación del Ejército, por sí mismo o ayudado por la Guardia Civil. En definitiva, se podría decir que el entramado de fronteras y demarcaciones sanitarias militares no estaba del todo implantado en Andalucía y Granada, donde era susceptible de hacerlo de forma semejante al norte de Marruecos. De alguna forma la competencia entre la Sanidad militar española y la británica tenía lugar en ambas zonas y no sólo en la segunda.

Una tercera influencia que habría de ser cada vez más relevante en el curso del siglo XIX fue la de los Estados Unidos. Durante el periodo isabelino, se hizo notar sobre todo en las fronteras sanitarias militares de Cuba, como parte de un proceso más general de expansionismo norteamericano en el Caribe y en Latinoamérica⁵³⁷. El apoyo directo (mediante iniciativas de particulares) o indirecto (mediante la acogida de exiliados criollos y la tolerancia de sus iniciativas) a las incursiones navales en Cuba fue fundamental para que los insurrectos llegaran a establecer una Sanidad militar alternativa a la oficial, sobre todo en la Guerra de los Diez Años. Por otra parte, la creciente dependencia económica de Cuba respecto al mercado norteamericano se tradujo en la progresiva identificación de la “sacarocracia” criolla con los intereses de aquel país. Este hecho tuvo como consecuencia tanto la no participación de este sector en la Sanidad militar de la isla, como su demanda de

⁵³⁷ El gobierno de Estados Unidos había obtenido desde 1825 “la promesa [del Gobierno español] de que Cuba no pasaría a ningún otro poder europeo”. En esta situación, “Inglaterra veía con gran preocupación el movimiento anexionista cubano, por cuanto el dominio de Cuba por Estados Unidos podía romper su hegemonía en el Caribe”. MORENO FRAGINALS (2002), pp. 202-205.

anexión a los Estados Unidos, que habría supuesto una ampliación de las fronteras sanitarias militares de este imperio. En definitiva, la “fisura” cubana estuvo en buena medida (no exclusivamente) condicionada por la actuación de Estados Unidos. La creciente influencia estadounidense también comenzó a hacerse notar en Filipinas, aunque mucho más discretamente.

Para terminar, hay que tener en cuenta que la relación existente entre Sanidad militar, Sanidad naval, Sanidad interior y Sanidad marítima también ha de explicarse desde el marco imperial. Parece evidente, por ejemplo, que dado el carácter peninsular de España y la insularidad de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, la mayor parte de los entramados sanitarios de las Fuerzas Armadas debían haber sido navales. Sin embargo, el personal, el presupuesto y los medios materiales de la Sanidad naval fueron demasiado escasos tanto en la península como en Ultramar. La Sanidad naval, como quedó patente a pequeña escala en las diversas campañas de los años 50 y 60 en las que tomó parte, limitó su papel, en la medida de sus modestas posibilidades, a la operación de transporte de soldados sanos y de retirada de enfermos, sin que sus actividades se extendieran suficientemente a los puntos de origen y llegada. El resto de funciones tuvieron que ser desempeñadas por la Sanidad militar. En general, la situación en el Imperio fue semejante a lo que ya comentamos para cada uno de los ámbitos peninsular y ultramarino, con el resultado de un predominio de la Sanidad militar y de la marítima a costa de la naval y la interior.

La grave epidemia de fiebre amarilla que durante la guerra de los Diez Años (1868-78) afectó a Cuba y a la península constituyó el ejemplo más claro de la compensación que la Sanidad militar tuvo que hacer de las deficiencias de la naval. Ésta debería haber contribuido a reducir la morbi-mortalidad por fiebre amarilla en Cuba mediante la habilitación de barcos-hospital para proteger a la población civil de la extensión de la enfermedad y mejorar el estado de los soldados enfermos; mediante la puesta en marcha de infraestructuras de aclimatación para disminuir la incidencia de la enfermedad en los recién llegados; y mediante la atención a los soldados enfermos en sus hospitales y enfermerías para descongestionar a la Sanidad militar. En el trayecto, mediante barcos bien provistos de material y personal sanitario para evitar la aparición de la enfermedad a la ida y mediante

barcos-hospital para controlar a los enfermos a la vuelta. En la península, mediante barcos-hospital para evitar el desembarco de todos los enfermos repatriados y proteger así a la población civil y mediante hospitales y enfermerías donde atender a parte de los que bajaban a tierra.

Muy pocas de estas medidas fueron tomadas, las únicas quizás la precaución de evitar los viajes a Cuba en ciertos meses del año por razones de clima y cierta contribución a la asistencia de enfermos en los hospitales de Marina peninsulares⁵³⁸. En la práctica, la Sanidad militar tuvo que ocuparse de la mayoría de las medidas adoptadas en los puntos de llegada y salida. La falta de recursos hizo que en La Habana, por ejemplo, se pasara de una mortalidad de 14'91 por 10.000 (290 fallecidos) en 1868 a un pico de 81'29 (1.619 fallecidos) en 1878 con gran afectación de la población civil⁵³⁹. Tan frecuente era la fiebre amarilla que no era considerada como enfermedad epidémica como, por ejemplo, el cólera a efectos de las pensiones de jubilación. No se habilitaron barcos-hospital a pesar de experiencias previas positivas⁵⁴⁰. Las medidas de aclimatación ensayadas por la Sanidad militar durante algún tiempo en ciertos puntos de la isla, en Puerto Rico y en Canarias fueron desestimadas por el gran número de soldados que había que movilizar y por las urgencias de la guerra⁵⁴¹. En la península, la Sanidad militar se hizo cargo de la mayor parte de los enfermos, lo que le obligó a un tremendo esfuerzo de adaptación de su estructura hospitalaria, concentrando recursos en algunos puntos como Cádiz, Santander y La Coruña que, junto con Barcelona, tuvieron que acoger a la mayoría de los enfermos y heridos procedentes de la isla. El elevado número de enfermos, unido a las deficiencias organizativas, materiales y humanas, provocó que las cifras de mortalidad se dispararan y

⁵³⁸ MASSONS (1994), II, pp. 157-158.

⁵³⁹ La mortalidad por la otra enfermedad infecciosa "reina", el paludismo, en el mismo periodo osciló entre un 13 y un 22 por 10.000. *Ibid.*, p. 165.

⁵⁴⁰ Massons cita un artículo publicado por el médico militar Gregorio Andrés y Espala en el que éste afirma que en la campaña de Santo Domingo, el empleo de un barco-hospital permitió la mejoría de soldados enfermos de disentería. *Ibid.*, p. 157.

⁵⁴¹ Según Massons, durante los años 40 se consideraron varios puntos en Cuba donde establecer instalaciones de aclimatación e incluso se llegó a establecer un "hospital de aclimatación" en la localidad de San Antonio Abad que funcionaba en 1845, aunque pronto se suprimió. *Ibidem.* En 1857, el médico militar Josep Vilardebó estableció un "depósito de aclimatación" en la isla de Pinos que tampoco se consolidó. CALBET I CAMARASA, CORBELLA I CORBELLA (1981-1983), III, p. 167. En el caso de Canarias, Massons cita un artículo del médico militar Ramón Herández Poggio publicado en 1867 en el que se describe la medida de hacer pasar a los soldados varias semanas en las islas Afortunadas antes de enviarlos a Cuba. MASSONS (1994), II, pp. 157-158.

que la enfermedad se extendiera a la población civil, dando lugar a la aparición de dos brotes de fiebre amarilla, en Barcelona en 1870 y en Madrid en 1878, que fueron los últimos registrados en España y en Europa⁵⁴².

Respecto a los trayectos de ida y vuelta, la Sanidad naval no pudo aspirar a controlarlos significativamente, dado que el volumen de desplazamientos de tropas y heridos y enfermos que hubo que llevar a cabo estaba muy por encima de sus posibilidades y, además, porque durante los primeros años de la guerra cubana sus recursos se concentraron preferentemente en la Tercera Guerra Carlista que afectaba por entonces a la península. Como sustituto se emplearon vapores de la Compañía Transatlántica del Marqués de Comillas, cuyas relaciones con la clase política le habían procurado el monopolio de los contratos de transporte del Ejército desde la década de los 60⁵⁴³. Por ello, los trayectos de ida y vuelta se hicieron en precarias condiciones en barcos no acondicionados, lo que provocaba que un porcentaje excesivo de soldados enfermaran antes de llegar a Cuba o fallecieran antes de regresar a España. La asistencia a bordo corrió a cargo de los propios médicos militares que acompañaban a los soldados.

Lo que se ha expuesto en relación con la fiebre amarilla podría aplicarse a otras enfermedades que afectaron severamente al Ejército durante la citada guerra, como el paludismo y la disentería. La prueba más clara de lo beneficioso que habría sido el protagonismo de la Sanidad naval en la guerra es que las tripulaciones de los buques sólo tuvieron una morbi-mortalidad por enfermedad del 9'39% frente al 46'06% que existió en el Ejército. El historiador Pedro Pascual atribuye esta diferencia a favor de la Marina a "la diferencia de su servicio, la mayor frecuencia en su alimentación y la más inmediata aplicación de los medios curativos". Esta interpretación no es incompatible con nuestra opinión de que, por todos los motivos que hemos expuesto, la clave más básica o general habría sido que la Sanidad naval hubiera llevado el mayor peso de la atención sanitaria en la campaña. Sin embargo, la Sanidad naval sólo tuvo que hacerse cargo de un total de 18.718 hombres a lo largo del conflicto, los tripulantes a bordo de las embarcaciones de la Armada, mientras que la Sanidad militar debió hacerse cargo de un total de 174.948

⁵⁴² ACKERKNECHT (1963), p. 49. MASSONS (1994), III, p. 443; II, p. 167.

hombres y no sólo en los diferentes escenarios de campaña sino también en los hospitales militares de las ciudades en Cuba, en los barcos civiles y en los hospitales militares de la península⁵⁴⁴.

⁵⁴³ HERNÁNDEZ SANDOICA (2000), pp. 687-689; RODRIGO Y ALHARILLA (2002), pp. 133-166.

⁵⁴⁴ PASCUAL (2000), pp. 62-65.

**V. EL *PROCESO DE SANITARIZACIÓN* EN EL IMPERIO MARROQUÍ
DURANTE LAS DÉCADAS CENTRALES DEL SIGLO XIX Y SU REPERCUSIÓN
EN LOS LÍMITES SANITARISTAS MILITARES ESPAÑOLES**

En el análisis del entramado de límites sanitarios militares del Imperio español, y de su relación con otros entramados (naval, interior, marítimo), que hemos llevado a cabo en el capítulo anterior adoptando la perspectiva teórica del *proceso de sanitización*, se ha evitado deliberadamente hacer cualquier referencia a un límite que fue adquiriendo progresiva importancia durante el siglo XIX: el límite hispano-marroquí. Precisamente por su importancia crucial para entender la evolución de la Sanidad militar española (de la sanidad española en general), por sus características particulares respecto a lo que hemos presentado hasta ahora y por constituir un objetivo fundamental de la investigación planteada en esta memoria de doctorado, creemos necesario analizarlo de forma separada antes de valorarlo en su interacción con la sanidad española.

Para ello, lo primero que vamos a tratar de mostrar es que, en las décadas centrales del siglo XIX, el Imperio de Marruecos (denominado asimismo Imperio xerifiano) también experimentó cambios en su entramado de límites de salud pública militares y civiles, los cuales pueden interpretarse desde la perspectiva del *proceso de sanitización*⁵⁴⁵. Lo haremos brevemente y asumiendo nuestras limitaciones, puesto que no disponemos de fuentes de archivo o bibliográficas directas sobre la Sanidad militar y civil de aquel país en este periodo sino únicamente de bibliografía secundaria en la que las referencias a temas médico-sanitarios no siempre son claras y tampoco numerosas. Posteriormente, en el segundo punto de este quinto capítulo, analizaremos las características del límite sanitario militar hispano-marroquí durante el periodo isabelino y consideraremos la Sanidad militar española de la época incluyendo ya la repercusión de dicho límite en su conjunto.

⁵⁴⁵ La consideración de Marruecos como imperio no sólo está justificada por la perspectiva teórica que empleamos en esta memoria de doctorado. Hasta la constitución de los protectorados francés y español en 1912, el país se designó a sí mismo y recibió en el ámbito internacional la denominación de Imperio de Marruecos o Imperio xerifiano. Es cierto que la expansión en el África sahariana y subsahariana había disminuido incesantemente desde la época del Sultán saadí Ahmed El-Mansour a finales del siglo XVI. LUGAN (2000), pp. 149-182. Pero, como señala Morales Lezcano, Marruecos figuró “en el escenario de las potencias del Antiguo Régimen europeo como un actor internacional soberano y legítimo, en contra del cual subsisten, sin embargo, las consabidas reticencias residuales de la secular hostilidad cristiano-musulmana. Estas reticencias no obstaron para que se le tuviera en cuenta diplomáticamente, aunque se le intentara contener con un dique de fortalezas discontinuas a lo largo de la costa norteafricana” MORALES LEZCANO (2000), p. 82. A mediados del siglo XIX, el territorio marroquí todavía se extendía más allá de sus límites actuales, en el este y sudeste hacia el interior de lo que hoy es Argelia y en el sur, más allá del Uad Draa hasta Mauritania, si bien el Sultán tuvo cada vez más problemas para afirmar su autoridad en zonas como el Rif o Saquia al-Hamra. En definitiva, sólo el creciente intervencionismo europeo frenó las ambiciones del Imperio marroquí y dio a éste un carácter más teórico que real hasta su ocupación en el primer tercio del siglo XX.

5.1. El *proceso de sanitarización* en el Imperio marroquí en las décadas centrales del siglo XIX.

5.1.1. La sanidad en el Imperio marroquí durante los reinados de Muley Abderrahman (1822-1859) y Sidi Mohammed IV (1859-1873).

Como acabamos de señalar, disponemos de muy pocos datos directos acerca del entramado de límites de salud pública militares marroquí y de su relación con otros entramados sanitarios (naval, civil) durante los reinados de los sultanes Muley Abderrahman (1822-1859) y Sidi Mohammed IV (1859-1873). Tanto es así que no resulta posible analizar la Sanidad militar del país vecino sino asumiendo la provisionalidad de nuestras afirmaciones, aunque, por contraste, sí se pueden inferir algunos hechos con mayor fiabilidad sobre la configuración de la Sanidad naval, la Sanidad marítima y la Sanidad interior. A partir de esta base, susceptible de ampliación en futuras investigaciones, creemos que se puede elaborar, no obstante, un primer esquema que nos permita considerar la posible aplicación de la perspectiva teórica del *proceso de sanitarización* al caso de Marruecos durante las décadas centrales del siglo XIX.

5.1.1.1. Evolución de la salud pública naval.

Marruecos, a pesar de su extenso litoral y de su tradición corsaria, había quedado prácticamente sin Armada desde comienzos del siglo XIX, con excepción de algunos navíos con base en los puertos de Tánger, Larache, Rabat o Mogador (hoy Essaouira). Esta precariedad quedó patente en diversos incidentes. Por ejemplo, cuando Francia ocupó Argel en julio de 1830, una *mhalla* (expedición armada) marroquí fue enviada a la ciudad de Tremecén, en la zona oriental de Argelia, con la intención de ocupar la ciudad. Como respuesta, los franceses enviaron en enero de 1832 un navío de su Armada a Tánger y amenazaron con bombardear la ciudad, lo que provocó la inmediata negociación del Sultán y la retirada de sus fuerzas militares de territorio argelino⁵⁴⁶.

⁵⁴⁶ PENNELL (2000), p. 43.

Algunos años más tarde, en 1841, tres navíos marroquíes fueron emplazados por el Sultán para reprimir el contrabando en la costa mediterránea del país y, al poco tiempo, apresaron un barco español. El hecho causó tal protesta diplomática que “la actividad naval fue abandonada a partir de entonces”. Durante la guerra franco-marroquí de 1844, buques franceses bombardearon Tánger y Mogador. En adelante, la “política de los cañoneros” fue empleada por diversos países europeos para imponer a Marruecos todo tipo de medidas favorables a sus intereses, aunque fue la “protección” dispensada por la poderosa Armada británica la que consiguió mayores resultados⁵⁴⁷. Estos hechos no impidieron que en la costa mediterránea marroquí los ataques contra barcos europeos por parte de los rifeños se prolongaran hasta finales del siglo XIX. No obstante, dichos ataques se basaron fundamentalmente en aprovechar la proximidad de los navíos a la costa, lo que daba opción a que las pequeñas embarcaciones de los Guelaya o los Bocoya pudieran abordarlos⁵⁴⁸. Por tanto, este hecho no reflejó propiamente un desarrollo naval y menos uno inducido directamente por el Sultán y las autoridades marroquíes. Consecuentemente con todos estos hechos, parece posible afirmar que no existían en principio dispositivos específicos de Sanidad naval o en todo caso debieron ser extremadamente modestos.

5.1.1.2. Evolución de la salud pública civil interior.

La situación de la Sanidad civil en este periodo fue bastante más compleja. En principio, la interior se encontraba poco desarrollada en comparación con la beneficencia y el ejercicio privado de la medicina. En cuanto a la beneficencia, en las principales ciudades del país (Fez, Marrakesh, Mequinez, Tánger, Mogador, Rabat, Salé, Tetuán y otras) existían establecimientos hospitalarios (*maristan* o *bimaristan*, maristanes o bimaristanes en castellano). Se trataba en general de instituciones de larga trayectoria histórica que habían sido fundadas por decisión directa de los sultanes, especialmente en la época merinida y saadiana. En Marruecos tenía mucho prestigio por ejemplo el de Sidi Frej, en Fez, construido en 1286. Esto no obsta para que hubiera alguno más reciente, como el de Sidi Ahmed ibn Achir en Salé, que había sido creado por Muley Ismail en 1733 y fue reformado en este periodo por Muley Abderrahman, quien “añadió una treintena de

⁵⁴⁷ *Ibid.*, pp. 45-46.

habitaciones [al maristan] alrededor del santuario [de Sidi Ahmed ibn Achir en Salé] para servir de asilo a los alienados, a los nerviosos, a los deprimidos y dio la orden en 1831 de que el agua fuera llevada hasta el morabito”⁵⁴⁹. Los maristanes actuaban como hospicios o asilos para enfermos pobres y dementes y su financiación dependía de los bienes *habbu-s* (bienes “manos muertas” que incluían propiedades y terrenos) que tenían las mezquitas (*djema-s*) y santuarios, así como de las limosnas y donaciones de particulares, aunque, como se ha señalado, también podían beneficiarse de iniciativas del Sultán⁵⁵⁰.

Por su parte, en las zonas rurales había instituciones que también se ocupaban del cuidado y alojamiento de enfermos con pocos recursos. Unas eran las *zaouia-s*, sedes de las *tariqa-s* o cofradías. Las *zaouia-s* eran instituciones con funciones religiosas (retiro espiritual, enseñanza de la *shari’a*), políticas (bajo la dirección de un *sheik* o jeque constituían junto a los *caïd-s* o gobernadores los dos núcleos de autoridad a nivel periférico) e incluso militares (en algunos casos contaron con sus propias unidades armadas). El número de cofradías dispersas por territorio marroquí era muy elevado y el poder de algunas de ellas llegó a ser grande, como sucedió con la *Nasiriya* de Tamegrout en el valle del Draa (extremo sur del país), la *Tijaniyya* de Fez, la *Wazzaniyya* de Ouezzanne (sur de Yebala), la *Darqawiyya*, en la falda sur del Rif o la *Sharqawiyya* de Boujad, cerca de Tadla en el Medio Atlas⁵⁵¹. La financiación de las *zaouia-s* se derivaba de una mezcla de exenciones fiscales, de donaciones de particulares y de la progresiva acumulación de bienes y tierras (no sólo *habbu-s*), que dio lugar en muchos casos a su conversión “de hecho en grandes terratenientes” a lo largo del siglo XIX y por ello a alcanzar una posición relevante en la economía del país⁵⁵².

⁵⁴⁸ BENJELLOUN (1994), pp. 156-159.

⁵⁴⁹ MOUSSAOUI, BATTAS, CHAKIB (1995), p. 70.

⁵⁵⁰ Algunos trabajos sobre la historia de estas instituciones en Marruecos son, BELKAMEL, RAOUYANE (1995), pp. 47-50; AKHMISSE (1995), pp. 59-62; MOUSSAOUI, BATTAS, CHAKIB (1995), pp. 70-71. Para una breve perspectiva sobre su estado a principios del siglo XX, ver RAYNAUD (1902), pp. 54-55.

⁵⁵¹ PENNELL (2000), p. 10.

⁵⁵² BOUASLA (1990), p. 119; JOFFÉ (1991), p. 89; EL-MANSOUR (1991), pp. 79-80. La gestión administrativa y económica de las *zaouia-s* dependía en última instancia de los *cheikh-s*, pero estos delegaban su autoridad en los *muqqadam-s* o mokedams, encargados de supervisar las distintas propiedades y recoger sus rentas.

Dentro de sus cada vez más complejas y diversas actividades, las *zaouia*-s siguieron constituyendo “un refugio para los necesitados y desposeídos y un dispensador de servicios sociales que abarcaban desde el suministro de comida hasta el arbitraje de conflictos”⁵⁵³. Como ya hemos dicho, entre ellos se incluía el de “prestar hospitalidad y asilo a los necesitados” en sus locales (llamados *Dar Dmana*, casas de caridad)⁵⁵⁴. Las otras instituciones que desempeñaban esta función eran los morabitos o santuarios de los *chorfa* (en castellano, santos, santones o morabos). Los morabitos también estaban ampliamente repartidos por todo el país y constituían centros de peregrinación religiosa en los cuales existían a menudo alojamientos para los enfermos que acudían a implorar la curación de sus dolencias. Los morabitos también cubrían sus gastos a través de limosnas, donaciones y rentas de bienes *habbu*-s⁵⁵⁵.

La administración majzeniana (del *Makhzen*, en castellano Majzén, gobierno marroquí) ejerció cierto control sobre estas instituciones y, por tanto, sobre las actividades benéficas. Por ejemplo, el Sultán podía reformar los maristanes o favorecer el desarrollo de una *zaouia* o un morabito a través de la concesión de privilegios en forma de exenciones fiscales y derechos de propiedad. En definitiva, los *cheikh*-s constituyeron, según Abdallah Laroui, “resortes de la autoridad majzeniana a pesar de una aparente independencia”, aunque en la práctica estas “autoridades intermedias” (o periféricas) mantuvieran cierta autonomía respecto al control central. Por ejemplo, no se podían emplear para fines generales los recursos económicos derivados de los bienes *habbu*-s.

Es importante señalar que este control majzeniano sobre las instituciones benéficas y sus responsables contribuyó a que no tuvieran un carácter exclusivamente religioso, sino también civil. Algo parecido sucedió también con la beneficencia no musulmana que estaba presente en Marruecos. A mediados del siglo XVII, el Sultán había dado autorización por primera vez a franciscanos y trinitarios españoles para establecer hospicios y asilos destinados tanto a la acogida y cuidado de cautivos cristianos, como de enfermos pobres del

⁵⁵³ *Ibid.*, p. 81.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 70; AMSTER (2003), p. 153.

⁵⁵⁵ LAROUÏ (1993), p. 53; MUNSON (1991), p. 63.

país⁵⁵⁶. A partir de un cierto momento fueron los franciscanos, exclusivamente, los que mantuvieron en funcionamiento diversos establecimientos benéficos en ciudades como Tánger, Safi, Larache y Mogador. Dichos establecimientos contaron en ocasiones con algún cirujano, pero, en general, estuvieron exclusivamente atendidos por los frailes franciscanos, que tradicionalmente solían recibir cierta formación en cuidados y asistencia como medio para facilitar su labor evangelizadora⁵⁵⁷. Además, desde mediados del siglo XIX comenzaron a establecerse también en ciertas ciudades de Marruecos misiones protestantes inglesas y norteamericanas (la primera, norteamericana, en Mogador en 1844), cuyos miembros prestaron asilo y cuidados a la población local de forma gratuita⁵⁵⁸. En todos los casos, el control del Majzén sobre estas instituciones y actividades fue estrecho y tuvo como objetivo restringir la actuación religiosa a favor de la atención a enfermos.

Además de recurrir a los establecimientos benéficos, la población utilizaba los servicios particulares de diversos tipos de “sanadores” o personas especializadas en asuntos de enfermedad y salud. Un primer grupo de ellos, continuador de la medicina árabe clásica, comprendía, por un lado, a los *tobba* (singular, *tbib*; médicos), formados en las escuelas (*madrassas*, *madradas* en castellano) de las mezquitas sobre la base de las obras de Ibn Sina (en castellano, Avicena), Ibn Rashid (Averroes), Al Razi (Rhazes) y otros autores árabes medievales. La universidad *Qarawiyyin* constituía en este campo, como en otros, un centro de referencia por sus profesores y su biblioteca⁵⁵⁹. Por otro lado, estaban los empíricos o prácticos que dominaban la terapéutica con plantas y hierbas (*attar* y *assab*; herboristas), las sangrías y la circuncisión (*hijam*; sangradores o barberos-cirujanos), las cauterizaciones y escarificaciones (*kuwway*; cauterizadores) y diversos procedimientos quirúrgicos menores como la reducción de fracturas y luxaciones (*jabbar*), el drenaje de abscesos, el tratamiento

⁵⁵⁶ RAYNAUD (1902), p. 57; AMSTER (2003), p. 21.

⁵⁵⁷ RAYNAUD (1902), pp. 56-57; LAREDO (1994), pp. 128-129.

⁵⁵⁸ RAYNAUD (1902), p. 57; PAUL (1977), pp. 4-5; AMSTER (2003), pp. 21-22. Se toleraba la presencia de los misioneros protestantes y los auxilios que prestaban a la población local, siempre que no trataran de hacer proselitismo. Lo mismo puede afirmarse para las órdenes religiosas cristianas.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 65. Según Moussaoui, en la *Qarawiyyin* se mantuvo la enseñanza médica hasta finales del siglo XIX. MOUSSAOUI (1995), 34.

de hernias, el de afecciones oculares y las extracciones dentarias (*mul ssnan*; sacamuelas)⁵⁶⁰.

Entre estos podrían incluirse también las *kabblatz* o *qabla-s* (matronas o *sages femmes*), mujeres con conocimientos empíricos sobre el parto y el puerperio, aunque no solían dedicarse en exclusiva a esta ocupación ni la consideraban como un oficio⁵⁶¹. Por otra parte, eran las encargadas de realizar rituales de fecundidad, de esterilidad, de enterramiento de la placenta, de asignación de nombre al recién nacido o de fin de la “cuarentena” postparto de la mujer que tenían fuertes connotaciones mágicas o supersticiosas no relacionadas con las creencias religiosas islámicas y más allá de los procedimientos empíricos propiamente dichos⁵⁶². Todo ello les colocaba en una posición especial.

A un segundo grupo pertenecían aquellos sanadores que utilizaban procedimientos mágico-religiosos aceptados dentro del marco de la religión islámica como parte de la denominada “medicina del Profeta”⁵⁶³. En él se incluían los *chorfa* (singular, *cherif*; en castellano, morabos o santones), a los que ya hicimos referencia. Su capacidad de actuación sobre las enfermedades se basaba en la *baraka*, poder sobrenatural con carácter de bendición o protección que se les atribuía hereditariamente por su condición de descendientes reales o supuestos del Profeta⁵⁶⁴. Los procedimientos curativos usualmente empleados por los *chorfa* eran la imposición de manos, la realización de rituales o ceremonias o la elaboración de amuletos (aunque también podían realizar tratamientos con

⁵⁶⁰ CLAISSE DAUCHY (1996), pp. 63-73; AKHMISSE (1985), pp. 78-102; GREENWOOD (1992), pp. 288-295; AMSTER (2003), pp. 53-124. Sobre los distintos tipos de medicina existentes en Marruecos en los siglos XIX y XX y en la actualidad, así como sobre los respectivos sanadores, ver AKHMISSE (1985); GREENWOOD (1992); MOUSSAOUI, ROUX-DESSARPS (1995); DITTMAR (1995); CLAISSE DAUCHY (1996); RAYNAUD (1902).

⁵⁶¹ AMSTER (2003), pp. 69-74.

⁵⁶² AKHMISSE (1985), pp. 95-102; CLAISSE-DAUCHY (1996), pp. 79-86.

⁵⁶³ Greenwood afirma que dentro de la “medicina musulmana” se pueden distinguir dos componentes fundamentales. Por una parte, la “medicina humoral” secular y empírica de ascendiente galénico y basada en una concepción natural de la enfermedad y la salud. Por otra parte, la “medicina del Profeta”, de carácter mágico-religioso, legitimada por enseñanzas contenidas en el Corán y en los *Hadith* (recopilación de dichos sobre la vida del Profeta Mohammed). En su opinión, la “medicina musulmana” es una mezcla de ambos componentes y constituye, aún en la actualidad, el grueso de las creencias y prácticas relativas a la salud y la enfermedad de la mayoría de los marroquíes. GREENWOOD (1992), pp. 286-287.

⁵⁶⁴ CLAISSE-DAUCHY (1996), pp. 60-61; GREENWOOD (1992), p. 287.

plantas), todos ellos a menudo en el contexto de peregrinaciones o visitas (*ziaras*) realizadas por los enfermos o sus familiares a los santuarios donde residían. Había romerías anuales a santuarios como el de Muley Yaqub, cerca de Fez, el de Sidi Ahmed ibn Achir, cerca de Salé, el de Lalla Aicha, cerca de Tánger y otros muchos, en las que los peregrinos enfermos buscaban obtener la curación. Los *chorfa* solían estar “especializados” en algún tipo concreto de dolencias⁵⁶⁵.

También pertenecían a este grupo los *foqqah* (singular, *fqih*; en castellano, faquíes o alfaquíes), maestros de la ley coránica, a quienes se acudía para pedir consejos sobre religión y sobre asuntos cotidianos (familia, trabajo, etc.) o para resolver pequeños conflictos de ámbito local. Los *foqqah* actuaban también en casos de enfermedad física o mental a través de la elaboración de *hjab-s* o *kreb-s*, pequeñas bolsitas de piel que contenían un trozo de papel o de piel o una hoja de planta con palabras o frases del Corán, números o símbolos cabalísticos a modo de amuletos. La curación que procuraban estos escritos residía en la *baraka* que poseía la palabra de *Allah*, contenida en el Corán. Los *hjab-s* debían estar en contacto con la piel del enfermo y, por ello, se llevaban normalmente colgados al cuello⁵⁶⁶.

Finalmente, a un tercer grupo pertenecían los sanadores que basaban sus prácticas en creencias mágicas o supersticiosas pre-islámicas, cuyo elemento principal eran los espíritus (*djnnun*; singular, *djinn*). Los *djnnun* son concebidos como espíritus sobrenaturales que viven en torno a los seres humanos y que, en caso de ser ofendidos, reaccionan en proporción a la ofensa asustando (*madrub*), habitando (*maskun*) o poseyendo (*mamluk*) a una persona. En el primer caso, sólo provocan síntomas leves; en el segundo, pueden causar

⁵⁶⁵ Por ejemplo, al santuario de Sidi Ahmed ibn Achir solían acudir enfermos mentales, para los cuales había estancias donde podían permanecer meses o años, y al de Lalla Aicha, mujeres con sus niños enfermos. El santuario de Muley Yacoub todavía es famoso en la actualidad por sus aguas termales y allí acudían enfermos reumáticos, sifilíticos, degenerativos o, en el caso de las mujeres, con afecciones ginecológicas. El médico francés Louis Raynaud afirmaba que a principios del siglo XX existían en el Atlas dos *chorfa*, Mouley Ibrahim y Hadj bel Ouzzouq, que atendían a enfermos de rabia y mujeres estériles respectivamente. AKHMISSE (1995), pp. 63-64; BOUSSAGOL (1995), pp. 87-89; RAYNAUD (1902), p. 123. Más datos sobre santuarios y enfermedades asociadas a ellos en AKHMISSE (1985), pp. 29-37.

⁵⁶⁶ CLAISSE-DAUCHY (1996), pp. 76-78; AKHMISSE (1985), pp. 41-46; GREENWOOD (1992), p. 287. Un estudio específico sobre los amuletos empleados en Marruecos y, entre ellos, los elaborados por los *foqqah*, lo constituye la monografía del antropólogo Julio Cola Alberich, *Amuletos y Tatuajes marroquíes*, realizada durante el periodo del Protectorado. COLA ALBERICH (1949).

la pérdida o la deficiencia de alguna función; en el tercero, el enfermo sufre depresión, locura o epilepsia⁵⁶⁷. Otra creencia mágica o supersticiosa era el mal de ojo (*el ain ben adam*). En conjunto, todas ellas daban lugar de forma general a costumbres destinadas a evitar las ofensas a los espíritus o el mal de ojo, pero también a ciertos procedimientos específicos destinados a contrarrestar sus efectos (elaboración de ensalmos o talismanes, exorcismos), de los cuales se ocupaban brujos (*sshar*), los propios *foqqah* y *chorfa* o videntes-terapeutas (*ssuwafa* y *talla'a*)⁵⁶⁸.

Más que las bases doctrinales o las prácticas de los distintos sanadores, lo que nos interesa saber es cuáles de ellos y hasta qué punto podrían haber formado parte de un sistema de atención regulado y controlado por las autoridades marroquíes, es decir, de una Sanidad civil. En este sentido, es el primer grupo el que nos interesa. Los *tobba*, por ejemplo, necesitaban obtener un diploma o certificado (*idjaza*) para poder ejercer, el cual era expedido por un grupo de personas socialmente representativas que incluía a *cadi*-s y *cheikh*-s⁵⁶⁹. De esta forma, la administración majzeniana, a través de sus representantes locales, podía asegurar la existencia de un cierto número de médicos y también que cumplieran unos requisitos de formación, que pudieran cubrir las necesidades de la población urbana y de los territorios de las *zaouia*-s y que garantizaran un cierto nivel a los distintos establecimientos benéficos urbanos y rurales que solicitaran sus servicios.

En este sentido, según Ellen Amster, los médicos prestigiosos eran a menudo los “directores” de maristanes como el de Sidi Frej en Fez y “pudieron haber formado a estudiantes en estos hospitales”⁵⁷⁰. Creemos que la capacidad ejecutiva de los médicos y la formación hospitalaria en instituciones públicas no debieron ser tan reales como sugiere Amster (tampoco lo eran en España o Francia, como vimos al analizar la Sanidad militar),

⁵⁶⁷ *Ibid.*, pp. 42-50; GREENWOOD (1992), pp. 288-289. Claisse-Dauchy y Greenwood no coinciden en los términos marroquíes que designan las acciones de los espíritus sobre las personas. El primero habla de *madrub*, *maskun* y *maluk*, mientras que el segundo lo hace de *matruh*, *madrub* y *maskun*.

⁵⁶⁸ *Ibidem*; CLAISSE-DAUCHY (1996), p. 78. Un grupo de videntes-terapeutas, los *gnawa* o *gnaoua* han recibido especial atención por su origen a partir de los esclavos negros subsaharianos llevados a Marruecos y por su empleo de la música como recurso terapéutico. Ver, por ejemplo, CHLYEH (1998).

⁵⁶⁹ Raynaud recoge en su obra un ejemplo de diploma concedido a un *tbib* en Fez por varios *cheikhs*. RAYNAUD (1902), pp. 120-121. Por su parte, Ellen Amster muestra cómo en un diploma concedido en 1832 a otro médico de esa misma ciudad, participaron el *cadi*, *chorfa*, notables locales, tenderos, barberos-sangradores y otros médicos. AMSTER (2003), p. 67.

pero en todo caso podrían indicar cierta capacidad de “captación” de médicos por parte de las autoridades (incluso a nivel del Sultán, ya que los maristanes eran creados o reformados por iniciativa real) para mejorar el funcionamiento de estas instituciones benéficas. En general, hubo un bajo grado de la regulación del ejercicio de la medicina, aunque, a partir de lo que acabamos de decir, tampoco puede afirmarse que no hubo ningún control del Majzén sobre el ejercicio médico⁵⁷¹.

Para terminar con el análisis de las personas especializadas en asuntos de enfermedad y salud que existían en Marruecos durante el periodo que nos ocupa, hay que señalar que las nuevas clases privilegiadas que fueron surgiendo vinculadas al desarrollo de la administración, el comercio, las finanzas, la agricultura o la industria comenzaron a recurrir a los servicios de médicos europeos que se establecieron por cuenta propia en las principales ciudades del país, especialmente en los puertos⁵⁷². Significativamente, el propio Sultán y su corte confiaron desde entonces a dichos médicos la curación de sus dolencias, cuando anteriormente habían recurrido a los conocimientos de frailes y “renegados”⁵⁷³. La autorización majzeniana era necesaria para que estos médicos pudieran establecerse en Marruecos, y no es casualidad que comenzaran a hacerlo cuando las potencias europeas aumentaron su presión sobre el Sultán y se reguló el derecho de “protección”. No obstante, el control sobre las características de su ejercicio debió ser muy laxo y ni siquiera ellos mismos llegaron a autorregularse formalmente como grupo⁵⁷⁴.

⁵⁷⁰ *Ibid.*, p. 67.

⁵⁷¹ La población judía/israelita dispuso de sus propios sanadores a los que se exigía requisitos específicos.

⁵⁷² Según Pennell, hacia 1869 existían médicos europeos en casi todas las ciudades costeras de Marruecos. PENNELL (2000), p. 78; MOUSSAOUI, BATTAS, CHAKIB (1995), p. 70. Además de médicos, se establecieron también farmacéuticos y matronas europeos. RAYNAUD (1902), p. 58.

⁵⁷³ En opinión de Raynaud, “los propios Sultanes se dirigían al mayor de la misión francesa y a los médicos europeos residentes en Marrakesh cuando tenían necesidad de asistencia médica”. Anteriormente, habían sido los frailes franciscanos los que se habían ocupado a menudo de la salud del Sultán y la corte como contrapartida al permiso de establecerse en el país. *Ibid.*, pp. 56-57. El recurso a médicos europeos se dio desde principios del siglo XIX. Un ejemplo fueron los médicos españoles José Antonio Coll, N. Soler y Serafín de Solá, entre otros. Ver, JUSTEL CALABOZO (1991).

⁵⁷⁴ Según Raynaud, el Cuerpo diplomático residente en Tánger aprobó un reglamento en julio de 1865, por el cual todo médico extranjero que viniera a establecerse en dicha ciudad debía presentar su título a los colegas que ya ejercían allí. Sin embargo, dicho reglamento no llegó a ponerse en práctica. *Ibid.*, p. 58.

Por otra parte, desde el final de la guerra hispano-marroquí de 1859-60, el Sultán autorizó a diversos países europeos a enviar médicos a sus consulados en el país⁵⁷⁵. Los “médicos consulares”, además de atender al personal diplomático, ofrecieron sus servicios a la población local. A los europeos les interesaba esta medida por su efecto de “atracción” sobre la población y por la información que dichos médicos podían proporcionar sobre el país. Pero no se trataba de una mera imposición imperialista al servicio de los intereses de las potencias europeas, sino que el Sultán autorizó conscientemente su presencia y su servicio a la población local como forma de instalar un embrionario sistema de asistencia pública en las zonas urbanas vinculado al Estado. Algo parecido se podría decir acerca de los médicos particulares a quienes acabamos de referirnos, los cuales emprendieron a menudo iniciativas benéficas que alcanzaron a la población local.

Como parte de la misma política, se autorizó también a los gobiernos extranjeros la construcción de los primeros hospitales benéficos exclusivamente civiles. Así, en 1864 se instaló en Tánger un “Hospital francés” con la misión de atender a los residentes franceses y a la población local carente de recursos⁵⁷⁶. Para ello se emplearon 100.000 francos que el Sultán había entregado como indemnización por un atentado cometido contra dos súbditos de dicha nacionalidad, para acondicionar un edificio ofrecido por el Majzén y dotarlo de medios materiales y personal facultativo y auxiliar⁵⁷⁷. Aunque la historiografía colonial y colonialista ha interpretado estas medidas como signo del atraso del país, incapaz de desarrollos propios en el campo médico-sanitario, y como iniciativas exclusivamente beneficiosas para la política de “penetración” y “atracción” de los europeos, también indican, según lo que hemos expuesto, que el Sultán y el Majzén consiguieron satisfacer a través de ellas ciertos objetivos propios de modernización asistencial. Esta idea será desarrollada más adelante.

Continuando con nuestro análisis de la Sanidad civil en Marruecos, parece claro que existía una gran división entre la asistencia benéfica y las iniciativas de profilaxis y

⁵⁷⁵ PAUL (1977), p. 5; AMSTER (2003), pp. 17-53.

⁵⁷⁶ Ramón Lourido afirma que el historiador francés J. L. Miège establece la creación del hospital en 1865, aunque con un precedente desde 1854. LOURIDO (1996), pp. 223-224.

⁵⁷⁷ RAYNAUD (1902), pp. 59-60.

salubridad. Respecto a estas últimas, y según el relato del médico francés Louis Raynaud, en las principales ciudades marroquíes existieron hasta mediados el siglo XIX una especie de asambleas compuestas por notables locales que entre otros asuntos trataban temas de higiene pública (estado de edificios y viviendas, recogida de desperdicios, vigilancia del estado de los alimentos de los zocos y del aprovisionamiento de agua⁵⁷⁸). De ellas formaban parte los *muhtasib*-s (en castellano, almotacenes), representantes majzenianos con funciones cívico-religiosas. Según Raynaud, a lo largo del XIX gran parte de esta organización se fue perdiendo y subsistieron sólo los *muhtasib*-s, encargados de barrer y recoger las basuras. En Tánger, por ejemplo, el *muhtasib*,

“para la limpieza de las calles y plazas, percibía un ligero impuesto sobre las reses que se sacrificaban, y tenía a sus órdenes una brigada de diez trabajadores que barrían las calles y recogían las basuras, que cargaban sobre un número limitado de borriquillos, para ser conducidas a las huertas inmediatas en los alrededores de la ciudad”⁵⁷⁹.

Los *muhtasib* eran controlados en principio por el Majzén, aunque, en la práctica, tuvieran su grado de autonomía, de forma que, por ejemplo, sus disposiciones no podían ser contradecidas por el Sultán⁵⁸⁰.

Por otra parte, en algunas ciudades importantes se construyeron sistemas de desagüe para eliminar las aguas residuales y se hicieron obras para asegurar el aprovisionamiento de agua potable y para canalizar los cursos fluviales. Mogador fue pionera en este tipo de medidas. Diseñada por el ingeniero francés Cornut en 1764, contaba con calles amplias y rectas, un sistema de desagüe y un acueducto cubierto para el suministro de agua. En el periodo que nos ocupa, ciudades como Fez, Tánger y Marrakesh contaban con este tipo de infraestructuras, aunque no siempre en el mejor estado. A menudo fueron construidas por

⁵⁷⁸ RAYNAUD (1902), pp. 36-37. Mohammed El Bezzaz proporciona un ejemplo del funcionamiento de estas asambleas a comienzos del siglo XIX. En el marco de la epidemia de peste que afectó a Marruecos en 1798-1800, la ciudad de Tetuán se vio también afectada. En ese momento “eminentes personalidades de la villa, incluidos los Ulemas, decidieron que era necesario cerrar las puertas de la ciudad para preservarla de todo contagio”. EL BEZZAZ (1985), p. 66.

⁵⁷⁹ LAREDO (1994), p. 292.

⁵⁸⁰ LAROUÏ (1993), p. 52.

europeos y así “en una fecha tan tardía como 1870, los franceses encontraron un [ingeniero] *polytechnicien* canalizando el río Fez, el barón de Saint-Julien [...]”⁵⁸¹.

Otra medida sanitaria fue la vacunación antivariólica. Según Amster, “los marroquíes aceptaban el concepto de vacunación y practicaban la variolización, un procedimiento médico similar”⁵⁸². Es probable que los médicos europeos instalados en las ciudades portuarias incluyeran la vacunación entre sus actividades hacia la población marroquí. Lo decisivo para nuestro análisis es que los marroquíes asociaran esta práctica con el majzén, “probablemente porque los médicos europeos acudieron a Marruecos a través de la corte”⁵⁸³. No en vano, en nuestra opinión, aunque estos médicos tuvieran objetivos de “penetración” y “atracción” en beneficio de sus países de origen, su presencia fue utilizada conscientemente por las autoridades marroquíes para promover la vacunación de sectores de la población.

Más relevancia tuvieron las medidas de salud pública que se tomaron con ocasión de brotes epidémicos. Desde la segunda mitad el siglo XVIII comenzaron a desplegarse “cordones sanitarios” para frenar el avance de epidemias, especialmente la peste. Así, el Sultán Sidi Mohammed ben Abdallah (1757-1790) hizo establecer “un cordón militar entre sus Estados y los de la regencia de Argel para que no pudiera haber ninguna comunicación dañina para la salud pública”⁵⁸⁴. En 1799 se estableció un cordón sanitario alrededor de Tetuán y Melilla⁵⁸⁵. Esta práctica se mantuvo durante todo el periodo que nos ocupa, aunque el cólera se convirtió en la principal amenaza en sustitución de la peste. Por ejemplo, con motivo de las epidemias de cólera de 1834, 1855 y 1878 se establecieron cordones sanitarios alrededor de Tánger. En la última de ellas, los *caïd*-s de otras ciudades se negaron a establecer cordones terrestres e incluso el Sultán cuestionó la utilidad de este tipo de medidas⁵⁸⁶.

⁵⁸¹ AMSTER (2003), pp. 22-23; RAYNAUD (1902), pp. 39-40.

⁵⁸² AMSTER (2004), p. 417.

⁵⁸³ *Ibidem*.

⁵⁸⁴ EL BEZZAZ (1985), p. 58.

⁵⁸⁵ RAYNAUD (1902), p. 63.

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 88.

Entre los motivos que contribuyeron a dicho cuestionamiento, figuraba la creciente influencia de los extranjeros sobre las medidas sanitarias. No obstante, las iniciativas directas en este sentido permanecieron limitadas a las grandes ciudades del país y, especialmente, a Tánger, verdadera puerta de entrada de la influencia europea en Marruecos en este periodo y principal punto de aplicación de medidas modernizadoras por parte del Majzén durante todo el siglo XIX. En esta ciudad, por ejemplo, los cónsules y comerciantes europeos, aconsejados por médicos, comenzaron a presionar a las autoridades locales y al Majzén para que tomaran medidas que mejoraran las condiciones higiénicas. Con motivo de los brotes de cólera que afectaron a la ciudad en 1833, 1856 y 1860, el Sultán autorizó a que se realizaran suscripciones voluntarias entre los residentes europeos, gracias a las cuales se pudo proceder a pavimentar la calle principal. A partir de entonces se hizo habitual que en caso de brotes epidémicos, la colonia extranjera de Tánger y de las principales ciudades costeras del país solicitara la adopción de medidas higiénicas, las cuales se encargaron de sufragar ellas mismas mediante recaudación entre sus miembros⁵⁸⁷.

En resumen, durante las décadas centrales del siglo XIX, existió en Marruecos una considerable división entre la atención y el cuidado de los enfermos y las medidas para evitar la aparición y difusión de enfermedades. En el primer caso, siguió predominando un modelo de asistencia basado en la beneficencia caritativa y en el recurso a sanadores particulares, aunque se avanzó hacia el desarrollo de un sistema benéfico estatal, especialmente (aunque no de forma exclusiva) gracias a la autorización para el establecimiento de médicos europeos y para la construcción de hospitales extranjeros. En el segundo caso, los “cordones sanitarios” siguieron constituyendo el principal instrumento de lucha contra las epidemias, aunque con una creciente influencia por parte de los cónsules extranjeros. Mientras, los dispositivos consultivos existentes en las principales ciudades comenzaron a ser abandonados a favor de otros con mayor capacidad de decisión y mayor participación de los médicos, aunque en este caso se trataba generalmente de iniciativas de las comunidades de residentes extranjeros, especialmente de la de Tánger.

⁵⁸⁷ *Ibid.*, p. 69.

5.1.1.3. Evolución de la salud pública civil: la Sanidad marítima.

En comparación con las estructuras de salud pública naval y civil, la Sanidad marítima tuvo en Marruecos un mayor desarrollo y llegó incluso a recibir propiamente esta denominación que era la que se empleaba en los países occidentales. Su institución más representativa fue el *Consejo Sanitario Internacional de Marruecos* o *Consejo Sanitario Marítimo de Tánger*⁵⁸⁸. El origen de esta institución se remonta a 1792, año en que los Cónsules residentes en Tánger tomaron la decisión de comenzar a reunirse periódicamente para tratar asuntos que concernieran a todos los países extranjeros con intereses en Marruecos. Fue constituida una asamblea que se llamó *Junta de los Cónsules* o *Junta consular*, considerada como el primer antecedente de posteriores órganos de gobierno tangerinos. También lo fue del Consejo Sanitario, ya que entre las cuestiones que en ella se discutían, figuraban las medidas cuarentenarias a tomar ante la llegada de barcos de procedencia sospechosa⁵⁸⁹.

Según Cordero Torres, en 1805 se creó en Tánger el *Cuerpo Consular encargado de la Sanidad del Puerto*, pero desconozco si se trataba de la misma Junta consular o si fue un organismo exclusivamente sanitario que surgió a partir de ella⁵⁹⁰. Raynaud no consigna su existencia, aunque confirma el creciente poder de decisión de los cónsules al asegurar que en 1805 y en 1810 “reivindicaron ante el gobernador de Tánger el derecho de ocuparse en exclusiva de los asuntos sanitarios” del puerto, recibiendo en principio autorización para ello⁵⁹¹. No obstante, las decisiones últimas sobre estos asuntos siguieron estando en manos

⁵⁸⁸ Existe una tesis doctoral sobre la trayectoria histórica del Consejo Sanitario de Tánger a cargo de Mohammed El Bezzaz. *Le Conseil Sanitaire International du Maroc, 1792-1929*, presentada en la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de Rabat en 1980. Nuestro acceso a ella ha sido sin embargo imposible, aunque las principales ideas del autor sobre esta institución aparecen recogidas en un artículo publicado en la revista *Hesperis-Tamuda* en 1984. EL BEZZAZ (1984). Este mismo autor también ha publicado un artículo sobre la peste que afectó a Marruecos entre 1798 y 1800, al que ya nos hemos referido anteriormente y otro sobre las medidas sanitarias relacionadas con la peregrinación de marroquíes a La Meca. EL BEZZAZ (1985), (1982-83).

⁵⁸⁹ EL BEZZAZ (1984), pp. 62-63; LAREDO (1994), p. 287. Que las epidemias de “enfermedades exóticas” fueran un asunto fundamentalmente diplomático y no médico, constituyó lo habitual hasta finales del siglo XIX. En las Conferencias Sanitarias Internacionales los diplomáticos constituyeron sistemáticamente una importante proporción de las delegaciones de cada país, siendo además los responsables de su convocatoria y de las directrices a seguir en su curso. SCHEPIN, YERMAKOV (1991), pp. 63-93.

⁵⁹⁰ CORDERO TORRES (1942), p. 41.

⁵⁹¹ RAYNAUD (1902), p. 63.

del Sultán, del *caïd* de Tánger y del de Larache. Éste último tuvo un especial poder durante todo el reinado de Muley Suleiman (1792-1822), en el que actuó como *wazir al-bahar* (literalmente “ministro del mar”, equivalente a ministro de Estado o Asuntos exteriores), denominación que él mismo se había asignado pero que fue reconocida por los cónsules extranjeros⁵⁹². Una muestra del poder de las autoridades marroquíes se dio en 1818, cuando el Sultán Muley Suleiman ordenó dejar desembarcar libremente en la ciudad a peregrinos (en singular, *hadj*) procedentes de La Meca (entre los cuales se encontraban dos hijos suyos) que habían sido retenidos por orden de la Junta ante la sospecha de que entre ellos hubiera casos de peste bubónica⁵⁹³.

Con todo, la iniciativa de los cónsules fue importante para que se tomaran las primeras medidas protectoras que incluyeron, por ejemplo, la toma de precauciones frente a las procedencias de Argel en 1793 por riesgo de peste y la supresión de las comunicaciones con Orán en 1797 por la misma causa. Desde el principio, la Junta consular solicitó la construcción de un lazareto donde pudieran llevarse a cabo las observaciones y cuarentenas. En las amenazas y los brotes epidémicos que se sucedieron en 1799, 1804 y 1818 (peste), 1813, 1814 (fiebre amarilla) y 1828 (cólera) se empleó a tal efecto uno de los fuertes de Marina de la ciudad, designado como “lugar de observación”, pero que no reunía las condiciones adecuadas. En 1809 el *bajá* de Tetuán propuso enviar al islote de Perejil (*Turah*) un navío sospechoso de peste, pero su propuesta fue rechazada. En 1821, los cónsules volvieron a demandar la construcción de un lazareto para el puerto, pero su propuesta no prosperó. Habría que esperar al reinado de Sidi Mohammed IV (1859-1873) para que se adoptaran las primeras decisiones efectivas al respecto⁵⁹⁴. En cualquier caso, esto demuestra que en la Sanidad marítima, la protección frente a las enfermedades y el cuidado de los enfermos estuvieron estrechamente relacionados.

En su libro de viajes por diversos países del Islam, el catalán Domingo Badía – Ali Bey nos ofreció una imagen cotidiana del funcionamiento de los servicios de higiene del puerto de Tánger a comienzos del siglo XIX. Badía refiere que, a su llegada al puerto de

⁵⁹² PENNELL (2000), p. 38.

⁵⁹³ RAYNAUD (1902), p. 63; LAREDO (1994), p. 288.

⁵⁹⁴ RAYNAUD (1902), pp. 63-64.

Tánger procedente de Cádiz en junio de 1803, salieron al encuentro de la embarcación “algunos moros. Uno de ellos, que me dijeron ser el capitán del puerto, [...] se metió en el agua pidiendo el certificado de sanidad, que mi patrón le dio inmediatamente”. También pidió a Badía su pasaporte y

“dando orden de no dejar desembarcar a nadie, partió a enseñar mi pasaporte al kaid o gobernador. Éste lo envió al cónsul de España para reconocerlo, y aprobado como auténtico, me lo remitió por medio de su vicecónsul [...]. Poco tiempo después, volvió el capitán del puerto con la licencia del gobernador para mi desembarque”⁵⁹⁵.

El relato de Badía sugiere que la actividad de la Junta consular se limitaba a brotes epidémicos, mientras que en circunstancias normales eran las autoridades marroquíes las que se ocupaban del control sanitario. Por su parte, el tangerino Isaac Laredo recogió en su libro de memorias publicado en 1935 un ejemplo (que ya se ha apuntado más arriba) de la actuación de los cónsules en caso de amenaza epidémica, también a principios del siglo XIX. En él se muestra tanto la creciente capacidad de iniciativa de los cónsules, como su subordinación ante las decisiones del sultán y la mayor articulación entre éste y los representantes del majzén. En mayo y junio de 1818 arribaron a Tánger dos navíos con pabellón inglés en los que viajaban peregrinos marroquíes de regreso de La Meca, vía Alejandría. Según Laredo,

“el Cuerpo consular, que sabía de antemano la próxima llegada de *hadjes* [peregrinos musulmanes], celebró reunión quince días antes y acordó pedir al sultán que los buques fueran sometidos a cuarentena rigurosa y después adoptar medidas de precaución con los *hadjes*, instalando su campamento en lugar a propósito para que pudieran ser puestos en observación. Apenas fondeó el primer buque, el cónsul encargado de los servicios sanitarios fue al puerto y se puso al habla con el jefe de la Aduana, Sid Lhmarti, quien le manifestó que tenía orden imperial de permitir la libre entrada de los pasajeros, sus equipajes y mercancías [...]. La peste se propagó rápidamente y la quinta parte de la población pereció en los catorce meses que duró la epidemia”⁵⁹⁶.

⁵⁹⁵ BADÍA (1996), pp. 47-48.

⁵⁹⁶ LAREDO (1994), p. 288.

En resumen, durante el reinado de Muley Suleiman, el Consejo Sanitario de Tánger todavía no existió como tal, sino que la Junta de cónsules extranjeros que se creó en la ciudad se ocupaba de diversos asuntos entre los que se incluían los de salud pública. Sus competencias y su actuación se limitaron sobre todo al puerto de Tánger y sus medidas tuvieron que contar sistemáticamente con la aprobación del Sultán, del *wazir al-bahar* o de los *caïd-s* o *baja-s* para ponerse en práctica. Sus miembros fueron exclusivamente diplomáticos y no médicos. Dispuso de algún personal auxiliar marroquí para desempeñar las tareas sanitarias, pero careció de un lazareto propiamente dicho para aplicar las medidas de observación y cuarentenarias.

Durante el reinado de Muley Abderrahman, la situación cambió significativamente. Una primera señal fue que en 1831, los cónsules de Tánger decidieron enviar una nota a sus gobiernos respectivos para que, a su vez, indicaran a los cónsules de Alejandría, Trípoli y Túnez la necesidad de que los barcos con peregrinos marroquíes procedentes de estos puertos cursaran cuarentena en algún puerto con lazareto antes de dirigirse a sus destinos en Marruecos⁵⁹⁷. Por otra parte, en 1834, el médico M. de Ségur Dupeyron, Secretario del Consejo Superior de Sanidad de Francia, elaboró un informe dirigido al Ministro de Comercio de este país acerca de los regímenes cuarentenarios de diversos puertos del Mediterráneo (Marsella, Tolón, Génova, Livorno, Venecia, Trieste y Nápoles). En dicho informe, de Ségur proponía llevar a cabo diversas modificaciones en el sistema cuarentenario francés y también reunir a representantes de todos los países europeos ribereños para avanzar en la unificación de las medidas de lucha contra las epidemias⁵⁹⁸. Entre todas sus observaciones, el médico francés consignaba que los navíos procedentes de puertos atlánticos europeos que llegaban al Mediterráneo vía estrecho de Gibraltar, eran considerados como “sospechosos” en Sicilia, Nápoles, Venecia y Trieste y quedaban sujetos a cuarentena. Para de Ségur, por debajo de distintas opiniones al respecto, la auténtica razón de este hecho residía “en las continuas comunicaciones que este enclave

⁵⁹⁷ EL BEZZAZ (1984), p. 70.

⁵⁹⁸ El informe de De Ségur Dupeyron es considerado como uno de los primeros intentos de establecer una colaboración sanitaria internacional en Europa. Por ello, no es de extrañar que su texto completo se encuentre disponible en la biblioteca virtual de la Organización Mundial de la Salud, a través de cuya página web hemos conseguido acceder al documento original. DE SÉGUR DUPEYRON (1834).

[Gibraltar] mantiene con el imperio de Marruecos”⁵⁹⁹. Sugería así veladamente que el estado sanitario en este país dejaba mucho que desear, un hecho doblemente preocupante tanto por el riesgo de importación de una nueva epidemia de cólera en Francia, como por el freno que podía suponer a la expansión comercial de este país en el Mediterráneo (algo que indudablemente interesaba al Ministro de Comercio).

Este informe fue decisivo para que en 1836 se celebrara en Tánger una “conferencia”, en la que participó el propio de Ségur (ignoro en condición de qué), y en la que se debieron tratar asuntos relativos al estado sanitario de Marruecos⁶⁰⁰. Poco después, en 1840, los cónsules extranjeros residentes en Tánger redactaron un “reglamento sanitario” (18 de abril de 1840) que implicaba la creación de un Consejo Sanitario Marítimo propiamente dicho en sustitución de la Junta consular (aunque sus integrantes eran los mismos). No obstante, hubo que esperar hasta 1844 para que el Sultán Muley Abderrahman encargara oficialmente a los representantes de las potencias extranjeras en Marruecos la tarea de “velar por el mantenimiento de la salud pública sobre el litoral de su Imperio, de hacer todos los reglamentos y de tomar todas las medidas para cumplir ese propósito”⁶⁰¹. De esta forma, las competencias del nuevo Consejo abarcaban ahora toda la costa del Imperio xerifiano.

Las fechas que acabamos de citar (1840 y 1844) estuvieron lejos de ser casuales: la primera fue inmediatamente posterior al éxito de la primera gran ofensiva lanzada por Francia contra el caudillo argelino Abd-el-Kader en marzo de 1840; la segunda, coincidió con la guerra entre Francia y Marruecos que culminó en agosto de 1844 con la derrota marroquí en la batalla de Isly. La creación del Consejo estuvo, pues, estrechamente ligada al aumento de la presión europea sobre el país y puede considerarse como parte del impacto que tuvo la actuación francesa en Argelia (aunque ignoro si formaron parte explícitamente de las convenciones de Tánger y Lalla Maghnia)⁶⁰². Dicha presión, que fue también e incluso mayor por parte de Gran Bretaña, se hizo notar en todo el Magreb, en Egipto y en el

⁵⁹⁹ DE SÉGUR DUPEYRON (1834), p. 59.

⁶⁰⁰ EL BEZZAZ (1982-83), p. 321.

⁶⁰¹ RAYNAUD (1902), p. 63; AZZUZ HAKIM (1956); CORDERO TORRES (1943), p. 41.

⁶⁰² KENBIB (1991).

Imperio Otomano y, por ello, no es de extrañar que por las mismas fechas se crearan Consejos sanitarios en las principales capitales árabes mediterráneas que todavía eran independientes, como Túnez (1835), Constantinopla (1839), Alejandría (1843) y Trípoli⁶⁰³.

El Consejo estaba constituido por los cónsules de todas las potencias extranjeras acreditadas ante el Sultán en Tánger. Había representantes de Gran Bretaña, Francia, España, Rusia, Noruega, Suecia, Portugal, Países Bajos, Bélgica, Imperio austro-húngaro y Estados Unidos, a los que se añadieron posteriormente otros como los de Italia y Alemania⁶⁰⁴. Se estableció una presidencia, ocupada sucesivamente por cada uno de ellos en turnos de tres meses de duración; en caso de epidemia, la presidencia se renovaba cada mes. Los intereses económicos y expansionistas convirtieron al Consejo de Tánger, a semejanza de los otros consejos sanitarios, en escenario de luchas diplomáticas entre los cónsules europeos. Las potencias con mayores intereses en Marruecos (Francia, España, Inglaterra) pugnarón por obtener el voto del resto de países para imponer sus propios intereses⁶⁰⁵.

Diversas medidas potenciaron la capacidad de actuación efectiva del Consejo. Por una parte, a nivel central, el presidente, acompañado por un secretario archivero, se ocupaba de los diversos asuntos que fueran surgiendo y cuando se daba una situación grave, se reunía con el Consejo en pleno para decidir la solución más adecuada. Por otro lado, se comenzó a disponer de recursos económicos regulares que provenían del cobro de una cantidad a cada barco inspeccionado en calidad de derechos y de un tanto por ciento sobre las mercancías que se descargaban en el muelle de Tánger (cuando éste fue construido más adelante por iniciativa del Consejo)⁶⁰⁶. Aunque los cónsules mantuvieron el poder para tomar decisiones, hubo una creciente vinculación de médicos con el organismo

⁶⁰³ SCHEPIN, YERMAKOV (1991), pp. 45-62; SPEZIALE (2001), 86. Además de los anteriores, se creó en 1867 el Consejo Sanitario de Teherán. Speziale señala la creación de un consejo sanitario en la Regencia de Trípoli, pero no da la fecha exacta. En cuanto a la Sanidad marítima en Argel, estaba ya a cargo por entonces de las autoridades coloniales francesas.

⁶⁰⁴ Los primeros eran los que figuraban en el acuerdo para el establecimiento de un faro en el Cabo Espartel, firmado el 31 de mayo de 1865, y que también fue una iniciativa del Cuerpo diplomático. CORDERO TORRES (1943), p. 42. Antes de la unificación italiana el reino de Piamonte-Cerdeña también tuvo representación en el consejo.

⁶⁰⁵ RAYNAUD (1902), p. 66.

⁶⁰⁶ *Ibidem*.

tangerino⁶⁰⁷. Además, en 1846 se crearon las primeras delegaciones permanentes del Consejo en las principales ciudades portuarias marroquíes, integradas a su vez por los cónsules extranjeros residentes en ellas, que ocupaban el cargo de forma rotatoria. De esta forma, pudo el Consejo de Tánger comenzar a convertirse realmente en el centro coordinador de una política sanitaria marítima marroquí⁶⁰⁸.

Por último, el Consejo dispuso por fin de un lazareto. Hasta entonces, los barcos con pasajeros marroquíes habían tenido que cumplir las cuarentenas en lazaretos como los de Mahón o Malta⁶⁰⁹. En 1858, el delegado del Consejo sanitario en Mogador propuso aprovechar para este fin las instalaciones militares existentes en la isla situada frente a la ciudad. En principio, su propuesta fue rechazada por el Consejo, el cual consideraba que dicho lugar se encontraba demasiado alejado de Tánger (tres días de navegación) como para que los barcos obligados a efectuar cuarentena aceptaran desplazarse hasta allí. Sin embargo, en 1865, se llegó a un acuerdo entre el Consejo y las autoridades marroquíes para que dos navíos con pasajeros infectados a bordo fueran desviados hacia Mogador y cumplieran allí el periodo cuarentenario. A raíz de ello, el Sultán emitió un *dahir* (decreto oficial) al año siguiente estableciendo la isla de Mogador como lugar de aislamiento para peregrinos. Parece ser que hasta fin de siglo se utilizó sólo en una docena de ocasiones, siendo frecuente que los peregrinos desembarcaran por su propia iniciativa o por la de los capitanes de los barcos en la playa de Tánger, en el cabo Espartel o en otros puntos próximos de la costa atlántica marroquí⁶¹⁰. Pero, al menos, se dispuso de un lugar provisional mientras se continuaba reclamando la construcción de un lazareto más adecuado en las proximidades de Tánger.

⁶⁰⁷ Por ejemplo, Raynaud consigna que en 1817, ante las noticias de peste en Argel, el Cuerpo consular nombró a un médico francés, el Dr. Broquier, “inspector de sanidad” para que controlara el buen estado del puerto de Tánger. En 1834, con motivo de la epidemia de cólera que afectó al país, los doctores Guatino y Mateo se encargaron de comprobar la existencia de casos de esta enfermedad en Tánger. *Ibid.*, pp. 82, 85.

⁶⁰⁸ Según El Bezzaz, se instalaron delegaciones en Tetuán (cónsul Butler), Larache (Saens), Rabat (Serruya), Casablanca (Terrier), Mazagan (Redman), Safi (Garibare) y Mogador (Bolleli). EL BEZZAZ (1984), p. 72.

⁶⁰⁹ EL BEZZAZ (1982-83), 326. Como excepción cabe señalar que en 1855 se decidió poner en observación a varias personas sospechosas de cólera en Tánger a bordo de un navío atracado en el puerto. RAYNAUD (1902), p. 86.

⁶¹⁰ *Ibid.*, p. 64.

Todo lo que hemos señalado sobre el Consejo Sanitario de Tánger y sus precedentes debe interpretarse en el mismo sentido que señalamos para las medidas relativas a la Sanidad civil. Es decir: no se trató de meras imposiciones imperialistas en beneficio de los intereses europeos (aunque sea innegable que sirvieron a dichos intereses), sino que el Sultán y el Majzén estuvieron conscientemente interesados en la realización de las distintas iniciativas como forma de poner en marcha una Sanidad marítima moderna, sobre la cual conservaron además una cierta capacidad de decisión. Así, desde 1848 el gobernador de Tánger había recibido el título de representante (*naib*) del Sultán ante las potencias extranjeras. A través de este representante y de su oficina burocrática (la *Dar al-Niaba*), el Sultán pudo defender sus intereses ante los cónsules y ante el Consejo sanitario de forma más efectiva que a través del antiguo *wazir al-bahar* residente en Larache (y menos expuesto a las iniciativas propias que éste había podido tomar)⁶¹¹.

Evidentemente, esta estructura de sanidad marítima tuvo importantes problemas. El Sultán y el *naib* tuvieron frecuentes enfrentamientos con los cónsules a propósito del control sanitario de los peregrinos a La Meca y de los intentos de éstos de que las disposiciones del Consejo se ampliaran desde los puertos al interior del país⁶¹². Por otra parte, había interferencias con las “asambleas de notables” que describíamos en el punto 5.1.1.2, las cuales siguieron conservando capacidad para sugerir actuaciones en caso de epidemia que chocaban a menudo con las medidas que pretendía imponer el Consejo sanitario a través de sus delegados.

Finalmente, había elementos externos e internos que quedaban al margen del sistema sanitario marítimo, bien por estar relacionados con el contrabando, bien por tratarse de enclaves extranjeros, bien por la falta de control del sultán. Por ejemplo, las conexiones de Gibraltar con diversos puertos marroquíes frecuentemente escapaban al control del

⁶¹¹ Para el cargo de *naib* fueron designados oficiales del Majzén con amplio conocimiento de la diplomacia y del comercio europeos. El primero fue Abd el-Kader Ash ‘ash, que había ejercido como embajador en París en 1845-6. Después le sucedieron Busilham ibn Ali Aztut, rico comerciante que había amasado su fortuna a través del comercio con Gran Bretaña y Hadj Mohammed Al Khatib, comerciante que había vivido 27 años en Gibraltar y posteriormente en Génova. Entre 1860 y 1886 ejerció el cargo Mohammed Bargach, comerciante de familia andalusí que había sido jefe de la aduana de Casablanca. Indudablemente, este conocimiento de Europa debió ser muy útil a la hora de defender mejor los intereses marroquíes frente a los diplomáticos extranjeros de Tánger. PENNELL (2000), pp. 52-3, 93.

Consejo, del mismo modo que la actividad marítima de los enclaves españoles (Ceuta, Melilla, peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas, islas Chafarinas). En Gibraltar se creó en 1865, bajo la presidencia del Gobernador militar, el embrión de lo que sería más adelante el Consejo sanitario del peñón y que entonces se denominó “los Comisarios sanitarios de Gibraltar”⁶¹³. En el puerto de Ceuta, a raíz de la Ley de Sanidad española de 1855, se creó una Dirección especial de Sanidad marítima de 3ª clase en todo conforme a las directrices españolas⁶¹⁴. Por otro lado, el contrabando marítimo desde Tetuán o desde puntos de la costa rifeña con Gibraltar, puertos argelinos, enclaves españoles y puertos peninsulares y de Baleares era una realidad que comprometía la eficacia de la sanidad marítima. Análogamente, la falta de control del sultán sobre las fronteras terrestres con los enclaves españoles, con la Argelia francesa o con el Sáhara, dificultaba considerablemente el control de las epidemias en el país. Por último, no toda la costa estaba igualmente controlada y había puertos y actividades que escapaban a la acción de la sanidad marítima.

En resumen, los años centrales del siglo XIX vieron la constitución en el Imperio xerifiano de una estructura sanitaria marítima más centralizada y permanente, con un mayor despliegue sobre las costas marroquíes y con más instalaciones y mayor protagonismo del personal facultativo. Es cierto que hubo problemas de funcionamiento y de efectividad, entre los cuales no fue el menor el hecho de que se tratara de una estructura en la que el papel de los extranjeros y de las iniciativas sanitarias de otros países fuera predominante. Sin embargo, el Sultán (a través de la *Dar al-Niaba*) poseía capacidad de condicionar las decisiones en materia de sanidad marítima y, en última instancia, de impedir la aplicación de algunas de ellas. Por otra parte, los beneficios no sólo fueron para los europeos, sino que se extendieron también a los comerciantes y a la población marroquíes.

5.1.1.4. Evolución de la salud pública militar.

Sobre el último de los entramados sanitarios de Marruecos, la Sanidad militar, no dispongo de datos directos para este periodo. Sin embargo, no es aventurado pensar que

⁶¹² Sobre la reglamentación sanitaria del peregrinaje a La Meca, ver EL BEZZAZ (1982-83) y (1984).

⁶¹³ CORDERO TORRES (1960), pp. 347, 359.

⁶¹⁴ LEY DE SANIDAD (1855); MOLERO MESA; JIMÉNEZ LUCENA (2000).

tuvieran lugar iniciativas de modernización como parte de las que se aplicaron por entonces para el Ejército marroquí en general. A consecuencia entre otras cosas de las derrotas militares de 1844 y 1860 frente a franceses y españoles, los sultanes Muley Abderrahman y Sidi Mohammed IV decidieron poner en marcha cambios en el Ejército (*nizam* o *nidham*, reforma) a semejanza de los que ya se habían puesto en marcha en otros países árabes como Egipto y el Imperio Otomano⁶¹⁵.

En éste último, por ejemplo, los esfuerzos de modernización militar habían comenzado ya a mediados del siglo XVIII y tomaron un nuevo impulso a comienzos del XIX. Las medidas aprobadas incluyeron la supresión del cuerpo de Jenízaros (Ejército de mercenarios al servicio del Sultán) en 1826, el establecimiento de un sistema de reclutamiento más amplio, la creación de diversas escuelas militares (de Medicina militar en 1827, de Cirugía poco después, de Guerra en 1834, de la Armada en 1838, de Estado Mayor en 1845), la importación de tecnología militar europea y la traducción de obras científicas extranjeras⁶¹⁶.

En el caso de Egipto, el impulso reformista cristalizó tras la llegada al poder de Mohammed Ali, militar albanés integrado en el Ejército otomano que se convirtió en *Pachá* (gobernador) del país en 1805 y llegó incluso a intentar independizarlo de la tutela turca en 1841. Bajo su férula se creó, entre otras instituciones, la *Escuela de Medicina militar* del Hospital *Abu Za'abal* de El Cairo en 1826-27 dirigida por el médico francés Antoine Barthelemy Clot (también conocido como Clot Bey), se enviaron estudiantes a distintas academias militares europeas y se tradujeron obras de militares franceses. Da una idea de la efectividad de estas medidas el hecho de que el propio Sultán otomano Mahmud II llegara a

⁶¹⁵ Sobre las reformas militares emprendidas por Marruecos en el siglo XIX ver, entre otros, ROLLMAN (1983); BERRADA (1984) y (1987); MICHEL (1991); SIMOU (1995). Según Berrada, la aplicación del término “reforma” es cuestionable porque los cambios habrían sido discontinuos y, a menudo, de poco alcance y porque la iniciativa para llevarlos a cabo no habría partido únicamente del Sultán y el Majzén sino que también habría sido una consecuencia del creciente intervencionismo europeo. Además, el propio término no habría tenido mucha vigencia en la época y se vio afectado por connotaciones de amenaza derivadas de la cada vez mayor dependencia marroquí respecto a países extranjeros y del consiguiente peligro de ocupación del país. BERRADA (1987), pp. 108-109; KENBIB (1986), p. 305. A pesar de todo, empleamos este término en nuestra memoria de doctorado, aunque precisaremos su uso más adelante.

⁶¹⁶ LEWIS (1984), p. 130; ELENA (1990), pp. 380, 400; MOREAU (2003), pp. 52-54; ORTEGA GÁLVEZ (1997). Según Elena, las Escuelas de Medicina y Cirugía del Imperio otomano se fusionaron en 1838 “no sin experimentar una profunda reorganización”.

solicitar de Egipto el envío de una docena de instructores militares en 1826, aunque su petición fue finalmente rechazada. Durante este periodo, el Ejército francés y su organización médico-sanitaria fueron el modelo a seguir tanto en Egipto como en el Imperio Otomano en general, aunque la influencia británica también se hizo notar con fuerza⁶¹⁷.

Influido por estos precedentes y sobre todo por la derrota frente a Francia en Isly, el Sultán Muley Abderrahman comenzó en 1845 la reforma del Ejército marroquí a través de su hijo Mohammed, a quien había designado como comandante o jefe de las *mhallas* (unidades armadas), precedente inmediato del ministro de la Guerra (*wazir al-harb*) nombrado por primera vez por el Sultán Muley Hassan I (1873-94). Mohammed reclutó instructores tunecinos que habían servido en el Ejército otomano, instructores argelinos y oficiales del Ejército egipcio de Mohammed Ali para que organizara un regimiento “a la europea” denominado ‘*askar* (o ‘*askar al-nidham*), cuyos efectivos no pasaron en un primer momento de los 500-900 hombres⁶¹⁸. Con la ayuda de “renegados” europeos como el francés de Saulty, puso en marcha en Fez una escuela de Ingenieros militares (*madrasat al-Muhandisin*) en la que se formaron topógrafos, cartógrafos y artilleros. Encargó la traducción de obras de geometría europeas y solicitó al Pachá de Egipto que le enviara libros científicos traducidos al árabe. Además, se reforzaron las fortalezas costeras y se construyeron otras nuevas, al tiempo que se compraron partidas de armas a Gran Bretaña, vía Gibraltar⁶¹⁹.

⁶¹⁷ LEWIS (1984), p. 129 y (2003), p. 31; ELENA (1990), pp. 380, 400; MOREAU (2003), pp. 52-54; ORTEGA GÁLVEZ (1997); CHIFFOLEAU (1997). La Escuela de Medicina de El Cairo estuvo en un principio destinada exclusivamente a la formación de médicos para el Ejército, aunque posteriormente adquiriera carácter civil. Estuvo dirigida por el médico francés Antoine Barthèlemy Clot (también conocido como Clot Bey) y fue la primera escuela superior cuyo alumnado estuvo constituido exclusivamente por egipcios de lengua árabe. Contó con una imprenta propia, en la cual se publicaron algunas de las 52 obras traducidas al árabe para uso de la escuela, aunque la mayoría de ellas circularon manuscritas. ORTEGA (1997); CHIFFOLEAU (1997). En otro orden de cosas, Bernard Lewis afirma que, además de Turquía y Egipto, también en Irán se adoptaron medidas modernizadoras, que incluyeron por ejemplo el envío de cierto número de estudiantes a Europa por primera vez entre 1811 y 1815. LEWIS (2003), p. 50.

⁶¹⁸ El ‘*askar* era un infantería regular inspirada en el modelo del Ejército turco. Su constitución data de finales de 1845 o 1846 en la región de Taza. Sus efectivos no solían estar concentrados, sino que se repartían entre la “escolta” del Sultán, ciertas guarniciones fijas y *mhallas* y *harkas*. BOURRADA (1987), p. 108; MICHEL (1991), p. 315.

⁶¹⁹ LAROUÏ (1993), p. 55; PENNELL (2000), p. 52.

Cuando Mohammed se convirtió en Sultán en 1859, a pesar de las inmediatas y considerables dificultades creadas por la cuantiosa indemnización que Marruecos debía pagar a España como compensación por la Guerra de África, prosiguió con las reformas militares. Durante el propio conflicto con España, el cónsul británico en Tánger, John Drummond-Hay, un ayudante de campo del Gobernador militar de Gibraltar y oficiales de la Armada británica destinados en este enclave, prestaron ayuda técnica a los marroquíes para prevenir un posible ataque contra Tánger⁶²⁰. Posteriormente, Mohammed IV decidió enviar a Egipto un grupo de *bwakher* (vestigio de la Guardia negra creada por Muley Ismail, muy reducida desde finales del siglo XVIII a consecuencia de sus frecuentes rebeliones) para recibir instrucción en artillería y, desde 1870, mandó estudiantes a Gibraltar para que se formaran como suboficiales⁶²¹. Los regimientos *'askar* ya integraban a más de 3.000 hombres, aumentó el número de artilleros y se compraron más armas.

Aunque modestos y discontinuos, todos estos cambios fueron transformando el Ejército, que cada vez tuvo un mayor peso dentro de la estructura social. Como afirma el historiador Charles Pennell, “el Ejército estaba empezando a ser marroquí más que fragmentario”⁶²². Esto no fue así sólo porque los *'askar'* constituyeran un cuerpo más profesionalizado al servicio del Sultán sino también porque comenzaron a reclutarse contingentes más amplios de tropas de lo que permitía el anterior sistema basado en las tribus *guich* (denominadas tribus Majzén porque contribuían regularmente al ejército a cambio de exenciones fiscales) y *nouiba* (semi-Majzén, porque contribuían con menos frecuencia pero carecían de aquellas exenciones)⁶²³. También lo fue porque el despliegue territorial fue mayor a través de un número creciente de viajes y expediciones de *mhallas* y *harkas* y del refuerzo de ciertas guarniciones como las de las capitales (Fez, Mequinez,

⁶²⁰ PENNELL (2000), pp. 65-66. Esta visita aparece recogida de pasada en el “episodio nacional” que Benito Pérez Galdós dedicó a la Guerra de África: *Aitta Tettauen*. PÉREZ GALDÓS (2004), p. 283. La edición que hemos utilizado, a cargo de Francisco Márquez Villanueva, incluye una nota a pie de página en la que se dan ciertos detalles sobre dicha visita. En otra nota, Márquez aporta datos que confirman el esfuerzo modernizador del Ejército marroquí, ya que cita diversas fuentes según las cuales “los moros disponían, en efecto, de al menos un contingente de dos mil hombres armados con modernos fusiles y carabinas de fabricación inglesa”. Seguramente se trataba de los contingentes *'askar* a los que hemos hecho referencia. *Ibid.*, p. 174.

⁶²¹ *Ibid.*, p. 51; LAROUÏ (1993), p. 67.

⁶²² PENNELL (2000), p. 73.

⁶²³ MICHEL (1991), pp. 316-317.

Marrakesh, Rabat) y otras ciudades importantes. Aumentó la diversificación de armas y cuerpos y se crearon instituciones docentes.

Esto no obsta para que hubiera graves problemas a la hora de aplicar las “reformas” o de que su alcance fuera verdaderamente amplio. Paralelamente a la consolidación del Ejército marroquí hubo diversos *caïd*-s e incluso *zaouïa*-s que contaron con sus propias unidades armadas no siempre en consonancia con los intereses del Sultán. Tan grave o más fue el hecho de que la modernización militar implicara una creciente dependencia de las potencias europeas, principales suministradoras de oficiales, armas, saberes técnicos o modelos institucionales en detrimento de otros países árabes como el Imperio Otomano y Egipto. Además, las fuerzas militares se utilizaron frecuentemente para afrontar problemas internos por la falta de definición de un cuerpo de policía, lo que provocó un creciente descrédito ante la población.

En lo que respecta a la Sanidad militar, resulta probable por todo lo dicho hasta ahora, aunque carezco de datos concretos al respecto, que se tomaran medidas de modernización de la organización médico-sanitaria del Ejército marroquí, bien fuera mediante la incorporación de médicos otomanos o europeos (“renegados”); bien mediante la apertura de un establecimiento docente semejante a los que se habían creado en el Imperio Otomano y en Egipto; bien mediante el envío de estudiantes a estos establecimientos o a centros europeos; bien mediante la traducción de obras médicas o la importación de tecnología; bien por varias de estas cosas a la vez.

Indirectamente, el historiador de la medicina marroquí Driss Moussaoui nos confirma que hubo médicos marroquíes que se formaron en El Cairo y quizás, en Estambul, en esta época. En su opinión, “la medicina turca que ciertos médicos marroquíes aprendieron, especialmente en El Cairo, era tan decadente, que no podía constituir una alternativa a la única medicina científica de la época, la practicada en Occidente y en particular en Europa”⁶²⁴. No obstante, esta afirmación no considera varios hechos. Primero, que, como ya hemos señalado, el Imperio Otomano y Egipto habían emprendido desde el

⁶²⁴ MOUSSAOUI, BATTAS, CHAKIB (1995), p. 71.

siglo XVIII un esfuerzo de modernización médico-sanitaria basado en la incorporación de desarrollos procedentes de Europa. Segundo, que dicho esfuerzo se hizo sobre todo en el ámbito del Ejército. Tercero, que otros países árabes, entre ellos Marruecos, trataron de imitarlo, bien primero a través de contactos de todo tipo con el Imperio Otomano y/o Egipto, que eran los países árabes más avanzados en este proceso de europeización; bien, más adelante, mediante contactos directos con Europa.

Por todo ello, el hecho de que médicos marroquíes viajaran a Egipto en esta época no debe ser interpretado como signo de atraso, sino más bien como signo de una voluntad de modernización, siendo además probable que una parte sustancial de ellos estuvieran destinados al Ejército en el contexto de la reforma militar que hemos comentado. Esto supondría que los esfuerzos de modernización de la Sanidad militar habrían sido previos al reinado de Muley Hassan, durante el cual, por ejemplo, hay datos de que algún médico marroquí estudió en la Escuela de Medicina *Qasr al-Eini* de El Cairo, de que el Sultán empleó médicos árabes formados en la Escuela de Medicina de Argel como médicos militares y de que se creó una Escuela de Medicina en Tánger en 1887, en cooperación con el gobierno español, para formar médicos para el Ejército⁶²⁵. El hecho de que en 1861 se hiciera a Francia un pedido de medicamentos por valor de 62.747 francos (valor superior al total de las exportaciones de Marruecos a Francia en esa época), destinado seguramente al Ejército, apoyaría también esta idea, susceptible en cualquier caso de mayor apoyo documental para ser confirmada.

5.1.2. ¿Sanidad pre-colonial o sanidad marroquí?. Mecanismos de “diversificación” y “limitación” y carácter “intermedio” en la fase contemporánea del *proceso de sanitarización* en Marruecos.

¿Cómo interpretar todo lo que acabamos de señalar acerca del desarrollo de la sanidad en Marruecos a mediados del siglo XIX desde el punto de vista del *proceso de sanitarización*? ¿Podría considerarse que Marruecos, con sus particularidades propias, pasó

⁶²⁵ AZZUZ HAKIM (1956); LAREDO (1994); AMSTER (2003), p. 24. La documentación española relativa a la Escuela de Medicina de Tánger se encuentra en el Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares, de donde la hemos extraído para su consulta. El límite cronológico de esta tesis de doctorado no permite sin embargo su análisis, que queda pendiente para futuros trabajos.

también por la etapa “sanitarista” de dicho proceso tal y como se desarrollaba por entonces en los Imperios occidentales, entre ellos el español? ¿O bien se encontraba en una situación de creciente dependencia “informal” respecto a la Sanidad militar y civil (en el sentido amplio de ambos términos) de dichos imperios, a sus doctrinas, organización y recursos tecnológicos, o incluso en una situación pre-colonial por la creciente presencia e intervención directa de aquellos en su organización de salud pública?

Según señalamos en el primer capítulo de esta memoria de doctorado, el *proceso de sanitarización*, en su fase contemporánea (desde mitad del siglo XVIII) habría tenido un alcance mundial, al que ninguna formación social pudo ya sustraerse. En este contexto, el Imperio xerifiano, a pesar de su nombre, se encontró en una posición cada vez más débil a lo largo del siglo XIX en comparación con los imperios occidentales, incluido el español. Este hecho puede indicar que Marruecos no estuvo en condiciones de participar de forma autónoma en el *proceso de sanitarización*, pero los datos expuestos en el apartado anterior pueden indicar que tampoco se convirtió en una “colonia sanitaria”. Creemos que lo característico del caso marroquí (quizás del árabe en general) habría sido la capacidad de mantener una “cierta iniciativa” en esta fase del *proceso de sanitarización*, que le habría permitido, por un lado, conseguir cierto desarrollo de sus demarcaciones sanitarias evitando su excesiva heterogeneidad y fragmentación; y, por otro, lograr cierta consistencia de sus fronteras sanitarias diversificando la influencia e injerencia ejercida por la Sanidad de diversos imperios occidentales con intereses en Marruecos.

Nos encontraríamos de esta forma con un caso “intermedio” entre aquellos imperios cuyos entramados de fronteras y demarcaciones sanitarias militares y civiles (en el sentido amplio de ambos términos militar y civil) experimentaron en esta fase un grado de desarrollo cada vez mayor; y aquellas otras formaciones sociales cuyas estructuras tradicionales de gestión de la enfermedad y la salud colectivas bien desaparecieron (por desaparecer dichas sociedades) o bien pasaron a esa situación de mínima capacidad de iniciativa y manifiesta subordinación respecto a la organización sanitaria impuesta por un imperio concreto que ha sido tradicionalmente definida como “sanidad colonial” o

“medicina colonial”. Vamos a tratar de analizar este carácter “intermedio” de la sanidad marroquí en el resto del apartado.

Sobre el carácter “intermedio” de Marruecos podemos encontrar indicios en el análisis que los historiadores generales han elaborado de la sociedad marroquí, y de otras sociedades árabes, durante el siglo XIX. Entre los rasgos que las definieron, se ha señalado con insistencia su carácter de “mosaico”, es decir, su elevado grado de fragmentación interna resultante de déficits de centralización, uniformización y estructuración entre otros⁶²⁶. Esta fragmentación se habría traducido, en el caso de Marruecos, en diferencias importantes entre el desarrollo social, político o económico de las ciudades y el del campo, entre el *bled es-majzén* (territorio plenamente sometido a la autoridad del Sultán) y el *bled es-siba* (territorio remiso a la autoridad del Sultán), entre la administración central y la periférica, entre el poder civil y el poder religioso o entre la población árabe y la bereber. La conocida “teoría segmentarista”, aplicada a la comprensión de la dinámica socio-política de las tribus de las regiones montañosas y desérticas del país, constituye por sí misma un destacado ejemplo de la relevancia asignada a la fragmentación interna en el análisis de la organización social marroquí⁶²⁷.

En segundo lugar, se ha destacado como hecho fundamental de la historia contemporánea de Marruecos (y del mundo árabe) la creciente intervención de las potencias coloniales europeas a partir del primer tercio del siglo XIX, la cual habría dado lugar a una situación de creciente dependencia “informal” e injerencia “formal”, con la consiguiente pérdida de iniciativa del Sultán y el Majzén respecto a ellas⁶²⁸. Ambos hechos habrían estado en la base de lo que se denominó “cuestión de Marruecos”, paralela a otros casos de “cuestión oriental” como los que planteaban el Imperio Otomano o China. En todas ellas se

⁶²⁶ Según Pennell, la sociedad marroquí del siglo XIX no fue “un sistema unitario sino, como la mayoría de las sociedades, un conglomerado de sus distintas partes. Sin embargo, dichas partes fueron, desde la perspectiva del siglo XX, inusualmente autónomas entre sí”. De ahí su empleo de la expresión “mosaico”. PENNELL (2000), 37. La consideración de “mosaico” también ha sido aplicada, por ejemplo, al caso de Túnez. CHANSON-JABEUR, PRENANT, RIBAU, SEMMOUD (2001). Ver también LEWIS (1984).

⁶²⁷ Sobre la “teoría segmentarista”, su defensa y las críticas que ha recibido, ver, entre otros, MONTAIGNE (1973); HART (1976) y (2000); GELLNER (1969); LAROUÏ (1993); MUNSON (1991); GEERTZ (1994); MATEO DIESTE (1997a); LÓPEZ BARGADOS (2003).

⁶²⁸ MIEGE (1961); LAROUÏ (1994); HOISINGTON (1995); RIVET (1988) y (2002); PENNELL (2000).

asociaron la competencia entre diversas potencias europeas y un régimen que se conceptuaba como “enfermo”, “sin pulso”, “decadente” o “en descomposición”.

No obstante, lo cierto es que en la mayoría de estos casos ni una única potencia europea conseguía imponerse a las demás, ni el régimen terminaba por descomponerse, por lo que el país afectado no terminaba de convertirse de forma efectiva en una colonia (en algunos casos mantuvieron su independencia hasta la actualidad). La “mosaicidad” y la “dependencia múltiple” no habrían excluido, por tanto, cierta capacidad de iniciativa de la sociedad marroquí, aunque lo difícil es precisar las condiciones en que ésta tuvo lugar o en qué consistió realmente. Abdallah Laroui, refiriéndose a las sociedades magrebíes en general, afirma que

“la historiografía colonial deforma conscientemente los hechos cuando ignora el nivel del Estado organizado, [...] y no ve en la sociedad magrebí más que el nivel tribal, el cual es interpretado de acuerdo con un segmentarismo más teórico que real. Con este sesgo, la resistencia se diluye en una serie discontinua de reacciones desordenadas, frente a una política de conquista que aparece, por contraste, como eminentemente racional”⁶²⁹.

Según Laroui, la historiografía colonial basó y basa su análisis de la sociedad marroquí en el concepto de “organismo social”, el cual

“es algo bastardo e incompleto; es más que una federación tribal pero bastante menos que un Estado estructurado. Se mueve, reacciona, pero no actúa, en el sentido estricto de la palabra, puesto que nunca establece previsiones. En esta perspectiva, los marroquíes tienen una conducta pero no una política: son objeto etnográfico pero no histórico”⁶³⁰.

En su opinión, por contraste, se podría hablar en Marruecos de “iniciativa” estatal al menos hasta 1912, año en que se establecieron los protectorados francés y español. Sólo a partir de entonces, se habría entrado en esa fase de “reacción” tribal tan magnificada por la historiografía colonial.

⁶²⁹ LAROUÏ (1993), p. 84.

No obstante, en nuestra opinión, esto supondría adjudicar al Estado marroquí una mayor capacidad de acción y una mayor uniformidad de la que habrían existido realmente en este periodo y supondría suscribir la perspectiva “nacionalista” de la que Laroui, aunque con ciertas reservas, forma parte. En mi opinión, habría existido sólo *cierta* iniciativa, *cierta* capacidad de tomar decisiones de forma activa, en el contexto de una fragmentación interna y una presión externa considerables. Dicho grado de iniciativa difícilmente pudo traducirse en actuaciones plenamente autónomas de carácter estatal-nacional, pero tampoco consistió en meras reacciones. Su carácter específico habría consistido en “limitar” el número de elementos internos de la sociedad marroquí, evitando así su descomposición, y en “diversificar” la influencia extranjera, evitando la dependencia de una sola potencia imperial y, con ello, la colonización efectiva. En realidad, ambos hechos, la capacidad de limitación y de diversificación, habrían sido el correlato inseparable de la “mosaicidad” y la “dependencia múltiple” respectivamente.

Sobre esta base, la trayectoria histórica de Marruecos en general y de su organización sanitaria en particular durante la Edad contemporánea pueden interpretarse de forma menos eurocéntrica, considerando estos fenómenos como expresión de la forma particular o específica que el *proceso de imperialización* y el *proceso de sanitización* tuvieron allí. Lo cual, como hecho fundamental, implicaría aceptar que el Imperio marroquí se encontraba en el curso de procesos equivalentes y simultáneos a los de los Imperios occidentales. La particularidad de los mismos se habría derivado del hecho de que la posición de Marruecos en el contexto mundial de competencia fue mucho más débil, lo que se tradujo en fenómenos de “mosaico” y “dependencia múltiple”; o, lo que es lo mismo, en que sólo dispuso de *cierta* capacidad de actuación o iniciativa autónoma que podría definirse a partir de los conceptos de “limitación” y “diversificación”.

Con estas características, Marruecos (y quizás el mundo árabe) habría tenido un *status* intermedio entre los grandes imperios y las formaciones sociales que quedaron subordinadas a ellos de forma colonial. Marruecos (y quizás el mundo árabe) servirían para demostrar la simultaneidad y continuidad de aquellos procesos en el ámbito mundial, de

⁶³⁰ LAROUÏ (1994), p. 19.

cómo las diferencias entre las sociedades inmersas en ellos en cuanto a posición de competencia y capacidad de iniciativa, con ser muy grandes entre casos extremos, no habrían constituido sino una escala gradual con variaciones cuantitativas.

Desde este punto de vista, la comparación entre España y Marruecos reflejaría diferencias de grado no demasiado intensas en el *proceso de imperialización* y en el *proceso de sanitarización* en los que ambas sociedades estuvieron inmersas. El Imperio español de mediados del siglo XIX tuvo una posición secundaria en el contexto europeo y mundial, mientras que el marroquí se encontraba en el grupo de sociedades que se resistían todavía con cierto éxito a ser incorporadas a los imperios occidentales. Podemos suponer por ello que las diferencias entre ambos, tanto en general como en el ámbito sanitario, no fueron tan grandes. Esta hipótesis tiene dos consecuencias fundamentales para los objetivos de esta memoria de doctorado. Por un lado, el análisis del *proceso de sanitarización* que hemos realizado para el Imperio español puede servir como punto de partida para comprender el desarrollo de la Sanidad militar y civil en el Imperio xerifiano. Esto es lo que vamos a hacer en el resto del apartado. Por otro lado, dado el considerable grado de semejanza entre ambas sociedades, podemos suponer que, en su relación mutua, cada una de ellas tuvo una influencia muy importante, aunque no idéntica, sobre la otra en el curso de dichos procesos. Esta idea será desarrollada en los apartados posteriores de este capítulo para el caso concreto de la repercusión de Marruecos en la sanidad española.

Antes de entrar en el tema sanitario propiamente dicho, querríamos hacer hincapié brevemente en la semejanza o paralelismo hispano-marroquí en relación con el *proceso de imperialización*. El Imperio xerifiano había perdido buena parte de su capacidad expansión e influencia en el norte de África, pero tampoco se transformó en una colonia, a pesar de la creciente injerencia europea. En su frágil situación intermedia, gozó de considerable estabilidad durante buena parte del siglo XIX, especialmente en reinados como el de Muley Hassan I. De forma semejante, España vio reducido su Imperio ultramarino al mínimo y estuvo expuesta a considerables influencias externas, por lo que algunos historiadores han planteado explícitamente el problema de que nuestro país fuera a la vez colonizador y colonizado. A pesar de ello, también mantuvo un considerable equilibrio durante las

décadas centrales del siglo XIX y, sobre todo, en la Restauración. Las semejanzas entre el régimen monárquico y los núcleos de poder de ambos Estados, entre las disputas dinásticas, entre el carácter fundamentalmente oligárquico de la estructura social y los amplios “huecos” asociados a él, entre los enclaves extranjeros presentes en uno y otro territorio, plantean, en nuestra opinión, el complejo tema de un estudio histórico comparado entre España y Marruecos casi completamente por desarrollar, en la línea de algunos trabajos centrados en épocas previas⁶³¹.

A modo de ejemplo, querríamos en cualquier caso, plantear algunos asuntos sobre los que una investigación histórica comparada podría mostrar el paralelismo hispano-marroquí en los siglos XIX y XX. En primer lugar, estaría el de los núcleos de poder o élites. En el caso de Marruecos, se fue configurando en este periodo una organización estatal en la que el Sultán conservaba una amplia capacidad de decisión sobre todos los asuntos del país. No obstante, en estrecha relación con él, cristalizó un grupo de personas (familiares directos, altos funcionarios, *ulemas*, grandes comerciantes, jefes de tribus que contribuían al Ejército) que constituyeron el Majzén tradicional.

Según el politólogo marroquí Mohammed Tozy, “el Majzén es un concepto secular, profano, sin ninguna carga religiosa ni sagrada. Hay que distinguirlo de la administración del estado, por un lado, y del monarca, por otro”. Tozy comparte el análisis de Alain Claisse de que “se trata de un poder arraigado en la sociedad, que se sitúa *por encima* de ella para regirla. Su capacidad de situarse por delante y por encima le confiere una fuerza muy especial”. También suscribe Tozy la interpretación de Michaux Bellaire de que “el Majzén mantiene el desorden social en provecho propio, alienta las guerras entre tribus para reforzar su posición de *árbitro*”⁶³². Lo más importante, a nuestro juicio, es, por un lado, que “el rey es el amo del *Majzén*, pero no se confunde con él [...]. No puede impedir su extensión por todo el territorio y a todos los lugares de poder, ya sea administrativo militar

⁶³¹ Un estudio de gran interés sobre este tema, aunque basado en un concepto de “frontera” sin relación con el que se ha propuesto en esta memoria de doctorado, lo constituye el artículo de Amira K. Bennison sobre el paralelismo en la evolución de los Estados ibéricos (España y Portugal) y Marruecos entre los siglos XII y XVIII. BENNISON (2001). También es interesante ISSAWI (1961).

⁶³² TOZY (2000), p. 35. Las cursivas son mías. Las obras de Alain Claisse y de Michaux Bellaire aparecen citadas en la bibliografía de esta obra.

o económico”⁶³³. Por otro, que, en su aspecto gubernamental, el Majzén constituyó una especie de núcleo “suprainstitucional” con capacidad de mediar entre los distintos grupos de poder del país y cuyos miembros se sucedieron entre sí en los puestos de mayor responsabilidad del Estado de forma un tanto “endogámica”.

El Majzén, por tanto, tuvo “capacidad de encarnar la unidad de la comunidad nacional y de usar en su nombre ciertos símbolos religiosos”⁶³⁴, así como de garantizarla efectivamente a través de su actuación como árbitro entre grupos de “notables” de diferente signo. Por un lado, los *ulema*-s, expertos en doctrina religiosa cuyo concurso era necesario para dar legitimidad a medidas legales aprobadas por el Sultán; los *cadi*-s (jueces encargados de aplicar el derecho islámico o *shari’a* en un territorio), los *sheikh*-s, los *nahdir*-s y otros funcionarios religiosos que ocupaban cargos administrativos a diversos niveles del Estado y constituían una especie de oligarquía religiosa. Por otro lado, los grandes propietarios agrícolas del *bled-es-majzén*, los altos funcionarios civiles (*caïd*-s, *baja*-s) los jefes de las tribus *guich* (que aportaban regularmente tropas al Ejército a cambio de la exención de impuestos), que constituyeron una especie de oligarquía conservadora. Por último, los grandes comerciantes enriquecidos con el tráfico de caravanas transahariano y con el comercio exterior con Europa, los escasos industriales y también nuevos funcionarios como los de Aduanas, que constituyeron un grupo de tendencia más “liberal”. Sería del máximo interés comparar esta organización sociopolítica con el sistema oligárquico-caciquil que se configuró en España durante el periodo isabelino y la Restauración.

Un segundo ejemplo de paralelismo que podría ser investigado lo constituyen dos problemas internos que lastraron el desarrollo de los Estados marroquí y español en los siglos XIX y XX. Por una parte, la sucesión de cada Sultán fue acompañada en general por episodios de violencia más o menos intensos a cargo de familiares del sucesor, que reclamaban sus derechos al trono y en ocasiones movilizaban a sus partidarios. Estos conflictos dinásticos fueron de máxima gravedad en los años previos a la constitución de

⁶³³ *Ibidem*.

⁶³⁴ *Ibid.*, pp. 34-35.

los Protectorados francés y español, llegando a ser calificados como “guerras civiles”⁶³⁵. Por otra parte, “el comercio exterior apuntaló a líderes poderosos en regiones remotas que el Majzén no podía controlar”, especialmente al sur de Marrakesh y en los oasis saharianos. Estos líderes, más allá de su autonomía relativa, no cuestionaron en general la autoridad religiosa ni administrativa del Sultán, pero su creciente poder obligó a éste a hacerles ciertas concesiones para garantizar su obediencia y colaboración⁶³⁶. En España, los conflictos carlistas y los problemas del caciquismo plantearon desafíos a la consolidación del Estado liberal que podrían compararse con estos hechos que acabamos de señalar para Marruecos.

Quizás las mayores diferencias entre España y Marruecos, las cuales pueden servir para cuestionar el posible paralelismo entre ellos, consistieron en la intensidad de la injerencia extranjera y en el grado de autonomía de ciertas zonas en éste último país. Respecto a lo primero, durante el siglo XIX se fue concretando una especie de “Majzén europeo” con una considerable y creciente influencia en los asuntos marroquíes. Si el Sultán y el Majzén alternaban sus sedes entre Marrakesh, Mequinez, Rabat y Fez, Tánger se convirtió en la “capital diplomática” de Marruecos, dado que allí se concentraban los más altos representantes de las potencias europeas (que, no en vano, se denominarían más adelante “Ministros Plenipotenciarios”). Los diplomáticos de Tánger mantuvieron el equilibrio entre una “política Majzén” dirigida a reforzar el Estado marroquí a costa de conseguir una mayor dependencia del mismo (tratados internacionales garantizando el *statu quo* entre las diversas potencias; suministro de armas); y otras medidas más agresivas y debilitadoras para el Majzén (apertura de los puertos al comercio, intervención de Aduanas, acciones militares directas).

Por otra parte, ciertas zonas como el Rif, los oasis de Touat, Figuig y Tafilalet o la región del Uad Draa formaron parte del denominado *bled-es-siba*, áreas rurales montañosas o desérticas predominantemente beréberes donde el Majzén pugnaba por consolidar sus dispositivos de control, aunque, en la práctica, sólo la autoridad religiosa del Sultán era reconocida sin disputas. En la práctica, se trataba de zonas disputadas por el Sultán y por

⁶³⁵ PENNELL (2000), p. 18.

ciertas potencias europeas con aspiraciones territoriales en Marruecos (España y Francia). Los militares españoles de Ceuta y Melilla y los franceses del Oranesado y de Senegal emprendieron campañas armadas en dichos territorios, cuya falta de éxito o modestos resultados no escondieron la amenaza cada vez más real de anexión imperial.

No obstante, creemos que ambos hechos no implican una diferencia esencial de Marruecos con la situación española, sino más bien indican la distancia entre un imperio de pequeño tamaño y otro que hacía tiempo que se limitaba casi exclusivamente a su territorio "metropolitano" o núcleo "histórico". En Marruecos, las influencias externas y las amenazas territoriales ya se concretaron directamente en la metrópoli, mientras que en el Imperio español donde más se notaron durante el siglo XIX, siempre de forma indirecta, fue en las posesiones ultramarinas (con excepciones como Gibraltar). Cuando después del 98 el Imperio español se hizo más pequeño aún, las influencias externas y las amenazas territoriales comenzaron a afectar directamente al territorio metropolitano.

Centrándonos ya en la sanidad, y sobre la base de las semejanzas que acabamos de plantear y de los datos expuestos anteriormente en el apartado 5.1.1, podemos describir de forma breve algunas características del *proceso de sanitarización* en Marruecos en las décadas centrales del siglo XIX. Creemos que el entramado sanitarista marroquí existió y fue semejante al español en aspectos como el mayor desarrollo de la Sanidad exterior y la Sanidad militar frente a la Sanidad interior y la Sanidad naval; la separación entre asistencia benéfica y medidas de salubridad y profilaxis en la Sanidad civil; la importancia de la beneficencia no pública y del ejercicio libre de la medicina; la existencia de "huecos" y "fisuras"; la presencia de zonas disputadas entre la Sanidad marroquí y la de países extranjeros; o la existencia de enclaves permanentes de la sanidad de otros países en territorio propio. Las diferencias habrían consistido, por una parte, en el mayor peso que conservaron la beneficencia religiosa y la práctica privada, así como las estructuras tradicionales de atención; y, por otra, en la mayor presencia de elementos extranjeros a todos los niveles.

⁶³⁶ *Ibid.*, pp. 26-27.

Si existió a pesar de todo, en nuestra opinión, una sanidad “marroquí”, fue porque la intervención externa se consiguió repartir equilibradamente entre diversos países europeos y no europeos, y porque la pluralidad interna, también se consiguió ordenar en forma de un número limitado de componentes. Respecto a lo primero, el Sultán y el Majzén procuraron que ninguna potencia europea obtuviese una posición de predominio sobre las demás en los asuntos sanitarios. La injerencia europea fue imposible de evitar para las autoridades, pero es innegable que Marruecos fue consciente de esta multiplicidad de intereses y procuró mantener el equilibrio entre ellos para evitar depender de uno solo.

Por ejemplo, el Consejo Sanitario de Tánger, a pesar de las funciones de sanidad marítima que tenía delegadas desde 1844 y de estar compuesto exclusivamente por diplomáticos europeos, dependía del consentimiento formal de las autoridades marroquíes para llevar sus medidas a la práctica. Es innegable que el Consejo sirvió a múltiples intereses europeos. Así, pasó a formar parte de la barrera de protección que los países europeos establecieron en la ribera sudeste del Mediterráneo para evitar la llegada a sus puertos de las pandemias de cólera⁶³⁷. La colonia extranjera residente en Tánger fomentó su creación para evitar verse afectada por los brotes epidémicos (cólera, tifus, peste) que llegaban por vía marítima o terrestre. Además, las potencias extranjeras tenían gran interés en poder controlar el estado de los barcos que salían del puerto y llegaban a él, con el objetivo de aumentar el tráfico comercial con Marruecos e impulsar la “penetración pacífica”, así como el tráfico general a través del Estrecho de Gibraltar que, a partir de la década de 1880, supuso, por ejemplo, nada menos que el 80% del comercio marítimo británico⁶³⁸.

Sin embargo, no es menos cierto que el Sultán y el Majzén mantuvieron legalmente las competencias de sanidad marítima, ya que sólo las “delegaron” en el Consejo; que lograron hacer de éste un organismo plurinacional (había representantes diplomáticos de 11 países) donde el predominio de un único país resultaba casi imposible; que la puesta en práctica efectiva de las diversas medidas sanitarias dependía de los *caïd*-s, *baja*-s y otros funcionarios; que se mantuvo en buena medida el control sobre los desplazamientos de

⁶³⁷ SCHEPIN, YERMAKOV (1991), 45; PROUST (1896); EL BEZZAZ (1984).

peregrinos a La Meca a pesar de las periódicas protestas de los representantes europeos; y que el funcionamiento del Consejo les permitió, en definitiva, modernizar indirectamente el servicio de sanidad marítima del país, con lo que esto supuso de transformación de las condiciones sanitarias de la población. En fecha tan avanzada como 1899, los representantes diplomáticos en Tánger se lamentaban con impotencia de que el Consejo todavía ejerciera “sus funciones en calidad de ‘órgano del Sultán’, de cuyo libre arbitrio depende la ejecución de sus decisiones”. Aunque exagerada, tal afirmación reflejaba la capacidad de intervención del Sultán en este organismo⁶³⁹.

De forma semejante, la creación de hospitales europeos en Tánger y el envío de médicos a los consulados existentes en las principales ciudades marroquíes sirvió a los fines de “penetración pacífica” y de “atracción” de algunas potencias coloniales que pretendían hacerse con el control del país en un futuro próximo, tanto por la asistencia que se prestaba a la población local, como por la información que se obtenía por la presencia en el país y el contacto con las autoridades marroquíes, incluidos el Sultán y su corte y el Majzén. Pero, al mismo tiempo, fueron el Sultán y el Majzén los que autorizaron la creación de hospitales y el envío de médicos; los que controlaron sus iniciativas, frenando, por ejemplo, la extensión significativa de sus actividades más allá de las ciudades y evitando la creación de “comisiones de higiene” urbanas controladas por los médicos europeos⁶⁴⁰. También favorecieron las iniciativas de diversos países (España, Francia, Gran Bretaña, Estados Unidos) para evitar el predominio exclusivo de uno de ellos y se valieron de estas medidas para transformar las condiciones sanitarias de la población de las ciudades, al conseguir indirectamente la modernización de la sanidad interior.

Por último, la presencia de la sanidad española en los enclaves de Ceuta, Melilla, los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas y las islas Chafarinas no podía ser evitada, pero, al menos, se consiguió que no se extendiera más allá de ellos. Del mismo modo, se frenaron las pretensiones expansionistas francesas desde el Oranesado argelino. El juego

⁶³⁸ JOVER ZAMORA (1999).

⁶³⁹ MEMORÁNDUM... (1899).

⁶⁴⁰ La primera de estas comisiones comenzó a funcionar en Tánger en 1884. Sobre su trayectoria histórica, ver MARCO (1913).

diplomático marroquí contribuyó a limitar el expansionismo hispano-francés, incluso en situaciones tan comprometidas como la Guerra de África, a raíz de la cual los españoles instalaron varios hospitales provisionales en Tetuán desde los que se prestó, durante los dos años que duró la ocupación de la ciudad, cierta asistencia a la población local. Marruecos consiguió a través de Gran Bretaña que los españoles abandonaran la ciudad, que no volvería a ser ocupada hasta 1913.

De forma complementaria a lo anterior, el Sultán y el Majzén trataron de evitar una excesiva heterogeneidad interna en relación con los asuntos de salud y enfermedad colectiva, aún sabiendo que reducirla significativamente a favor de una sanidad “a la europea” estaba fuera de sus posibilidades. Por ejemplo, como ya dijimos, los *cheikh*-s de las *zaouias* y los *chorfa* de los morabitos gozaban de cierta autonomía respecto al poder central. Entre otras cosas, esto les otorgaba una amplia libertad de acción a la hora de decidir la organización de la asistencia benéfica que se procuraba en sus establecimientos a sectores de población urbanos y rurales o en la expedición de diplomas de ejercicio médico. No obstante, existían límites a la autonomía de estos cargos e instituciones. El Sultán y el Majzén podían nombrar o sustituir a los jefes de las mezquitas y las *zaouia*-s o influir en ello indirectamente. Como último recurso, durante las décadas centrales del XIX, diversos intentos de *zaouia*-s por actuar al margen del Majzén en sus territorios de influencia se habían saldado con su destrucción y con la muerte o apresamiento de sus jefes y miembros.

La influencia, ya que no la acción, del poder central también se extendió a aquellas zonas periféricas, montañosas o desérticas, con población mayoritariamente bereber, en las que pervivían formas tradicionales de asistencia más allá del alcance incluso de la organización benéfico-religiosa rural. Es cierto que la autoridad del Sultán y del Majzén eran demasiado débiles como para intentar de alguna manera una extensión a estas zonas de la beneficencia cívico-religiosa o de los cultivadores privados de la medicina árabe clásica. No obstante, sí que se encontraban en situación de evitar que dichas zonas se extendieran más allá de sus límites tácitos o que pretendieran obtener un reconocimiento “oficial” a sus prácticas e instituciones. En este sentido, por ejemplo, las expediciones “punitivas” que los Sultanes llevaron a cabo durante este periodo a zonas como el Rif, el Sus o Tafilalet no sólo

tenían repercusiones a nivel político – asegurar la obediencia de un líder local o de una región – o fiscal – asegurar la recaudación de impuestos – sino que, en un plano más general, contribuían a que dichas zonas no se salieran de su papel en el conjunto de la sociedad marroquí en todos los aspectos, a que no pudieran asegurarse un reconocimiento u obtener concesiones. Todo ello afectó también a los asuntos médico-sanitarios.

En definitiva, las autoridades marroquíes pudieron intervenir en el desarrollo del entramado de límites sanitarios del país, aunque la debilidad de sus iniciativas provocó que dichos entramados adolecieran de una gran permeabilidad y de escasa homogeneidad (consecuentemente, de un bajo grado de diferenciación, alcance y polarización a nivel de demarcaciones y fronteras). Aparentemente se podía afirmar, y así se ha hecho en numerosas ocasiones hasta la actualidad, que la sanidad en Marruecos era un asunto en manos extranjeras, dividido en iniciativas de distintos países desconectadas entre sí y casi inexistente frente al resto de estructuras de salud colectiva tradicionales del país. No obstante, los conceptos de “diversificación” y “limitación” nos permiten identificar el papel de las autoridades marroquíes en el *proceso de sanitarización*, conectar las diversas estructuras y medidas sanitarias puestas en marcha y reconocer su alcance a sectores sociales y territoriales más amplios. En definitiva, nos permiten clarificar la “iniciativa marroquí” dentro del desarrollo sanitario en este país.

El Sultán, como jefe del Estado con mayores poderes efectivos que los de los países europeos, era el responsable último y principal de los asuntos sanitarios marroquíes. Su autoridad, simbolizada por los *dahires* y *firmanes*, consistió en la práctica en garantizar el equilibrio entre las injerencias sanitarias extranjeras y los intereses de la salud colectiva del país, la conexión de las estructuras modernas y tradicionales y el desarrollo de los entramados sanitarios. Empleando términos del *proceso de sanitarización*, el Sultán garantizaba un equilibrio entre la cohesión de las demarcaciones y la impermeabilidad de las fronteras sanitarias. No obstante el poder del Sultán, también los miembros del Majzén ocuparon una posición “suprainstitucional” en el Estado marroquí, con mayor capacidad de acción que en épocas previas. El *naib* residente en Tánger, que actuaba como ministro de Estado, o el jefe de las *mhallas*, equivalente a un ministro de la Guerra, que solía ser

familiar directo del Sultán (Sidi Mohammed ocupó este cargo entre 1845 y 1859, antes de convertirse él mismo en Sultán) contribuyeron a las funciones que hemos señalado en el mismo sentido que el Sultán.

Analizemos por ejemplo desde esta perspectiva el Consejo Sanitario de Tánger. Este organismo respondió al mismo tiempo a intereses aparentemente contradictorios. Así, permitió a distintos países extranjeros, casi todos europeos, materializar su intervención en los asuntos de salud y enfermedad colectiva de Marruecos a través de la creación de una organización de sanidad marítima moderna constituida por sus representantes diplomáticos. Sin embargo, el hecho de que hubiera miembros de hasta 11 países distintos en dicho consejo y en las delegaciones de las ciudades portuarias, así como la obligación de que todos los países aportaran la misma contribución económica, impidió que ninguno de ellos tuviera asegurado su control y restó eficacia al funcionamiento general del organismo.

Desde una perspectiva interna, la creación del Consejo sirvió para potenciar el desarrollo del componente “liberal” del Estado marroquí a través de la *Dar al-Niaba*, dirigida generalmente por ricos comerciantes o diplomáticos familiarizados en el trato con Europa. Al mismo tiempo, sin embargo, los *caïd*-s residentes en las ciudades portuarias conservaron capacidad de actuar al margen del *naïb* a través de sus tratos con las Delegaciones del Consejo. Por otra parte, el Consejo servía a intereses comerciales extranjeros y a las comunidades extranjeras residentes en las ciudades costeras marroquíes, ya que su existencia daba ciertas garantías sobre la seguridad del tráfico europeo con los puertos marroquíes, permitiendo su desarrollo, y posibilitaba el establecimiento seguro de europeos en el país. No obstante, su funcionamiento también beneficiaba por las mismas razones a los comerciantes marroquíes y a la población de dichas ciudades, aunque fuera en distinto grado.

Una complejidad similar puede descubrirse en la modernización de la Sanidad militar en el contexto de las reformas (*nizam*) del Ejército marroquí. El recurso de los Sultanes y del Majzén al Imperio otomano, Egipto, Francia, España o Inglaterra confirmaba la dependencia marroquí de estos países, pero, a la vez, evitaba el predominio de uno solo.

De hecho, el papel importante que jugaron los contactos e intercambios con otros países árabes en los asuntos militares pretendía, sobre todo, restar influencia a los europeos en una institución crucial para el mantenimiento de la soberanía marroquí y supuso una novedad frente a la tendencia secular del país a mantener su separación respecto a la potencia dominante en el mundo islámico desde los siglos XV-XVI. Desde una perspectiva interna, estas medidas configuraron en principio una Sanidad militar controlada por la administración central. Sin embargo, su repercusión debió limitarse básicamente a los cuerpos *'askar*, que suponían un contingente muy pequeño, de forma que el grueso de las fuerzas de las *mhallas* debió mantener su autonomía a la hora de organizar el cuidado de sus enfermos, lo mismo que las fuerzas urbanas que tenían a su servicio los *caïd-s* y *baja-s*.

Esta complejidad de los intereses involucrados en la configuración de los entramados sanitarios de Marruecos estuvo seguramente en la base de su escaso desarrollo. El equilibrio que las autoridades marroquíes consiguieron entre la impermeabilidad y la coherencia de dicho entramado (a través de los mecanismos de diversificación y limitación) se tradujo en un aumento cuantitativo mas bien modesto de los parámetros de diferenciación, intensidad y polarización de las demarcaciones y fronteras sanitarias. En todos los ámbitos, territorial, social, funcional, político-administrativo, corporativo, institucional o científico el desarrollo fue bastante limitado, lo que dio a la sanidad un marcado carácter “oligárquico” o incluso “personalista” (del Sultán).

Indudablemente, esto se asoció con la existencia de amplios “huecos” y consolidadas “fisuras” en el entramado sanitario. Así, hubo muchas zonas del país, en general en el medio rural, donde la beneficencia continuó desempeñando un papel fundamental en la gestión de los problemas de salud y enfermedad colectiva. Es importante señalar que la organización benéfica también fue el resultado de un equilibrio entre intereses extranjeros y propios del país, de ahí que hubiera tanto una multiplicidad de iniciativas extranjeras en este sentido (franciscanos españoles, misioneros protestantes anglosajones, entidades civiles en Tánger) como un esfuerzo de centralización por parte de las autoridades marroquíes. Respecto a las “fisuras”, éstas se originaron a consecuencia del aumento de poder de líderes locales en ciertas regiones alejadas del control del Sultán,

generalmente a través de sus contactos independientes con los europeos. Estos líderes no tenían, en principio, intención de rebelarse contra el Sultán (aunque en ocasiones lo hicieran) sino más bien de mantener un alto grado de autonomía práctica a cambio de un reconocimiento formal de su autoridad. Dentro de esa autonomía, se habría incluido la organización de la asistencia benéfica.

No obstante, el carácter “personalista” de la sanidad marroquí, su dependencia de las decisiones del Sultán más que de las del Majzén se explica sobre todo por la existencia de amplias zonas periféricas (Rif, Alto Atlas, Tafilalet, Figuig, Tuat, Sus, Tazeroualt o Draa) donde las estructuras de atención a la salud y la enfermedad colectivas se basaban en saberes, prácticas e instituciones propias de los grupos beréberes y nómadas que las habitaban. Estas estructuras se encontraban casi al margen de las de sanidad y beneficencia (aunque esto no quiere decir que no hubiera contactos con ellas), por lo que constituían una especie de “fracturas” que periódicamente se concretaban por una combinación de rebelión interna e injerencias extranjeras.

Este carácter, como el de todos los elementos que hemos considerado hasta ahora, también respondió a intereses múltiples y contradictorios. Por una parte, la existencia de zonas con estructuras tradicionales colocaba al Sultán en su posición de poder “suprainstitucional”, ya que era su autoridad y su fuerza la única capaz de evitar su funcionamiento completamente independiente (su afirmación explícita frente al Sultán) o su integración dentro del entramado sanitario de los Imperios español y francés, que presionaban para anexionarlas desde sus puestos avanzados en la costa norte, el Oranesado y Senegal. Al mismo tiempo, sin embargo, su incapacidad de extender efectivamente a esos territorios las estructuras de beneficencia o de sanidad o de terminar definitivamente con la amenaza de ocupación extranjera, provocaba que aquella posición de poder pudiera ser periódicamente cuestionada desde el interior y desde el exterior.

Se trataba de un problema general del Estado marroquí. La legitimidad del Sultán como jefe del Estado con amplios poderes frente a posibles rivales dinásticos, grupos de notables y líderes locales poderosos residió en buena medida en su capacidad de asegurar la

integridad territorial del país frente a amenazas extranjeras y “desórdenes” internos, bien mediante operaciones armadas, bien mediante negociación. Al mismo tiempo, esta capacidad para efectuar despliegues militares y alcanzar acuerdos en el interior y en el exterior, le permitió frenar las pretensiones extranjeras de intervención y mantener su capacidad de actuación en el contexto internacional. Por otra parte, las iniciativas militares y civiles no tuvieron capacidad para integrar dichas zonas en la sociedad marroquí sino simplemente mantener su posición marginal y evitar su colonización (también a nivel sanitario). Del mismo modo, el Sultán nunca tuvo capacidad para frenar la pretensión de los extranjeros de conseguir una mayor intervención en los asuntos del país o la anexión de ciertos territorios. Todas estas continuas operaciones armadas para sofocar rebeliones armadas o hacer frente a españoles y franceses, así como las negociaciones con los jefes locales y las diplomacias extranjeras tuvieron también repercusiones en la esfera de la salud y la enfermedad colectivas.

En definitiva, si algo hemos querido mostrar en este apartado es que la debilidad de Marruecos en el contexto de competencia del *proceso de sanitarización* mundial se tradujo en su incapacidad para promover iniciativas autónomas con las que organizar un entramado sanitario estrictamente marroquí. Pero frente a las visiones que priman la descomposición “en mosaico” del país y su “dependencia” de múltiples potencias extranjeras, aplicando esquemas derivados de un modelo colonial formal o informal, también creemos que los mecanismos de “diversificación” y “limitación” revelan una *cierta* capacidad de actuación específica, a través de la cual se consiguió equilibrar y conectar los diversos elementos en juego en el ámbito sanitario, a expensas de la multiplicación de sus implicaciones. La nuestra no es, por tanto, ni una visión colonialista, ni tampoco nacionalista. A partir de esta base, trataremos en el siguiente apartado de precisar cuál fue el papel de la relación hispano-marroquí en del entramado de límites sanitaristas militares del Imperio español.

5.2. Las relaciones sanitarias hispano-marroquíes durante las décadas centrales del siglo XIX.

En la exposición del *proceso de sanitarización* en el Imperio español durante las décadas centrales del siglo XIX que realizamos en los capítulos tercero y cuarto,

ignorábamos de forma deliberada las relaciones relativas a los asuntos de salud y enfermedad colectivas entre los ejércitos español y marroquí y entre España y Marruecos en general. El motivo es que considerábamos imprescindible realizar al menos una breve exposición de la situación de la sanidad marroquí en aquel periodo antes de poder analizar el papel que dichas relaciones tuvieron en la configuración sanitaria del Imperio español. Para ello no basta, no obstante, con haber identificado el carácter intermedio de Marruecos en el *proceso de sanitarización* mundial y los mecanismos que permitieron su participación relativamente activa en dicho proceso. Es también necesario describir adecuadamente los elementos de la sanidad española en el Imperio marroquí en este periodo.

5.2.1. La sanidad española en el Imperio marroquí: elementos, contexto, desarrollos específicos.

El Imperio xerifiano se fue perfilando desde mediados del siglo XIX como el objetivo más real y ambicioso entre las diversas empresas de expansión españolas de la época. No obstante, la pretensión de controlarlo en su totalidad, que todavía dominaba la visión de políticos y militares, pronto se reveló como extremadamente difícil, ya que incluso potencias coloniales tan poderosas como Gran Bretaña y Francia consideraban que tal empresa resultaría demasiado costosa en hombres y dinero y habría de conseguirse derrotando no sólo al Ejército marroquí, sino a fuerzas locales que podían organizarse por su cuenta y ofrecer gran resistencia⁶⁴¹.

Esto no impidió iniciativas puntuales de expansión en territorio marroquí que incluyeron la ocupación de las islas Chafarinas en 1848, la ampliación de los “campos exteriores” de Melilla y Ceuta y la adjudicación “teórica” del enclave de Santa Cruz de la Mar Pequeña (estas dos últimas en el contexto previo y posterior a la Guerra de África de 1859-60). Estas zonas se sumaron a los enclaves ya existentes de Ceuta, Melilla y los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas. En el curso de la Guerra de África, España también llegó a ocupar la franja de territorio entre Ceuta y Tetuán, incluida esta ciudad, aunque en mayo de 1862 hubo de devolverla a Marruecos⁶⁴². Asimismo, España fue

⁶⁴¹ PENNELL (2000), p. 40.

⁶⁴² *Ibid.*, pp. 65, 68-69.

consolidando su “penetración” no territorial en Marruecos a través, entre otras cosas, de su participación en la Junta de cónsules de Tánger o del establecimiento de consulados en las principales ciudades portuarias o de la firma de tratados comerciales como el de 1861 (que se acompañó dos años después de la declaración como “puertos francos” de Ceuta, Melilla y Chafarinas, así como de los puertos canarios).

Las iniciativas de expansión y penetración española en Marruecos se dieron también en el ámbito de la salud pública y también tuvieron todavía como objetivo el control de la totalidad de la estructura sanitaria de este país. Igualmente, se trataba de un proyecto fuera del alcance de las posibilidades españolas tanto por la posición de desventaja en la competencia de otras potencias europeas más fuertes (Gran Bretaña y Francia sobre todo), como por las actuaciones de las autoridades marroquíes, capaces de orientar las iniciativas españolas con arreglo a sus propios fines, como hemos visto. Es por ello que el estado de los distintos elementos de la sanidad española en Marruecos durante las décadas centrales del siglo XIX debe analizarse dentro del contexto general del *proceso de sanitización* marroquí, tal y como lo definimos en el apartado anterior.

Comenzaremos nuestro análisis por la Sanidad militar. En este periodo, la localización de los recursos institucionales, materiales y humanos de la Sanidad militar española en Marruecos estuvo limitado casi exclusivamente a los enclaves de la costa norte marroquí ya mencionados. En nuestra opinión, tal y como se expresaba en el apartado 5.1.2, los territorios vecinos a estos enclaves (Yebala y Rif) constituyeron en su mayor parte zonas disputadas entre el Imperio español, que pugnaba por de incorporarlas a su seno a través de diversas iniciativas expansionistas no exclusivamente militares; y el Imperio marroquí, que trató de afirmar en ellas la autoridad del Sultán y el Majzén a través, entre otras cosas, del envío regular de *mhallas* o *harkas* y del establecimiento de puestos militares en lugares contiguos a los enclaves españoles como Badis (frente a Vélez), Axdir (Alhucemas) y Zeluán (Melilla), aunque el segundo no llegara a materializarse⁶⁴³.

⁶⁴³ En este sentido, compartimos en líneas generales esta opinión del historiador marroquí Abdelmajid Benjelloun: “No creo realizar una gran afrenta a la verdad histórica si afirmo que la guerra de 1893 fue un conflicto triangular entre el Estado marroquí, su homólogo español y la confederación de los Guelaya”. BENJELLOUN (1994), pp. 152-153.

Desde el punto de vista sanitario, Ceuta, Melilla y el resto de presidios constituían “fracturas” en el entramado de límites sanitarios marroquí y, desde ellos, la Sanidad militar española amenazaba cada vez con más fuerza con ampliar dicha “fractura” a todo el norte de Marruecos, ya que no a la totalidad del país. Las décadas centrales del siglo XIX se caracterizaron por un desarrollo lento pero continuo de las demarcaciones y fronteras sanitarias militares españolas en la zona. Respecto a las demarcaciones y, en primer lugar, a su diferenciación, Ceuta y Melilla no tuvieron en el ámbito territorial consideración de distrito sanitario, ni siquiera de plaza, en los Reglamentos de Sanidad militar de 1846, 1847 y 1855, dada su pequeña importancia. Ceuta dependía del distrito de Andalucía y Melilla, del de Granada. Sin embargo, la ocupación de las islas Chafarinas en 1847 y la ampliación de los “campos exteriores” de Ceuta y Melilla en el contexto anterior y posterior a la Guerra de África motivaron la designación de estos dos enclaves como plazas militares. Más aún: después de la guerra, Ceuta pasó a tener oficialmente consideración de distrito sanitario, equiparado a los de la península y Ultramar, mientras que Melilla gozó de similar autonomía en la práctica, aunque no recibiera dicha consideración oficial⁶⁴⁴. Chafarinas y los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas dependían de Melilla.

En el ámbito social, aumentó la diferenciación entre la atención sanitaria a oficiales y a la tropa. A ello contribuyó no sólo la constitución de unidades formadas por militares profesionales y soldados de reemplazo, sino también, por ejemplo, la creación en Ceuta de la Sección de Moros Tiradores del Rif, integrada por oficiales españoles y soldados rifeños⁶⁴⁵. En el ámbito funcional, la Sanidad militar se vio obligada progresivamente a la necesidad de hacer frente a enfermedades como el paludismo, a consecuencia del mayor contacto con las cábilas circundantes y de la expansión de los límites territoriales de los enclaves.

⁶⁴⁴ REGLAMENTO... (1873), p. 298.

⁶⁴⁵ En el censo de 1875, figuraban entre la población de Ceuta 92 musulmanes, de los cuales 36 eran mujeres y 56 pertenecían a la Compañía de Moros Tiradores originada a partir de los soldados Mogataces que se habían instalado en la ciudad tras el abandono de Orán en 1791. QUERO ALFONSO (1999). Sobre los avatares de la Compañía de Mogataces y de los Moros Tiradores del Rif, ver ARQUÉS, GIBERT (1992).

En el ámbito institucional, existían en 1846 tres hospitales militares, de los cuales el de Ceuta era el obsoleto Hospital Real o Real Hospital Militar, construido en 1698 y reformado desde entonces en diversas ocasiones⁶⁴⁶. De los dos de Melilla, carezco de datos precisos, aunque uno era también Hospital Real militar. A ellos se añadió desde 1848 el de las islas Chafarinas, situado en la isla de Isabel II, la mayor del pequeño archipiélago. En el ámbito político-administrativo, el Reglamento de 1846 asignó a Ceuta y Melilla su respectivo Jefe facultativo local, el cual, a partir de 1855, actuó como Jefe de Sanidad de la plaza. Después de la Guerra de África, el Jefe de Sanidad de Ceuta pasó a actuar oficialmente como Jefe de Sanidad de distrito, con independencia del de Andalucía, mientras que el de Melilla pudo actuar en la práctica como tal aunque no recibiera formalmente dicha consideración⁶⁴⁷. En el ámbito corporativo, se aplicaron en los enclaves las disposiciones contenidas en los Reglamentos de 1846-47 y 1855. Durante la Guerra de África se creó en Ceuta la primera “compañía de Sanidad” de que dispuso la Sanidad militar española, aunque se disolvió una vez terminadas las operaciones⁶⁴⁸.

Respecto a la intensidad, ya hemos señalado cómo la extensión territorial de las plazas aumentó ligeramente durante este periodo y, con ella, el alcance de la Sanidad militar. En el ámbito social, aumentó el número de oficiales y de soldados españoles y rifeños que integraban las guarniciones de los enclaves españoles. En el ámbito institucional, el número de hospitales aumentó con la creación del de Chafarinas. En el ámbito corporativo, el Reglamento de 1846 asignó dos Segundos Ayudantes médicos para cubrir el servicio de cada uno de los tres hospitales que existían por entonces y de la guarnición de los enclaves⁶⁴⁹. En el Reglamento de 1855 se asignó ya un Primer Ayudante Médico para cada uno de los primeros batallones del Regimiento fijo de Ceuta y un

⁶⁴⁶ DIZ RODRÍGUEZ (1999), p. 240.

⁶⁴⁷ A raíz de la conversión de Ceuta y Melilla en plazas militares tras la firma del Tratado de paz el 26 de abril de 1860 y en puertos francos en 1863 (tras la firma con Marruecos del Tratado comercial de 20 de noviembre de 1861) y de su cada vez mayor valor estratégico ante futuras operaciones militares, tuvo lugar un aumento tanto de su guarnición militar fija como de la población civil que residía en ellas. Ambos factores estimularon el desarrollo de la Sanidad militar, de forma que el Jefe facultativo local de Ceuta pasó quedó equiparado, a efectos prácticos, a los Jefes de Sanidad de los distritos peninsulares y dejó de depender del de Andalucía. REGLAMENTO... (1873), 298. La separación se confirmó oficialmente cuando en 1874 se creó la denominada Capitanía General de África, con sede en Ceuta, separada ya de Andalucía. CORDERO TORRES (1960), p. 389.

⁶⁴⁸ MASSONS (1994), III, p. 317.

⁶⁴⁹ REGLAMENTO... (1846), p. 298.

Segundo Ayudante Médico para cada uno de los segundos batallones, médicos que realizaban también el servicio de hospitales⁶⁵⁰. El nuevo reglamento introdujo además como novedad que ocho de los veinte recién creados “médicos de entrada” fueran destinados a dichos hospitales, en los cuales deberían permanecer “cuando menos un año, si no les correspondiese el ascenso al empleo inmediato”⁶⁵¹. Se inauguraba así oficialmente una práctica, la de enviar a los médicos recién ingresados en el Cuerpo a los enclaves del norte de Marruecos, que habría de consolidarse con el paso de los años. Aumentó el número de oficiales y tropa asistidos por la Sanidad militar, aumentaron los supuestos de enfermedad cubiertos por ella y se alargó la línea consultiva-inspectora. Respecto a la polarización, los anteriores desarrollos indujeron un aumento de la misma en todos los ámbitos.

Durante la Guerra de África se pudo ver de forma especialmente clara el desarrollo de las demarcaciones de la Sanidad militar española en Marruecos, aunque sólo fuera de forma transitoria. Así, en las plazas de Ceuta y Melilla, especialmente en la primera, se crearon establecimientos *ad hoc* para atender al elevado número de heridos y, sobre todo, enfermos (especialmente, coléricos) que resultaron de las diversas operaciones armadas y de la mera concentración de elevados contingentes de tropas. La organización sanitaria militar dejó de depender de los distritos de Andalucía y Granada y pasó a hacerlo en la práctica de la Jefatura de Sanidad del Ejército de Operaciones. En el tiempo que duró la ocupación de Tetuán (enero de 1860 – mayo de 1862), se instalaron allí varios hospitales militares provisionales que dependieron de la Jefatura de Ceuta, lo que supuso una ampliación considerable de su organización sanitaria militar en todos los ámbitos⁶⁵².

Respecto al desarrollo de las fronteras de la Sanidad militar, su diferenciación territorial aumentó a través de la constitución de los “campos exteriores” de Ceuta y Melilla. En el ámbito político-administrativo, el nuevo distrito de Ceuta se denominó significativamente “de África” por sus pretensiones de extenderse a nuevos territorios. En el ámbito social, se comenzó a integrar a parte de la población rifeña (por ejemplo, a través

⁶⁵⁰ REGLAMENTO... (1855), p. 353.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 359.

⁶⁵² SERRALLONGA URQUIDI (1998), p. 255; MASSONS (1994), II, p. 220.

de la Compañía de Moros Tiradores del Rif) en el radio de acción de la Sanidad militar. Durante la ocupación de Tetuán, la frontera sanitaria militar se amplió de forma transitoria a toda la franja costera entre Ceuta y aquella ciudad.

No obstante, como se puede deducir de los propios datos, el desarrollo de la Sanidad militar española en Marruecos estuvo muy por debajo de las expectativas que se habían creado y, además, las iniciativas españolas no tuvieron un carácter tan autónomo como se quiso mostrar. En este último aspecto, el expansionismo militar español en Marruecos estuvo condicionado en buena medida por la amenaza de que los franceses extendieran sus actuaciones desde Argelia a territorio marroquí. La ocupación de Chafarinas y la Guerra de África fueron la respuesta española a la victoria francesa en la batalla de Isly en 1844 y a una expedición que los franceses lanzaron desde el Oranesado hacia el este de Marruecos a mediados de 1859 respectivamente⁶⁵³. También, de forma indirecta, pretendían contrarrestar el creciente poder de Gran Bretaña sobre el Sultán que se reflejó en hechos como la “protección” naval dispensada por la Armada británica o la apertura de los puertos marroquíes al comercio con aquel país desde 1856. Las iniciativas de la Sanidad militar española trataban, por tanto, de seguir la estela de las de la Sanidad militar francesa y las de la Sanidad naval británica.

Respecto a la débil expansión e influencia de la Sanidad militar española en Marruecos, no puede entenderse adecuadamente si no se la sitúa en el contexto del complejo equilibrio elaborado por el Sultán y el Majzén entre el intervencionismo europeo y el desarrollo interno. En dicho equilibrio, operado a través de los mecanismos de diversificación y limitación, la injerencia de la Sanidad militar española quedó prácticamente confinada a los enclaves costeros, sin extenderse al *hinterland* rifeño-yebalí, aunque estaría por ver una posible influencia en el proceso de reforma de la Sanidad militar marroquí. Por una parte, el Sultán fue consciente de la interferencia entre los intereses de las distintas potencias europeas y trató de utilizarla a su favor. Por ejemplo, las derrotas en

⁶⁵³ La expedición francesa comandada por el general Martimprez o Martimprey vio cómo 4.000 de sus hombres fueron afectados por una epidemia de cólera en un paralelismo nada casual con lo que les sucedió a las tropas españolas en la Guerra de África. RAYNAUD (1902), p. 86; SERRALLONGA URQUIDI (1998), p. 247.

Isly y Uad-Ras, que podían haber supuesto una ampliación permanente de la presencia sanitaria militar francesa y española en territorio marroquí, quedaron sin consecuencias por el recurso a Gran Bretaña, que obligó a la retirada de los respectivos ejércitos. No obstante, el mantenimiento de la amenaza francesa y española desde el Oranesado y los enclaves costeros ayudó a que la dependencia de Gran Bretaña no fuera incondicional. Al mismo tiempo, Francia y España se vigilaron y presionaron continuamente para evitar que cualquiera de ellas adquiriera una posición ventajosa, lo que contribuía a reducir drásticamente posibles intervenciones. Todo ello impidió la expansión directa de la Sanidad militar española en el norte de Marruecos.

Por otra parte, el Sultán y el Majzén trataron de desarrollar las demarcaciones sanitarias militares para evitar que se concretaran las “fracturas” de zonas periféricas como Yebala o el Rif. Para ello se emprendió la reforma militar (*nizam*) siguiendo los modelos de países como Egipto y el Imperio otomano, de quienes se debió requerir la mayor parte del personal, técnicas y ejemplos institucionales y administrativos necesarios para ponerla en práctica, aunque la participación británica también debió ser significativa. Gracias a ello, se consiguió, si no extender las demarcaciones a aquellas zonas periféricas, sí al menos evitar que pusieran en peligro su desarrollo en el resto del país y que sirvieran como pretexto para la intervención extranjera. Así, el envío de *mhallas* y el establecimiento de puestos militares en Badis, Axdir y Zeluán buscaba tanto neutralizar la inestabilidad que la autonomía de los rifeños creaba al poder del Sultán, como terminar con sus agresiones armadas a los enclaves españoles. En esta situación, los pretextos que podrían haber justificado la intervención de la Sanidad militar española quedaron considerablemente reducidos.

En definitiva, dentro del juego de equilibrios internos y externos desplegado por las autoridades marroquíes, la Sanidad militar española se encontró en una situación de predominio de las iniciativas de Francia y Gran Bretaña y de relativa fortaleza de la Sanidad militar marroquí. Una situación en la que no controlaba completamente ni siquiera sus propias iniciativas, puesto que en ciertas ocasiones podía verse arrastrada a un movimiento de expansión o a ejercer su influencia por movimientos del resto de implicados

y en otras podía suceder que su actuación favoreciera la posición de predominio de Francia o Gran Bretaña sobre el país vecino o la consolidación de la Sanidad militar marroquí frente a las influencias externas o la inestabilidad interna. El resultado fue un estancamiento, en el que no se consiguió extender de forma significativa la influencia española al conjunto de la Sanidad militar marroquí, ni tampoco unificar los recursos, instituciones y personal sanitarios existentes en los enclaves costeros, dos problemas que habrían de condicionar gravemente futuras actuaciones.

La atención a la Sanidad militar no debe ocultar que la marítima fue el otro componente de la sanidad española cuya presencia en Marruecos fue más activa en este periodo. En este caso, el grueso de las iniciativas españolas se concentró en Tánger y en las ciudades de la costa atlántica marroquí, lo que revelaba de forma explícita las aspiraciones de la sanidad española sobre la totalidad de la estructura sanitaria marroquí. No obstante, la concreción real de las iniciativas españolas indicaba al mismo tiempo de forma clara la imposibilidad de actuar con independencia de las autoridades marroquíes y del resto de potencias europeas. Así, España participó en la Junta consular desde sus comienzos. Después de la creación del Consejo en 1844, nuestro país estuvo representado en la sede tangerina de dicha institución por el jefe de la Legación de Tánger y en las Delegaciones, por los cónsules de las ciudades portuarias. En el funcionamiento del Consejo, la posición de España adoleció de problemas semejantes a los que impidieron las pretensiones de intervención de la Sanidad militar: debilidad frente a Francia y Gran Bretaña y capacidad del Sultán para hacer valer en cierta medida los intereses marroquíes.

La única iniciativa que España pudo tomar en asuntos de sanidad marítima en Marruecos de forma independiente respecto al Consejo consistió en la adjudicación de una Dirección especial de 3ª clase al puerto de Ceuta a raíz de la Ley de Sanidad de 1855⁶⁵⁴. En Melilla y Chafarinas, a pesar de su consideración como "puertos francos" desde 1863, no existieron puertos acondicionados ni organización sanitaria hasta finales del XIX y principios del siglo XX. En cualquier caso, como en la Sanidad militar, las iniciativas de intervención directa quedaron limitadas a los enclaves costeros bajo soberanía española.

⁶⁵⁴ LEY DE SANIDAD (1855).

El predominio de los componentes militar y marítimo en la sanidad española en Marruecos en este periodo no implica que no existiera un desarrollo de la Sanidad interior o de la Sanidad naval. No obstante, fue característico que en el contexto de Marruecos, el balance entre las distintas ramas sanitarias se inclinara aún más favor de las dos primeras que en el resto del Imperio español. Concretamente, por ejemplo, las funciones de la Sanidad naval española fueron asumidas casi exclusivamente por la militar. Ni siquiera en Ceuta, Melilla y el resto de enclaves existieron destacamentos de la Armada española, mucho menos en Tánger o en las ciudades atlánticas marroquíes. Como excepción, se crearon unas unidades denominadas "Compañías del Mar" que constituían una especie de Infantería de Marina pero que realizaba sus servicios exclusivamente en tierra y no en buques. La atención médico-sanitaria a dichas compañías estuvo a cargo de los dispositivos de Sanidad militar de los enclaves.

Respecto a la Sanidad interior, Ceuta, Melilla y los presidios menores carecieron de dispositivos del tipo Juntas locales de Sanidad y la atención a la población civil estuvo en manos de la beneficencia y de médicos privados – en la medida en que ambos recursos existían - y de la Sanidad militar⁶⁵⁵. En Marruecos, la expansión de la Sanidad civil interior española estuvo completamente ligada a la extensión del sistema de consulados oficiales, que antes de la Guerra de África se había limitado al de Tánger, entre otras cosas por exigir el Sultán el pago de un tributo por el derecho a la representación consular como muestra de su soberanía⁶⁵⁶. Tras la guerra se establecieron consulados en Tetuán (1861), Mogador (1862), Safi (1864), Mazagán (1867), Larache, Rabat y Casablanca (1868)⁶⁵⁷. Inmediatamente, y como parte de las medidas de “penetración pacífica”, se decidió destinar médicos a dichos consulados “no sólo para la asistencia gratuita de los españoles, sino de

⁶⁵⁵ En Ceuta, existía ayuntamiento desde 1812 “pero el Capitán General – primero de Andalucía, luego de África – ejercía autoridad sobre él”. En Melilla, existía desde 1817 una Junta municipal, que se suprimió en 1848 y fue restablecida en 1855, aunque estaba bajo control directo de los militares. No obstante, las competencias de ambos organismos fueron muy escasas (por ejemplo, la Junta de Melilla tenía facultades “de abastecimiento y de relación con el campo moro”) y entre ellas no se incluyeron los asuntos sanitarios. CORDERO TORRES (1960), p. 392; CARCAÑO MAS (1991).

⁶⁵⁶ LAREDO (199), p. 286.

⁶⁵⁷ Ministerio de Asuntos Exteriores, Archivo Histórico, Correspondencia con Embajadas y Legaciones.

cuantos demandaran sus auxilios”⁶⁵⁸. España fue el primer país que tomó esta iniciativa en Marruecos, aunque no el único⁶⁵⁹. De esta forma, en 1863 ya existían dos médicos agregados respectivamente a la Legación de Tánger, Francisco Esteve Soriano y al Consulado de Tetuán, Francisco de Palma⁶⁶⁰.

Este predominio más intenso de la Sanidad militar y la Sanidad marítima respecto a los otros dos componentes de la sanidad española, se asoció a un hecho de gran importancia. En territorio marroquí, hubo una tendencia a la cooperación, a la coordinación de iniciativas entre civiles y militares españoles a la hora de actuar en el ámbito sanitario, aunque ésta fuera el resultado de dejar al Ministerio de la Gobernación prácticamente al margen de asuntos sobre los cuales tenía una responsabilidad crucial en la península. La sanidad española en Marruecos fue fundamentalmente un asunto de Guerra y de Estado, más concretamente, de la Capitanía General de África, de la Jefatura militar de Melilla y de la Legación de Tánger, que fueron adquiriendo una progresiva capacidad de actuación autónoma respecto a sus teóricos superiores de Madrid.

Por tanto, en Marruecos, la sanidad española adquirió un mayor grado de unidad que en la península o en las posesiones ultramarinas a costa, por una parte, de la existencia casi exclusiva de una Sanidad militar y otra marítima, y, por otra parte, de su progresiva autonomía respecto a la península. Como es de esperar, en consonancia con los análisis que hemos realizado en apartados anteriores, esta circunstancia no sólo dependió de las iniciativas españolas, sino también de las actuaciones de Francia, Gran Bretaña y Marruecos. Por ejemplo, el predominio naval británico en Marruecos, en el estrecho y en el Mediterráneo condicionó la práctica ausencia de Sanidad naval en los enclaves españoles de la costa norte marroquí. La preeminencia de las operaciones militares francesas desde Argelia influyó, por su parte, en el progresivo desarrollo de la Sanidad militar en dichos enclaves. Además, las autoridades marroquíes consiguieron que la intervención extranjera

⁶⁵⁸ HERRERO MUÑOZ (1959). Herrero cita un artículo publicado en la revista *El Siglo Médico* el 8 de febrero de 1863 bajo el título “Médicos en Marruecos” en el que se comentaba el nombramiento de un médico agregado a la Legación de Tánger y se proponía la extensión de la medida “a todos los puntos del Imperio marroquí en donde haya agentes consulares o los interventores de aduanas”.

⁶⁵⁹ RAYNAUD (1902), p. 57; DE LARRA CERREZO (1900), p. 9; PENNELL (2000), p. 78.

⁶⁶⁰ HERRERO MUÑOZ (1959).

(incluida la española) en su Sanidad civil se limitara sobre todo a asuntos de Sanidad marítima.

5.2.2. Repercusión de Marruecos en los límites sanitarios militares del Imperio español.

En el apartado 4.3. de esta memoria de doctorado se ofreció una primera visión de conjunto sobre la etapa “sanitarista” de la fase contemporánea del *proceso de sanitización* en el Imperio español durante las décadas centrales del siglo XIX. La evolución del entramado de demarcaciones y fronteras de salud pública en este periodo se caracterizó en general por un aumento del grado de impermeabilidad, es decir, por un mayor grado de diferenciación, intensidad y polarización. No obstante, en el contexto del *proceso de sanitización* a nivel mundial, la sanidad española se encontró en una posición de creciente debilidad en la competencia con las de otros imperios, así como de creciente riesgo de fragmentación interna, aunque se estableciera un delicado equilibrio que permitió el mantenimiento del carácter imperial y una cierta evolución modernizadora.

Esta posición concreta en la evolución mundial del *proceso de sanitización* se tradujo en diversos fenómenos que considerábamos característicos del modelo español. Por ejemplo, la Sanidad militar quedó configurada sobre la base de tres componentes fundamentales, “suprainstitucional”, “conservador” y “liberal” o “progresista”, que le dieron un carácter esencialmente “oligárquico”. A ellos se asociaron diversas “fisuras” y “huecos” e incluso “fracturas” de mayor o menor entidad y duración. Por otra parte, la relación entre las diversas ramas sanitarias se caracterizó por un predominio de la Sanidad militar y la Sanidad marítima frente a la naval y la civil interior. Al mismo tiempo, la sanidad del Imperio español no pudo evitar un grado significativo de influencia e incluso injerencia por parte de las de otros imperios como el británico, el francés o los Estados Unidos de América.

La consideración de la relación hispano-marroquí, a partir de las bases que hemos fijado a lo largo de este capítulo, debe introducir necesariamente modificaciones en esta descripción del *proceso de sanitización* en el Imperio español de mediados del siglo XIX.

En lo que respecta a la Sanidad militar, que constituye el interés prioritario de esta memoria de doctorado, el capítulo anterior, ya se apuntaba que la actuación en Marruecos tendía en cierta forma a potenciar un modelo sanitarista “de campaña” paralelo al “de paz”. En realidad, lo hacían todas las expediciones militares que se fueron sucediendo en los años 30, 40, 50 y 60, con la diferencia de que las que tenían como objetivo al Imperio xerifiano tenían mayor envergadura y también, ya que no la posibilidad de un éxito rotundo, sí al menos de obtener ciertos avances.

Ahora bien, este proceso de interacción hispano-marroquí, dado el nivel de proximidad entre los desarrollos que venían teniendo lugar en ambos países, era susceptible de producir profundas modificaciones en el entramado de límites de la Sanidad militar española (también en la de Marruecos, aunque no vayamos a desarrollar este aspecto en esta memoria de doctorado). Es cierto que durante este periodo concreto, dichas modificaciones estuvieron únicamente esbozadas y sólo en circunstancias excepcionales como la Guerra de África se hicieron más patentes, pero en cualquier caso comenzaron a tener lugar y son necesarias para entender futuros acontecimientos que tendrían lugar especialmente a partir de 1898, de la Conferencia de Algeciras en 1906 y de la constitución del Protectorado español en 1912.

En concreto, la creciente importancia de las iniciativas de la Sanidad militar española en Marruecos favoreció, como decíamos, el desarrollo de un modelo sanitarista “de campaña”. Así, durante la Guerra de África se nombró un Jefe de Sanidad militar del Ejército de Operaciones, León Anel Sin, que tuvo bajo su mando todos los recursos médico-sanitarios del Campo de Gibraltar, Ceuta, Melilla y el resto de enclaves, así como de Tetuán, mientras duró la ocupación de esta ciudad⁶⁶¹. Esto implicaba contar con varias decenas de médicos militares, coordinar numerosos hospitales y enfermerías a ambos lados del Estrecho y organizar la atención a los casi 60.000 efectivos del Ejército expedicionario y a una fracción de población marroquí de los territorios ocupados, entre otras cosas.

⁶⁶¹ MASSONS (1994), II, p. 222.

La importancia de la organización sanitaria de campaña desplegada durante la Guerra de África se hizo notar sobre la de paz. Así, se crearon “secciones de sanidad” o “compañías sanitarias” en Ceuta y poco después una “brigada sanitaria” en Madrid, se puso en marcha el Parque Central de material sanitario, se organizó la evacuación de los enfermos de cólera y de heridos de guerra y hubo que “reservar” o ampliar para estos soldados enfermos y heridos un número de hospitales militares peninsulares entre los que se incluyeron los de Cádiz, Algeciras, Málaga, Alicante, Valencia y Tarragona, además de crear algunos provisionales en el Campo de Gibraltar⁶⁶².

En definitiva, el Jefe de Sanidad del Ejército de Operaciones concentró una gran autoridad dentro de la Sanidad militar. Podía tomar decisiones sin contar necesariamente con la Dirección General, no sólo por las circunstancias propias de las operaciones armadas, sino porque dependía directamente del general O'Donnell, quien, a la sazón, concentraba en su persona el poder de la Jefatura del Gobierno, del Ministerio de la Guerra y de la Jefatura del Ejército de Operaciones⁶⁶³. Además, estas decisiones podían condicionar buena parte de la organización de paz, obligando a tomar ciertas medidas y a poner a disposición hombres, instalaciones y recursos materiales como acabamos de señalar.

Por tanto, la Guerra de África aumentó (al menos transitoriamente) el peso del componente de campaña en la Sanidad militar española. No obstante, este modelo sanitarista de campaña no fue estrictamente paralelo al de paz, con sus tres componentes “suprainstitucional”, “conservador” y “liberal”, sino que tuvo ciertas características propias. Más que un grupo “suprainstitucional” de carácter “oligárquico”, por ejemplo, lo que había era una marcada tendencia “personalista”, es decir, a que un solo médico ocupara esa posición privilegiada. El acceso a este puesto se seguía basando en criterios nada técnicos, como lo demuestra el hecho de que León Anel, que ocupaba una posición discreta en el escalafón del Cuerpo, conociera personalmente a O'Donnell por haber tomado parte con él en operaciones de la Primera Guerra Carlista en el Maestrazgo⁶⁶⁴. Cuando Anel hubo de ser

⁶⁶² SERRALLONGA URQUIDI (1998), p. 256.

⁶⁶³ *Ibid.*, pp. 242-243.

⁶⁶⁴ MASSONS (1994), II, p. 103.

sustituido por enfermedad, ocupó su puesto Antoni Codorniu, hijo de Manuel Codorniu y que también había participado en aquel conflicto.

Esta tendencia al “personalismo”, a la “verticalidad”, se asociaba con un menor desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal” del modelo sanitarista de campaña. En cuanto al segundo de ellos, aunque Ceuta adquirió en este momento la consideración oficiosa de distrito sanitario, dentro del cual quedó incluido todo el territorio marroquí ocupado, y se constituyó allí la primera “compañía sanitaria”; a pesar de esto, lo cierto es que la dependencia respecto a la Jefatura de Sanidad del Ejército de operaciones fue muy acusada y tampoco hubo un grado significativo de la “marroquización” que debía haber acompañado a estos desarrollos. La Sección de Moros Tiradores del Rif, que se crearía poco después, fue muy reducida en sus efectivos y la “compañía sanitaria” se disolvió al finalizar los combates. El propio nombre que se dio al distrito de Ceuta (“África”) indicaba en cierta manera la vaguedad de su inserción en la realidad marroquí.

Por otra parte, el componente “conservador” tampoco estuvo muy desarrollado, puesto que los enclaves españoles eran muy modestos en cuanto a su guarnición y a sus recursos de personal, material e instalaciones. Por otra parte, su localización al otro lado del Estrecho no facilitaba su conexión directa con el máximo jefe sanitario de campaña, salvo que éste se desplazara allí. Pero en este caso, el Jefe de Sanidad asumía directamente las funciones sin intermediarios. Incluso en este caso, la separación geográfica existente entre los enclaves dificultaba inevitablemente la coordinación, que sólo se podía conseguir en un grado aceptable entre Melilla y Chafarinas.

Hubo otros factores que contribuyeron a que el modelo sanitarista de campaña de la Sanidad militar tuviera este desarrollo peculiar. Por ejemplo, era difícil conseguir que los sectores catalanes, que tanta importancia tenían para la configuración de los componentes “conservador” y “liberal” en el ámbito imperial, pudieran tomar parte en las acciones en Marruecos y, al mismo tiempo, se les garantizara su participación diferenciada. Como mucho, ambas cosas se consiguieron de forma puntual, bien por ejemplo en la designación de Antoni Codorniu en sustitución de Anel, bien a través de la participación de “voluntaris”

catalanes al mando de Prim en diferentes operaciones de la “guerra de África”. Pero el hecho es que la dificultad de los combates exigía el máximo de coordinación entre todas las unidades armadas, lo que mermaba la posibilidad de actuar de forma autónoma. Por otra parte, la presencia catalana en los enclaves norteafricanos era más bien simbólica, y aunque con el tiempo se fue estableciendo una colonia catalana importante en Melilla, porcentualmente se trataba de un grupo pequeño, en nada comparable a la presencia catalana en Cuba⁶⁶⁵. Los enclaves tampoco ofrecían excesivas perspectivas profesionales o económicas para los médicos catalanes que, en caso de hacerlo, preferían establecerse en Tánger o en otros puertos atlánticos marroquíes.

Un modelo configurado de esta manera se asociaba inevitablemente a la existencia de amplias “fracturas”. Como ya dijimos previamente en varias ocasiones, algunas zonas del sur de la península y del norte de Marruecos podrían considerarse como insuficientemente integradas en las estructuras de la Sanidad militar española y marroquí respectivamente. Existía por tanto una competencia entre ambas por incorporarlas, aunque fuera en forma de “huecos”, a sus respectivos entramados sanitarios. La mayor fortaleza relativa de la Sanidad militar española respecto a la marroquí hizo que no sólo tratara de controlar las áreas de Andalucía y Granada que escapaban a su alcance, sino también las del norte de Marruecos (en realidad, la posición más fuerte en la zona era la del Imperio británico, aunque esto se analizará más adelante).

No obstante, el despliegue militar favorecía la resistencia de rifeños y yebalíes y de grupos de población de las áreas del sur peninsular, a través de un aumento de los enfrentamientos armados, del bandolerismo y el contrabando. Si el Ejército español y la Guardia Civil conseguían derrotar y controlar a aquellas poblaciones, entonces se ampliaría el entramado de límites sanitarios, pero mientras durara el conflicto, la inestabilidad estaba muy presente dentro del modelo de campaña. Lo que es importante de este hecho es que, dada la magnitud de las resistencias, especialmente en el caso de yebalíes y rifeños, la tendencia a la “fracturación” podía extenderse a toda la Sanidad militar imperial por diversos motivos.

⁶⁶⁵ MARTÍN CORRALES (2002), p. 199.

En primer lugar, como señalábamos más arriba, la Jefatura de Sanidad del Ejército de Operaciones llegó a adquirir un gran peso y autonomía respecto a la Dirección General de Sanidad militar. El flujo de autoridad, de recursos materiales y humanos hacia la primera, debilitaba por ello el modelo sanitarista de paz a todos los niveles, incluido el “suprainstitucional”, ya que en esta situación el grupo de posición privilegiada no lo era tanto frente al poder acumulado por el jefe de sanidad militar en África. De hecho, el modelo de paz tendía a adquirir también un carácter “personalista” y a ver debilitados sus componentes “conservador” y “liberal” tanto por el desvío de algunos de sus miembros a Marruecos, en el primer caso, como por el aumento de los “huecos” en el segundo.

Otro motivo fue que el debilitamiento de la Dirección General y la estructura de paz en su conjunto y la tendencia al “personalismo”, unidos a la imposibilidad de los sectores catalanes y criollos cubanos de participar en Marruecos o a su escaso grado de participación, contribuían a que las “fisuras” existentes en aquellos territorios evolucionaran peligrosamente en dirección a la “fracturación”. A mayor actividad de la Sanidad militar en el sur peninsular y el norte de Marruecos, menor la posibilidad de que se lograra un consenso donde hasta entonces se había logrado y mayores los motivos para que catalanes y cubanos no consideraran interesante su contribución. Aunque la Guerra de África se saldara finalmente con un fracaso y se debilitara de nuevo el modelo de campaña, estos sectores quedaron en la desconfianza ante las ventajas que cualquier expansionismo de la Sanidad militar podría tener para ellos. De ahí que optaran por empezar a dar preeminencia a sus propios intereses. No es de extrañar que en el plano político, en Cuba, por ejemplo, los últimos años del reinado de Isabel II se caracterizaran por el mayor protagonismo adquirido por la *sacarocracia*, con lo que esto suponía de riesgo de anexión a los Estados Unidos. En esos mismos años, los republicanos y federalistas de la península, entre los cuales ocupaba una posición destacada el general catalán Joan Prim, intensificaron sus esfuerzos por provocar un levantamiento revolucionario que cambiara el sistema político. Diversos autores también han señalado la “decepción” de las élites catalanas respecto al Estado liberal español⁶⁶⁶. Todos estos hechos contribuyeron a la Revolución de

⁶⁶⁶ DE RIQUER (1999); FRADERA (1999).

1868, tras la cual se hicieron especialmente visibles las tendencias disgregadoras existentes en la Sanidad militar.

En último lugar, la concentración de la Sanidad militar en la campaña marroquí, el debilitamiento de la Dirección General y la disminución de la participación de catalanes y criollos cubanos, posibilitaba la “activación” de “fracturas” como las de los carlistas, las de la población de raza negra en Cuba y las de los musulmanes de Joló en Filipinas. Nada más terminar los combates en Marruecos, se produjo, por ejemplo, el desembarco del pretendiente carlista Conde de Montemolín en San Carlos de la Rápita (Tarragona). Más allá de su rotundo fracaso, su intentona indicaba que el movimiento carlista no había desaparecido ni siquiera cuando el consenso nacional parecía más amplio.

La pérdida de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, la falta de participación de Cataluña, las “conspiraciones” progresistas, el resurgir del carlismo y el problema del bandolerismo y el contrabando en el sur de la península, todo ello podía implicar una reducción drástica del entramado de límites de la Sanidad militar española, el freno a su modernización y la pérdida de su carácter imperial. No obstante, tampoco se debe pensar que la actuación de todos estos sectores fuera unánime en una dirección disgregadora, puesto que, por ejemplo, los catalanes y los criollos cubanos tenían motivos para mantener su participación en los componentes “conservador” y “liberal” o “progresista” de la Sanidad militar, y a los progresistas no les convenía que los carlistas volvieran a amenazar los esfuerzos de modernización (aunque hubieran sido modestos) de los gobiernos constitucionales.

Como resumen de lo que hemos dicho hasta ahora, cabría decir que la creciente actividad de la Sanidad militar española en el Imperio marroquí impulsó el desarrollo de un modelo sanitarista de campaña en mayor grado que otras expediciones militares de la época isabelina. Dicho modelo se caracterizó por ser “personalista” y asociarse a un bajo grado de definición de los componentes “conservador” y “liberal”. Su desarrollo con cierta autonomía respecto a la estructura sanitaria militar de paz tendía a provocar una alteración de todo el entramado de límites sanitaristas del Imperio español, ya que debilitaba aquélla y

favorecía la evolución de las “fisuras” a “fracturas” y la activación de “fracturas” aparentemente controladas.

Dado el enfoque que hemos adoptado en esta memoria de doctorado, es necesario que consideremos la manera en que rifeños y yebalíes, que eran los que más directamente experimentaban el expansionismo de la Sanidad militar española, influyeron en los anteriores desarrollos. Lo cierto es que ambos se encontraban en medio de los intereses cruzados de España y Marruecos, aunque estuvieran más vinculados a los de este último país. Si la capacidad de iniciativa del Sultán era limitada, como señalábamos en el apartado 5.1.2, la de rifeños y yebalíes aún fue menor, aunque respondía a mecanismos parecidos. Así, ninguno de ellos podía evitar que los españoles lanzaran una campaña militar; tampoco que el Sultán asumiera la defensa del país, incluidos sus territorios. Sin embargo, sí que era posible frenar hasta cierto punto al Ejército español sin inquietar excesivamente al Sultán (equipándose con armas de contrabando adquiridas en Gibraltar o Melilla) y también evitar la excesiva dependencia del Sultán asumiendo cierto protagonismo en la campaña (como se demostró, por ejemplo, en la Guerra de África en Castillejos y en todo el trayecto entre Ceuta y Tetuán). En lo que aquí nos interesa, esta capacidad de actuación de los rifeños, por limitada que fuese, contribuyó innegablemente a que la Sanidad militar española en Marruecos tuviera un carácter predominantemente de campaña. La voluntad de resistencia y la capacidad de llevarla a la práctica se reflejaron también en el escaso número de rifeños y yebalíes que formaron parte de la Sección de Moros Tiradores del Rif.

A pesar de todo lo dicho hasta ahora, sería erróneo pensar que la ambición expansiva de la Sanidad militar española en el Imperio de Marruecos se limitaba sólo a la región septentrional. En este periodo el objetivo todavía era la totalidad del país. El Sultán no podía evitar la presencia española en los enclaves costeros ni los intentos de extender la influencia e injerencia españolas sobre el entramado de límites sanitaristas de Marruecos. Estos hechos contribuyeron a que la Sanidad militar marroquí tuviera un fuerte componente de campaña, no sólo durante la Guerra de África, sino también por la existencia de diversas zonas con “fracturas” (entre ellas el Rif y Yebala), que obligaron al envío periódico de

mhallas o *harkas*. También a que los esfuerzos modernizadores instigados por el Sultán no consiguieran desarrollar los entramados de Sanidad militar tanto como se habría deseado.

Pero esto no implica que no se hiciera nada al respecto o que meramente se resistiera o se reaccionara ante esta situación. El Sultán, por ejemplo, buscó la internacionalización de la Guerra de África a través fundamentalmente de contactos con Gran Bretaña, lo que le permitió en última instancia conseguir que los españoles tuvieran que desmontar todas las infraestructuras montadas en Tetuán y el resto de territorio ocupado durante el conflicto. La injerencia directa de la Sanidad militar española sólo se amplió mínimamente a través de la ampliación de los campos exteriores de Ceuta y Melilla y la adjudicación teórica del enclave de Santa Cruz de la Mar Pequeña. Como vimos más arriba, la eficacia de esta diversificación de las influencias externas posibilitó que en la Sanidad militar española tuvieran lugar una serie de desarrollos debilitadores que beneficiaban al Imperio marroquí porque reducían la amenaza procedente del otro lado del Estrecho. Por otra parte, la capacidad de enfrentarse militarmente a los españoles, de conseguir al menos que las victorias de éstos requirieran un gran despliegue de medios materiales y humanos, también supuso un debilitamiento para la Sanidad militar española, ya que, como se ha mostrado, indujo el desarrollo del modelo de campaña en detrimento del de paz, contribuyendo de esta manera a la aparición de aquellos movimientos disgregadores.

En otro orden de cosas, el Sultán buscó también limitar en lo posible los procesos de “fracturación” interna que amenazaban con concretarse, entre otros lugares, en la zona norte del país. Por un lado, las reformas del Ejército, incluidas las sanitarias, le permitieron un mayor despliegue militar por territorio marroquí (incluidos los puestos militares en Badis y Zeluán), así como hacer frente a las tropas españolas una fuerza armada considerable y organizada hasta cierto punto. Este esfuerzo tuvo como consecuencia que rifeños y yebalíes no estuvieran totalmente al margen de la organización militar marroquí (y se vieran obligados por ello a contribuir en cierta medida a las fuerzas del Sultán) ni tampoco pudieran actuar de forma autónoma (se enviaron *mhallas* y *harkas* a la zona y se trató de limitar el contrabando). Por otro lado, el Sultán era consciente de su posición de

debilidad frente al Ejército y la Sanidad militar españoles y, por ello, tampoco iba en contra de sus intereses que rifeños y yebalíes actuaran en parte por su cuenta contra las fuerzas españolas y reforzaran su estructura militar a través del contrabando.

Para terminar con este análisis de las relaciones hispano-marroquíes en el ámbito de la Sanidad militar es necesario considerar el papel que en ellas jugaron otros imperios, especialmente el británico y el francés. Respecto al primero, su influencia sobre el desarrollo de la Sanidad militar a ambos lados del Estrecho fue muy importante y se ejerció de diversas maneras. El poder naval de Gran Bretaña condicionó el escaso desarrollo de la Sanidad de la Armada en España y en Marruecos y, como compensación, el excesivo protagonismo que la militar tenía en dos países con un extenso litoral atlántico y mediterráneo. Por otro lado, la influencia británica se hizo notar en la Sanidad militar de ambos imperios en forma de una potenciación del componente “suprainstitucional” y, al mismo tiempo, del desarrollo de ciertas “fracturas”. En el caso del Imperio español, lo primero se hizo evitando la intervención francesa en la península, la injerencia o influencia española en Portugal y apoyando conservación de Cuba, Puerto Rico y Filipinas frente a los intereses estadounidenses. En el Imperio marroquí, evitando las intervenciones españolas y francesas. A su vez, Gran Bretaña, desde el enclave gibraltareño, favoreció el bandolerismo en Andalucía y Granada y el margen de maniobra de rifeños y yebalíes en el norte de Marruecos. Todo este conjunto de circunstancias contribuía también a que el peso del componente de campaña en la Sanidad militar de ambos países fuera importante.

Además, hay que señalar que el mantenimiento de cierta diferencia entre el desarrollo de la Sanidad militar en España y en Marruecos convenía a los británicos, en el sentido de que la presión española al otro lado del Estrecho aceleraba los procesos de “fracturación” interna y permeabilidad externa y, de alguna forma, preparaba el terreno a una posible intervención en Marruecos (aunque finalmente sólo tuviera lugar de forma muy reducida en Tánger). Al mismo tiempo, el hecho de que dicha diferencia no fuera muy grande también convenía a Gran Bretaña, puesto que fomentaba procesos parecidos en el Imperio español.

La influencia del Imperio francés también fue relevante. En el caso del Imperio español, ya señalamos que las relaciones con Francia condicionaron que el desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal” no fuera demasiado importante y que se favoreciera en cierta medida la persistencia de la “fractura” carlista. En el escenario marroquí, las relaciones hispano-francesas tuvieron en este periodo un mayor grado de igualdad, que dio lugar a que se vivieran en forma de competencia por extender los entramados sanitarios militares o por conseguir una mayor influencia sobre la Sanidad militar marroquí en general. Las acciones de españoles y franceses tuvieron un fuerte paralelismo, generalmente con cierta prioridad de éstos últimos que trataba de ser reproducida por los primeros. A Francia también le convenía, no obstante, la iniciativa española, puesto que debilitaba las estructuras marroquíes y podía favorecer a largo plazo una actuación francesa más intensa.

En el caso del Imperio xerifiano, Francia constituyó una amenaza continua para la zona oriental desde su posición en Argelia, aunque pudo ser neutralizada hasta cierto punto a través de la estrategia de diversificación de influencias exteriores. Esta posibilidad era menor en las regiones del sur, donde el expansionismo francés desde Senegal no podía ser frenado con el recurso a Gran Bretaña y sólo podía ser ralentizado a través de la competencia española desde las Canarias e incluso la influencia alemana. Aunque en este periodo concreto de las décadas centrales del siglo XIX los problemas en la zona sur todavía no tocaban tan directamente a las estructuras marroquíes, sus repercusiones comenzaron a hacerse notar. Por otra parte, las relaciones con Francia contribuyeron a que pudiera emprenderse un cierto grado de modernización sanitaria, aunque al mismo tiempo favorecieron la constitución de un componente “suprainstitucional” personalista (que pudo ser desempeñado por algún “renegado” de esa nacionalidad) y, de forma solapada, “fracturas” en las zonas próximas a Argelia.

En definitiva, las relaciones hispano-marroquíes en el ámbito de la Sanidad militar, como en el resto, estuvieron crecientemente influidas por los Imperios británico y francés. En este complejo equilibrio de competencia, la posición de los entramados de límites españoles y marroquíes se mantuvo relativamente estabilizada hasta finales del siglo XIX,

aunque la situación marroquí se debilitara más rápidamente que la española. El paso al nuevo siglo traería consigo una intensificación de esta debilidad a ambos lados del Estrecho que habría de tener como consecuencia nuevas transformaciones en la Sanidad militar de los dos imperios que deberán ser estudiadas en otro lugar.

VI. CONCLUSIONES

1.- Esta memoria de doctorado pretende profundizar en el análisis de la historia de la sanidad española en las décadas centrales del siglo XIX y en la Edad contemporánea en general. Una revisión historiográfica sobre el tema ha permitido comprobar que, a la hora de investigar este periodo, no se ha atendido suficientemente a tres aspectos importantes, cuya ausencia ha limitado de forma decisiva la comprensión de los fenómenos acaecidos por entonces. El primero de ellos es el papel que tuvo la Sanidad militar en el conjunto de la organización sanitaria española. El segundo, concierne a la relación existente entre la sanidad peninsular y la de las colonias ultramarinas. El tercero, por último, se refiere al carácter de las relaciones hispano-marroquíes y sus repercusiones sobre el desarrollo sanitario en España.

Respecto a este último, el estudio histórico de la actuación médico-sanitaria española en Marruecos ha seguido hasta hace muy poco tiempo basado en el relato elaborado por la historiografía africanista franquista a finales de los años 40 y principios de los 50. Dicho relato consideraba que Marruecos se encontraba en una situación de “atraso” sanitario, con un total descuido por parte de las autoridades en lo relativo a los asuntos de salud pública. La actuación durante el periodo de Protectorado, como parte de la “misión civilizadora” encargada a España, habría conseguido poner en pie el edificio de la sanidad y la beneficencia públicas en la zona asignada, gracias a los esfuerzos “desinteresados” de las autoridades y los médicos militares y civiles españoles. Después del periodo “colonial”, las realizaciones sanitarias habrían quedado como uno de los pocos “beneficios incuestionables” de la acción española.

En cuanto a la Sanidad militar y a la Sanidad de las colonias ultramarinas, han recibido insuficiente atención por parte de los historiadores de la medicina y su estudio se ha debido en buena medida a las iniciativas de médicos o investigadores particulares. Más que eso, lo decisivo es que su análisis histórico se ha realizado bien desde una perspectiva “internalista”, excesivamente centrada en la participación en campañas armadas, en las personas, instituciones y desarrollos doctrinales y prácticos, en el caso de la Sanidad militar; bien como “compartimentos estanco”, siguiendo un esquema estatal-nacional, que ha impedido valorar sus conexiones con la sanidad peninsular, en el caso de la colonial.

En realidad, estas interpretaciones se han inscrito dentro de perspectivas intelectuales más amplias, que han condicionado su orientación. El análisis de la relación hispano-marroquí en el ámbito médico-sanitario ha seguido, aunque con ciertas particularidades, la evolución de la historiografía sobre “medicina y colonias” desde principios del siglo XX. Tampoco la corriente de estudios sobre la “mundialización de la ciencia” ha considerado el caso marroquí, como parte de su falta general de interés sobre el mundo árabe-musulmán. Por su parte, la falta de integración de “lo militar” y “lo colonial” en las investigaciones históricas sobre la sanidad española contemporánea ha estado relacionada con una pareja falta de integración en la historiografía general sobre el Estado-nación en España, un hecho que también es habitual en otras historiografías.

El examen historiográfico nos ha permitido extraer ciertas conclusiones. En el caso de Marruecos, el hecho más relevante ha sido la ausencia de enfoque postcolonial, que prácticamente no se ha dado en la historiografía española, pero tampoco en la francesa ni en la marroquí. El modelo interpretativo estatal-nacional ha sido el predominante, junto con una importante corriente de estudios antropológicos. En definitiva, el concepto de colonización no parece reflejar adecuadamente los fenómenos históricos marroquíes. En cuanto a la Sanidad militar, el problema ha consistido en no considerar las estructuras “en tiempo de paz” de que disponía el Ejército de forma permanente, mientras que el de la Sanidad de las colonias ultramarinas ha residido en no emplear un marco de análisis imperial en el que se valorara unificadamente la evolución de los distintos componentes.

2.- En la base de estos problemas subyacen dicotomías del tipo metrópoli-colonia, centro-periferia, europeos-no europeos o civil-militar que han constituido elementos clave en la visión “eurocéntrica” del mundo. La utilidad de dichas dicotomías ha residido en el hecho de que han permitido separar de una forma concreta distintos elementos relacionados entre sí y establecer subsiguientemente cierto tipo de relaciones jerárquicas entre ellos. Las críticas postmoderna y postcolonial han avanzado en el desenmascaramiento de estas separaciones y jerarquizaciones implícitas, pero también las han perpetuado de alguna manera porque a menudo sólo han invertido su sentido. Como señalan ciertos autores,

como Bruno Latour o Ulrich Beck, es necesario ir más allá en los análisis y cuestionar radicalmente estos principios implícitos.

En esta memoria de doctorado, se ha propuesto un modelo interpretativo que ofrece una alternativa desde la que intentar superar los problemas que se nos planteaban al comienzo de nuestra investigación sobre la sanidad española a mediados del siglo XIX. Dicho modelo descansa en tres elementos fundamentales: la teoría civilizatoria de Norbert Elias, el principio de simetría generalizada empleado por Bruno Latour para criticar la ciencia occidental y el concepto de límite de la teoría de sistemas de Niklas Luhmann. A partir de todos ellos se construye el concepto “*proceso de sanitización*”, sobre el que gira esta memoria de doctorado.

La definición de este concepto comienza por aclarar en qué consiste un límite sanitario. Por límite sanitario entendemos la regulación de las relaciones colectivas relativas a los asuntos de salud y enfermedad dentro de una formación social y de una formación social con el medio exterior, a partir de la cual se constituirían los sistemas sanitarios y sus componentes internos respectivamente. La sanidad de una formación social es resultado por tanto de límites externos e internos.

Los límites sanitarios se definen en función de su grado de permeabilidad. La permeabilidad es la frecuencia de relaciones posibilitadas por un límite. Para que un sistema sanitario exista es necesario que sus límites externos e internos tengan un grado suficiente de impermeabilidad, es decir, que la frecuencia de relaciones externas e internas sea reducida. La permeabilidad es a su vez función de una serie de parámetros: diferenciación, es decir, tipos de relación posibles que permite un límite; alcance, es decir, tamaño o longitud de las relaciones determinados por ese límite; polarización, es decir, dirección en que se establecen dichas relaciones a través de un límite; y homogeneidad, es decir, equilibrio entre el grado de desarrollo de los parámetros en toda la dimensión de un límite. A mayor impermeabilidad, mayor grado de diferenciación, alcance, polarización y homogeneidad y viceversa.

De esto se deduce que para que un sistema sanitario se constituya como tal es necesario que la frecuencia de relaciones colectivas relativas a la salud y la enfermedad con el exterior sea suficientemente reducida. Esto es: que tienda a haber una gran diferenciación de ámbitos de relación, que las relaciones tiendan a implicar a todo el conjunto del sistema, que las relaciones tengan una dirección del sistema hacia el exterior y que todos estos parámetros estén uniformemente desarrollados en el conjunto del sistema. Por otra parte, para que un sistema sanitario se organice interiormente es necesario que haya también una gran diferenciación de ámbitos de relación entre sus componentes, un gran número de componentes relacionados, una dirección clara de las relaciones entre componentes y una uniformidad de todos estos parámetros en el interior del sistema.

Hasta aquí, nuestro concepto de límite sanitario no sería más que una aplicación sistemática del concepto de límite de Niklas Luhmann a las relaciones colectivas de salud y enfermedad. No obstante, la aplicación del principio de simetría generalizada defendido por Bruno Latour implica una diferencia crucial. Un sistema sanitario no está aislado de los demás, ni sus componentes internos son aislables entre sí. Los límites constituyen un entramado continuo que regula las relaciones entre un grupo de sistemas y entre un grupo de componentes. Esta continuidad da lugar a la simultaneidad, transversalidad y transformabilidad de los sistemas y componentes relacionados entre sí. Simultaneidad significa que varios sistemas o varios componentes evolucionan la vez y por ello cualquier cambio en un sistema o componente va acompañado de cambios en el resto de ellos. Transversalidad significa que cada sistema o componente condiciona al otro, es decir, que cualquier cambio de las relaciones entre varios sistemas o entre varios componentes es el resultado de la participación activa de todos ellos. Transformabilidad implica que los cambios en los sistemas y en los componentes consisten en la aparición de nuevos sistemas y componentes que no pueden reducirse a la combinación de los anteriores.

Ahora bien, la dinámica de las relaciones reguladas por un entramado de límites no da como resultado un equilibrio teórico e ideal, sino una tendencia al predominio de ciertos sistemas y de ciertos componentes. En definitiva, los límites son dinámicos en el sentido de que condicionan procesos de competencia entre sistemas y de autonomización entre

componentes que dan lugar a cambios en los sistemas y en los componentes. La teoría civilizatoria de Norbert Elias proporciona instrumentos conceptuales a partir de los cuales desarrollar esta dinamicidad o historicidad de los entramados de límites sanitarios. Al mismo tiempo, nuestro concepto de límite permite rectificar algunos sesgos eurocéntricos que pueden identificarse en la teoría de Elias, concretamente las dicotomías metrópoli-colonia, centro-periferia y civil-militar y los mecanismos de difusión y asimilación.

Dado que la sanidad es un hecho colectivo, hemos aislado dentro del proceso de civilización, tal y como fue definido por Elias, la dimensión socioinstitucional y le hemos aplicado el principio de simetría generalizada para llegar a formular lo que hemos denominado “proceso de imperialización”. Éste habría consistido en un proceso plurisecular de “sociogénesis” de formaciones imperiales, cuya evolución habría tenido lugar a través de una serie de fases diferenciadas entre sí. Esta evolución habría sido direccional, en el sentido de una mayor complejidad y tamaño de dichas formaciones.

Sobre esta base, el *proceso de sanitarización* consistiría en un proceso plurisecular de evolución de los entramados de límites sanitarios externos e internos de un conjunto de formaciones sociales. En paralelo al proceso de imperialización, el de sanitarización también se habría desarrollado direccionalmente en una serie de fases, la última de las cuales, la contemporánea, habría comenzado a mediados del siglo XVIII y continuaría en la actualidad. En cada fase, los entramados de límites sanitarios no se diferenciarían radicalmente de los de fases anteriores, sino sólo en la variación cuantitativa de ciertos parámetros. En concreto, la evolución se haría en el sentido de una mayor impermeabilidad de los límites sanitarios, es decir, de un mayor grado de diferenciación, alcance, polarización y homogeneidad de los mismos.

Ahora bien, esta evolución direccional no tendría lugar de forma lineal, sino que alternarían en ella momentos de predominio de “fuerzas centrífugas” con otros de “fuerzas centrípetas”. En los primeros, tendría lugar una transformación de los entramados de límites sanitarios en el sentido de que determinarían una reducción del número de sistemas sanitarios y de componentes internos de los mismos y, al mismo tiempo, un aumento de su

tamaño. En los periodos “centrípetos”, los entramados de límites sanitarios determinarían relaciones de competencia externa y autonomización interna como resultado de las cuales uno de aquellos sistemas obtendría una posición “monopolística” o, dicho de otra manera, se acabaría constituyendo un sistema único y un único grupo de componentes internos en lugar de todos los anteriores.

La influencia de la teoría de Elias se traduce en que el *proceso de sanitarización*, para ser verdaderamente comprendido y analizado, debe desarrollar el bagaje socio-histórico que contiene en sí mismo, es decir, exige su despliegue empírico.

3.- Antes de desarrollar el concepto de *proceso de sanitarización* a través de la trayectoria histórica de la sanidad militar española en las décadas centrales del siglo XIX se han reconstruido las características generales de dicha trayectoria a partir de un análisis de los principales reglamentos legislativos aprobados en ese periodo. El Reglamento de 1836 introdujo por primera vez de forma efectiva el término “Sanidad militar” para designar al cuerpo unificado de facultativos médicos, cirujanos y farmacéuticos que prestaban asistencia al Ejército. No obstante, la auténtica constitución de un modelo “sanitarista” de salud pública en el Ejército tuvo lugar a raíz de la aprobación de los Reglamentos de 1846, 1847 y, sobre todo, 1855. Este modelo sanitarista se basó en la configuración (hasta cierto punto) de una línea inspectora que venía a combinar una parte de las atribuciones ejecutivas de los jefes militares y de las funciones consultivas a que hasta entonces se habían limitado los médicos para establecer una estructura con cierta capacidad de decisión encargada de tomar medidas técnicas.

El desarrollo del modelo sanitarista o línea inspectora implicaba todo un conjunto de cambios, que se concretaron principalmente en el Reglamento de 1855. En el plano político-administrativo, se creó una Dirección General de Sanidad militar unificada, de la que dependían en sucesivos escalones los Jefes de Sanidad militar de los distritos sanitarios, los Jefes de Sanidad militar de las plazas, los Jefes locales facultativos de los hospitales militares y los Oficiales de Sanidad de los regimientos. Todos los escalones conservaban un grado significativo de dependencia respecto a las decisiones de los jefes

militares, pero fueron ampliando sus funciones técnicas y capacidad de actuación. Territorialmente, la Sanidad militar quedó organizada en 14 distritos sanitarios, doce peninsulares y dos insulares, cada uno de los cuales contaba con una plaza como capital y varias plazas principales y secundarias y, éstas a su vez, con regimientos.

Por otra parte, tuvo lugar una reorganización del sistema hospitalario militar, que incluyó la racionalización en el número de hospitales, la conversión de estos en centros de asistencia con un mayor protagonismo de los médicos frente a los contralores o la creación de enfermerías regimentales. Se aumentó la cobertura, en el sentido de que los supuestos que daban derecho a atención médica incluyeron más circunstancias que las heridas de guerra y las enfermedades agudas. También hubo un desarrollo de medidas de salubridad, como la construcción de cuarteles según ciertos criterios de espacio y ventilación, y profilácticas, como la vacunación antivariólica de los reclutas. Funcionalmente, la Sanidad militar diversificó sus servicios, que pasaron a ser “de regimientos”, “de hospitales”, “de colegios y otros establecimientos” y de “Ultramar”. También se hizo cargo del “reconocimiento de inútiles” con vistas a la incorporación de efectivos del reclutamiento.

Corporativamente, el personal quedó organizado en una plana mayor facultativa, constituida por médicos y farmacéuticos en escalas separadas y una plana menor o Brigada sanitaria, integrada fundamentalmente por practicantes, enfermeros y soldados sanitarios. Institucionalmente, la línea inspectora pudo contar con el Laboratorio Histoquímico de Madrid, el Parque Central de material sanitario y se proyectó el establecimiento de una Escuela Práctica de Medicina militar. En el ámbito de las doctrinas y prácticas, la “higiene y policía médica militar” tendió a ser sustituida por ideas sanitarias semejantes a las que se desarrollaban por entonces en Europa.

4.- La valoración de esta trayectoria de la Sanidad militar española en las décadas centrales del siglo XIX desde la perspectiva del *proceso de sanitarización* implica sobre todo adoptar un marco de análisis imperial en el que se consideren además de los desarrollos peninsulares, los que tuvieron lugar en las colonias ultramarinas (Cuba, Puerto Rico, Filipinas). A partir de ello, se constata que la posición de la Sanidad militar en el

contexto de competencia mundial de la fase contemporánea del *proceso de sanitización* era débil, resultado de un bajo nivel de impermeabilidad del entramado de límites externos (fronteras) e internos (demarcaciones). Esta situación dio lugar a varios fenómenos que podemos considerar característicos del modelo español de Sanidad militar.

Por una parte, la debilidad de las demarcaciones sanitaristas militares dio lugar a la existencia de tres componentes transimperiales en la Sanidad militar española: “conservador”, “liberal” o “progresista” y “suprainstitucional”. La debilidad vino dada por el menor desarrollo de los dos primeros, que se asoció a la existencia del último. Según este modelo, la Sanidad militar española estuvo dirigida en última instancia por un grupo muy reducido de médicos militares, relacionados entre sí por experiencias militares compartidas y lazos familiares, que se turnaron a la hora de ocupar los puestos de máxima responsabilidad. Además tuvo un carácter “oligárquico” por la debilidad del despliegue territorial, administrativo, funcional o institucional en la sociedad imperial española. Por último, las diferencias entre la situación en la península y en Ultramar fueron más reducidas de lo que cabría esperar.

Otro signo de la debilidad de las demarcaciones fue la existencia de “fracturas”, “fisuras” y “huecos”, provocados por el excesivo grado de heterogeneidad de las mismas en diferentes áreas. Las “fracturas” más importantes, aunque transitorias, que tuvieron lugar en este periodo fueron la creación de una Sanidad militar carlista durante el conflicto de 1833-1840 y el establecimiento por parte de los sublevados cubanos de su propia organización sanitaria militar entre 1868 y 1878. Pero hubo otras más duraderas, aunque menos intensas, como la que supuso Gibraltar y las de algunas áreas de los distritos de Andalucía y Granada. En cuanto a las “fisuras”, fue sobre todo en su relación con catalanes y cubanos donde la Sanidad militar tuvo que reconocer las iniciativas propias de ambos no sólo en sus territorios sino en el conjunto del Imperio para asegurar su participación en la estructura sanitaria. Los “huecos” se dieron sobre todo en ciertas zonas de la península que no estuvieron en disposición de contribuir más que en ciertos aspectos concretos al desarrollo de la Sanidad militar. Además hubo sectores completamente al margen de la organización sanitaria militar como la población de raza negra de Cuba, en régimen de esclavitud hasta el

último cuarto del siglo XIX y la mayoría del territorio y la población de Filipinas, que ni siquiera estaban bajo control español.

Por otra parte, la debilidad de las fronteras sanitarias se tradujo en que la Sanidad militar española no pudo evitar un grado significativo de influencia e injerencia por parte de la de otros imperios. Esta debilidad se manifestó en fenómenos como la subordinación de las iniciativas expansionistas de Sanidad militar a los intereses franceses, la oposición de Gran Bretaña a la ocupación de territorio marroquí, el expansionismo británico desde el Peñón de Gibraltar hacia el sur peninsular o las pretensiones estadounidenses sobre Cuba, Puerto Rico y Filipinas. También en la dependencia respecto al modelo sanitario del Ejército francés o en la imposibilidad de influir o injerir en la Sanidad militar portuguesa. En definitiva, las fronteras sanitarias también contribuían a la existencia de componentes, “fracturas”, “fisuras” y “huecos” equivalentes a los que existían en el interior.

Otra consecuencia de la aplicación del concepto de *proceso de sanitización* consiste en que la Sanidad militar aparece estrechamente ligada al resto de ramas sanitarias públicas, que en el caso de la España de mediados del siglo XIX, eran la Sanidad naval, la civil interior y la civil marítima. La continuidad entre estos distintos entramados de límites sanitarios civiles y militares se reflejó en el hecho de que la Sanidad militar adquirió una posición de predominio en el marco del Imperio español a costa de la naval y de la civil interior. La Sanidad exterior, a su vez, también se expandió a costa de estas dos últimas. A consecuencia de ello, la Sanidad naval, que tanta importancia había tenido hasta el siglo XVIII, adoleció de graves carencias, mientras que la civil interior hubo de afrontar hechos como la separación entre la asistencia y la profilaxis y salubridad o el mantenimiento por parte de ciertas instituciones locales de múltiples competencias frente a las instituciones estatales. El desarrollo preferente de las sanidades militar y exterior dificultaba la cohesión del sistema sanitario en el Imperio español.

5.- El Imperio de Marruecos no pudo sustraerse a la dinámica del *proceso de sanitización* en una época en la que la organización de la salud colectiva de todas las formaciones sociales del mundo (desde los Imperios más grandes hasta las tribus más pequeñas) se

encontraba ya inmersa en un proceso de transformación general. En este sentido, un análisis de los desarrollos de salud pública civiles y militares que tuvieron lugar en esta formación social en las décadas centrales del siglo XIX revela que la única diferencia con los que acontecían por entonces en España era la existencia de un menor grado de impermeabilidad en las fronteras y demarcaciones sanitarias. Los parecidos entre las organizaciones sanitarias de ambos imperios se extendieron a cuestiones como el predominio de la sanidad militar y la marítima sobre la naval y la civil, la influencia e injerencia por parte de Gran Bretaña y Francia, la existencia de un componente “suprainstitucional” de naturaleza cortesana, la existencia de “fracturas”, “fisuras” y “huecos” o la injerencia extranjera en forma de enclaves territoriales permanentes.

No obstante, la posición del Imperio español en el contexto de competencia mundial fue menos débil que la del Imperio marroquí, por lo que este último tuvo sus características propias respecto al primero. Así, el grado de influencia e injerencia ejercido sobre los límites sanitarios marroquíes fue mayor y dio lugar a que extranjeros de numerosos países aparentemente ocuparan y controlaran las instituciones y los puestos más relevantes de la organización sanitaria marroquí y que ésta pareciera “impuesta” desde fuera. Por otra parte, el nivel de “fracturación” interna de la sanidad marroquí fue mayor y, como sucedía con la sociedad en general, le dio un aspecto de “mosaico” imposible de coordinar. Los enclaves sanitarios extranjeros en territorio marroquí eran españoles.

A pesar de todo, la perspectiva del *proceso de sanitización* permite identificar la iniciativa del Imperio marroquí en todas estas transformaciones. En concreto, dicha iniciativa consistió, por un lado, en diversificar las influencias extranjeras, para que ninguna de ellas pudiera imponerse a las demás y pudiera intentar la “colonización sanitaria” del país; y, por otro lado, en limitar el grado de disgregación interna, para evitar la ineffectividad de la organización sanitaria. El Sultán no tuvo por tanto en sus manos la posibilidad de evitar la influencia e intervención directa de los extranjeros en la sanidad del Imperio marroquí, pero sí que pudo orientarla de tal manera que se satisficieran en parte los intereses marroquíes, incluido el de evitar el control total por parte de otro país. Tampoco tuvo en sus manos la posibilidad de evitar las tendencias disgregadoras de la salud pública

marroquí, pero sí que pudo orientarlas de tal manera que se reforzara en parte el poder de las instituciones centrales y se evitaran tanto “fracturas” permanentes, como el control por parte de otros países de zonas como el Rif, Säquia el-Hamra o los oasis saharianos.

6.- Por último, una vez esbozadas las características del *proceso de sanitarización* en el Imperio marroquí, es posible analizar la influencia de las relaciones hispano-marroquíes en la configuración de la Sanidad militar española de las décadas centrales del siglo XIX. Se trata de un factor que no debe ignorarse, tanto por la presencia permanente de enclaves españoles en territorio marroquí, como por las ambiciones que tenía España por entonces de hacerse con el control de todo el país (y de su sanidad, por extensión). Desde el punto de vista del *proceso de sanitarización*, la repercusión de aquellas relaciones fue todavía modesta en este periodo, pero permite entrever por qué habría de ser más grande posteriormente.

A pesar de la modestia de las transformaciones efectivas de la Sanidad militar inducidas por la relación con Marruecos, lo cierto es que esta relación tenía la posibilidad de provocar profundos cambios, como se pudo ver de forma especialmente clara durante la Guerra de África (1859-1860). Lo más importante fue que este conflicto provocó un aumento del peso relativo del modelo sanitarista “de campaña” (paralelo al de paz) en el conjunto de la Sanidad militar española. En realidad, este componente había adquirido cierto desarrollo transitorio ya con ocasión de las diversas expediciones militares que se realizaron en este periodo y seguía estándolo por ejemplo en la zona sur de la península, como lo demostraban la existencia de la organización sanitaria militar de la Comandancia del Campo de Gibraltar o el peso del componente de campaña en los distritos de Andalucía y Granada en la lucha contra el bandolerismo y el contrabando.

La potenciación del modelo de campaña con ocasión de la Guerra de África tuvo la posibilidad de provocar profundos cambios en el conjunto de la Sanidad militar imperial. El modelo de campaña tenía diferencias respecto al de paz, en el sentido de que tendía a ser “personalista” más que “oligárquico”, se asociaba a un bajo desarrollo de los componentes “conservador” y “liberal” y daba lugar a graves “fracturas”. Su desarrollo supuso cambios

para el modelo de paz, entre otras cosas, una disminución del poder de la Dirección General a favor de la Jefatura de Sanidad del Ejército expedicionario, la tendencia al “personalismo” de la Dirección, el debilitamiento de los componentes “conservador” y “liberal” por desvío de recursos hacia la campaña o la amenaza de ruptura del consenso con catalanes y criollos cubanos. En definitiva, la actuación en Marruecos podía hacer temblar los cimientos de la Sanidad militar en el Imperio español y, de hecho, a pesar del fracaso de la Guerra de África, se pusieron en marcha procesos de disgregación que habrían de hacerse explícitos durante el periodo revolucionario posterior a 1868.

Las repercusiones de las relaciones hispano-marroquíes también afectaron evidentemente la evolución de la sanidad militar y civil en Marruecos y, de forma particular, en el Rif y Yebala, que aunque más vinculados a Marruecos se encontraron en una posición intermedia en la cual también podían desplegar ciertas iniciativas de diversificación y limitación interna. Además, hay que considerar que dichas relaciones no pueden entenderse fuera del marco de las que España y Marruecos mantuvieron con otros países como Gran Bretaña y Francia.