



CLACSO
Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

EDICIÓN ESPECIAL - DOSSIER SALUD INTERNACIONAL SUR SUR



COLONIALISMO MÉDICO: EL PAPEL DEL DISCURSO Y DE LAS PRÁCTICAS MÉDICAS Y PSIQUIÁTRICAS EN LA CONFIGURACIÓN DEL PODER COLONIAL EN ÁFRICA DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX

Manuel Espinel Vallejo

Diciembre 2022 | Edición IX



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



FLACSO
REPÚBLICA
DOMINICANA

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales
Programa República Dominicana
Programa de Salud Internacional

PROLOGO

Como parte de las producciones y dinámicas de la agenda del Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), deseamos presentarles la edición de Dossier de Salud Internacional Sur Sur CLACSO.

Este es un trabajo conjunto del Programa de Salud Internacional de FLACSO RD (Programa República Dominicana) y el Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

Los Dossier buscan ser un aporte en la producción y difusión de conocimientos e innovación hacia una epistemología de la Salud desde el Sur, contribuyendo a desarrollar esta perspectiva epistémica, conceptual, metodológica y de política pública para incidencia a nivel regional como nacional para Latinoamérica y el Caribe.

Esperamos sea de interés para centros miembros CLACSO, universidades y comunidad científica del campo de estudio, movimientos sociales, centrales sindicales y organizaciones de sociedad civil, organismos regionales como así a la gestión pública y Gobiernos de América Latina y el Caribe especialmente.

El objetivo central de estas ediciones de los Dossier es fortalecer un proceso decolonial, emancipatorio e intercultural en la producción de una Salud desde el Sur y estrategia de Soberanía Sanitaria regional.

En esta Edición Especial, **la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM, España)** espacio de investigación colaborativa construido con el GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, presentan este artículo sobre el colonialismo biomédico en África.

Esperamos sean de vuestro interés y agradecemos la divulgación.

Edición IX - Dossier de Salud Internacional Sur Sur:

Dr. Gonzalo Basile

Dir. Programa Salud Internacional Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
República Dominicana (FLACSO RD)

Colonialismo Médico: El papel del discurso y de las prácticas médicas y psiquiátricas en la configuración del poder colonial en África durante los siglos XIX y XX

Medical colonialism: The role of medical and psychiatric discourse and practices in the configuration of colonial power in Africa during the 19th and 20th centuries

Autor: Espinel Vallejos, Manuel¹

Cita: Espinel Vallejos, Manuel (2022). Colonialismo Médico: El papel del discurso y de las prácticas médicas y psiquiátricas en la configuración del poder colonial en África durante los siglos XIX y XX. En IX Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO, Diciembre, 2022.

Fecha: Diciembre 2022

IX Dossier Salud Internacional Sur Sur

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO

¹ mespinel@cps.ucm.es. Profesor e investigador de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de Universidad Complutense de Madrid (UCM, España). Investigador asociado al Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO.

Resumen

La intención de este artículo es continuar la reflexión iniciada por Frantz Fanon en relación con su idea de la medicina y colonialismo, plasmada en su texto “*Año cinco, de la revolución argelina*”, escrito en 1959, y posteriormente titulado “*Un colonialismo moribundo*”. En este sentido, la conceptualización de Aníbal Quijano sobre la colonialidad del poder, particularmente la colonialidad el saber, sirve para establecer el marco discursivo (epistemológico y socio histórico) al colonialismo médico. A continuación, el trabajo se centrará en el colonialismo médico teniendo como referencia fundamental los procesos coloniales en África. Se reconoce que las colonias africanas no fueron un receptáculo vacío y pasivo a las prácticas discursivas médicas de las metrópolis coloniales. Por el contrario, reelaboraron esas prácticas discursivas de tal manera que fueron reincorporadas tanto al discurso como a la mirada médica de la metrópoli. En la última parte del trabajo profundizaremos específicamente sobre el desarrollo de la denominada psiquiatría colonial y su papel en la construcción del denominado “sujeto colonial africano” y de la “mentalidad africana”. Esta parte del trabajo retoma las reflexiones iniciadas por Fanon en su obra “*Los condenados de la tierra*”, profundizando sobre el papel los psiquiatras Antoine Porot y John Colin Carothers en los procesos de colonización francesa y británica, respectivamente. Finalizaremos el trabajo con algunas reflexiones en relación con la importancia de la deconstrucción del discurso médico, a partir de la idea de Foucault sobre el biopoder y de Mbembe sobre la necropolítica.

Palabras claves

Frantz Fanon, medicina y colonialismo en África, colonialidad del poder, colonialismo psiquiátrico, biopoder, necropolítica.

Abstract

The intention of this article is to continue the reflection initiated by Frantz Fanon in relation to his idea of medicine and colonialism, embodied in his text "*Year five, of the Algerian revolution*", written in 1959, and later entitled "*A dying colonialism*". In this sense, Aníbal Quijano's conceptualization of the coloniality of power, particularly the coloniality of knowledge, is used to establish the discursive framework (epistemological and socio-historical) to medical colonialism. Next, the work will focus on medical colonialism with colonial processes in Africa as a fundamental reference. It is recognized that the African colonies were not an empty and passive receptacle to the medical discursive practices of the colonial metropolises. On the contrary, they reworked these discursive practices in such a way that they were reincorporated into both the discourse and the medical gaze of the metropolis. In the last part of this work, we delve specifically into the development of the so-called colonial psychiatry and its role in the construction of the so-called "African colonial subject" and the "African mentality". This part of the work takes up again the reflections initiated by Fanon in his work "*The Damned of the Earth*", delving into the role of psychiatrists Antoine Porot and John Colin Carothers in the processes of French and British colonization, respectively. We will end the work with some reflections in relation to the importance of the deconstruction of medical discourse, from the Foucault's idea of biopower and Mbembe's idea of necropolitics.

Keywords

Frantz Fanon, medical colonialism in Africa, coloniality of power, psychiatric colonialism, biopower, necropolitics.

Introducción

En su texto “Año cinco, de la revolución argelina”, escrito en 1959, y posteriormente titulado “Un colonialismo moribundo”, Frantz Fanon hace una descripción muy gráfica y elocuente de la forma como la medicina occidental, particularmente la psiquiatría, jugó un papel central en los procesos de colonización. Es posible afirmar que fue precisamente Frantz Fanon el primero en acuñar el término Medicina y Colonialismo o Colonialismo Médico (1961) en relación con los procesos de colonización francesa en el norte de África. En este texto, Fanon afirma lo siguiente:

Introducida en Argelia al mismo tiempo que el racismo y la humillación, la ciencia médica occidental, al ser parte del sistema opresor, siempre ha provocado en el nativo una actitud ambivalente. Esta ambivalencia se encuentra de hecho en conexión con todos los modos de presencia del ocupante. Con la medicina llegamos a uno de los rasgos más trágicos de la situación colonial...Con toda objetividad y con toda humanidad, es bueno que un país técnicamente avanzado se beneficie de su conocimiento y de los descubrimientos de sus científicos. Cuando la disciplina considerada se refiere a la salud del hombre, cuando su principio mismo es aliviar el dolor, es claro que ninguna reacción negativa puede justificarse. Pero la situación colonial es precisamente tal que lleva al colonizado a valorar todas las contribuciones del colonizador de una manera peyorativa y absoluta (p.121).

Fanon desarrolló posteriormente estos argumentos en su quizás más importante libro “Los condenados de la tierra”, escrito dos años después, es decir en 1961. En este libro Fanon

se centra fundamentalmente en las secuelas psicológica de la opresión colonial para la población colonizada, pero, además, vuelve a poner en evidencia el papel de la medicina y, sobre todo, de la psiquiatría en los procesos de normalización de la situación colonial, particularmente en las colonias francesas, al menos en dos aspectos. En primer lugar, Fanon muestra como la adecuada “curación” psiquiátrica de los pueblos colonizados consistía en “hacerlos completamente homogéneos a un medio social de tipo colonial” (p.196). En segundo lugar, Fanon revela como la medicina en mayor o menor medida legitimó los procedimientos policiales y militares franceses contra los miembros del Frente de Liberación Nacional de Argelia (FLNA). Al respecto, las descripciones que hace Fanon de las situaciones de tortura que vivieron activistas o miembros de FLNA, y del papel que desempeñaron tanto de médicos como de psiquiatras no solo en los propios procedimientos de tortura (sueros de la verdad) sino en la negación de las lesiones causadas por la propia tortura, ilustra de manera bastante viva las estrechas conexiones entre medicina y colonialismo.

Hay entonces que reconocer que Fanon abrió el debate en relación con el papel activo de la medicina en los procesos coloniales. Además, situándose en un contexto colonial como el caso de Argelia, Fanon se había adelantado algunos años a los planteamientos del filósofo francés Michel Foucault en relación con el papel fundamental de la psiquiatría, como tecnología de gobierno, en los procesos de disciplinamiento y normalización de la población. Fanon plantea este tanto el disciplinamiento como la normalización de la población en condiciones coloniales; Foucault lo plantea en las sociedades liberales “modernas” metropolitanas. Como veremos en el trabajo, Fanon había reflexionado, sin

nombrarla, sobre la idea de Foucault de la biopolítica en contextos coloniales; más tarde Achille Mbembe hablará de necropolítica.

A partir de finales de la década de los setenta y sobre todo de la década de los ochenta del siglo pasado, con el surgimiento y posterior generalización de los estudios postcoloniales, historiadores precisamente de los procesos coloniales y de la ciencia del norte global volvieron a poner sobre la mesa de la discusión académica la relación entre medicina y poder colonial. Como cabría esperar, pensando en las propias relaciones de colonialidad del saber planteadas por Aníbal Quijano, muchos de los trabajos más importantes sobre la historia de la medicina colonial no mencionaban la obra de Frantz Fanon (Keller, 2007). Solo en años recientes, con el surgimiento de un pensamiento crítico en relación con la historia de la medicina colonial y en el contexto de los estudios postcoloniales, los trabajos de Frantz Fanon han vuelto a tener especial relevancia (Keller, 2007; Keller, 2008; Sikuade, 2012; Robcis, 2020; Goozee, 2021).

La intención de este artículo, más que seguir revisando la obra de Frantz Fanon, es continuar la senda marcada por el este psiquiatra martiniqués en relación con el colonialismo médico. En este sentido, en la primera parte discutiremos la conceptualización de Aníbal Quijano en relación con la colonialidad del poder, particularmente la colonialidad del saber. Consideramos que esta discusión es central para ponerle un contexto epistemológico y socio histórico al colonialismo médico.

En la segunda parte del trabajo profundizaremos sobre la relación entre medicina y colonialismo, en una triple vertiente. En primer lugar, sobre el papel que

desempeñaron tanto el discurso como las prácticas médicas en la configuración de las relaciones de dominación colonial; en segundo lugar, sobre el papel que desempeñó el discurso colonial propiamente dicho en la configuración del discurso (saber) médico en la metrópolis; finalmente, sobre el papel que desempeñó la medicina tropical en la configuración de los marcos de referencia interpretativos de la expansión colonial. En la tercera parte del trabajo profundizaremos específicamente sobre el desarrollo de la denominada psiquiatría colonial, y su papel fundamental en la construcción del sujeto colonial africano, específicamente sobre la construcción de la denominada “mentalidad africana”. Esta parte del trabajo retoma las reflexiones iniciadas por Fanon en su obra *“Los condenados de la tierra”*, profundizando de manera específica sobre el papel de los psiquiatras Antoine Porot y John Colin Carothers, citados por el propio Fanon, en los procesos de colonización francesa y británica, respectivamente. Finalizaremos el trabajo con algunas reflexiones en relación con la importancia de la deconstrucción del discurso médico, en relación con la idea de Foucault sobre el biopoder y de Mbembe sobre la necropolítica.

Colonialidad del poder

Buena parte del discurso crítico relacionado con la colonización y la racionalidad derivada de los procesos coloniales tienen como punto de articulación inicial la idea de la colonial/modernidad propuesta por el sociólogo peruano Aníbal Quijano (2000, 2007). Para Aníbal Quijano la colonial/modernidad debe ser entendida, en términos abstractos, como una forma de dominación a escala global que se inaugura con los procesos de conquista y colonización de lo que, a partir del siglo XV, se comenzó a

denominar América. Esta forma de dominación prevaleció más allá del colonialismo, entendido éste como una dominación directa, política, territorial, social y cultural, basada en la represión y establecida por los conquistadores europeos sobre los pueblos conquistados en otros territorios (2007).

Para Quijano, la conquista y colonización de América, marca el inicio de este nuevo patrón de dominación, sin el cual la modernidad eurocéntrica no hubiese sido posible. Es por ello que la colonialidad es la “cara oculta” de la modernidad. Modernidad y colonialidad son realidades indisolubles.

En términos puramente analíticos, la colonial/modernidad se puede dividir en 3 ámbitos de dominación: colonialidad del poder, colonialidad del ser y colonialidad del saber.

La colonialidad del poder se define, organiza, estructura y configura a partir de dos procesos prácticamente simultáneos. En primer lugar, a partir de la clasificación social de las poblaciones o pueblos colonizados según categorías raciales, inventadas e impuestas por los conquistadores europeos. La conquista de América y el desarrollo y consolidación del tráfico de personas negras procedentes de África marcan la genealogía de la idea de raza (Quijano, 2000; Winant, 2000, 2007). Legitimada inicialmente por razones religiosas y de sangre, la raza fue posteriormente “naturalizada” e interpretada en términos biológicos y eugenésicos desde las metrópolis europeas, durante los siglos XVIII y XIX (Winant, 2007).

Para Quijano esta forma de clasificación social, basada en categorías raciales, se convirtió en la base sociológica a partir de la

cual se organizaron las demás formas de dominación. En efecto, esta forma de dominación, racialmente constituida, estableció un patrón de jerarquización en cuyo “nivel superior” se encontraban los pueblos colonizadores europeos nominados por ellos mismos como “blancos”, y en cuyo nivel inferior se encontraban los pueblos colonizados a los que se les imponía la connotación de “negros” o de “color” (Quijano, 2000). En segundo lugar, y a partir de este sistema de clasificación social racializado, se organizó, estructuró y configuró otro proceso que también da cuenta de la colonialidad del poder: el capitalismo como nueva estructura de organización del trabajo. Siguiendo a Quijano, la racialización de los pueblos conquistados y colonizados impuso de manera violenta una división racial del trabajo, en términos de esclavitud y de servidumbre. Esta lógica de dominación y explotación extractivistas de la fuerza de trabajo racializada, también se extendió a los territorios conquistados, desarrollando nuevas formas de control y explotación de los territorios y de generación de “recursos” y de “productos” (mercancías). Con ello, afirma Quijano (2000), se estableció un patrón global de control y explotación extractivista del trabajo, recursos y productos, iniciando lo que David Harvey (2004) denominaría posteriormente acumulación por desposesión, que articularía este patrón de control global con el capital financiero, el endeudamiento de muchos países, los derechos de patentes y propiedad intelectual, el agotamiento de bienes comunes ambientales (tierra, aire, agua), la degradación del medio ambiente, los cultivos intensivos, etc.

La colonialidad del ser implica la eliminación de las características particulares que dan cuenta de las identidades históricas de los pueblos colonizados, y su reemplazo por

identidades homogéneas construidas por los colonizadores. En efecto, la homogenización de la población conquistada a través de la categoría de “indio” significó la invención de una nueva identidad que, en la práctica, suprimió las complejas y heterogéneas historias, lenguajes, culturas e identidades que existían en la América precolombina (Quijano, 2000; Grosfoguel, 2013). La colonialidad del ser puso en evidencia que este proceso de homogenización significó, por un aparte, el despojo de una identidad situada, compleja y heterogénea y, por otra parte, la imposición de una identidad racial, cultural, negativa e inferior: “...no eran sino razas inferiores, capaces sólo de producir culturas inferiores” (Quijano, 2000, p. 221). Este proceso también implicó, como afirma María Lugones (2008), la imposición de una identidad de género colonial eurocéntrica, en la cual la importancia del género en las relaciones de la comunidad aldea precolombina, en el pensamiento ritual, la espiritualidad, en las formas de autoridad y en los procesos de toma de decisiones colectivas, quedó reducida a experiencias sexuales heteronormativas, patriarcales y reproductivas. “Las hembras no-blancas eran consideradas animales en el sentido profundo de ser seres «sin género», marcadas sexualmente como hembras, pero sin las características de la feminidad” (p.94).

Para Nelson Maldonado-Torres (2007) la idea de la colonialidad del ser nos debe llevar a reflexionar sobre a la necesidad de tener en mente siempre el impacto directo de la colonialidad sobre la experiencia vivida, racializada y generizada, de los pueblos colonizados. En este sentido, la experiencia vivida de los pueblos racializados da cuenta de la invisibilidad de su “humanidad”, en cuanto “personas de color”: “La invisibilidad y la deshumanización son las principales

expresiones de la colonialidad del ser” (p. 257).

La colonialidad del saber, señala Quijano (2007), tiene que ver en lo fundamental con una represión sistemática de toda forma de conocer, de producir conocimiento, de producir imágenes, perspectivas, símbolos o modos de significación. Significa la negación, por una parte, en cuanto a criterios de validez o legitimidad, de toda forma de conocimiento o capacidades intelectuales de los pueblos colonizados; y la imposición mistificada, por otra parte, de formas de producción de conocimiento, de significados y de imágenes del mundo situadas en las metrópolis coloniales. Este epistemicidio, por utilizar la expresión de Boaventura de Sousa Santos (2018), estuvo acompañado de un masivo genocidio de pueblos colonizados principalmente cuando eran explotados, en condiciones de esclavitud, como fuerza de trabajo. Ramón Grosfoguel (2013) plantea una continuidad entre el genocidio/epistemicidio iniciado en España en el siglo XVI con la conquista de Al-Andalus y la conquista de América. En efecto:

“...la conquista de Al-Andalus estuvo acompañada de un epistemicidio, es decir, el exterminio del conocimiento. Por ejemplo, la quema de las bibliotecas fue un método fundamental usado en la conquista de Al-Andalus...Estos métodos se extrapolaron al continente americano. Así, sucedió lo mismo con los «códices» y «quipus» indígenas, que eran la práctica escrita usada por los amerindios para archivar sus conocimientos. Miles de «códices» y «quipus» se quemaron también, intentando destruir los conocimientos indígenas en el continente americano” (p. 4.).

Ahora bien, para Gorsfoguel este proceso tuvo continuidad en el proceso de reemplazo del “indio” por el “negro” africano durante el siglo XVI, en forma de trabajo esclavo. Muchos esclavos y esclavas traídos de África murieron en el proceso de captura, transporte y trabajo esclavo. Este genocidio, que reproduce el genocidio de pueblos indígenas americanos, también estuvo acompañado de su respectivo epistemicidio: prácticas, rituales, religiones, cosmovisiones y conocimientos fueron violentamente proscritos. Para el escritor keniano Ngũgĩ wa Thiong’o (1987) este epistemicidio se constituyó en una especie de “bomba cultural” que aniquiló y aniquila las creencias que tienen los pueblos africanos en sus lenguas, su territorio, sus nombres, sus historias, su pasado, sus identidades; le hace ver su pasado como un desierto sin logros.

En estas condiciones, el nuevo patrón de poder global centrado en Europa (occidental), también se caracterizó por el control de la cultura, de la producción de sentido, de la construcción de identidades, de los saberes, de la cognición y la producción de conocimientos por parte de Europa. Este eurocentrismo, en términos de Quijano (2000), hace referencia a “...una específica racionalidad o perspectiva de conocimiento que se hace mundialmente hegemónica colonizando y sobreponiéndose a todas las demás, previas o diferentes, y a sus respectivos saberes concretos, tanto en Europa como en el resto del mundo” (p. 219). En este mismo sentido se pronuncia el filósofo camerunés Achille Mbembe (2020), cuando afirma que eurocentrismo o canon epistémico eurocéntrico, como lo denomina, se atribuyó la legitimidad de definir lo que es y no es una tradición epistémica verdadera. Por otra parte, este canon epistémico ha tratado de normalizar el colonialismo como una forma legítima de relaciones sociales entre seres humanos, a través de un patrón global de dominación. Su

carácter hegemónico le ha permitido reprimir de manera activa todo lo que se piensa e imagina fuera de los marcos interpretativos que impone este patrón de dominación.

Para la socióloga australiana Reawyn Connell (2016) la colonialidad del saber también da cuenta de una economía mundial del conocimiento que, históricamente hablando, hunde sus raíces en una división social del trabajo de base colonial, como señalamos anteriormente. En efecto: “Durante los últimos quinientos años, el mundo colonizado y poscolonial no solo ha sido una fuente de materias primas para las industrias de las metrópolis, sino que también ha sido una fuente de materias primas para las ciencias metropolitanas” (p. 1). Acumulación por desposesión (material y simbólica) diría David Harvey (2004) o investigación extractivistas organizada y realizada por blancos, diría Adams Branch (2018) refiriéndose a África.

Mucha de la información vinculada activamente con la dominación y los asentamientos coloniales (botánica, la zoología, la climatología, enfermedades tropicales) fue utilizada para “literalmente enriquecer” los conocimientos de la metrópoli (Connell, 2016; Branch, 2018). Incluso, si se hizo investigación “altruista” con el fin de “resolver” los problemas coloniales en “beneficio” de los pueblos colonizados, una profunda estructura de dominación racial y colonial estaba en la base de esta investigación. En este sentido, como afirma Branch (2018), citando a Mafeje, (1997): “resultaba imposible para los africanos distinguir política e ideológicamente entre <<un administrador colonial y un investigador>>, también colonial” (p. 79). Como pondremos en evidencia más adelante, esta situación caracterizó a la medicina

colonial, particularmente a la psiquiatría colonial.

De esta manera, en el contexto de una división del trabajo intelectual impuesta colonialmente, la denominada parte conceptual o teórica de la producción de conocimiento se situó en la metrópoli. En otras palabras, el “trabajo de campo” era negro y las teorías eran blancas (Branch, 2018). Hacia el sur global -la periferia colonial o semicolonial- se derivó un “conocimiento aplicado” que, en la mayoría de las ocasiones, no respondía a las características de los diferentes contextos, por lo que se aplicaba de una manera francamente descontextualizada y sesgada. Hasta el día de hoy, mucha de la circulación del conocimiento, en un contexto de globalización neoliberal, sigue reproduciendo este patrón de subordinación epistemológica, según Connell.

Al igual que Quijano y Grosfoguel, para Connell (2016), buena parte de los saberes y conocimientos producidos en las comunidades colonizadas nunca fue incorporado al conocimiento producido en las metrópolis coloniales, o solo se incluyó de manera marginal y en forma práctica (situada), sobre todo si facilitaban los asentamientos coloniales. De esta manera, cualquier conocimiento de las comunidades colonizadas siempre debía pasar por los filtros y los parámetros de inteligibilidad del conocimiento disciplinario de la metrópoli colonial (Branch, 2018).

Al respecto como nos recuerda el historiador Warwick Anderson (1998), tomando como referencia el conocimiento disciplinario de la medicina colonial, buena parte de la mentalidad colonial “contaminó” gran parte de la medicina occidental, de tal manera que esta mentalidad quedó incrustada en las narrativas nacionalistas postcoloniales, bajo la figura de

un pensamiento con pretensiones de “universalismo y modernidad”. Esta visión universalista termina “naturalizando” las representaciones de la realidad, y los significados con los que comprendemos la realidad, en la medida en que tienen que ver con el lenguaje básico de la medicina occidental -caso que propone Anderson-, que siempre ha utilizado y sigue utilizando el vocabulario del imperio.

La colonialidad del poder y el colonialismo médico

“Por un lado, conoces la fuerza y el calor de mi apego a Marruecos y a esta querida ciudad de Rabat donde quisiera poder vivir como un solo individuo. Por otro lado, ya sabes, por todo lo que he escrito, por todo cuanto te he dicho, que importancia le he dado querido, durante mis 33 años de vida al aire libre, en la Misión del Servicio Sanitario y del Cuerpo Médico. Yo digo "Misión" en el más alto sentido del término, no sólo desde el punto de vista de la medicina y la higiene, sino desde el punto de vista social y político. El médico, si comprende su papel, es el primero y más eficaz de nuestros agentes de penetración y pacificación. Lo dije, digo de nuevo y lo pienso con toda la fuerza de mi convicción”.

Aparte del discurso del Mariscal Lyautey, miembro del ejército francés durante la colonización del norte de África, en la sesión del XXXV Congreso de médicos y neurólogos extranjeros de Francia y países de habla francesa. Rabat (7-13 abril 1933).

En su texto sobre “Medicina y Colonialismo”, escrito en 1959 en pleno proceso de lucha por la liberación de Argelia, Frantz Fanon puso en evidencia que la ciencia médica occidental formaba parte del sistema opresor, en este caso francés, principalmente porque tenía una estrecha relación con la ocupación colonial. Para Fanon (1965):

“En las colonias, el médico es parte integrante de la colonización, de la dominación, de la explotación. En Argelia no

debe sorprendernos encontrar que médicos y profesores de medicina son líderes de movimientos colonialistas. El médico argelino [no nativo] está económicamente interesado en el mantenimiento de la opresión colonial. No se trata de valores ni de principios, sino del incomparablemente alto nivel de vida que le proporciona la situación colonial. Esto explica el hecho de que muy a menudo asume el papel de jefe de milicias u organizador de incursiones <<antiterroristas>>. En las colonias, en tiempos normales, es decir, en ausencia de la guerra de liberación, hay algo de cowboy y de pionero hasta en el intelectual. En un período de crisis el vaquero saca su revólver y sus instrumentos de tortura.” (p. 132).

A pesar de las posibles bondades que pueda tener la medicina, sea en términos de conocimiento, de avances científicos o de aliviar el dolor, la situación colonial revela uno de los rasgos más trágicos al convertir la práctica y el saber médico en dispositivos de control colonial. Para Fanon, la situación colonial no sólo vacía de contenido las relaciones entre médico y paciente, sino que, además, convierte al médico en un eslabón muy importante de la red colonialista. Esta situación se reproduce incluso cuando el médico pertenece al pueblo colonizado. Es por esto por lo que el pueblo colonizado mostrará su sospecha y ambivalencia en relación con cualquier miembro que adquiera, discursiva y prácticamente, las técnicas del colonizador. Al médico nativo se le considera como un médico europeizado, occidentalizado y, en determinadas circunstancias, se afirma que ya no forma parte de la sociedad colonizada. Esta situación, según el propio Fanon, se vio fuertemente acentuada por el papel que desempeñó la técnica médica en la represión de los activistas, simpatizantes o miembros del Frente de Liberación de Argelia. En efecto:

“El médico colonizador, por su parte, acentuaba su pertenencia a la sociedad dominante mediante ciertas actitudes. Cuando las investigaciones judiciales sobre los casos de argelinos que no habían muerto en el comenzó del curso de interrogatorios policiales, podía ocurrir que la defensa pidiera un examen medicolegal. Esta petición a veces se cumplía. El médico europeo asignado para examinar al paciente siempre concluía que no había evidencia que sugiriera que el acusado había sido torturado” (p. 136).

La postura de Fanon, aunque más centrada en la forma como la situación colonial hace que la medicina o mejor el discurso y la práctica médica se conviertan en el instrumento eficaz para el control colonial, abre la puerta para reflexionar de una manera más aguda sobre la relación que existe entre la racionalidad médica y la racionalidad colonial. De hecho, se puede considerar a Fanon el primero que plantea la relación entre Medicina y colonialismo, desde un punto de vista crítico. Es importante no perder de vista desde el comienzo cómo ambas racionalidades están estrechamente relacionadas porque la intensificación del proceso de colonización de África, por parte de las potencias europeas occidentales se lleva a cabo de manera simultánea con el desarrollo de las prácticas discursivas del modelo biomédico y la salud pública occidentales. Por tanto, no es absurdo señalar que en mayor o menor medida ambas racionalidades se han retroalimentado y constituido mutuamente. Al respecto, Warwick Anderson (1998) reconoce que las prácticas discursivas de la medicina colonial reflejan los vínculos estrechos y profundos que existen entre la medicina y el imperio: cómo los procesos coloniales son productores en sí mismos de enfermedades, cómo los discursos de la medicina y la salud pública son discursos técnicos que dan cuenta del

colonialismo. En términos de Foucault, el biopoder ejercido por la medicina sobre los cuerpos de los colonizados, en cuanto saber/poder, contribuyó de manera significativa a la expansión y consolidación del poder colonial e imperial sobre las colonias.

En efecto, como comenta René Collignon (2006), en el contexto de los asentamientos coloniales franceses tanto en el norte de África (Argelia, Túnez y Marruecos), como de los territorios de explotación económica en el “África negra francesa”, el personal médico era en lo fundamental militar y, por tanto, tuvo un papel central en el proyecto imperial. Por tanto, y con las variaciones propias de cada proceso de colonización, la medicina occidental sirvió de manera activa a la expansión de los procesos coloniales, porque promovían cambios en el territorio que facilitaban los asentamientos coloniales.

Junto con la expansión y consolidación de los procesos coloniales, la medicina occidental también jugó un papel central en la “construcción del otro africano”, en términos de un proceso activo de racialización, nativización, esencialización y generización, “naturalmente fundados”, es decir, basados en la comprensión tanto biológica como cultural de la época (Anderson, 1996; Anderson, 1998; Johnson, 2016).

En este contexto resulta especialmente pertinente reflexionar sobre tres aspectos. El primer lugar, sobre la racionalidad del discurso biomédico en condiciones coloniales y su papel en la construcción del “otro africano”; en segundo lugar, sobre la forma como se configuró el propio discurso biomédico en las metrópolis europeas; en tercer lugar, sobre el papel que jugó la

denominada medicina tropical en la expansión de la dominación colonial.

La racionalidad del discurso biomédico desempeñó un papel central en la construcción del “otro negro africano”. Esta construcción contribuyó de manera activa a acentuar las diferencias entre “lo blanco europeo” y lo “otro”, lo “negro africano”. En efecto, mientras el biopoder médico, en términos de Foucault, estableció diversos dispositivos² que sirvieron para la normalización de la población en los países liberales europeos durante los siglos XIX y XIX (Rose, 1994), en condiciones coloniales este poder biomédico “construyó un otro colonial” diferente, racializado, generizado, nativizados, subalternizado, esencializado y exotizado, que sirvió como una “imagen en negativo” desde la cual se reafirmaba un supremacismo blanco eurocentrado (Megan Vaughan, 1991). Las políticas eugenésicas y de sangre de finales del siglo XIX y comienzo del XX en Europa dan buena cuenta de este proceso (Foucault, 2016). Esta parte se detallará más adelante, cuando analicemos el papel de la psiquiatría en los procesos de colonización, particularmente de África.

Por otra parte, no se puede perder de vista que las prácticas discursivas de la medicina colonial influyeron de manera significativas

² Estos dispositivos, según Rose (1994), serían los siguientes: un aparato médico-administrativo de regulación del espacio social, que incorpora un abanico de actividades, desde las directamente políticas hasta las de arquitectura y la planificación urbana; la transformación del hogar y la familia en una máquina higiénica; la dotación de personal médico de la población en forma de médicos generales y otros innumerables agentes médicos; las organizaciones del hospital clínico y curativo; el aparato de seguridad que transforma el destino en riesgo y permite a los individuos y las sociedades protegerse contra la enfermedad. Rose, N. (1994). *Medicine, history and the present*. In Jones, C., Porter, R. (Ed.) *Reassessing Foucault* (pp. 58-82). London, New York: Routledge

en la construcción del propio discurso biomédico de las metrópolis coloniales europeas. Efectivamente, hay que recordar que el discurso biomédico se va configurando en Europa entre finales del siglo XVIII y a todo lo largo del siglo XIX, coincidiendo con la acentuación de los procesos de colonización de África (Ceamamos, 2016). Desde esta perspectiva genealógica, la medicina colonial de la Europa imperial forma parte integral y constitutiva de la biomedicina occidental, discursiva y prácticamente hablando (Chakrabarty, 2014). De hecho, buena parte de los médicos europeos construyeron sus prácticas clínicas a través de una amplia experimentación en África y Asia (Neill, 2012). Por tanto, el hecho tanto de establecer barreras rígidas entre la medicina de las colonias y la medicina de la metrópoli como de escotomizar esta íntima relación en el relato histórico de la medicina occidental, forma parte integral de la propia colonialidad del poder, es decir, de invisibilizar los procesos de colonización como parte integral de la modernidad eurocéntrica (Quijano, 2007):

“La ausencia radical del “otro” no solo postula una imagen atomista de la existencia social en general; es decir, niega la idea de totalidad social. Como iban a mostrar las prácticas coloniales europeas, el paradigma también hizo posible omitir toda referencia a cualquier otro “sujeto” fuera del contexto europeo, es decir, invisibilizar el orden colonial como totalidad, al mismo tiempo que, cada idea de Europa como tal, se establecía precisamente en relación con el resto del mundo colonizado (p.173).

Finalmente, la creación y el desarrollo de la denominada medicina tropical, como parte del discurso biomédico, desempeñaron un papel muy significativo en los procesos de

colonización. Como recuerda Alison Bashford (2000), las escuelas de medicina tropical vinculadas al imperio británico, fundadas en 1899, como fue el caso de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool y la Escuela de Medicina Tropical de Londres, se crearon y se desarrollaron en estrecha relación, tanto con la Oficina de Asuntos Coloniales británicos, como con fuertes intereses mercantiles coloniales de sus respectivas ciudades. Es por esto por lo que la idea de Medicina Tropical se puede considerar virtualmente sinónimo de la medicina colonial, puesto que dependía de las agencias del estado colonial o del patrocinio de las redes comerciales imperiales para su sustento. Sus heterogéneas prácticas discursivas relacionadas con la higiene tropical y con las influencias del medio ambiente sobre los insectos y gérmenes contribuyeron de manera significativa a la “civilización y prosperidad” de vastas posesiones coloniales en zonas tropicales (Bhattacharya, 2012).

Además, como señala Deborah Neill (2012), los orígenes de la medicina tropical se encuentran no solo en los descubrimientos científicos que dieron cuenta de la relación entre los microbios y las enfermedades humanas, como tradicionalmente se relata, sino fundamentalmente en la expansión de los imperios coloniales europeos en el último cuarto del siglo XIX. Además, proporcionaron nuevos territorios para la experimentación biomédica. En efecto, mientras que las líneas que separaban la experimentación, la formulación de políticas y la práctica terapéutica se estaban definiendo más claramente y estandarizando en ciertas metrópolis imperiales, en África permanecieron decididamente borrosas y discrecionales. El gobierno colonial como tal siempre fue considerado como una “especie de experimento” y rara vez se pedía a los pueblos

colonizados su consentimiento cuando se trataba de decisiones dentro de su jurisdicción (Tilley, 2014).

La tarea fundamental de la medicina tropical en las colonias era garantizar que los territorios fueran seguros para los europeos y, al igual que los militares y funcionarios coloniales que ejecutaban la voluntad de sus gobiernos de las metrópolis europeas, los médicos coloniales estaban predispuestos a favorecer las actividades promovidas por los estados con el fin de expandir el poder europeo en las colonias en los territorios tropicales. Como nos recuerda Warwick Anderson (1996) a lo largo del siglo XIX “...para muchos escritores y médicos coloniales, la naturaleza tropical era un purgatorio pobremente disfrazado de Edén... casi un siglo de investigación médica y las creencias populares se lamentaban de que el ambiente tropical <<no fuera lugar para un hombre blanco>>” (p. 62). Los trópicos fueron representados entonces por lo europeos como lugares de degeneración moral, que fomentaban la indolencia y la pereza. El calor, el sol y la humedad, entonces asociados con los trópicos, se consideraron como las principales causas de la “enfermedad del sur”. Proliferaban los temores según los cuales estancias prolongadas en tales ambientes tropicales producirían tanto un deterioro físico, como un “deterioro de la moralidad” especialmente entre las mujeres y los niños, (Mahony, Endfield, 2018). El control colonial del “hombre blanco” dependía de su capacidad para controlar la “naturaleza tropical” de las colonias. Esta “naturaleza tropical” requiere, como las propias colonias, un disciplinamiento, pero a escala monumental.

Durante finales del siglo XIX y comienzos del XX, los médicos coloniales buscaron primero la manera de formular y luego resolver este

problema médico del imperialismo. La medicina tropical surge entonces como una mezcla entre la teoría de los gérmenes, las teorías sobre las razas, las patologías vinculadas a ambientes específicos y la política global (Anderson, 1996). Los estudios de la denominada “aclimatación”, es decir, sobre la búsqueda de espacios más favorables para la adaptación europea a los territorios y a las posesiones coloniales, junto con la utilización de “medidas higiénicas” universalizadas, para evitar contraer las enfermedades locales, establecieron el marco de referencia interpretativo de la medicina tropical en relación con los asentamientos coloniales (Mahony, Endfield, 2018; Anderson, 1996b). De hecho, como reconoce Anderson (1998), en términos del proceso de colonización, las teorías de los gérmenes en entornos coloniales no cambiaron las prácticas de “aclimatación” y control medioambiental seguidas por muchos funcionarios coloniales.

Lo importante entonces de la medicina tropical en relación con los procesos coloniales es que, al enmarcar la investigación médica en las interacciones entre las constituciones raciales y territorios específicos locales y regionales, estructuró discursiva y prácticamente una doctrina de la administración colonial para las potencias europeas, en la que hacía evidente la idea de superioridad y supremacía de la población blanca sobre la “nativa”, reflejada en las diferencias significativas en los modos de vida y de salud. El hecho de enmarcar la “enfermedad”, el “medio ambiente” y la “raza” en una doctrina de la administración colonial, basada en la medicina tropical, generó consecuencias políticas y sociales tan profundas, tanto para los asentamientos coloniales blancos como para la propia población “nativa”, como para que se lo pueda considerar asimilable a cualquier despliegue o

intervención militar (Anderson, 1996a). Estas profundas consecuencias se extienden hasta los procesos nacionalistas postcoloniales, como nos recuerda Anderson (1998), toda vez que forman parte de un lenguaje básico de la medicina occidental, supuestamente universalista y moderna, que siempre ha utilizado y sigue utilizando el vocabulario del imperio, como señalamos anteriormente.

La psiquiatría y el colonialismo médico en África

Al igual que las prácticas discursivas biomédicas, la “psiquiatría colonial” conectó la definición, el diagnóstico y el tratamiento “eurocéntricos” de las “enfermedades mentales” en la población africana con la perpetuación de la estructura de poder, de saber, de dominación y de subordinación implementadas en África por los gobiernos coloniales occidentales, particularmente desde finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. En otras palabras, la psiquiatría colonial, como afirma Richard Keller (2001), estuvo aliada estrechamente con las misiones y el proyecto civilizatorio occidental, de tal manera que el conocimiento sobre las “psicologías mentales indígenas” servía como tecnología que facilitaba los gobiernos coloniales. De hecho, los hospitales (incluyendo los centros psiquiátricos) y las prisiones fueron las instituciones que mejor cumplieron la misión civilizadora de Francia en el norte de África. En efecto, y en pleno proceso de descolonización en Argelia, Frantz Fanon (2018) ya había puesto en evidencia que la adecuada “curación” psiquiátrica de los pueblos colonizados consistía en “hacerlos completamente homogéneos a un medio social de tipo colonial” (p. 196).

En este sentido, la psiquiatría colonial contribuyó de manera activa a la construcción

de un “sujeto colonial negro”, toda vez que trató de desarrollar una idea relativamente coherente y “científicamente fundada” sobre lo que se podía denominar como “la mentalidad africana”. Las dicotomías cartesianas mente-cuerpo, blanco-negro, normal-anormal/patológico y civilizado-primitivo, propias de un saber eurocéntrico (Vaughan, 1991; Quijano, 2000), marcaron profundamente las formas a través de las cuales se fue desarrollando esta idea sobre la mentalidad africana.

La construcción biomédica de la mentalidad del “sujeto colonial negro”, fundamentalmente en la primera mitad del siglo XX, realizada inicialmente por la medicina tropical, como señalamos anteriormente, posteriormente por la psiquiatría y la denominada etnopsiquiatría -especie de mezcla entre la etnología y la psiquiatría³- tuvo como referencia estas dicotomías. A partir de estas dicotomías, las prácticas discursivas biomédicas establecieron un contraste “en negativo” de lo “otro africano”, en relación con los procesos de normalización de la población europea, contraste que terminaba reforzando los patrones civilizatorios eurocéntricos, es decir, de la “*society*” europea (Elias, 2009; Vaughan, 1991; McCulloch, 1995). Como señala Megan Vaughan (1991), las prácticas discursivas

³ Para Jock McCulloch el término etnopsiquiatría fue utilizado para describir el estudio psicológico de los comportamientos de los pueblos africanos, a lo largo del período colonial. Esta disciplina ocupó un pequeño nicho entre la psiquiatría y la antropología. Pero, a diferencia de estas dos especializaciones, la etnopsiquiatría nunca alcanzó el estatus de ciencia convencional. A mediados de la década de 1960 fue reemplazada por una psiquiatría transcultural, más amplia, que impulsó el cambio en su “sujeto de estudio”, pasando de los sujetos coloniales a los sujetos trabajadores inmigrantes y a las minorías étnicas en la propia Europa. Este cambio fue respaldado por el deseo de los propios psiquiatras de distanciarse de la propia historia colonial de su disciplina. Ver McCulloch, J. (1995). *Colonial psychiatry and the African mind*. UK: Cambridge University Press

biomédicas sobre África en contextos coloniales, particularmente franceses y británicos jugaron un papel central no solo en la objetivación de la población, (objeto de conocimiento), sino “en la creación de subjetividades” (p. 4). Esta visión de la subjetividad africana reflejaba, según Vaughan, una de las preocupaciones centrales que atravesaba los discursos de los médicos y psiquiatras coloniales, es decir, la preocupación por reafirmar de manera constante las diferencias entre el africano y el colonizador, que la construcción de un africano con problemas de salud.

En este contexto es posible afirmar que las representaciones que proyectaba el discurso médico psiquiátrico colonial de las poblaciones africanas hundían sus raíces en un racismo colonial que, simultáneamente, elevaba la superioridad “racial blanca” y subordinada a la población negra, asignando atributos a la población europea propios de la burguesía blanca capitalista. Estos atributos se reforzaban insistentemente cuando se los contrastaban con atributos “en negativo” que esta misma burguesía asignaba a la población negra (Bonnett, 1998). Se trata, en términos de René Collignon (2006), de una insistencia casi obsesiva en la sobredeterminación de la diferencia, a partir de los cuerpos, de las costumbres y las tradiciones de los pueblos africanos.

Esta sobredeterminación se apoyó, a su vez, en una la sobrevalorización de la biología como elemento clave en la comprensión de la locura y en los argumentos políticos de la dominación colonial, entonces también legitimados biológicamente. De hecho, como afirma McCulloch (1995), las teorías eurocéntricas sobre la raza asumían que esos atributos, asignado por el propio poder colonial, eran rasgos constitutivos e innatos, es

decir, biológicamente determinados, de la mentalidad y sociabilidad de los pueblos colonizados que, simultáneamente y en términos civilizatorios, daban cuenta de atraso. Para Shamsul Alam (2007) los psicólogos y psiquiatras coloniales enfatizaron el hecho según el cual las observaciones clínicas, basadas en “informes científicos objetivamente fundados”, permitían concluir que los pueblos colonizados eran inherentemente (biológicamente) inferiores y que las fuerzas coloniales tenían la “responsabilidad” de socializar estos pueblos y llevarlos hacia la edad adulta y la madurez civilizatoria.

En consecuencia, el proceso de socialización o civilización llevado a cabo por el poder colonial, más que individualizar (Elias, 1990), por el contrario, como afirmaba Fanon, homogenizaba a la población para “socializarla” a la forma de “sociabilidad colonial”. La necropolítica, término acuñado por Achille Mbembe (2011), sería la radicalización performativa de “esa visión en negativo” de la población colonizada; es decir, la posibilidad de disponer de la vida del colonizado (salvaje), al ser considerado “otra forma de vida animal, una experiencia horripilante, algo radicalmente <<otro>>” (p. 40). A respecto resulta particularmente ilustrativa la forma como Fanon plantea la visión francesa de los argelinos -negativamente homogenizante- en el contexto de las luchas por la liberación de Argelia, visión que finalmente termina legitimando la violenta represión de las autoridades coloniales:

Entre las características del pueblo argelino que había establecido el colonialismo nos detendremos en su pavorosa criminalidad. Antes de 1954, los magistrados, policías, abogados, periodistas, médicos

legistas convenían de manera unánime en que la criminalidad del argelino era un problema. El argelino, se afirmaba, es un criminal nato. Se elaboró una teoría, se aportaron pruebas científicas. Esta teoría fue objeto, durante más de veinte años, de enseñanza universitaria. Estudiantes argelinos de medicina recibieron esa enseñanza y poco a poco, imperceptiblemente, después de adaptarse al colonialismo, las elites se adaptaron a las taras naturales del pueblo argelino. Perezosos natos, mentirosos natos, ladrones natos, criminales natos (p. 232).

En relación con el colonialismo francés en el norte de África es importante recordar, siguiendo a Collignon, que las bases fundacionales de la psiquiatría colonial francesa y, por tanto, de estas perspectivas en el caso de Argelia, se encuentran en el informe del XXII Congreso de médicos y neurólogos extranjeros de Francia y países de habla francesa que se llevó a cabo en Túnez, del 1 al 7 de abril de 1912. Además de las medidas sanitarias relacionadas con la asistencia psiquiátrica a “la demencia indígena”, con la suspensión del traslado de “nativos” a centros psiquiátricos franceses (traslados que obviamente tuvieron serias consecuencias “para la salud mental de los nativos”) y con la creación de centros psiquiátricos⁴, el informe hace recomendaciones directamente relacionadas con las prácticas de dominación colonial. Se propone un proyecto para la psiquiatría en relación con lo que se podía considerar como el “modelo ideal de sociedad colonial”, en el cual: “la acción educativa a emprender con las poblaciones colonizadas debe mezclar, de manera ambigua, la benevolencia, la terapia del deseo y la serena destrucción de las culturas locales, es decir,

quitar [al nativo] sus prejuicios sobre la locura y las prácticas fetichistas que de ella resultan” (Bégué, 1997, p. 211-12).

Siguiendo el análisis de Collignon, después de la Primera Guerra Mundial el marco de interpretación de la psiquiatría francesa colonial se desplazó hacia la denominada Higiene Mental Colonial, que implicaba tanto el control social de la población colonizada como la exaltación de la misión civilizadora de Francia. En términos más concretos para Collignon la psiquiatría francesa, en el contexto colonial, desarrolló unas prácticas discursivas que negaban la subjetividad del colonizado, lo deshumanizaban hasta tal punto que lo consideraban como vacío, una especie de tabula rasa propicia para la innovación y la experimentación. El poder discrecional de los psiquiatras, algunos desempeñando sus servicios dentro del poder militar colonial, permitió diseñar un laboratorio de experimentación y modernización colonial que permitía, de forma casi ilimitada, el uso de nuevas tecnologías sobre los cuerpos de los colonizados, en forma de terapias tanto físicas como químicas para el “tratamiento de la enfermedad mental”. El uso abusivo de estas técnicas llegaba incluso a negar las propias contraindicaciones médicas planteadas en la metrópoli.

En este contexto de la Higiene Mental Colonial, la figura de Antoine Porot cobra especial relevancia porque, tras su experiencia en Túnez, será el artífice principal, con los alumnos que había formado en su cátedra de psiquiatría, del desarrollo y auge de la Escuela de Argel a comienzos del siglo XX, tal y como nos lo recuerda Fanon (2013). La Escuela de Argel se dedicó al estudio de la denominada “mentalidad indígena de los nativos norteafricanos”, introduciendo el concepto o la teoría del “primitivismo” para dar cuenta de

⁴ Como recuerda Collignon muchas de estas medidas se retrasaron significativamente o, incluso, no se aplicaron por el estallido de la Primer Guerra Mundial.

esta mentalidad. Según esta teoría, la “mentalidad del indígena” se caracterizaba por una serie de rasgos propios del “infantilismo mental” tales como “la sumisión a los “instintos”, la falta de control o “desmesura”, la falta de una racionalidad científica, la incapaz de asumir actividades superiores de carácter moral e intelectual y una especie de imbecilidad de tipo histórico. (*Historie Coloniale et postcoloniales*; 2002).

Estas descripciones, como recuerda también Collignon, estaban sustentadas en un racismo “evolutivo” según el cual el “nativo norteafricano” se encontraba a medio camino entre el hombre primitivo y el occidental evolucionado. Además, esta teoría, que presupone un cierto funcionamiento psicológico de este pueblo colonizado, no sólo no tiene en cuenta el hecho colonial, con todas sus implicaciones en las relaciones entre colonizados y colonizadores, sino que, sobre todo, viene a justificar el orden colonial, es decir, la dominación de un pueblo por otro por una supuesta “prueba científica de base neurológica” de una superioridad de un pueblo sobre otro. Según esta “prueba científica de base neurológica”, los “nativos norteafricanos” estaban desprovistos de corteza prefrontal, por tanto, existía un predominio de las funciones diencefálicas y, en consecuencia, estaban desprovistos de cualquier forma de moralidad, inteligencia, abstracción y personalidad.

Estas condiciones “neuro-psicológicas” explicarían, según el profesor Porot, la singular “impulsividad criminal” de las poblaciones del norte a África, particularmente la de población argelina como señalamos anteriormente (*Historie Coloniale et postcoloniales*, 2002). En efecto, Antoine Porot 1918 publicó una serie de textos en los que expresaba el significado que tenía para él

“la verdadera masa indígena” norteafricana, es decir, una masa amorfa de primitivos profundamente ignorantes e incrédulos, muy alejados de la mentalidad y los comportamientos franceses y que no tenían la más mínima idea de las más básicas preocupaciones morales, sociales, económicas y políticas del pueblo francés (Michel, 2022).

Por tanto, para Porot y sus discípulos, el nativo del norte de África se sitúa a medio camino entre el hombre primitivo y el hombre occidental avanzado, es decir, la raza norteafricana estaría rezagada de la raza blanca europea debido a diferencias estructurales de su cerebro. Este marco interpretativo de la mentalidad norteafricana, impuesto por Antoine Porot y la Escuela Psiquiátrica de Argel, legitima los discursos y las prácticas coloniales, en este caso francesas, en relación con el proyecto civilizatorio y la construcción de un “modelo ideal de sociedad colonial”.

Es muy importante no perder de vista que los discursos de los administradores coloniales, por un lado, y de los psiquiatras, por otro, convergen tanto en el primitivismo de las poblaciones colonizadas (indígenas) como en la irreductible escisión -biológica y cultural- entre el universo mental europeo y el universo mental indígena. Fuertemente marcada por postulados étnicos y raciales -determinismo biológico y esencialismo cultural- esta convergencia llama la atención sobre la íntima conexión entre las dimensiones jurídico-administrativas y médicas (fundamentalmente psiquiátricas) del imperialismo francés durante la primera mitad del siglo XX (Falconieri, 2022).

Por tanto, resulta de especial relevancia para la comprensión de la relación entre medicina (y su expresión psiquiátrica) y colonialismo

comprender esta convergencia tanto discursiva como práctica. Las analogías, encuentros, superposiciones, reversiones y préstamos entre los discursos y las prácticas jurídicos-administrativos de los administradores coloniales y los discursos y las prácticas psiquiátricas configuran el marco interpretativo que explican y legitiman el poder colonial. Pero, además, al poner el acento en las diferencias irreductibles entre la mentalidad europea y la mentalidad africana, en términos de sobredeterminación de la diferencia como señalamos anteriormente, esta convergencia reafirma el supremacismo blanco y el papel civilizatorio europeo.

Este mismo proceso se puede rastrear en el caso de la psiquiatra en las colonias británicas. La psiquiatría colonial británica, de la década de 1930 a la de 1950, encontraría a uno de sus exponentes más relevantes en la figura del etnopsiquiatra sudafricano blanco John Colin Carothers, ciudadano británico y miembro de la “buena” sociedad colonial de la época. Siguiendo lo arriba señalado en relación con los procesos coloniales, Carothers se desempeñó durante nueve años como oficial médico en Kenia, y también trabajó como consultor psiquiátrico del Comando de África Oriental durante la Segunda Guerra Mundial (Sadowsky, 1997). Por tanto, la práctica “psiquiátrica” de Carothers estuvo muy marcada por estas experiencias coloniales previas. En los años 40, Carothers se convirtió en una figura preeminente de la etnopsiquiatría colonial (Fassin, 2000).

Su principal obra fue “*The African Mind in Health and Disease*” (La mente africana en la salud y la enfermedad) publicada en 1953 por la Organización Mundial de la Salud, siendo Carothers consultor de salud mental de esta Organización. Esta obra de Carothers tuvo repercusión en los espacios de psiquiatría y

salud mental de la época durante mucho tiempo. Este trabajo construirá un discurso sobre la “mente del africano”, en términos generales y pasando por alto tanto la dimensión colonial como las diferencias entre culturas, pueblos, y etnias. La mente del africano estaría entonces caracterizada por la falta de síntesis mental y, por tanto, el africano normal sería un europeo lobomotizado, en términos de Carothers:

La principal función de los lóbulos frontales parece ser la integración de estímulos procedentes de otras partes del cerebro (tálamo y córtex). Puede ser también que las funciones integrativas sean realizadas por la corteza cerebral como un todo. Pero, aun así, cuando la función integrativa falla, los lóbulos frontales podrían aun estar relativamente inactivos puesto que, como tales, no desempeñan otra función. El africano con su total carencia de síntesis debe utilizar muy poco sus lóbulos frontales y, por tanto, todas las particularidades de la psiquiatría africana deben ser concebidas en términos de pereza mental (p.157).

En un trabajo previos Carothers (1951) asume inicialmente una especie de postura etnosiquiátrica o culturalista esencialista, para tratar de explicar la mentalidad o la psicología del “africano” en términos culturales, pero dentro de un marco interpretativo evolutivo eurocéntrico:

El africano primitivo está gobernado por una organización social grande, compleja y rígida, basada en una amplia extensión del sistema familiar, y mediante la cual se logra un alto grado de seguridad para el individuo frente a los múltiples peligros de la naturaleza...Esta organización implica y exige la observancia de reglas y restricciones meticulosas en cuanto a modales y

comportamiento en todos los contextos y en cada etapa de la vida...Estas reglas, aunque no están escritas, son tan conocidas que cualquier infracción implica, y se reconoce que tiene, un motivo antisocial...Todos conocen tarde o temprano toda la cultura del grupo, hay poca especialización y una gran igualdad de conocimientos. El estatus depende de la edad más que del intelecto, el conocimiento o los logros y, dado que se desconocen las edades reales, se desconoce ciertos hitos vitales, especialmente la pubertad y el matrimonio...La cultura africana no reconoce la naturaleza intrínseca de causa y efecto y...A falta de una concepción general de la naturaleza inherente de causa y efecto, considera que el funcionamiento del destino es arbitrario y fortuito y, siempre que haya obedecido las reglas tradicionales, rara vez se culpa a sí mismo por sus fracasos y desgracias, pero tiende a atribuirlos a la ira de algún agente externo y cree él mismo hechizado. Como sus reglas de comportamiento sólo se aplican dentro de su grupo y en relación con la tierra de su clan, y como no tiene códigos abstractos generales, se queda sin una estrella que lo guíe cuando deja su reserva” (p. 13-15).

Sin embargo, aunque trata de utilizar argumentos “etnopsiquiátricos” para dar cuenta de la psicología y la mentalidad del “africano”, desliza aspectos neurobiológicos, relacionados con la raza, que desdibuja completamente la frontera entre lo que se podría denominar un determinismo cultural, en lo fundamental esencialista, y un determinismo neurobiológico. Al final, los argumentos neurobiológicos son los que finalmente tienen más peso, “científicamente” hablando, tomando como referencia la experiencia de europeos lobotomizados:

La mentalidad africana normal se parece mucho a la mentalidad de una sección de la población europea que comúnmente se denomina psicópata o sociópata. Del estudio de este tema...queda claro que la única diferencia entre el comportamiento del africano primitivo normal y el de los europeos que son “psicópatas” (como se define en este artículo) se pueden explicar términos de la mitigación de los síntomas más antisociales en los primeros, por el hecho de que sus vidas están completamente gobernadas por reglas meticulosas de modales y comportamiento. En circunstancias en las que estas reglas ya no se aplican, o en los casos poco comunes en los que no se han aprendido las reglas, el africano tiende a volverse francamente “psicópata”. Ahora bien, ya se ha inferido que el africano usa muy poco sus lóbulos frontales, por lo que ahora se hace la inferencia adicional de que la psicopatía, tal como se define, se debe a la falta de uso de estos lóbulos... Esta deducción debe implicar, en primer lugar, que la operación de lobotomía tiende a convertir a los pacientes en psicópatas y, en segundo lugar, que es inútil intentar curar los casos “psicópatas” mediante la lobotomía...La función principal de la corteza frontal parece ser la correlación y síntesis de estímulos de otras partes del cerebro: la corteza y el tálamo. Está al menos un poco más alejada de la experiencia ambiental directa que cualquier otra parte del cerebro, y solo tiene experiencia directa de otros eventos mentales. Desde un punto de vista utilitario, retrasa la reacción hasta que se ha abarcado la comprensión de una situación relativamente total (cognitiva y orética). Como subproductos, esto implica un alto grado de autoconciencia y un sentido bien desarrollado de continuidad personal. Según la evidencia del comportamiento africano normal, y apoyado por nuestros hallazgos psiquiátricos, parece que estas

funciones están marcadamente ausentes en el africano primitivo y, en consecuencia, se infiere que usa poco sus lóbulos frontales (p. 40-44).

Para Jonathan Sadowsky (1997) esta visión de Carothers en relación con la “mentalidad del africano” fue muy importante durante el crepúsculo del gobierno colonial y el despertar del nacionalismo africano, en términos de la patologización de la resistencia. El hecho de etiquetar un determinado comportamiento como “patológico” o como el resultado de una determinada “enfermedad mental” tenía un doble significado político. Por una parte, deslegitimaba las reivindicaciones y demandas de los colonizados y, como consecuencia de ello, por otra parte, legitimaba la “medicalización” del conflicto. Este proceso de etiquetamiento pone claramente en evidencia la dimensión política de la psiquiatría colonial, tal y como afirma Didier Fassin, es decir, “la importancia política de un dispositivo para la interpretación y el tratamiento de los trastornos mentales y desviaciones sociales” (p. 233). Por tanto, el éxito tanto de las autoridades e instituciones coloniales como de la propia psiquiatría colonial dependía del éxito de este dispositivo de interpretación y tratamiento de la realidad política, en clave de “comportamiento patológico” resultante de una determinada “patología mental”.

El caso de la rebelión de Mau en la Kenia colonial se puede considerar como un ejemplo paradigmático de la utilización de la etnopsiquiatría para fines eminentemente políticos. Como afirma Jock McCulloch en octubre de 1952, el gobierno colonial británico declaró el estado de emergencia en Kenia. En los seis años siguientes fueron asesinados algo más de treinta colonos europeos, cerca de 70 miembros de las fuerzas de seguridad

coloniales y unos once mil quinientos supuestos miembros del movimiento Mau Mau. Además, varios cientos de africanos fueron ahorcados y los soldados británicos detuvieron a más de noventa mil sospechosos de pertenecer al movimiento Mau Mau, utilizando la tortura de procedimiento generalizado de actuación. La emergencia se mantuvo prácticamente hasta la independencia de Kenia, que se logró a finales de 1963. Para Shamsul Alam (2007) y Didier Fassin y McCulloch el movimiento rebelde Mau Mau, como categoría subalterna en la Kenia colonial, desarrolló un discurso nacionalista de resistencia y contra la dominación colonial del pueblo de los Kikuyos, el más extendido en Kenia en términos de población. Como resultado de esta dominación colonial las tierras de los Kikuyos habían sido saqueadas, se habían roto sus lazos tradicionales y sociales y la población había sido confinada en territorios escasos, que limitaron significativamente sus posibilidades económicas y geográficas.

En 1954, el director de los servicios médicos de Kenia propuso que se contratara al doctor Carothers como consultor para estudiar las raíces psicológicas de la rebelión de los Mau Mau. Para el director de los servicios médicos era evidente que la rebelión refleja una condición de histeria masiva y ansiedad neurótica activa (Kennedy, 1992). En su informe, “Psychology of Mau Mau” (La psicología de los Mau Mau) de unas treinta páginas, Carothers vio en la revuelta del movimiento Mau Mau una “perturbación psicológica”, una situación ansioso-conflictiva debido colapso de la cultura, rígida y opresiva según su interpretación, del pueblo Kikuyo como resultado del contacto con una cultura europea “superior”. Por tanto, la revuelta de los Mau Mau se podía interpretar como el resultado de una mente africana desorientada,

confusa e incapaz de hacer frente a los cambios producidos la colonización europea.

En lo fundamental, el informe fue un alegato en toda regla de los problemas resultantes de la transición entre tradición y modernidad (McCulloch, 1995). En ningún momento se menciona en el informe la ideología nacionalista del movimiento Mau Mau ni las reclamaciones sobre el saqueo de las tierras. Tampoco se mencionan los antecedentes académicos, militares o sindicales de los líderes del movimiento, hecho que los convierte, como señala Fassin, en actores muy alejados de las representaciones etnopsiquiátricas de la época, en términos de tradición, individualidad, superstición e irracionalidad.

Para resolver este “perturbación psicológica” (de hecho, los rebeldes del movimiento Mau Mau fueron considerados criminales psicopatológicos) Carothers propone una modernización o mejor una occidentalización de tipo liberal paternalista. Esta modernización debería comenzar por una “villarización” (urbanización) que garantizaría el desarrollo de una industria ligera y, en consecuencia, el desarrollo de puestos de trabajo para la población joven. En segundo lugar, propuso impulsar nuevamente la idea de la “higiene del hogar”, es decir, desarrollar las pautas sociales y los comportamientos propios de las familias europeas. Finalmente, planteó la necesidad de desarrollar una escolarización de los niños basada en una moral cristiana que reemplazaría a las religiones paganas previas.

Esta transición de formas tradicionales o premodernas de la cultura de los Kikuyos (mentalidad rural propia de las aldeas) a forma modernas (urbanas) o civilizadas debería permitir que se eliminaran los fundamentos de esta cultura para ser reemplazados

paulatinamente por fundamentos de la cultura europea (Kennedy, 1992; McCulloch, 1995; Sadowsky, 1997; Shamsul, 2007). En resumen, el tratamiento prescrito por Carothers para resolver la “psicopatología” del pueblo de los Kikuyos, responsable del origen y desarrollo de la rebelión del movimiento Mau Mau, era más modernización, es decir, más colonización y, por tanto, más represión. En términos de Didier Fassin:

“La colonización, lejos de ser una realidad histórica que implica apuestas económicas y políticas, se ha convertido en una dolorosa experiencia psíquica de una aculturación abortada. La separación de negros y blancos, por guetización o villarización, representa entonces una salida a la crisis que elude cualquier crítica al orden colonial” (p. 240).

Conclusión

Las reflexiones iniciadas por Frantz Fanon en relación con los lazos y los vínculos que se establecieron entre la medicina y el colonialismo, particularmente en África, abrieron el camino para analizar y comprender la convergencia entre los discursos y las prácticas jurídico-administrativas de la dominación colonial, y los discursos y las prácticas médicas y psiquiátricas coloniales. Esto fue posible porque las prácticas discursivas, los marcos de referencia y los fundamentos epistémicos (racionalidades) tanto coloniales como médico-psiquiátricos convergieron en la segunda mitad del siglo XX, particularmente en África. Por decirlo de otra manera, las racionalidades (epistemes) que dieron cuenta de las prácticas discursivas tanto del conocimiento médicos (medicalización) como de la dominación colonial del África (colonialismo), se retroalimentaron mutuamente en este

momento histórico y en este contexto (territorio) colonial.

Por tanto, no debemos asumir, como señala Anderson (1998) que el mundo colonial fue un receptáculo vacío y pasivo del conocimiento médico occidental. Por el contrario, como hemos visto a lo largo del texto, los contextos coloniales reelaboraron estas teorías y brindaron, en muchos casos, los fundamentos empíricos de estos conocimientos, en lo fundamental porque en mucho caso se basaron en investigaciones que se realizaron sin ningún tipo de restricción ni reproche moral. En este sentido, retomando a Anderson, “...necesitamos reconocer que el lenguaje básico de la medicina occidental, con sus pretensiones de universalismo y modernidad, siempre ha utilizado, y aún lo hace, el vocabulario del imperio” (p. 528).

Retomando a Fanon, es importante tener claro que ese vocabulario del imperio, es decir, las prácticas discursivas de la dominación colonial imperial es centralmente un discurso racializado, un discurso de construcción de la raza. Como afirma Aurélie Michel (2022), en el contexto colonial la otredad producida por la psiquiatría, a través del discurso eurocéntrico sobre la enfermedad mental, reforzó la otredad racializada (el otro negro colonial). Para Michel no resultaría nada difícil constituir un corpus de afirmaciones racistas en la literatura psiquiátrica, a lo largo de su historia colonial, que 29 diese cuenta de un “orden psiquiátrico” colonial, en el que la “ciencia médica” sería uno de los operadores esenciales. Los discursos de Antoine Porot y John Carothers son ejemplos bastante ilustrativos al respecto.

Como hemos mencionado a lo largo del texto, el proceso de racialización legitimado por el discurso biomédico, particularmente del

psiquiátrico, contribuyó a reforzar, a través de una “imagen en negativo” de la población africana, el supremacismo blanco europeo. La idea de atribuirle a la población africana una subjetividad racializada negra, cuya mentalidad era inferior, primitiva o semejante a la de un “europeo lobotomizado” no hacía más que reafirma el supremacismo blanco y su papel civilizatorio en contextos coloniales. De esta manera, la psiquiatría jugó un papel central en este proceso, insistimos también en una doble vía, es decir, al mismo tiempo que afirmaba la inferioridad de la mentalidad del africano, racialmente justificada, afirmaba la superioridad mental blanca europea. Es una biopolítica colonial “en negativo” y sobre todo una necropolítica, exaltación performativa de un poder sobre la vida, pero fundamentalmente un poder sobre la muerte, sobre los que tenían que morir. Esta necropolítica, en términos de Achille Mbembe (2011) está racialmente constituida y colonialmente organizada. Nuevamente los discursos de Antoine Porot y John Carothers dan buena cuenta de esta constitución racial y colonial de la necropolítica. El discurso psiquiátrico colonial, basado en “observaciones clínicas científica y objetivamente argumentados” permitieron concluir que los pueblos colonizados eran inherentemente - biológica y culturalmente hablando- inferiores y, por tanto, era responsabilidad de las fuerzas coloniales imperiales “civilizarlos”. La necropolítica entonces se abrió paso a través de este proceso civilizatorio.

Deconstruir el discurso médico en general, y el discurso psiquiátrico en particular, en contextos coloniales implica comprender tanto los subtextos coloniales como los subtextos raciales que lo fundamentan. Implica comprender la genealogía de una biopolítica colonial y racial cuyas prácticas discursivas “en negativo” establecen una configuración

dialéctica entre biopolítica en la metrópoli (eurocéntrica) y necropolítica colonial racialmente constituida. Es un diálogo a través de vasos comunicantes que las retroalimenta. No son contradictorias en sí mismas, no tienen posibilidad síntesis. Son caras de la misma moneda, son las expresiones de cuerpos atravesados por la modernidad/colonialidad de la que hablaba Quijano. Cuerpos racializados

y generizados por las prácticas discursivas de la modernidad/colonialidad y de algunos de sus operadores fundamentales: la biomedicina y la psiquiatría.

Bibliografía

Anderson, W. (1996). Disease, race and empire. *Bulletin of the History of Medicine*, 70(1), 62-67.

Anderson, W. (1996a). Disease, Race and Empire. *Bulletin of the History of Medicine* 70(1), 62-67. doi:10.1353/bhm.1996.0001.

Anderson, W. (1996b). Immunities of empire: Race, disease, and the new tropical medicine, 1900–1920. *Bulletin of the History of Medicine*, 70(1), 94-118.

Anderson, W. (1998). Where is the postcolonial history of medicine? *Bulletin of the History of Medicine*, 72(3), 522-530.

Bashford, A. (2000). Is White Australia possible? Race, colonialism and tropical medicine, *Ethnic and Racial Studies*, 23:2, 248-271.

Bégué, J. (1997). Genèse de l'ethnopsychiatrie: un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française: le rapport de Reboul et Regis au congrès

de Tunis en 1912, *Psychopathologie Africaine*, 28: 177–220.

Bhattacharya, N. (2012). Contagion and enclaves: tropical medicine in colonial India. Liverpool University Press.

Bonnett, A. (1998). How the British working class became white: The symbolic (re)formation of racialized capitalism. *Journal of historical sociology*, 11(3), 316-340

Branch, A. (2018). Decolonizing the African studies centre. *The Cambridge Journal of Anthropology*, 36(2), 73-91.

Carothers, J. (1951). Frontal lobe function and the African. *Journal of Mental Science*, 97(406), 12-48.

Carothers, J. (1953). The African mind in health and disease: a study in ethnopsychiatry. Monograph Series, Geneva: World Health Organization.

Ceamanos, R. (2016). El reparto de África. De la conferencia de Berlín a los conflictos actuales. Madrid. Catarata, Casa de África.

- Chakrabarty, P. (2014). *Medicine and empire: 1600-1960*. Hampshire, New York: Palgrave, Macmillan.
- Collignon, R. (2006). La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal: esquisse d'une historisation comparative. *Revue Tiers Monde*, (3), 527-546.
- Connell, R. (2016). *Decolonising Knowledge, Democratising Curriculum*. For University of Johannesburg discussions on Decolonisation of Knowledge [white paper]. <http://www.raewynconnell.net/2016/10/decolonising-curriculum.html>
- De Sousa Santos, B. (2018). El Norte, el Sur y la utopía. Meneses, M., Arriscado, J., Nunes, Lema, C., Aguiló, A., Lino, N. (Comp.). (2018). *Boaventura de Sousa Santos. Construyendo las Epistemologías del Sur*. (Vol.1). (pp. 147-228). Buenos Aires: CLACSO.
- Elias, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Elias, N. (2009). *El Proceso De La Civilización: Investigaciones Sociogenéticas y Psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Falconieri, S. (2022). Pathologies de l'«âme indigène». Les savoirs juridico-administratif et médical sur la folie en Afrique française. *Histoire, médecine et santé*, (20), 27-49.
- Fanon, F. (1965). *A Dying Colonialism*. Trans. Haakon Chevalier. New York: Grove Press.
- Fanon, F. (2018). *Los condenados de la tierra*. Nafarroa: Txalaparta.
- Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L'Homme* (153): 231-250.
- Foucault, M (2016). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de poder*. Tres Cantos Madrid: Siglo XXI España.
- Goozee, H. (2021). Decolonizing Trauma with Frantz Fanon. *International Political Sociology*, 15(1), 102-120.
- Grosfoguel, R. (2013). Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI. *Tabula Rasa*, (19), 31-58.
- Harvey, D. (2004). The new imperialism: Accumulation by dispossession. *Socialist Register*, 40, 63-87.
- Historie Coloniale et postcoloniales (2002, 24 février). Le regard colonial de l'École psychiatrique d'Alger. Recuperado de: <https://histoirecoloniale.net/le-regard-colonial-de-l-Ecole.html#:~:text=Pendant%20un%20demi%20si%C3%A8cle%2C%20les,intelligence%20abstraite%20et%20de%20personnalit%C3%A9> (2 de julio de 2022).
- Johnson, J. (2016). New Directions in the History of Medicine in European, Colonial and Transimperial Contexts. *Contemporary European History*, 25(2), 387-399.

- Keller, R. (2007). Clinician and revolutionary: Frantz Fanon, biography, and the history of colonial medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 823-841.
- Keller, R. (2008). *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*. University of Chicago Press.
- Kennedy, D. (1992). Constructing the colonial myth of Mau Mau. *The International Journal of African Historical Studies*, 25(2), 241-260.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (09), 73-101.
- Mafeje, A. (1997). Who Are the Makers and Objects of Anthropology? A Critical Comment on Sally Falk Moore's "Anthropology and Africa". *African Sociological Review*.1(1): 1-15.
- Mahony, M., Endfield, G. (2018). Climate and colonialism. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Climate Change*, 9(2), e510. DOI: <https://doi.org/10.1002/wcc.510>.
- Maldonado-Torres, N. (2007). On the Coloniality of Being: Contributions to the Development of a Concept. *Cultural studies*, 21(2-3), 240-270.
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*, España: Melusina.
- Mbembe, A. (2020). Descolonizar el conocimiento y la cuestión de archivo. En De Sousa Santos, B., Meneses, M. (2020). *Conocimientos nacidos de las Luchas. Construyendo las epistemologías del Sur* (pp. 411-435). Argentina, España, México: Akal.
- McCulloch, J. (1995). *Colonial psychiatry and the African mind*. UK: Cambridge University Press.
- Michel, A. (2022). Savoirs psychiatriques et ordre racial, entre collusions et conflits. *Histoire, médecine et santé*, (20), 9-26.
- Neill, D. (2012). *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930*. California: Stanford University Press.
- Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. *Cultural studies*, 21(2-3), 168-178.
- Quinajo, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En Lander, E (Comp.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas* (p.201-246). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO.
- Robcis, C. (2020). Frantz Fanon, institutional psychotherapy, and the decolonization of psychiatry. *Journal of the History of Ideas*, 81(2), 303-325.
- Rose, N. (1994). Medicine, history and the present. In Jones, C., Porter, R., *Reassessing Foucault* (pp. 58-82). London, New York: Routledge.
- Sadowsky, J. (1997). Psychiatry and colonial ideology in Nigeria. *Bulletin of the History of Medicine*, 71(1), 94-111.

- Shamsul, S. (2007). Rethinking Mau Mau in Colonial Kenya, New York.: Palgrave
- Macmillan
- Sikuade, A. (2012). Fifty years after Frantz Fanon: beyond diversity. *Advances in psychiatric treatment*, 18(1), 25-31.
- Swartz, S. (2010). The regulation of British colonial lunatic asylums and the origins of colonial psychiatry, 1860–1864. *History of Psychology*, 13(2), 160.
- Tilley, H. (2014). Conclusion: Experimentation in colonial east Africa and beyond. *The International Journal of African Historical Studies*, 47(3), 495-505.
- Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford University Press.
- Winant, H. (2000). Race and race theory. *Annual review of sociology*, 26(1), 169-185.
- Winant. H. (2007). *The Dark Side of the Force: One Hundred Years of the Sociology of Race*. In Calhoun, C. (ed.) *Sociology in America: The ASA Centennial History*. (pp. 535-571). Chicago, London: University of Chicago Press.



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

www.clacso.org.ar



gtsaludinternacionalclacso@gmail.com



[/gtsaludinternacionalclacso](https://www.facebook.com/gtsaludinternacionalclacso)



www.pensamientocriticoensalud.org