

DOSSIER: AISLAMIENTO Y SALUD: ESTRATEGIAS Y RESISTENCIAS EN AMÉRICA LATINA, 1870-1950

DOSSIER: ISOLATION AND HEALTH: STRATEGIES AND RESISTENCES IN LATIN AMERICA, 1870-1950

PRESENTACIÓN
PRESENTATION

Ana María Carrillo y Cristina Sacristán

(Coordinadoras)

Uno de los primeros posicionamientos críticos ante la historia heroica de la medicina, nutrida con el relato de importantes hallazgos científicos y las biografías de los grandes hombres de ciencia, e interesada en legitimar las prácticas médicas y a los profesionales de la salud, devino en historia de las instituciones. Atrapada en los estrechos marcos del internalismo, la «vieja historia» se vio rebasada por ésta que buscó en los factores políticos, económicos, sociales y culturales ajenos al saber médico, pero presentes en su devenir, una explicación que acercara la historia de la medicina a la historia social¹.

Una de sus ramas más prolíficas y combativas, construida al calor del 68 y del movimiento antipsiquiátrico, se enfocó en el estudio de los grupos subalternos y se constituyó teóricamente en la llamada escuela de control social. Sus seguidores enfatizaron cómo el discurso de la modernidad, que se pretendía incluyente, había creado instituciones destinadas a la exclusión y a la represión de compor-

¹ CUETO, M. y BIRN, A. (1996), Syllabus del curso: historia social de la salud pública en América Latina. En CUETO, M. (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, pp. 235-254; ARMUS, D. (2005), Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. En *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 13-40.

tamientos socialmente no aceptados, en aras de una normalización y medicalización de la sociedad conforme a ciertos patrones de moralidad burguesa que se habrían instrumentado a partir de modernas técnicas disciplinarias². Instituciones como internados, escuelas, lazaretos, hospitales, cárceles y manicomios, que aislaban para «curar», fueron estudiadas desde la perspectiva de la dominación y calificadas como dispositivos de control social, en ocasiones aplicando mecánicamente modelos que no podían haber alcanzado los mismos resultados en diferentes latitudes y bajo condiciones históricas distintas. Este punto de partida, que en su momento trajo aire fresco a la historia de la medicina más tradicional, fue instaurando una historiografía especulativa que se sostenía sobre fuentes normativas, escasamente centradas en las prácticas, pero con frecuencia utilizadas como si las políticas en ellas imaginadas se hubieran plasmado tal cual en los cuerpos y mentes de sus destinatarios³.

Posteriormente, desde diferentes trincheras, críticos de esta postura hicieron ver que el gran anhelo de modernidad que persiguió a los Estados-nación durante el siglo XIX, no siempre encontró los cauces para el despliegue de la fuerza requerida —instituciones, mecanismos, presupuestos, agentes—, menos aún la aceptación pasiva de los depositarios de los programas. Descubrió también que el Estado no se articuló en un todo coherente y sin fisuras —véase si no la lucha de las élites por el control político— y que ninguna forma de gobierno podía ser entendida en términos de su propio discurso, por lo que se volvía un imperativo estudiar las expresiones que adquiriría ese Estado a partir de sus relaciones⁴.

El análisis de las prácticas llevó a calibrar la efectividad de las estrategias de control, la capacidad de los agentes sociales encargados de echarlas a andar, y los procesos de resistencia, negociación, selección o apropiación de las instituciones y de los marcos normativos por parte de los grupos subalternos para fines totalmente diferentes, y hasta opuestos, a los pensados. Para entender conceptualmente este dinamismo, a términos como control, coerción,

² COHEN, S. y SCULL, A. (eds.) (1983), *Social Control and the State: Historical and Comparative Essays*, Oxford, Martin Robertson; PORTER, R. y MICALE, M.S. (1994), Introduction: Reflections on Psychiatry and its Histories. En *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 3-36.

³ HUERTAS, R. (2001), Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, 1 (1), 9-36.

⁴ DI LISCIA, M.S. y BOHOSLAVSKY, E. (2005), Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros). En *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840-1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de la Pampa, Prometeo Ediciones, pp. 9-22.

represión, marginación, cooptación y dominación se sumaron negociación, consentimiento, protesta, pacto, consenso hegemónico, interlocución, recepción o experiencia, por citar algunos. Finalmente, esta visión de las relaciones de poder como procesos interactivos entre las dirigencias y los subordinados, llevó a constatar alcances más modestos de los imaginados⁵.

Otra de las vetas más renovadoras se dio en el campo de la historia de la salud pública. Si en los años sesenta primaban las ideas de que la protección y la promoción de la salud habían sido unas de las más importantes funciones del Estado moderno⁶, y de que la medicina científica parecía haber eliminado prácticamente la amenaza de las epidemias⁷; los estudios epidemiológicos de los años ochenta señalaban que el problema de la salud mundial estaba lejos de ser resuelto; cuestionaban la efectividad de la salud pública, al plantear que la significativa reducción de la mortalidad observada en los países del mundo occidental, debía ser explicada por el mejoramiento de las condiciones de vida y de la nutrición, y no por las acciones frente a los problemas colectivos de salud⁸; y mostraban que en los países donde la reducción de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas había sido significativa, había una correspondencia en el aumento de la morbilidad por enfermedades crónicas. Preocupada, al igual que la tradición del control social, por la dimensión política, esta historiografía sugirió que la medicina estatal había sido altamente represiva, y que había echado mano de un arsenal de recursos normalizadores constitutivos de la modernidad, para la investigación y el control de los individuos y sus cuerpos⁹.

Estudios posteriores trataron de mostrar que la historia de la salud pública se situaba dentro de la historia social y cultural, y demandaba, por ello, conocer las condiciones de vida de la población, la orientación de las decisiones políticas, la lucha de la profesión médica por obtener su reconocimiento o la dimensión sim-

⁵ GILBERT, M. J. y NUGENT, D. (1994), *Everyday Forms of State Formation: Revolution and the Negotiation of Rule in Modern Mexico*, North Carolina, Duke University Press; VAUGHAN, M.K. (2001), *La política cultural en la Revolución. Maestros, campesinos y escuelas en México, 1930-1940*, México, Fondo de Cultura Económica.

⁶ ROSEN, G. (1985), *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, Madrid, Siglo XXI.

⁷ LAÍN ENTRALGO, P. (1973), *La medicina actual*, Madrid, Seminarios y Ediciones.

⁸ MCKEOWN, T. y LOWE, C. R. (1977), *An introduction to social medicine*, Oxford, Blacwell Scientific Publications.

⁹ FOUCAULT, M. (1987), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.

bólica de la enfermedad, entre otros aspectos; y no podía ser vista como una marcha monolítica ni al progreso ni a la represión totalitaria¹⁰.

Tomando lo mejor de estas dos tradiciones, el presente *dossier* reúne un conjunto de trabajos realizados con el objetivo de retomar los lugares de aislamiento como espacios «disciplinarios» en la América Latina de los siglos XIX y XX, y reflexionar sobre la salud corporal y mental en los mismos a partir del estudio de discursos y prácticas.

Las coordinadoras hicimos una convocatoria abierta por intermedio de la Red de Historia de la Salud Pública en América Latina y el Caribe (HISPALC-L). No pretendimos abarcar a todas las instituciones de encierro: los artículos aquí reunidos se ocupan de cárceles, escuelas, manicomios, centros de readaptación para menores infractores, colonias para enfermos con lepra, sanatorios para enfermos con tuberculosis, y preventorios para los hijos sanos de éstos. En algunas de estas instituciones, el aislamiento era temporal y en otras permanente; en ocasiones se hacía en forma voluntaria, pero era más común que fuese coercitivo. En todas ellas, las funciones terapéuticas y las de control estaban enmarañadas.

Han quedado incluidos tres trabajos de Brasil, tres de Argentina, uno de México y otro de Colombia. Somos conscientes de que Argentina y Brasil están sobrerrepresentados, y que faltan muchos países de la región; pero creemos que esta selección es, de alguna manera, indicativa de la mayor presencia de especialistas, estudios de postgrado y publicaciones en algunos países. Colaboran en este *dossier* 11 historiadores, en 8 estudios de casos con diferentes acercamientos historiográficos y filiaciones teóricas.

En «Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra, sus espacios de reclusión y el discurso médico-legal en Argentina», Marisa Miranda y Gustavo Vallejo analizan cómo, al amparo del paradigma eugénico, que contó con una gran difusión en ese país, el portador de lepra fue objeto de aislamiento físico (en su domicilio, asilos o colonias), pero también de una forma de aislamiento simbólico mediante el distanciamiento del sistema de derechos. Explican que este discurso médico-legal, que escondía el miedo al contagio, buscó proteger a la sociedad para evitar que su composición racial pudiera ser alterada, y descuidó el tratamiento del enfermo con lepra a quien, con esta mutilación de uno de sus derechos civiles se terminó por estigmatizar aún más. Dan cuenta, también de los debates suscitados por estas políticas.

¹⁰ PORTER, D. (1994), Introduction. En PORTER, D. (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, Londres, pp. 1-44; HUERTAS, R. (2006), Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*. *Asclepio*, 58 (2), 267-276.

En «Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre / RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924)», Yonissa Marmitt Wadi analiza el lento proceso de medicalización ocurrido a lo largo de cuarenta años en el primer hospital psiquiátrico de Rio Grande do Sul y uno de los primeros de Brasil, hasta llegar a concentrar en la figura del médico director las funciones administrativas y médicas. Señala que en todo ese tiempo la figura del loco no dejó de ser construida, y que se buscaba la cura de cada enfermo, si bien había una distancia entre ideal y realidad. El eje rector de la terapéutica en la institución era el trabajo que, además de organizar las rutinas de la vida cotidiana de acuerdo con los principios del tratamiento moral (distraer al loco, evitar la ociosidad), en el manicomio en cuestión sirvió para reforzar los roles de género y obtener ingresos para la institución. A partir de la trayectoria de una interna —una mujer que mató a su propia hija—, la autora reflexiona sobre las prácticas médicas de asistencia al interior del hospicio.

En «Os aprendizes marinheiros no Paraná oitocentista», Vera Regina Beltrão Marques y Silvia Pandini Lange analizan el reclutamiento de niños pobres y abandonados, para formarlos como marineros, en el Paraná del siglo XIX. Muestran que con frecuencia los niños eran alistados ilegalmente, cuando eran muy pequeños (hasta de seis años), y sin realización previa de exámenes médicos. Señalan que, destinados a los riesgos de mar, los niños los tenían también en tierra, pues las condiciones sanitarias de sus habitaciones eran inadecuadas, y a causa de la mala alimentación que recibían padecían anemia y beriberi, y estaban expuestos a enfermedades epidémicas. Sostienen que el ritmo, la disciplina y la pedagogía militares eran indispensables a la nueva sociedad de trabajo.

En «Un remedio contra la delincuencia: el trabajo infantil en las instituciones de encierro de la Ciudad de México durante la posrevolución», Susana Sosenski estudia el Tribunal para Menores Infractores de la Ciudad de México, creado en 1926. Señala que aunque fue el primero dedicado a los menores en el país, sus instituciones de encierro y corrección asumieron el modelo penal general, con el agravante de que, como al Tribunal no se le consideraba institución punitiva sino educativa, los niños no contaban con defensores de oficio; y, como se suponía que los jueces no dictaban «sentencia» sino «formas de corrección», tampoco se establecía el número de años que los niños permanecerían en el encierro, lo que daba como resultado detenciones indeterminadas. Analiza la contradicción en que cayeron los gobiernos posrevolucionarios que, por un lado aprobaron leyes protectoras que impedían el trabajo infantil, y por otro encontraron en la incorporación al trabajo, y no en la educación, la principal vía para la regeneración de los niños delincuentes.

En «Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en Medellín 1880-1930», Álvaro León Casas Orrego se ocupa del aislamiento de los enfermos mentales en la época de la institucionalización de la psiquiatría en Colombia. Señala la creación de la Casa de Alienados Mentales de Medellín, en 1873, como inicio del desplazamiento de la locura del poder judicial hacia la autoridad médica. Empleando el término alienación en su sentido más amplio, como extrañamiento de un individuo frente a otros, a la sociedad o al trabajo, sostiene que el desplazamiento afectó a las personas en su salud mental, haciéndolas parecer alienadas mentales, y que su presencia en las calles coincidió con un momento en que la densidad de la población en la ciudad generaba serios problemas de insalubridad, razón por la que el aislamiento de dementes, ordenado en el Código de Policía, fue aplicado especialmente a los forasteros.

En «Preventório Rainha Dona Amélia: um sanatório para crianças enfraquecidas», Dilene Raimundo do Nascimento estudia la creación de un sanatorio para hijos sanos de enfermos con tuberculosis, como parte de la campaña contra el padecimiento. Describe el periodo de aislamiento que los niños pasaban cuando llegaban al preventorio, y la rígida disciplina de actividades, labores y castigos, a la que eran luego sometidos. Sostiene que en el preventorio recibían asistencia material, médica y moral, aunque el nivel de vida ahí era bajo, y el espacio deteriorado. Explica, finalmente, que el desarrollo de los quimioterapéuticos, en los años cincuenta, provocó un cambio en la política de control de la enfermedad, y que en la siguiente década, la concepción terapéutica sanatorial fue superada por los quimioterapéuticos y el tratamiento ambulatorio, y se acabó también con la separación de padres e hijos.

En «Discursos y prácticas en los sanatorios para tuberculosos en la provincia de Córdoba, 1910-1947», Adrián Carbonetti estudia el aislamiento de los enfermos con tuberculosis, particularmente de los enfermos pobres, en sanatorios especiales, en la primera mitad del siglo XX. Señala que el elemento fundamental para justificar la privación de la libertad y otros derechos de los enfermos fue la posibilidad del contagio, y asegura que la tuberculosis fue entonces excluyente y estigmatizante. Muestra que esta política no cambió hasta mediados del siglo XX, cuando las quimioterapias se generalizaron.

En «La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-1940», Ernesto Bohoslavsky y María Silvia Di Liscia analizan los servicios de salud existentes en cárceles y escuelas en la zona pampeano-patagónica durante las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX para mostrar que la capacidad de intervención del Estado a través de estos servicios se vio limitada por la falta de presupuesto y de personal especializado, lo que devino en un vacío institucional que debió ser llenado por la Igle-

sia y los propios pobladores. Aunque en esta región los miembros de los aparatos policiales, judiciales y sanitarios compartían el mismo discurso normalizador y reformador que sus coetáneos de las tierras centrales, esta disponibilidad ideológica no bastó para ejecutar los programas. Ante la carencia de personal de salud, los maestros recibieron el encargo de detectar algunas enfermedades, prevenirlas y atacarlas, ejemplo de que el discurso no se instrumentó.

Los trabajos analizan cómo la identificación de ciertos sujetos con diversos tipos de peligro, permitió legitimar intervenciones coercitivas sobre los mismos, tales como el aislamiento, la separación de padres e hijos, la prohibición del matrimonio y la anulación de otros derechos. La reclusión del loco era justificada por su asociación con el degenerado sexual, el alcohólico y el delincuente social, o con el argumento de que si no era atendido de manera oportuna, la enfermedad mental se haría rápidamente incurable, y habría sobrepoblación en los asilos, que dificultaría la clasificación científica y el tratamiento racional de los enfermos. La de los niños marineros, por su pobreza y supuesta disposición biológica a la delincuencia o al vicio, de la que podría salvarlos el aprendizaje del oficio de mar, y las mejores condiciones de vida. La de menores delincuentes, como medio de sustraerlos del ambiente de «contagio» en el que vivían (Casas, Wadi, Marques y Lange, Sosenski).

El aislamiento fue parte de la lucha contra las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y la lepra. A partir de los descubrimientos de la microbiología, el enfermo fue (o volvió a ser) visto como un ser peligroso para los demás, principal argumento para decidir el aislamiento. Su peligrosidad no era sólo física, sino moral: debido a su gran egoísmo —se decía—, los leprosos y tuberculosos eran poseedores de una maldad particular e intentaban transmitir la enfermedad a los suyos y al prójimo. La lucha contra la enfermedad devino en lucha contra los enfermos, y en que éstos fueran confundidos con el padecimiento y estigmatizados. La articulación entre eugenesia y profilaxis de las enfermedades —presente en casi todas partes— favoreció políticas represivas de salud pública, como el que les fuera prohibido el matrimonio, aun en caso de haber sido curados, para proteger el futuro de la raza y evitar su degeneración (Miranda y Vallejo, Carbonetti).

Sustentadas en el miedo al contagio, las políticas de exclusión se extendieron a los hijos de estos enfermos. Se formaron colonias o preventorios para niños sanos, en donde éstos eran también discriminados, por su posibilidad de desarrollar la enfermedad. Si las condiciones de aislamiento eran en general duras, en los niños resultaban particularmente dramáticas. Estos criterios se aplicaron igualmente a los considerados enfermos sociales, como los criminales; y hubo preocupación, e incluso se llegó a recluir, a aquéllos de quienes se

sospechaba que, por condiciones sociales o por herencia, podrían llegar a delinquir (Nascimento, Carbonetti, Miranda y Vallejo, Bohoslavsky y Di Liscia, Sosenski, Marques y Lange).

Aunque había una preocupación por los cuidados físicos, higiénicos y morales, más que como centros de curación, los manicomios funcionaron como depósitos de desposeídos, y los sanatorios o colonias de enfermos, como instrumentos para evitar el contagio de los sanos. La escuela para aprendices de marineros utilizó a los niños como carne de cañón en las guerras, sin haberles proporcionado formación naval o práctica de mar ni mejorado su situación económica. Mientras que las cárceles (para adultos o menores) carecían de talleres y elementos de observación psiquiátrico-criminológica, y prestaban poca atención a la educación. Estas instituciones fueron pensadas como facultativas para los ricos y obligatorias para los pobres; y dentro de ellas hubo subordinación de etnia, de nacionalidad, de género, de generación, de estado civil y de clase (Wadi, Miranda y Vallejo, Sosenski, Carbonetti, Nascimento, Marques y Lange, Bohoslavsky y Di Liscia).

Un tema que atraviesa casi todos los artículos es el del trabajo, el cual aparecía en el discurso de las instituciones de aislamiento, como el eje rector de la terapéutica para formar ciudadanos productivos, física y mentalmente sanos, y moralmente regenerados. Los autores parecen coincidir en que el trabajo no logró tales objetivos, pero sí proporcionó recursos pecuniarios a los individuos y las instituciones en las que éstos estaban reclusos, además de que produjo placer y dio cierta dignidad a quienes lo realizaban (Miranda y Vallejo, Wadi, Carbonetti). Esto no sucedía con los niños, para quienes el trabajo era sinónimo de explotación, ya fuera bajo la creencia de que una educación integral debía incluir la enseñanza de conocimientos útiles para la vida, como el aprendizaje de un oficio, o bien bajo el discurso de que con la formación adquirida los niños de los grupos más desfavorecidos mejorarían sus condiciones de vida, lo que evidentemente no ocurrió (Sosenski, Marques y Lange).

Algunos de los autores señalan la efectividad de las estrategias de control: una entrevistada recuerda el tiempo pasado cuando era niña en el Preventorio como el mejor periodo de su vida. Algunos niños delincuentes y sus familias se apropiaron del discurso del trabajo como regenerador. Y hubo asilados que hicieron suyas las normas que se les imponían, al grado que optaron por no abandonar la institución —que quizá originalmente les había parecido un infierno—, aun cuando estaban autorizados para hacerlo, y solicitaron ser contratados como empleados en ella. La dificultad para reinsertarse nuevamente en la sociedad, a menudo bajo el estigma de la enfermedad o el delito, y el desarraigo sufrido por la pérdida de los lazos sociales y familiares, pudo

favorecer que estas instituciones de internamiento se convirtieran en lugares con nuevas posibilidades de vida para algunos sujetos (Nascimento, Sosenski, Carbonetti, Wadi).

Otros artículos muestran que si los poderes político y médico dictaron; los locos, enfermos, delincuentes y niños, negociaron o se resistieron. No fue raro que los niños ingresados por la fuerza en los servicios navales, escaparan, con frecuencia alentados por familiares. Los enfermos mentales también se fugaban o cometían asesinatos. Los sanatorios para enfermos con tuberculosis y las colonias para enfermos con lepra eran instaladas lejos de las ciudades, incluso en islas inaccesibles, para evitar tentaciones para el enfermo, que dificultaban el vínculo con sus familiares y el resto de la sociedad. Además, los pobladores tuvieron sus propios medios para definir o conceptuar a la enfermedad (Marques y Lange, Wadi, Carbonetti, Vallejo y Miranda)¹¹.

Los artículos del *dossier* muestran similitudes de los países de América Latina entre sí, e incluso de estos países con otros; pero prueban también que hubo matices y diferencias. Si en general, la progresiva secularización de la sociedad fue restando competencia a la Iglesia en su función asistencial y de conciencia, y los centros de aislamiento fueron también lugares de enfrentamiento de los profesionales de la medicina con la Iglesia por el control de los mismos, como sucedió en los hospitales para enfermos mentales en Brasil en el momento de la configuración del discurso psiquiátrico; en la Patagonia, el Estado no intentó apropiarse de potestades de la Iglesia católica o de asociaciones intermedias o étnicas para atender la formación de los niños o las tareas de salud hasta el segundo tercio del siglo XX, y en Medellín, hasta 1937 la administración del hospital para enfermos mentales estuvo en manos de laicos y de religiosas, y el director de la Junta del Manicomio no decidía sobre nombramientos o remociones de las hermanas de la Caridad (Wadi, Bohoslavsky y Di Liscia, Casas).

Los autores de los trabajos aquí reunidos utilizan las más variadas fuentes: memorias de gobernadores, reglamentos de las instituciones asilares, infor-

¹¹ Sobre textos que en América Latina han abordado estos temas, véase ARMUS, D. (2007), *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, ED-HASA; OBREGÓN TORRES, D. (2002), *Batallas contra la lepra. Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Banco de la República, Fondo Editorial Universidad EAFIT y GARCÍA CANAL, M.I. (2008), La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución. En *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Coloquios (En línea.) Puesto en línea el 2 de enero de 2008. URL: <http://www.nuevomundo.revues.org/index14422.html>. Consultado el 8 de febrero de 2008.

mes de directores de las mismas, códigos policiales, opiniones de juristas, datos de composición de los internos, diagnósticos, tratamientos, condiciones para las altas, prensa científica y de divulgación. Se trata, en general, de discursos en que las voces de los enfermos, los niños delincuentes, los locos, los otros, fueron silenciadas o tergiversadas: la negación por parte de un niño de haber cometido un delito se consideraba prueba de su carácter simulador, y la resistencia de una madre enferma a separarse de sus hijos, muestra de la perversión moral del leproso. Otras fuentes empleadas son memorias y autobiografías, y dos de los autores recurren a la historia oral para dar la palabra a mujeres que cuando eran niñas fueron separadas de padres con tuberculosis, así como a sobrevivientes de sanatorios.

Agradecemos a Rafael Huertas, director de la revista, la invitación para coordinar este *dossier*, y a todos los colegas que enviaron sus trabajos, la confianza que nos han tenido. Ellos analizan centros de incomunicación, de exclusión, de reclusión, de separación, de destierro, que si bien aislaron y estigmatizaron, también buscaron, bajo los paradigmas entonces vigentes, la salud del cuerpo y de la mente. Se trata de trabajos originales y nuevas miradas sobre un tema que, esperamos, resultará atractivo para los lectores de *Asclepio*.