

# Historias de la niñez enferma: el caso del Hospital Marítimo de Mar del Plata (1893-1945)

**Adriana Carlina Álvarez Cardozo (\*)**

(\*) [orcid.org/0000-0001-9735-4021](https://orcid.org/0000-0001-9735-4021). Departamento de Historia, Universidad Nacional de Mar del Plata. CONICET. [acalvarmdp@gmail.com](mailto:acalvarmdp@gmail.com)

Dynamis  
[0211-9536] 2018; 38(1): 111-130  
<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362018000100006>

Fecha de recepción: 14 de agosto de 2015  
Fecha de aceptación: 11 de abril de 2017

**SUMARIO:** 1.—Infancia, enfermedad e historia. 2.—Los tiempos de la tuberculosis. 3.—Aislamiento y cura marítima. 4.—Conclusión.

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los «niños tuberculosos», «débiles» o «pre-tuberculosos» que fueron derivados e internados en el Hospital Marítimo de la provincia de Buenos Aires (Argentina) entre fines del siglo XIX y mediados del XX. Se analiza el universo individual de la enfermedad, mostrando que la infancia que padeció anomalías y discapacidades en sus cuerpos no fue objeto de las mismas atenciones y protecciones de las que gozaron el resto de las infancias durante el período estudiado.

**PALABRAS CLAVE:** niños enfermos, Argentina, aislamiento, tuberculosis, hospital.

**KEYWORDS:** sick children, Argentina, isolation, tuberculosis, hospital.

## 1. Infancia, enfermedad e historia

Desde los años ochenta del siglo pasado, la historiografía argentina ha experimentado un gran crecimiento y transformación. Nuevas temáticas y problemas pueblan una agenda variada, donde la historia de la salud y la enfermedad se ha transformado en uno de los tópicos con mayor dinamismo. Sin embargo, los enfermos, los pacientes, sus experiencias frente a la enfermedad y a los tratamientos, o el impacto que éstas tuvieron en la dimensión individual, son instancias menos transitadas por los historiadores argentinos. La problemática del individuo, del paciente, ha quedado relegada a su segundo lugar<sup>1</sup>.

---

1. Armus, Diego. ¿Qué hacer con los recuerdos de un enfermo? La memoria individual y la historia sociocultural de la enfermedad [actualizada, 30 Abr 2012, citada 27 Nov 2016] Disponible

La historiografía europea proporciona una serie de insumos a la hora de pensar estas coordenadas en el contexto nacional. Visualizar lo que Charles Rosenberg llamó la experiencia individual de la enfermedad<sup>2</sup>, o tratar de avanzar en la convocatoria que, más recientemente, realizó Rosa Ballester acerca de la necesidad de «introducirse dentro de la piel de los pacientes y aprender, en primera persona, las experiencias de enfermar en el pasado y su significado para los sufrientes»<sup>3</sup>, nos impulsó a pensar estas cuestiones en escenarios alejados del continente europeo. Se trata de una empresa compleja, porque si bien todo alude a los enfermos, pues son los destinatarios de las acciones médicas, benéficas, tratamientos etc., son también la parte muda de esta historia. A diferencia de otros actores, ellos no dejaron memorias escritas, notas, legajos o expedientes que nos brinden información directa a los historiadores sobre cómo experimentaban cotidianamente su internación, los cambios en su cuerpo, el dolor de la enfermedad y el de los tratamientos. En general, ayer y hoy, la opinión o pareceres de los llamados «pacientes» (que muchas veces ha sido usado como sinónimo de resignación) no quedaron registrados ni en las historias clínicas, ni en las memorias institucionales, menos si de niños se trataba. ¿Este mutismo los convierte en los actores pasivos de su propia historia? Creemos que no. Mirar ese pasado por medio del prisma del enfermo brinda la posibilidad de realizar interrogantes diferentes y permite observar desde un ángulo distinto las fuentes de información disponibles. Este trabajo se focaliza en la infancia enferma, en los niños tuberculosos que fueron internados en establecimientos específicos para realizarles tratamientos que duraban meses y hasta años. Razón por la cual, no sólo nos ocupamos de la experiencia que estos niños tuvieron de la enfermedad, sino de las consecuencias que el aislamiento les provocó, ya que muchos de ellos

---

en: <http://www.uc.cl/es/la-universidad/noticias/6503>. También, se puede consultar: Armus, Diego. Memoria Individual e historia sociocultural de la enfermedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2013; 16 (4): 1448-1462 [citado 27 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num4/Vol16No4Art18.pdf>

2. Rosenberg, Charles E.; Golden, Janet, eds. Framing disease: Studies in cultural history. New Brunswick: Rutgers University Press; 1992, p. xxiii.
3. Ballester Añón, Rosa. En primera persona. Los acercamientos historiográficos a la experiencia humana de la enfermedad. Siglos XVIII-XX. In: Ortiz, Teresa; Olagüe, Guillermo; Rodríguez Ocaña, Esteban, et al., coord. La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 11-14 de Junio de 2008. Granada: Universidad de Granada; 2008, p. 27-37 (29).

perdieron contacto con sus familias y se convirtieron en huérfanos durante su internación.

Desde el plano historiográfico, este trabajo es una historia centrada en los niños enfermos; es decir en la figura del paciente, lo que Roy Porter identificó con una historia «desde abajo»<sup>4</sup>. Se avanza sobre el universo de conceptos que puertas adentro de los hospitales se entretejieron y que sirvieron para condicionar, por ejemplo, las formas de experimentar la enfermedad. Lejos estamos de adentrarnos en la experiencia colectiva que estos pequeños tuvieron frente a la tuberculosis ósea. Los signos corporales, la religión, el aislamiento y hasta la rutina de los tratamientos, tejieron diversas historias que dan cuenta de una serie de particularidades que en gran medida moldearon el devenir de esas historias, pues seguramente podrán en un futuro compararse con la vivida en otros establecimientos similares, pero que muy probablemente no serán iguales. Esto alimenta la idea de que existió una pluralidad de formas de experimentar las enfermedades en general que dependieron del tiempo y el lugar en el cual se diseminaron. En este sentido, este trabajo procura rescatar diversos aspectos de la historia de las enfermedades que han quedado subsumidas bajo el paraguas de las historias globales. La estrategia metodológica consiste en realizar un enfoque micro-institucional, que se justifica en este caso en particular por la relevancia del establecimiento escogido, el Hospital Marítimo, que fue el primero de su tipo en América Latina. Fundado y dirigido por la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, fue principal dador de servicios sanitarios para la época en la Argentina.

Esta perspectiva, nos ha permitido recrear recorridos de vida de algunos de los enfermos institucionalizados. Recorridos de vida, porque de lo que se trata es de historias que están acotadas y unidas al acontecer institucional, y que tienen por finalidad entender la diversidad de desenlaces que tuvieron las historias personales que puertas adentro se tejieron. La intención es mostrar una realidad pasada más variada y más heterogénea que la que nos brindan las lecturas desde arriba, pero será la articulación de ambas miradas lo que nos conduzca a una explicación integral de los fenómenos históricos analizados.

---

4. Porter, Roy. The patients's view: Doing medical history from below. *Theory and Society*, 1985; 14: 175-198.

## 2. Los tiempos de la tuberculosis

A finales del siglo XIX la problemática de las enfermedades comenzó a formar parte de la agenda gubernamental. De la mano del higienismo y el reformismo social se iniciaron acciones concretas de tipo institucional mediante la creación de dispensarios, hospitales, sanatorios serranos y marítimos entre otros. La tuberculosis tuvo un lugar de privilegio en esa agenda gubernamental; fue observada, cuantificada, interpretada como uno de los males de esa modernidad. En Argentina la historia de la tuberculosis ha sido analizada predominantemente entre fines del siglo XIX y mediados del siglo XX, desde el plano social, cultural, médico y demográfico<sup>5</sup>.

La «niñez tuberculosa» formó parte de esa preocupación pero cruzada por otra cuestión que desde fines del siglo XIX había comenzado a tomar fuerza, como era la protección a la infancia. En un primer momento la idea de protección se centró más que nada en el niño abandonado. Sin embargo, no tardó en ser acompañada por el «débil» o «pre-tuberculoso», puesto que en esa idea de institucionalizar al niño de la calle también estaban otras como las de

«prevenir la mortalidad infantil, formar niños sanos, capacitarlos para que trabajen en algún oficio útil y educar a la infancia abandonada para integrarla al conjunto de la nación»<sup>6</sup>.

La infancia abandonada era un viejo problema. La infancia enferma seguramente también. Pero fue recién a fines del siglo XIX cuando la enfermedad se convirtió en un problema social y la infancia enferma cobró visibilidad<sup>7</sup>. Vera Blinn Reber, muestra como a partir de la emergencia de

---

5. Recalde, Héctor. La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910): A través de las fuentes médicas. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario; 1997; Armus, Diego. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa; 2007; Carbonetti, Adrián. La ciudad de la peste blanca: historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina, 1895-1947. México: Fondo Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2011; Blinn Reber, Vera. Blood, coughs, and fever: tuberculosis and the working class of Buenos Aires, Argentina, 1885-1915. *Social History of Medicine*, 1999; 12:73-100.

6. Patronato de la Infancia. Los Niños. La Plata: Museo de La Plata; 1892 Localizado en: Biblioteca Nacional del Maestro. Disponible en <http://www.bnm.me.gov.ar/ebooks/reader/reader.php?dir=00054304>

7. Álvarez, Adriana; Reynoso, Daniel. Entre el abandono y la debilidad. El cuidado de la salud en la primera infancia, entre 1920-1930. In: Cosse, Isabella; Llobet, Valeria; Villata y Zapiola,

políticas de protección a la infancia los hospitales desarrollaron programas especiales que enfatizaron tanto la prevención como la cura de la tuberculosis infantil<sup>8</sup>. Sin embargo, este trabajo se complejiza al entender que si bien la infancia enferma fue una preocupación, la infancia con dificultades motoras o anomalías físicas generó una mirada benéfica y caritativa, aún no siendo prioritaria. No existió una atención homogénea a todo tipo de infancias.

De ahí entonces que, este trabajo se focaliza en la infancia enferma y dentro de ella en los «hijos de la tuberculosis». Niños y niñas que adquirieron este mal por contagio en las instituciones en las que estaban asilados o porque lo portaban sus padres. La infección iniciada en sus pulmones podía trasladarse al sistema osteoarticular provocándoles deformidades en sus articulaciones y llevándolos a la postración. Estos niños, por las teorías médicas en boga, fueron trasladados a sanatorios que se ubicaban en lugares distantes de sus hogares, como fue el caso de Córdoba<sup>9</sup> o Mar del Plata, razón por la cual fueron internados y alejados de sus familias por años.

### 3. Aislamiento y cura marítima

En 1893 se fundó el primer sanatorio y preventorio marítimo, en el poblado de Mar del Plata, a unos 400 km de la capital de la República Argentina, y a orillas de playas bañadas por el océano Atlántico. Allí se especializaron

---

María Carolina, eds. *Infancias: Políticas, saberes e intervenciones. Argentina y Brasil (Siglos XIX-XX)*. Buenos Aires: Teseo; 2011, p. 123 -149 (123). Otros textos referidos a la historia de la protección de la infancia en la Argentina son Ciafardo, Eduardo. *Los niños en la ciudad de Buenos Aires. (1890-1910)*. Buenos Aires: CEAL; 1992; Aversa, María. *Infancia abandonada y delincuente. De la tutela provisoria al Patronato Público (1910-1931)*. In: Lvovich, Daniel; Suriano, Juan, eds. *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo; 2006, p. 91-111; Biernat, Carolina; Ramacciotti, Karina. *La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2008; 15 (2): 331-351; Zapiola María. *¿Es realmente una colonia? ¿Es una escuela? ¿Qué es? Debates parlamentarios sobre la creación de las instituciones para menores en Argentina, 1875-1890*. In: Lvovich, Daniel; Suriano, Juan, eds. *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo; 2006, p. 65- 91; Lionetti, Lucía; Miguez, Daniel. *Las Infancias en la Historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960)*. Rosario: Prometeo; 2010.

8. Blinn Reber Vera. *Poor, ill, and sometimes abandoned: tubercular children in Buenos Aires, 1880-1920*, *Journal of Family History*, 2002; 27 (2): 128-149.

9. Carbonetti, Adrián; Rodríguez María Laura, Aizenberg, Lila. *Tuberculosis y tifoidea en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga, 1925*. *Dynamis*, 2014; 34(2): 447-464.

en la atención de niños tuberculosos (ósea) y pre-tuberculosos —también llamados débiles—. En su mayoría eran derivados de otros hospitales dependientes de la Sociedad de Beneficencia, especialmente del de Niños y de la Casa de Niños Expósitos. Años más tarde, en febrero de 1918 se construyó el Solárium, instancia que había sido planificada como complemento del Sanatorio Marítimo<sup>10</sup>.

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad inflamatoria crónica del esqueleto producida por el *Mycobacterium tuberculosis* (cuyo primer foco primario suele ser de origen pulmonar; aunque no es el único, puede penetrar en el organismo, por diferentes vías de entrada) que compromete habitualmente grandes articulaciones: columna vertebral, cadera y rodilla, generando dificultades en el aparato motor<sup>11</sup>. El caso de Inocencia Belén refleja el tipo de deformidad que esa patología provocaba (figura 1).



Fig. 1. Radiografía de Inocencia Belén al momento de su internación en el Hospital Marítimo. Fuente: Libro de Historia Clínica de la Sala de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Marítimo. Folio 806. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

10. Álvarez, Adriana. La experiencia de ser un niño débil y enfermo lejos de su hogar. El caso del Asilo Marítimo de Mar del Plata (1893-1920). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2010; 17 (1): 13-31 (14).
11. Milanés-Virelles, María Teresa; Rodríguez-Acosta, Carmen, et al. Tuberculosis ósea. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, [artículo en Internet] 2014 [citado 27 Oct 2016]; 45: 57-58 (57). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181230079008%3E>

Esta niña tenía cuatro años de edad cuando fue internada en el Hospital Marítimo, procedente del Hospital de Niños de la ciudad de Buenos Aires. Su diagnóstico era osteítis tuberculosa de cúbito y radio. En el espacio asistencial fundado por la Sociedad de Beneficencia podía encontrar reposo, cura de aire y alimentación abundante y variada, lo que era complementado con los tratamientos de helioterapia. Es decir, con la exposición directa del cuerpo a la luz del sol y la talasoterapia (tratamiento por el clima y baños de mar), criterio con el cual también se instalaron otros sanatorios en Europa<sup>12</sup>. El acceso a los tratamientos implicaba el alejamiento de los pequeños de su lugar de origen, el aislamiento de su entorno cotidiano, con lo cual no sólo debieron lidiar con el dolor y la postración que la enfermedad les provocaba, sino también con la soledad.

Esas vivencias no tuvieron para todos los niños el mismo significado. Había pequeños que por el hecho de ser huérfanos o de padres desconocidos, como era el caso de Inocencia Belén —de quien se consignó «... no conocer sus antecedentes hereditarios ni personales...»<sup>13</sup>—, su traslado al Marítimo debió implicar solo un cambio de institución. Distinta era la situación, por ejemplo, para María E. Peláez que ingresó en abril, con diagnóstico de «sacro coxalga» (artritis causada por infección de cadera, generalmente de origen tuberculoso) y cinco meses más tarde su historia clínica termina con la aclaración de que «la familia se ha llevado a la paciente a pesar de que no está en condiciones de recibir el alta...»<sup>14</sup>. En este caso, la separación de la menor de su familia les generó un desapego mutuo, difícil de manejar, pues de hecho retiraron a María y regresaron con ella a Buenos Aires; los lazos familiares pesaron más que la opinión de los expertos. Desde el primer momento, María mostró algunas diferencias con otros pequeños con los cuales compartía el mismo mal, y era su procedencia del Hospital de Niños a donde había sido llevada por su familia. Presentaba un «buen estado de nutrición...», cosa que no era común encontrar en las historias clínicas pues el déficit nutricional era un patrón recurrente.

A pesar de las diferencias arriba mencionadas, existió un denominador común elaborado a partir de las percepciones en boga, por las cuales estos

---

12. Báguena Cervellera, María José. *La tuberculosis y su historia*, Barcelona: Uriach; 1992.

13. Libro de Historia Clínica de la Sala de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Marítimo Folio 806. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

14. Libro de Historia Clínica de la Sala de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Marítimo, Folio 802. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

pequeños —independientemente de su condición de procedencia— fueron vistos como seres defectuosos a los que al regeneramiento alimentario y social se sumaba el óseo articular. Para esto no había diferencia entre huérfanos y no, puesto que las instituciones bajo análisis respondieron a ese universo de conceptos que estaban imbuidos por las preocupaciones en torno a la constitución de una raza fuerte y sana<sup>15</sup>.

Otra cuestión característica del aislamiento en este tipo de establecimientos fue que el mismo podía durar años. Hasta los primeros años del siglo XX se consideró que la tuberculosis osteoarticular —según el conocido esquema de Ranke— era una lesión local de tipo ósea, desconociéndose que se correspondía con un período secundario del ciclo evolutivo de una afección general, como era la tuberculosis pulmonar<sup>16</sup>. Por esta razón, en esta primera etapa se hacía énfasis sobre la lesión, siendo los resultados sumamente lentos. Recién entrado el siglo XX se comenzaron a utilizar nuevas técnicas y procedimientos, que mejoraron los resultados pero no aceleraron el proceso de recuperación<sup>17</sup>. La lentitud del tratamiento implicó que las internaciones en algunos casos duraran años. Esto trajo consecuencias en la vida de los niños internados. Algunos entraban como infantes y regresaban a sus hogares como adolescentes. Otros perdían los contactos familiares, volviéndose huérfanos durante su internación. Las cartas que enviaron los padres al establecimiento —y que se conservan en los legajos— son una fuente abundante de información. Por ejemplo, la carta que escribe una madre pidiendo el reingreso de su hija llamada Matilde Jorgelina a la institución luego de haber sido dada de alta. De la misiva se desprende que la pequeña permaneció nueve años en el Solarium, y que, según su progenitora, «fue devuelta a mi humilde hogar, con 49 kilos el 3 de Enero de 1937»<sup>18</sup>. En este caso, la madre solicitó que esta adolescente de 16 años reingresara, lo cual a juzgar por los hechos que se sucedieron no era del agrado de Matilde Jorgelina, pues una vez aceptada permane-

---

15. Vallejo, Gustavo; Miranda, Marisa. Iglesia católica y eugenesia latina: un constructo teórico para el control social (Argentina, 1924-1958). *Asclepio* [artículo en internet] 2014 [citado 27 Oct 2016]; 66: 1-12 (4), doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2014.19>

16. Castiñeira Estévez, A.; López Pedreira, M. R.; Pena Rodríguez, M. J.; Liñares Iglesias, M. Manifestaciones radiológicas de la tuberculosis pulmonar. *Medicina Integral*, 2002; 39 (5): 192-206.

17. Robertson Lavalle, Carlos. *Tuberculosis Quirúrgica: Tratamiento biológico de las lesiones osteoarticulares*. Buenos Aires: s/e; 1938, p. 11.

18. Archivo General de la Nación (en adelante AGN), Sociedad de Beneficencia Sanatorio Marítimo Legajo 100, Expediente 7988/1, Buenos Aires.



ció muy poco tiempo «ya que fue devuelta a su madre por problemas de conducta»<sup>19</sup>. Es posible pensar que las actitudes de Matilde se debieron a la rebeldía propia de la edad, o también al hecho que se resistía a volver al espacio asistencial. A los siete años primó en ella la sumisión frente a la indicación de los médicos de internarla y a la decisión de su familia de permitir la internación; pero nueve años después y con 16 de edad se resistió, recurriendo al motivo más corriente por el cual se «devolvieron» a la mayoría de los internados: la «inconducta». Casi una década en el establecimiento le habían mostrado que esa era una vía de escape posible, y apeló a ella con la finalidad de regresar a la ciudad de Buenos Aires.

Una consecuencia diferente fue la vivida por Elsa Fernández, de quien se informa «que se trata de una niña que reviste un carácter de abandonada ya que hace muchos años que nadie se interesa por ella»<sup>20</sup>. O el de Hilda Rene Secry de quien se aclara que «no recibe correspondencia y hace un año más o menos la visitó su padre»<sup>21</sup>. Estas pequeñas estaban curadas pero habían perdido su vínculo familiar. Al provenir del Hospital de Niños a donde fueron llevadas por un familiar, en el momento de obtener el alta no pudo ubicarse a sus familias y se las derivó al Asilo Unzué para niñas huérfanas.

Rara vez, los niños que obtenían el alta médica y tenían progenitores no eran entregados a sus familias. Uno de estos casos fue el de Emma Bengoa, para quien las inspectoras del Sanatorio Marítimo solicitaron el ingreso al Asilo Unzué haciendo constar «que es una niña sana, huérfana de madre e hija de un padre de dudosa moralidad. Esta niña tiene además una hermanita en el mismo Asilo»<sup>22</sup>. Días más tarde, fue el mismo director del Marítimo quien se dirigió a las Inspectoras del Unzue aclarando que

«Emma Bengoa de diez años de edad actualmente hospitalizada en el Sanatorio Marítimo y se encuentra restablecida (...) de debilidad (...) El padre de esta niña es alcoholista y según datos confidenciales lleva una vida poco

---

19. AGN, n. 18.

20. AGN, Sociedad de Beneficencia Sanatorio Marítimo, Legajo 380, nota del 3 de noviembre de 1936, folio 100, Buenos Aires.

21. AGN, Sociedad de Beneficencia Sanatorio Marítimo, Legajo 380, nota de 26 días del mes de agosto de 1937 folio 195, Buenos Aires.

22. Actas del Sanatorio Marítimo 20 Ene 1936, foja 3. Localizado en el Archivo Villa Mitre, Mar del Plata, Buenos Aires.

edificante por lo que sería lamentable ubicarla nuevamente en el domicilio del mismo»<sup>23</sup>.

Emma Bengoa padeció de un cuadro clínico menos complejo que el de otros pequeños con tuberculosis, además estaba restablecida y saludable, con lo cual para ella había esperanza de ser colocada en alguna casa de familia. En este caso se aplicó el artículo 309 de la Ley de Patronato de Menores de 1919, que establecía que el ejercicio de la patria potestad «queda suspendido (...) por ebriedad consuetudinaria, inconducta notoria o negligencia grave» al comprometer la salud de sus hijos<sup>24</sup>.

Además de las diversas formas en que estos pequeños experimentaron el aislamiento, también fueron numerosas sus consecuencias. No sólo tuvieron una infancia institucionalizada y volvieron a sus hogares como adolescentes —en el caso de aquéllos que mantuvieron sus vínculos familiares— sino que hubo otros que directamente los perdieron, volviéndose huérfanos y modificando su situación jurídica. Tal fue el caso de Alberto Quiroga. En la carta escrita por su padre Eusebio Quiroga se afirmaba que ingresó al Marítimo en 1920, con cuatro años de edad, y que al momento del pedido de paradero debía tener 12 años. Eusebio argumentaba que antes no pudo buscarlo pues él también había estado internado en el Hospital Durant, reponiéndose de un cuadro tuberculoso. Lo interesante es la respuesta institucional, pues la imprecisión de las fechas hace suponer que el padre no tenía claro el momento de la internación del hijo que había sido en 1919 y no en 1920. Aunque esto no es central, alimenta la idea de la pérdida del lazo familiar, del debilitamiento de los recuerdos por el tiempo transcurrido, y alude al desenlace de la historia de Alberto. Ante la falta de comunicación del progenitor, como de la imposibilidad de ubicarlo en el domicilio que había quedado registrado al momento de la internación del niño, en 1925 quedó a cargo de la Sra. Sara Unzue de Madero, falleciendo tiempo después<sup>25</sup>.

23. Actas del Sanatorio Marítimo 3 Feb 1936, foja 7. Localizado en el Archivo Villa Mitre, Mar del Plata, Buenos Aires.

24. Zapiola, María Carlina. La Ley de Patronato de Menores de 1919: ¿una bisagra histórica? In: Lionetti, Lucía; Míguez, Daniel, comp. Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960). Buenos Aires: Prohistoria; 2010, p. 117-132 (121).

25. AGN, Sociedad de Beneficencia. Sanatorio Marítimo Expediente 9315. Legajo 99, carta de E. Quiroga / Respuesta. Buenos Aires.

A juzgar por las historias clínicas como por el libro de ingresos/egresos, una gran mayoría de los pequeños internados fueron retirados al momento de obtener el alta por algún familiar. En otros casos, en cambio, quedó consignado su derivación a otro establecimiento dada la imposibilidad de ubicar el paradero de sus progenitores. Si bien la figura del abandono permea los capilares de la historia que se escribió puertas adentro de las instituciones analizadas, ya sea como se ha explicado por la procedencia de estos enfermos, como por las consecuencias en la ruptura del vínculo familiar, ésta no fue la única. El aislamiento no necesariamente iba unido al abandono. También son numerosos los casos en los cuales los progenitores pedían visitar a sus hijos<sup>26</sup>. Así mismo, abundan las cartas donde preguntaban por ellos, y aunque no pudieran visitarlos por cuestiones económicas, al momento de obtener el alta se reencontraban, restableciéndose el vínculo familiar que había sido interrumpido.

Ese fue el caso de Alfredo Schiavone, que ingresó a ese hospital procedente de la ciudad de Buenos Aires entre los años 1921 y 1922 aproximadamente, teniendo 3 años de edad, porque nació con una deformación en la cadera, permaneciendo internado hasta que tuvo 11 años. Durante ese tiempo no vio a sus padres. Ellos eran italianos oriundos de Pizzo en la Región de Calabria, y los testimonios los describen como muy pobres. De hecho, este pequeño fue llevado a Mar del Plata por su padrino ya que para los padres de Alfredo eso era imposible. Durante ese período estuvo solo, salvo por su padrino que lo visitaba una vez al año<sup>27</sup>. De uno de esos encuentros es la foto (figura 2) donde se puede ver a Alfredo postrado en la cama pero sonriendo gozando tanto de la visita anual de su pariente, como del regalo que le había llevado: un autito de madera que sostiene entre sus manos. La imagen —tomada a instancia del padrino de Alfredo— muestra el cuerpo enfermo del pequeño, pero hay en ella un mensaje esperanzador que busca mostrar cierto bienestar mediante la sonrisa, las flores, la ubicación y armado de la cama, etc. Es decir, hay en esa imagen una escenografía fotográfica o montaje, donde todos los objetos componen un concepto visual, y nos entrega un mensaje o discurso fotográfico. Un «montaje» que nos lleva a una situación de «orden» dentro de la propia imagen, que funciona como un mensaje con múltiples destinos y destinatarios. Por ejemplo, hacia la

---

26. AGN, n. 25.

27. Entrevista realizada a la hija de Alfredo Schiavone, Buenos Aires, 2014.

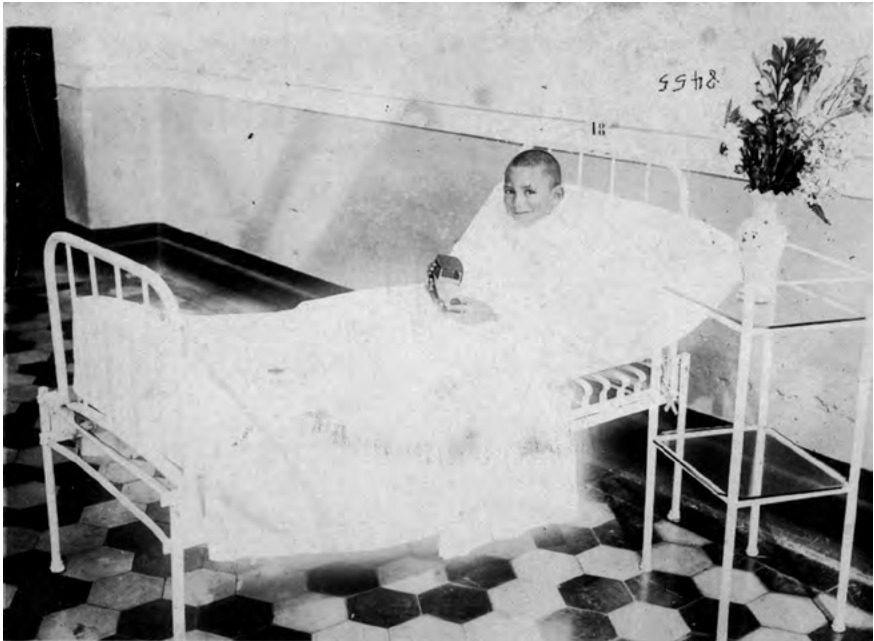


Fig. 2. Alfredo Schiavone internado en el Sanatorio Marítimo de la ciudad de Mar del Plata, 1925. Fuente: Archivo personal de la familia Schiavone.

familia de Alfredo, para que ellos pudieran visualizar a su hijo y al entorno asistencial que lo acogía, medio que era entendido en términos terapéuticos pero también institucionales, en cuanto a la higiene, a la calidad de los cuidados brindados a ese pequeño, por la Sociedad de Beneficencia. Es una composición escénica, tanto estética, como social y política. Seguramente, esa imagen de Alfredo debe ser entendida como parte del momento y no de lo cotidiano.

La cotidianeidad, el transcurrir de los días, meses y hasta años, para los pequeños que debían guardar reposo debió haber sido distinta a la fotografía que les llevó el padrino de Alfredo a sus padres. Sin duda, se debió parecer más a lo que muestra el retrato de Florentino Sánchez<sup>28</sup> (figura 3), de seis

---

28. Libro de Historias Clínicas. Historia Clínica N.º 858, de la Sala de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Marítimo. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. En ella se puede leer «Florentino Sánchez procedente del hospital de niños en el mes de diciembre de 1924, hijo de padre sano y madre tuberculosa, cinco hermanos vivos



Fig. 3. Internación de Florentino Sánchez. Fuente: Libro de Historias Clínicas de la Sala de Cirugía Infantil y Ortopedia del Hospital Marítimo, Historia Clínica N.º 858. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

años de edad que padecía osteoartritis tuberculosa en su rodilla izquierda, y llegó al Marítimo derivado del Hospital de Niños, a donde lo había llevado su padre, pues su madre estaba imposibilitada de hacerlo por padecer un cuadro de tuberculosis grave<sup>29</sup>. Ahí la sonrisa desaparece y el bienestar es menos evidente. Hay que entender que parte del tratamiento implicaba dolor e inmovilidad, se hacía reposo absoluto o se «procedía a la supresión funcional de la articulación afectada mediante la colocación de aparatos de yeso»<sup>30</sup>. El caso de Florentino, al momento que muestra la fotografía, era de postración y de dolor, puesto que por entonces fue sometido a diferentes punciones que se le practicaron por diversos abscesos, «del tamaño de un huevo de paloma»<sup>31</sup>, que se formaban en su rodilla. Sólo en una de esas

---

y tres muertos». Es presentado bajo un estado de raquitismo. Osteoartritis tuberculosa de rodilla izquierda.

29. Libro de Historias Clínicas, n. 28.

30. Tijero Rómulo, L. La tuberculosis osteoarticular en la infancia. Revista Peruana de Pediatría. 1941; 71.

31. Libro de Historias Clínicas, n. 28.

intervenciones quedó registrado que se hiciera con anestesia de cloroformo. Más allá, de que podamos inferir que las anteriores a dicha punción se hiciera con anestesia o no, lo cierto es que la existencia escasa de calmantes hace suponer que el dolor estaba presente, pues el único calmante registrado era la aspirina, pero en escasas dosis y administrada en casos extremos. El dolor era controlado con la inmovilización de la articulación afectada, pero no las consecuencias secundarias como abscesos, reacciones alérgicas a los yesos, o la formación de escaras debido a que estos pacientes estaban obligados a permanecer en cama no pudiendo reposicionarse correctamente para aliviar la presión. Para estos casos era muy saludable el agua salada de mar, la cual resultaba curativa por el efecto cicatrizante, que era recibida al momento del baño en las piletas, y en las curaciones que se les practicaban.

Por lo expuesto, o por la suma de otras patologías como era la de Honorio Juárez por ejemplo (figura 4), las vivencias de los niños que recalaron en Hospital Marítimo y el Solárium, estuvieron cruzadas por el dolor. Convivieron con el malestar ya sea porque lo padecían en carne propia, porque lo habían sufrido o porque veían sufrir a sus semejantes, a sus



Fig. 4. Internación de Honorio Juárez. Fuente: Libro de Historias Clínicas, Historia Clínica N.º 861. Archivo Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

compañeros de cuarto; es decir a las personas con las cuales tácitamente establecían más que un simple lazo de amistad o compañerismo, pues eran los sustitutos de su núcleo familiar primario. El dolor era parte de las vivencias y emociones de estos pequeños, pero de él no se hablaba. Solo podemos encontrarlo en las historias clínicas y de forma escasa, fragmentada y por momentos nula. Además, las historias clínicas no eran documentos accesibles a muchas personas, con lo cual la visibilidad del dolor quedaba acotada a un universo muy reducido.

En la documentación institucional y otros documentos públicos no hay alusiones directas al dolor. El sufrimiento se experimentaba por la patología que es propia de la tuberculosis ósea, pero no se verbalizaba su presencia. Obviamente que el padecimiento era parte de la experiencia individual y subjetiva de estos pacientes, pero a la vez debe ser entendido también como una experiencia colectiva, puesto que la reacción al mismo estuvo influenciada por una serie de procedimientos persuasivos de características místicas religiosas que se practicaban y difundían habitualmente en el acontecer diario de estas instituciones, lo que expresa una forma ritualizada de enfrentarse al dolor físico<sup>32</sup>. A la luz de los testimonios, dicho pensamiento fue proveído por las Hermanas del Huerto, las cuales no sólo eran el eslabón central en el funcionamiento de estas instituciones (pues la Sociedad de Beneficencia manejaba los destinos del Marítimo a la distancia, a unos 400 km de Mar del Plata) sino que proveyeron de un discurso y de prácticas propios de la comunidad religiosa a la cual pertenecían. Con lo cual, había una actitud de resistencia, de firmeza y también de resignación. Lo que no parece haber habido es lugar a la autocompasión<sup>33</sup>. Por esto es posible pensar que ese conjunto de creencias y valores culturales funcionaron como técnicas psicológicas de control, ya que sin proponérselo de manera explícita, prepararon a estos pacientes para que sus reacciones emocionales ante el padecimiento no fueran tan aversivas<sup>34</sup>.

Uno de los semanarios de mayor difusión en la época, *Caras y caretas*, logró retratar parte de las vivencias arriba mencionadas. El cronista,

---

32. Moscoso, Javier. Historia cultural del dolor. México DF: Taurus; 2011, p. 387.

33. Entrevista a Roberto Capdevila, Mar del Plata, noviembre de 2014. Para más fotos y relatos véase <http://www.lacapitalmdp.com/contenidos/fotosfamilia/fotos/2477>

34. Chóliz Montañés, Mariano. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 1994; 0: 77-88 (81).

mediante una mirada ajena al universo asistencial, describía el dolor que aparecía evidente a sus ojos:

«No hay héroe de la Biblia que logre compararse con estos chiquilines y estas nenas de 3 a 12 años que encadenados a su cepo se muestran todavía dichosos de vivir (...). Eternamente torcidos; siempre echados en la misma actitud... unos boca abajo otros boca arriba. Muchos de perfil, y todos (...) en posturas incómodas (...). Además, algunos tienen el busto, o los brazos, o las piernas metidos en moldes de yeso ¡enyesados! No pueden moverse. El antiguo suplicio criollo de los prisioneros cosidos en cuero de vaca, puestos luego a secar, era un castigo inocuo si se lo confronta con este martirio ¡Pobres niños! (...). Y, sin embargo, ni uno solo de estos niños se queja. Ni una sola de estas nenas desdobra en su fisonomía rasgos de padecer»<sup>35</sup>.

Lo expuesto nos lleva a reflexionar acerca de que no experimentaban la enfermedad de la misma manera que los pequeños que estaban en sus hogares, rodeados de su núcleo familiar. Y esto tiene que ver con lo que afirma David Le Bretón al decir que frente al dolor entran en juego tanto la concepción del mundo del individuo, como sus valores religiosos o laicos y su derrotero personal<sup>36</sup>. Sin duda, el itinerario de vida de estos pequeños también condicionaba sus vivencias.

Las prácticas religiosas no se limitaban a la misa diaria a la que concurrían los pacientes sino a la conmemoración de fechas patrias y/o aniversarios, donde la liturgia también estaba presente. Este hecho denota un fuerte grado de presencia de la cuestión religiosa en los marcos de las instituciones analizadas. Por ejemplo, son reiteradas las secciones donde puede leerse que «se dio una fiesta a los enfermitos... en la que los enfermitos corearon desde sus lechos los cánticos sagrados haciendo más resaltante y conmovedora la fiesta»<sup>37</sup>. En referencia a otra conmemoración se decía que

«la fiesta consistió en la bendición y una misa con el señor cura y vicario de Mar del Plata, los cantos sagrados estuvieron a cargo de los mismos enfermitos produciendo conmovedora emoción la emisión de sus vocecitas infantiles (...) cantos ascensión de globos y cohetes (...) los pobres enfermitos

35. Soiza Reilly, Juan José. El Solárium. Caras y Caretas. 8 feb 1930; n.º 1631: 10-12 (10).

36. Le Bretón, David. Antropología del dolor. Barcelona: Ed Seix Barral; 1999.

37. Archivo Mitre. Actas del Sanatorio Marítimo 24 de febrero de 1928 folio 104.



parecían olvidarse de sus dolencias para entregarse de lleno a la alegría y alborozo reinante»<sup>38</sup>.

Es decir, difícilmente estos pequeños tuvieron un espacio alternativo donde elaborar un pensamiento crítico a estos principios.

La muerte también estuvo presente en la vivencia de estos pequeños a lo largo de su estancia pues, a juzgar por las estadísticas presentadas, algunos murieron. Esto significaba la pérdida del amigo de juego o simplemente de un compañero. Situaciones como esta alimentaron los momentos de nostalgia, pero a su vez los familiarizó desde edad temprana con la muerte, instancia no muy difundida en el resto de las infancias. Si bien poco podemos decir sobre el concepto de muerte que cada uno de estos niños tenía, y menos aún de cómo reaccionaba el conjunto de niños ante el fallecimiento de uno de ellos, sí podemos describir los procedimientos, que pasaban por entregar el cuerpo a un familiar y, de no ser posible, se procedía al enterramiento en el cementerio local sin ceremonia ni velatorio. Tal fue el caso de

«Justa Herrera de 8 años de edad “recibida” el 16 de Julio a instancias del Sr. Juan Camet, venía envuelta en unos harapos con marcadas señales de falta de higiene; la cara con una palidez terrosa, las piernas flascianas (...). Después de una limpieza de todo su cuerpo cubierto de espesa capa de impureza se descubre al nivel de la región pelvis dos amplias y profundas escaras (...). Los miembros inferiores cubiertos por ulceraciones (...). En la columna vertebral una “gibridad” pronunciada producida por la tuberculosis de las vértebras, su enfermedad primitiva que es la que la ha postrado en la cama apareciéndole posteriormente todas las lesiones típicas señaladas con el agravante del abandono más completo (...). El día 4 de Agosto fallece después de declararle una peritonitis aguda»<sup>39</sup>.

Consecuentemente, los pacientes del Marítimo y el Solárium, no fueron parte de la infancia bulliciosa que pobló las calles porteñas en las primeras décadas del siglo XX, no fueron los niños trabajadores, ni tampoco la infancia acomodada o la «delincuente»; fueron los enfermos, los «tuberculosos», «débiles». Estos pequeños formaron parte de la agenda gubernamental pero en una clave diferente a la del abandono (aunque

38. Archivo Mitre. Actas del Sanatorio Marítimo 24 de Febrero de 1931 folio 191.

39. AGN, Sociedad de Beneficencia Sanatorio Marítimo 1891-1916, legajo 103, folio 122. Nota del 12 Ago 1900.

fueran niños expósitos), la orfandad (aunque fueran huérfanos) o la delincuencia. Eran seres «defectuosos». Los discursos dominantes, nutridos por los médicos, juristas y políticos de la época, instaban a que fueran curados, pero por encima de todas las cosas, marcaban su preocupación por evitar que siguieran propagando el mal. Por lo tanto, la institucionalización de estos niños tuberculosos fue bajo la convicción, de que

«pueden ser curados y reintegrarse a una vida más o menos activa (...) —ya que— de esa forma podrán ser mañana elementos útiles a la sociedad y a la patria no una pesada carga minada por el flagelo del terrible mal que tratamos de combatir»<sup>40</sup>.

Desde lo que sería el clima de ideas, primó frente a ellos una mirada eugenésica que los encasilló como un problema social pero también económico, donde las esperanzas sobre esos cuerpos eran limitadas, puesto que se sabía que el paso de la tuberculosis osteoarticular dejaba secuelas de por vida que se hacían evidentes a la hora de caminar, o visibles a la mirada de los otros por el tamaño anómalo de sus tórax o la posición irregular de los hombros, etc. Es decir, en el mejor de los casos esperaban lograr seres recuperados, aunque no formarían parte de la «raza fuerte y sana».

#### 4. Conclusión

A fines del siglo XIX, se construyó un espacio asistencial que fue destinado a niños/as que eran considerados «peligrosos». No eran «delincuentes» o parte de esa infancia callejera que pobló las calles de las grandes ciudades, y sobre las cuales se montaron diversos dispositivos disciplinadores. El peligro residía en que eran portadores del temido bacilo de Koch, de ahí la necesidad de aislarlos para evitar el contagio. A diferencia de los «delincuentes», sobre los niños «tuberculosos» no se depositaron ambiciosas esperanzas de regeneramiento, ya que al ser la dolencia de tipo ósea, sus cuerpos experimentaban cambios y asimetrías, siendo tabulados, como «defectuosos». Podían recibir tratamientos que, en el caso estudiado, provenían de entidades filantrópicas, pero cuya continuidad y permanencia

---

40. AGN, Sociedad de Beneficencia. Solarium legajo 96. Nota del 6 Nov 1931 al señor interventor de la provincia de Buenos Aires don Raimundo Meabe.

solo era definida por los padres en caso de existir, o por la misma entidad benéfica, siendo el Estado un actor silencioso e inactivo. Hecho que muestra que la infancia enferma no era pensada como parte fundamental del futuro poblacional argentino, primando por ello una mirada eugénica aunque a la vez benéfica y caritativa.

El universo de conceptos descrito, sumado a las doctrinas médicas en boga, alentaron la creación de espacios de internación alejados de los núcleos urbanos, situación que impactó en las vidas de estos enfermos. En el plano médico, los tratamientos a los que fueron sometidos implicaron aislamiento, dolor e inmovilización, situación que los apartó de los espacios comunes que tuvieron el resto de las infancias como fue la escuela, el hogar o el espacio público. El significado que la enfermedad tuvo para estos pacientes fue de soledades compartidas, pues se trataba de un conjunto de niños solos, sin familia. Dominó el dolor producido por los tratamientos, el reposo y la inmovilización, pero también de resistencia a todos estos factores, ya que se les inculcó cierto estoicismo de matriz cristiana que permeaba los capilares de la institución analizada.

Analizar el impacto de la enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias a nivel de los pacientes, implica pensarlo más allá de la dimensión biológica del problema, porque en estos casos la lejanía y los años de internación debilitaron los lazos familiares, provocando cambios en la situación jurídica de estos enfermos. Pero además, obliga a analizar el impacto de la dolencia extra-muro, una vez que recibieron el alta médica, ya que entendemos que esa experiencia —la de la pos internación—, también forma parte de las vivencias individuales de los pacientes.

Entre esas vivencias sobresale una cuestión de actual impacto que tiene que ver con la visión de la sociedad sobre las personas con discapacidad; situación que tuvieron que enfrentar estos pacientes una vez que recibieron el alta médica. Recordemos que la mayoría de estos pequeños enfermos arribó a la entidad hospitalaria con corta edad, conviviendo por años con otros niños que padecían trastornos articulares iguales o similares, situación que generaba en los pequeños una visión del entorno cotidiano donde los bastones, las muletas, las deformaciones articulares, eran situaciones corrientes del acontecer diario. El regreso al mundo familiar, laboral y social fue complejo pues estuvo cruzado por una serie de cuestiones para las cuales no habían sido alertados. De manera tal que las miradas de los otros sobre sus cuerpos, los comentarios, como las estigmatizaciones sociales vigentes sobre lo que se entendía debía ser un cuerpo sano, marcaron su

pos internación. Y esas situaciones deben ser entendidas como parte de la experiencia que estas personas tuvieron, pues ellas, también formaron parte de lo que fueron las vivencias y percepciones que generó la enfermedad y sus consecuencias. Pero este punto será objeto de otra historia, que aún está pendiente de ser contada. ■