

## A puertas cerradas. La vejez en instituciones en Buenos Aires y el Interior, 1850-1950

**Otero, Hernán**

A puertas cerradas. La vejez en instituciones en Buenos Aires y el Interior, 1850-1950

Población de Buenos Aires, vol. 17, núm. 29, 2020

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74065319002>

## A puertas cerradas. La vejez en instituciones en Buenos Aires y el Interior, 1850-1950

Hernán Otero [hernan.otero@conicet.gov.ar](mailto:hernan.otero@conicet.gov.ar)  
*Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires,*  
*Argentina*

**Resumen:** Un aspecto clave de la historia de la vejez es el de la asistencia a los ancianos pobres, enfermos o sin familia, sobre todo durante el siglo XIX y principios del XX que constituyen la edad de oro del asilo de ancianos. Partiendo de esa constatación y de los principales problemas historiográficos involucrados, el artículo se propone como objetivo principal reconstruir la oferta de instituciones existentes y la proporción de personas atendidas. Para ello explora, en primer lugar las posibilidades y límites de las escasas fuentes estadísticas disponibles. En segundo término, propone una comparación exploratoria con el interior del país y con la asistencia a otros grupos de edad, en particular los niños. Tanto por la centralidad de los procesos históricos involucrados (crecimiento urbano, impacto de la inmigración, desarrollo de políticas sociales), como por la consecuente disponibilidad de fuentes, el caso porteño constituye el eje central de la indagación.

**Abstract:** A key aspect of old age history is the assistance to the elderly without family or poor or sick, especially during the nineteenth and early twentieth centuries, which constitute the golden age of nursing home. Based on this and the main historiographic problems involved, the article aims for reconstructing the existent institutions offer and the people served proportion. To do this, in the first place, it explores the possibilities and limits of the few statistical sources available. Second, it proposes an exploratory comparison with the country inland and with the assistance to other age groups, particularly children. Both for the centrality of the historical processes involved (urban growth, impact of immigration, development of social policies) and for the sources' consequent availability, the Buenos Aires case constitutes the research central axis.

Población de Buenos Aires, vol. 17, núm. 29, 2020

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74065319002>

### Introducción

Aunque en su sentido más moderno aparecen hacia mediados del siglo XX (Passanante, 1983), las políticas hacia la vejez tienen una larga historia. Desde épocas tempranas, pero con mayor firmeza a partir del siglo XVIII, las sociedades occidentales desplegaron mecanismos de protección social de los ancianos como parte de sus acciones más generales contra la pobreza. El pauperismo, que se incrementó durante el siglo siguiente gracias a la industrialización, la urbanización y las migraciones internacionales y domésticas, acentuó la visibilidad de esas políticas e hizo más claro el perfil de aquellas destinadas a la vejez.

Un aspecto central de la protección de la vejez durante el período que nos ocupa es el de la vejez socorrida por instituciones estatales o privadas entre las que se destacan los hospitales y los asilos. El socorro institucional atendía necesidades básicas como la alimentación, la salud

física y mental, la vestimenta y, de modo más integral, el albergue pero también respondía a las funciones más generales que, explícita o implícitamente, le adjudicaban sus propulsores. Como lo ha mostrado una amplia literatura, esas funciones podían incluir también el control social y el disciplinamiento, menos evidente en términos discursivos ya que, a diferencia de los niños y los jóvenes, los ancianos no constituían un objetivo en materia de educación, aunque sí de ayuda espiritual o religiosa. La contracara del sistema institucional fue la familia y el hogar en sentido amplio, incluyendo las redes de familiares no corresidentes, un aspecto clave que ha recibido menor atención, en buena medida por razones heurísticas pero también por una mirada que se focalizó de manera casi exclusiva en la vejez institucionalizada. Instituciones y familia no deben hacer olvidar que una parte de los viejos, de imposible medición pero visible en la literatura cualitativa y en el arte, podía vivir en la calle por períodos de diversa duración, sobre todo durante coyunturas económicas difíciles. En suma, las instituciones y el hogar constituyen las dos principales ventanas de observación, para el estudio de la vejez institucionalizada, a cuyo análisis se consagra el presente texto. Si bien la literatura gerontológica actual, al igual que las representaciones de la época, suelen establecer distinciones entre los términos viejo y anciano, estas no son relevantes para los fines del presente trabajo, razón por la cual se usarán como sinónimos.

En los últimos tiempos se ha desarrollado una producción bastante sistemática para el caso europeo sobre hospitales y asilos, dos ámbitos que, durante parte de su larga historia, tendieron a confundirse. Desde luego, no eran las únicas instituciones susceptibles de albergar población anciana (ya que podrían agregarse las cárceles y otras formas de hogares colectivos), pero sí las más representativas y numerosas<sup>1</sup>. La vida en instituciones puede ser abordada desde dos ópticas complementarias. Por un lado, la que se concentra en las concepciones ideológicas, técnicas o científicas que la vertebran; por otro, la que analiza las prácticas efectivas de los múltiples actores involucrados en ellas. Un problema importante, común a ambas perspectivas pero por regla general eludido, es el de la proporción de personas incluidas en esas instituciones totales, lo que exige abordar registros estadísticos deficitarios y discontinuos. Algo similar ocurre con los estudios endógenos, es decir aquellos que analizan el funcionamiento interno (historia institucional, personal, arquitectura, normas, reglamentos y prácticas, alimentación, etc.), cuyas fuentes son aún más problemáticas y escasas. No resulta extraño, en consecuencia, que los estudios se focalicen más en los modelos, objetivos y funciones institucionales vigentes en cada período histórico, para los que las fuentes son más abundantes y generosas.

Partiendo de estas consideraciones, el presente texto se propone abordar el elusivo problema de las proporciones de ancianos institucionalizados en la ciudad de Buenos Aires, donde las políticas hacia el sector, además de pioneras, fueron más sistemáticas y mensurables. Para mejorar su comprensión, los resultados obtenidos a partir de las fuentes porteñas –cuyas ventajas y límites se busca poner de relieve– serán

comparados con la evidencia disponible para el interior del país pero también con la cobertura de otros grupos, en particular los niños. El texto se enmarca en la historia de la vejez, un área de considerable impulso en Europa pero de incipiente desarrollo en Latinoamérica (Bourdealis, 1997; Otero, 2013).

## Los hospitales. Entre el asilo y la cura

Hasta mediados del siglo XIX, los hospitales se caracterizaron por su escasa infraestructura, su escasez de medios y la precariedad de los conocimientos y terapéuticas. Debido a su limitada eficiencia, común a otros países occidentales, tendieron a funcionar en muchos casos como lugar de aislamiento temporal de los enfermos contagiosos o crónicos y, de manera más general, como centro de acogida de la población pobre y marginal, entre ella los dementes y los viejos. Dado que la mayor parte de la población se curaba o moría en su hogar, los hospitales funcionaron también como asilos, es decir como lugar de albergue y permanencia de la población más pobre o desamparada, lo que suponía además marcados sesgos de género y de edad<sup>2</sup>.

El segundo censo nacional de población de 1895 (1895: III: LXXIII-LXXVI) fue el primero que intentó medir con precisión la cantidad de hospitales e instituciones de beneficencia existentes en el país. La encuesta realizada entonces arrojó un total de 130 hospitales y establecimientos de beneficencia con capacidad para la atención de 13.228 personas, cifras que la comisión consideró subvaluadas porque algunas provincias, como Córdoba, no respondieron a los cuestionarios enviados. Las personas atendidas durante 1894 habían sido 55.725 pero al 10 de mayo de 1895 había 7.577 internadas. Los fondos provenían del estado en sus diferentes niveles, de la acción privada y de las sociedades de beneficencia y religiosas. Entre estas últimas, las Hermanas de la Caridad se destacaban en la asistencia de enfermos y menesterosos. El número de sociedades de socorros mutuos, por su parte, era de 511 y el total de las sociedades de beneficencia 190. Conforme con sus mayores niveles de desarrollo, la ciudad de Buenos Aires contaba con treinta hospitales y asilos. Esta primera e imprecisa imagen global <sup>2</sup> Sobre los hospitales y su confusión con los asilos, evidenciada en la alta proporción de viejos y viudas entre los enfermos, ver por ejemplo Gutton (1988: 91-108). ratifica la alta concentración de instituciones de todo tipo en la ciudad y la provincia de Buenos Aires que, en conjunto, aglutinaban el 50% de las sociedades de beneficencia y el 76% de las de socorros mutuos, si bien estas proporciones tienen un sesgo alcista por el mencionado subregistro de las instituciones del interior.

El tejido asistencial de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires estaba compuesto por dos sistemas principales. En primer lugar, la Sociedad de Beneficencia, creada por Bernardino Rivadavia en 1823 durante la gobernación de Martín Rodríguez y nacionalizada tras la federalización de la ciudad de Buenos Aires en 1880. Dirigida por mujeres de la élite porteña, la Sociedad tenía a su cargo, hacia 1860, el Hospital General de

Mujeres, la Convalecencia (destinado a población demente), el Colegio de Niñas Huérfanas, la Casa de Niños Expósitos y las escuelas de niñas de la ciudad y campaña (Registro Estadístico de la República Argentina, 1864: 161). En segundo lugar existía la Dirección de Asistencia Pública, creada en 1883, y dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires<sup>3</sup>. A estas dos instituciones debería agregarse el vasto y diseminado mundo de la asistencia privada, de imposible abordaje en este estudio.

Según el documentado censo porteño de 1904, la Asistencia Pública se consagró desde épocas muy tempranas a los sectores más desfavorecidos –los pobres de solemnidad– para luego albergar dos tipos de pobres, los de solemnidad y los de segunda categoría, también pobres pero que podían pagar una módica suma por su atención. Hacia 1904 contaba con 13 hospitales municipales (2.214 camas) para atender a la población de la ciudad pero también del interior. Debido a esta afluencia, los establecimientos de la Asistencia Pública estaban más hacinados que los de los cinco hospitales nacionales (2.498 camas) y que los dependientes de la Sociedad de Beneficencia, asimetría que también se reflejaba en los presupuestos disponibles.

Para la misma fecha, la Sociedad de Beneficencia dirigía 4 hospitales y 5 asilos para “indigentes infantiles y huérfanos”. A los establecimientos de la Asistencia Pública y de la Sociedad de Beneficencia deben agregarse las sociedades de beneficencia nacionales (que incluían asilos, inclusas, orfanatos, etc.), las asociaciones de beneficencia y filantrópicas de las colectividades migratorias (que brindaban asimismo asistencia médica en sus hospitales) y de las sociedades religiosas, entre las que se destacaba la de San Vicente de Paul (que contaban con 4 asilos maternales para niños pobres de 3 a 10 años). En la apreciación del doctor Manuel Dellepiane, autor de la monografía correspondiente del Censo de 1904, si bien la beneficencia pública porteña podía ser considerada como una de las mejores del mundo, la calidad del sistema se veía afectada por su alto nivel de desarticulación y por su mayor capacidad para atender a las necesidades de internación que a la asistencia social en general (medicamentos, ropa, vivienda, etc.) que comprende “todos aquellos recursos susceptibles de aliviar, no solo al enfermo, sino también al indigente válido; al que no puede o no tiene voluntad para trabajar, al niño huérfano como al raquítrico, al crónico como al anciano achacoso” (1904: 332).

Los hospitales de las comunidades migratorias (como el Francés, el Italiano, el Español, el Alemán, el Británico, etc.) fueron muy importantes dado el peso de los migrantes en la población de la ciudad. No ocurría lo mismo, sin embargo, con las sociedades de socorros mutuos del asociacionismo étnico que tenían límites de edad bastante estrictos por razones financieras evidentes. Según el censo de mutuales de 1913 (fuente muy rica en general pero de una opacidad total en relación con los ancianos), incluido en el censo nacional del año siguiente, los límites de edad de las sociedades de socorros mutuos oscilaban entre los 12 y los 50 años, aunque algunas atendían hasta los 55 o los 60 años (Censo de 1914: X: 95)<sup>4</sup>.

Vistas en conjunto, las instituciones de salud se orientaban esencialmente al cuidado de la madre y el niño y a las enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis, orientación que derivaba bastante linealmente del peso estadístico de esas poblaciones y de esas causas de morbimortalidad. Como en el pasado, los ancianos eran atendidos en las instituciones de salud generales, rasgo que se mantendrá durante todo el período estudiado. La tantas veces señalada invisibilidad de los ancianos en las fuentes históricas se potencia en las estadísticas hospitalarias que, además de ser escasas y discontinuas para el caso argentino, no incluyen variables decisivas como la edad o el tiempo de internación de los enfermos, dato esencial para indagar la perdurabilidad del 4 Sobre los límites de las sociedades de socorros mutuos (heterogenidad administrativa y accesibilidad estratificada), y del sistema de salud en general, ver el clásico estudio de Belmartino (2005: 35). modelo asilar<sup>5</sup>. A pesar de sus falencias, algunos indicios sugieren que los viejos se hallaban sobrerrepresentados en las instituciones de salud, debido a un conjunto de factores concurrentes: los achaques y enfermedades propias de la vejez prematura que impedían trabajar, el peso de personas solas, muchas de ellas migrantes internos o internacionales, y la pobreza resultante de ambas situaciones. La pobreza además se vinculaba causalmente con otros flagelos, como el alcoholismo, una razón de ingreso frecuente tanto a los hospitales como a los asilos.

Un caso particular de las instituciones de salud es el de los establecimientos para dementes, término que para buena parte del período sugiere un cúmulo de saberes no siempre presente en el funcionamiento de esas instituciones. El caso de la Convalecencia porteña, primera institución pública para mujeres dementes creada en 1854, estudiado en profundidad por Valeria Pita, permite apreciar la progresiva transición desde una institución con fines netamente asilares y de control de personas consideradas peligrosas hacia otra con mayor injerencia de los profesionales de la salud, fuente a su vez de no pocas tensiones con las mujeres de la Sociedad de Beneficencia encargadas del establecimiento. Las pacientes que pasaron por la Convalecencia (2.771 entre 1854 y 1879) constituían un complejo conjunto de personas efectivamente alienadas pero que incluía 5 El Registro Estadístico (1864), por ejemplo, suministra para el período 1858-1864 el “término medio de la permanencia de cada enfermo” en el Hospital General de Hombres, pero el dato es de muy difícil interpretación porque el promedio fue calculado para la población hospitalaria sin distinción de edades. también mujeres pobres en general y otras condenadas por la justicia. La ausencia de redes familiares parece haber sido un rasgo común a muchas de ellas, sobre todo en el caso de las migrantes. Hacia mediados de la década de 1850, las mujeres de 65 años y más eran cerca del 20% de las internadas, una proporción a todas luces superior a la que tenían los ancianos en la población general (Pita, 2012: 95)<sup>6</sup>. Dado que 65 años era un umbral de vejez alto para la época, la proporción de personas viejas debió ser más elevada. Resulta temerario generalizar esa proporción al resto de las instituciones de salud debido a la mayor indefinición del significado de

la demencia en la época y a su conexión con formas de contravención y delincuencias reales o presuntas por la policía. Con todo, resulta claro que se trataba de una institución que además de las terapéuticas cumplía funciones asilares y correccionales y que sus destinatarias tenían un sesgo etario evidente. Aunque sin precisiones cuantitativas, el panorama era similar hacia fines de la década de 1870, durante la cual se observa la misma combinación de enajenadas y crónicas (incluidas las idiotas) con ancianas impedidas en su motricidad y alcohólicas, lo que testimonia la “la permanencia de los viejos significados sociales asignados al hospicio” (Pita, 2012: 160).

Lamentablemente, no resulta sencillo precisar en qué momento las instituciones de salud abandonaron su perfil de hospitales-asilos para pasar a funcionar según las normas del hospital moderno. Mientras los primeros obedecían a una lógica asistencial propia del Ancien Régime, el segundo marcó un hito decisivo en el proceso de medicalización, cambio sustantivo también para la historia de la vejez ya que el pasaje suponía una disminución de la sobrerrepresentación de ancianos, al menos en lo relativo a su permanencia por razones ligadas a la pobreza y el desamparo. En efecto, la creación de asilos para ancianos tendió a reducir la utilización de los hospitales como asilos (como ocurrió con el antiguo Hospital de Mujeres gracias a la creación de la Convalecencia) pero se trató de un proceso largo, complejo y variable de un lugar a otro del que no tenemos mayores precisiones debido a la escasez de estudios. La propuesta del doctor Dellepiane en el censo porteño de 1904 de “crear nuevos hospitales comunes para evitar la plétora de enfermos y los frecuentes rechazos ‘por faltas de camas’; habilitar el hospital de crónicos a fin de desagotar a los otros de una población estancada que puede calcularse en un 30%” (Censo de 1904: 334) sugiere elípticamente, dada la ambigüedad del término “estancada”, que la función asilar de algunas instituciones de salud –como las de la Asistencia Pública– seguía vigente a principios del siglo XX.

Estudios microanalíticos (Otero, 2017) basados en los registros de ingresos y egresos del Hospital Municipal de Tandil durante la década de 1890, confirman que las personas de 60 años y más representan el 8.9% de los atendidos, proporción más elevada que la que ese grupo etario tenía en el total de la población (1.6%), hecho congruente con el mayor riesgo de enfermedades en la vejez y con la condición de pobres de solemnidad de la gran mayoría de los atendidos. Visto desde otra perspectiva, los viejos asistidos en el hospital durante esos años representaban solo el 4.7% de los ancianos del partido de Tandil, prueba de que la mayoría de las personas se atendía en su domicilio. Las probabilidades de morir en el hospital aumentaban con la edad ya que poco más de la mitad de los internados mayores de 60 años salió con vida de la institución. Al igual que en la población hospitalaria total, la mayoría de los ancianos hospitalizados eran varones, hecho vinculable sobre todo al criterio de pobreza que regía el ingreso a la institución. Sin duda más importante, los registros de ingresos y salidas permiten calcular con precisión la duración promedio de la estadía en el hospital de los mayores de 60 años. El resultado obtenido (37 días) sugiere que el tiempo de internación no era

demasiado extenso, lo que permite matizar, parcialmente, la hipótesis del hospital asilo, incluso para esta población pobre y anciana ya que nueve de cada diez ancianos estuvo internado menos de dos meses<sup>8</sup>.

En síntesis, si bien algunos autores del Centenario consideraban que “el hospital moderno no es ya el asilo de la primera mitad del siglo pasado”<sup>9</sup>, como lo sugieren los casos del Hospital de Clínicas y el Hospital de Tandil, la abundancia de crónicos en la Asistencia Pública podría sugerir un panorama más matizado que apela por nuevos estudios. En sentido análogo, la hipótesis según la cual los hospitales de crónicos de las comunidades migratorias deben ser vistos como precursores de los geriátricos apunta en la misma dirección (Mariluz, 2009). Por otra parte, si bien el certificado de pobreza fue eliminado en 1919, el hospital público se caracterizó por una focalización de larga data en la atención a la pobreza, reforzada a partir de los años veinte y treinta por el aumento de la demanda de atención médica, en particular de grupos de mayores riesgos como las mujeres, los niños y los hombres mayores de 45 años (Belmartino, 2005: 97-98).

La dificultad de percibir a los ancianos en el interior de las instituciones de salud es coherente con la evolución de los saberes médicos, ya que la identificación de la vejez como una fase del ciclo de vida que requiere conocimientos y terapéuticas específicas, aunque iniciada a nivel internacional hacia fines del siglo XVIII, se consolidará mucho más tardíamente. Así, aunque la geriatría y la gerontología vieron la luz en el hemisferio norte a principios del siglo XX, fue recién a mediados de esa centuria que la geriatría se consolidó como un área de mayor visibilidad académica e institucional en el caso argentino. No sorprende por tal razón que entre las especialidades y salas existentes hacia 1904 en los hospitales porteños (odontología, oftalmología, venéreo-sifilítico, ginecología, parto, pediatría, etc.), no se encontrara ninguna orientada de modo exclusivo a la población anciana. La situación persiste en parte hacia mediados del siglo XX ya que, a pesar de algunos avances en la investigación sobre el envejecimiento humano iniciados en la década del cuarenta y de la creación de la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología en 1951, el Plan Sintético de Salud Pública (1952-1958), elaborado por Ramón Carrillo (1906-1956), Ministro de Salud Pública del presidente Perón, no incluía mayores referencias a la vejez. Como es sabido, el Plan se orientó a la necesidad de incrementar el número de camas, a la creación de hospitales generales (en particular de crónicos), y al combate contra las enfermedades endémicas en zonas pobres. Influido por las consideraciones eugenésicas y natalistas de la época, el plan se concentraba esencialmente en la atención de las madres y de sus hijos. La necesidad de crear hospitales destinados a enfermos crónicos (exceptuando los tuberculosos, los leprosos y los alienados), merece sin embargo una atención particular, ya que los mismos debían atender problemas pulmonares y cardíacos crónicos, afecciones neurológicas (como el Parkinson), dolencias en general ligadas con la edad avanzada y “ciertas gerontopatías”. Según Carrillo, “se diferencia de un Hogar de Ancianos, en que en el Hospital de Crónicos se trata generalmente

de ancianos enfermos, mientras que en el Hogar de Ancianos se trata de ancianos sanos, simplemente viejos, con solo achaques propios de la edad” (Carrillo, 1951: 24). En suma, la diferenciación entre los enfermos en general y los crónicos, y entre estos y los ancianos sanos, que tanto preocupaba al comentarista del censo de 1904, ya se ha operado en la teoría sanitaria, aunque su presencia entre los objetivos del plan sugiere que distaba aún de ser una realidad plena en la práctica hacia mediados de la centuria. La creación de hospitales y servicios especializados para ancianos deberá esperar a la década de 1970, fuera ya de nuestro período (Castells, 1992; Gaston y Gaston, 1998).

## **Los asilos. Los más pobres de los pobres**

A diferencia de los hospitales, los asilos se centraban en el albergue y la alimentación, aunque podían incluir cuidados básicos en materia de salud. Esta institución, cuyo origen remonta al siglo IV de la era cristiana, experimentó transformaciones a partir del siglo XVIII hasta alcanzar su apogeo en los siglos XIX y principios del XX (de Beauvoir, 2011; Gutton, 1988). Si bien hospicio y asilo suelen usarse como sinónimos en el lenguaje común, el primer término tiene una connotación más ligada a los niños, en particular huérfanos. En el caso argentino, el término asilo fue el más frecuente y se utilizó para nombrar instituciones de diverso tipo desde las que atendían niños y huérfanos hasta las abocadas a los ancianos, asimilados por regla general a pobres e indigentes. La palabra se empleó también para establecimientos de carácter correccional como en el caso de los Asilos del Buen Pastor para mujeres<sup>10</sup>. Se trató en suma de un término de uso amplio tanto en lo relativo a las poblaciones incluidas como a las funciones desempeñadas (asistenciales, correccionales, educativas, etc.). En parte por ello, pero sobre todo por la constitutiva asociación de la vejez con la mendicidad e indigencia, los asilos para ancianos rara vez aparecen definidos como tales en las fuentes de la época.

Las distinciones precedentes no deben hacer olvidar que la pobreza constituyó un indicador común a todos los tipos de asilos. Tanto por su peso en el total de la población, como por la frecuencia del abandono de niños y la orfandad, dos rasgos asociados a regímenes pretransicionales de alta fecundidad y mortalidad, los asilos de niños eran mucho más frecuentes hasta el punto de que el término sin calificación adicional remite por lo general a instituciones para menores. A ello se sumaba la mayor sensibilidad social hacia ese tramo de la vida, tanto por razones humanitarias, como por la vinculación potencial entre infancia y delito que establecían los funcionarios y la consecuente vocación de encausamiento y control social. El análisis de los censos nacionales de 1895 y 1914, que proponen una bastante exhaustiva enumeración de instituciones, demuestra el abrumador predominio de los asilos de menores al punto 10 Para un ejemplo particular, sobre el caso jujeño, ver Mallagray, 2019. de hacer innecesaria cualquier cuantificación sobre el particular. A pesar de las heteróclitas categorías utilizadas por las instituciones para referirse al perfil de las personas asistidas, la designación

más habitual de los asilos de ancianos era la de Asilos de Mendigos, aunque muchos viejos se encontraban en asilos con otro tipo de denominaciones.

En el caso de la ciudad de Buenos Aires, que contaba con una red de protección social más amplia y moderna que el resto del país, se destacan solo dos asilos dependientes de la Municipalidad. Por un lado, el Asilo Nocturno que, como su nombre lo indica, funcionaba como un albergue donde podían pasar la noche y recibir comida personas en situación de calle. El acceso, inicialmente muy amplio, requería hacia fines del siglo XIX de una tarjeta de la Asistencia Pública, una prueba de la alta demanda de ese tipo de servicios, sobre todo en coyunturas económicas negativas. Recibía básicamente a personas de bajos recursos, una parte de las cuales –de imposible cuantificación por la parquedad de las fuentes– debieron ser ancianos. En segundo lugar, el Asilo de Mendigos, creado en 1857 por un grupo de liberales como parte de una política social de inspiración laica en tensión con la caridad cristiana, en el que se internaban “los ancianos que la miseria o la falta de familias obligan a la mendicidad y aquellos que, sin tener enfermedad determinada, por sus achaques deben recurrir a la beneficencia pública”. El Asilo, inspirado en los depósitos de mendicidad de ciudades como París, permitía también ocultar la mendicidad callejera, cuyo ejercicio había sido prohibido por la Municipalidad. A pesar de su nombre genérico, la institución incluía básicamente ancianos, sobre todo a medida que su perfil se fue haciendo más definido, aunque es probable que muchos, especialmente aquellos afectados por enfermedades invalidantes o por vejez laboral prematura, no tuvieran edad cronológica para ser calificados como tales. La asimetría entre el nombre y los ocupantes del asilo es ilustrativa de la asociación de larga data, común tanto a la matriz cristiana como a la más moderna filantropía, entre vejez, invalidez y miseria. Un rasgo esencial de esta última, como bien lo vislumbra el comentarista del censo, era la ausencia de familiares<sup>11</sup>. El Asilo de Mendigos era asimismo la única institución de la ciudad capital, entre 58 “hospitales, sanatorios, asilos y hospicios”, cuya función explícita era la de “asilar ancianos” en ocasión del tercer censo nacional, momento en el que contaba con 5 salas para enfermos y 34 empleados (1914: X: 505-506 y 529)

La ciudad de Buenos Aires, al igual que la provincia homónima, parece constituir una excepción hacia 1914 en lo que refiere a instituciones especializadas en albergar ancianos. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, se consignan solo tres instituciones orientadas a ese fin: el Asilo San Vicente de Paul (fundado en 1891 en Bragado), el Hospital Asilo Santa Rita (Coronel Brandzen, 1896) y el Hospital San Vicente de Paul (Salto, 1907), mientras que en Santa Fe solo se menciona al Asilo de Mendigos, creado en 1899 por la Sociedad de Beneficencia. Para el resto de las provincias no se menciona ninguna institución consagrada específicamente a la vejez. El peso abrumador de los asilos de niños, huérfanos y menores como “objeto a que está destinado”, según la calificación usada en el censo, puede ser ejemplificado con la provincia de Entre Ríos que menciona 12 de esa condición y ninguno de ancianos. A pesar del bajo número de asilos para personas de edad, los casos ratifican

un perfil ya conocido: su asociación con la pobreza y la mendicidad y el enorme peso de instituciones privadas, básicamente religiosas. Los años de fundación sugieren que el asilo de ancianos (sea en estado puro o combinado con la atención general a enfermos como ocurría en Salto) comienza a abrirse paso en la última década del siglo XIX.

La enumeración precedente representa mal un panorama que fue sin duda más rico y ello por dos razones, el subregistro de las instituciones del interior del país, clásico de este tipo de relevamientos, pero, sobre todo, la invisibilidad de los ancianos como población asilar específica ya que buena parte de la población mayor se encontraba en instituciones que se definían a sí mismas como asilos de mendigos, pobres, enfermos, alienados o asilos a secas. Los asilos de mendigos (denominación que, como vimos, ostentaba el emblemático asilo porteño de ancianos) se encontraban en prácticamente todas las provincias, al igual que los pertenecientes a la obra de San Vicente de Paul. Por evidentes razones de escala, en las ciudades con menor población las instituciones debieron combinar su preocupación por los ancianos con funciones más generales<sup>12</sup>. Invalidante para el análisis estadístico, la autodefinition de las instituciones es rica por sus implicancias conceptuales ya que demuestra la continuidad del tríptico vejez/pobreza/enfermedad, del que emergerá lentamente el asilo de ancianos con perfil propio.

Aunque las fuentes replican muchos de los problemas de los censos, los estudios sobre el rico caso cordobés tienen la ventaja de suministrar información cuantitativa bastante completa para una provincia de central importancia en el contexto nacional. Para el año 1913, por ejemplo, existían 19 asilos con subsidio del tesoro nacional (15 de ellos en la capital, 4 en el interior de la provincia). Una vez más, la generalidad de los datos relativos a la población objeto de las instituciones (mendigos, pobres, adultos, etc.) dificulta su caracterización en términos etarios lo que no impide ratificar una vez más el abrumador peso de las instituciones para niños (expósitos, huérfanos, colegios, maternales, etc.). Una situación análoga, pero menos marcada en cuanto al predominio de los niños, caracterizaba el mismo año a las tres obras de beneficencia existentes. Los datos de instituciones religiosas (la Conferencia de Señoras Vicentinas de 1920- 1921 y la Comisaría Franciscana de 1932-1935, ambas de Río Cuarto) van en la misma dirección, con la salvedad de que los Franciscanos eran los únicos en contar con un Asilo (el San José, fundado en 1926) orientado específicamente a los ancianos e inválidos. Esta institución, atendida por las Beneméritas Madres de los Desamparados alojaba pobres de solemnidad mayores de 60 años siempre que no tuvieran enfermedades infectocontagiosas.

La situación siguió siendo similar con posterioridad a la crisis del treinta, momento en el que las políticas sociales ganaron en densidad. En efecto, de las 55 asociaciones de beneficencia relevadas en la ciudad de Córdoba entre 1930 y 1943, muy pocas remiten específicamente a los ancianos. Se trata, sin embargo, de un conjunto heterogéneo que incluye tanto a instituciones de salud (hospitales, muchos de ellos de las comunidades migratorias; dispensarios, hospital de alienados, etc.) como

a asilos, en su gran mayoría de huérfanos, lo que explica su combinación con escuelas y/o internados. Solo el Asilo de Mendigos de la Sociedad de Beneficencia, el Asilo de Pobres Vergonzantes, y el de las Conferencias Vicentinas, se abocan específicamente a ancianos desvalidos y ancianas pobres vergonzantes, respectivamente. La asistencia a los ancianos, sea para albergue o para alimentación, se halla desde luego subregistrada por la existencia de instituciones que se ocupan genéricamente de los pobres (Ortiz Bergia, 2009: 167-169). Cualquiera sea el caso, la ambigüedad clasificatoria que emerge de las fuentes es en sí misma un síntoma de la menor visibilidad de los ancianos, triplemente subsumidos en el mundo de los adultos, de los pobres y de los inválidos, situación que contrasta una vez más con la visibilidad de las mujeres y los niños.

En lo relativo a las concepciones generales que inspiraron a las políticas públicas, existe consenso en caracterizar estas formas de protección social bajo el llamado modelo benéfico-asistencial, cuya duración histórica, en términos generales, se extendería desde mediados del siglo XIX hasta la llegada del peronismo. Aunque los clivajes y tensiones internas (entre la filantropía de origen masón, el asociacionismo étnico y la caridad religiosa, por ejemplo) y las variaciones temporales, sobre todo tras la emergencia de la cuestión social primero y la crisis del treinta después, son significativos, el modelo general, visto como una suerte de ideal tipo, puede ser esquematizado a partir de un conjunto de rasgos básicos<sup>13</sup>. En primer lugar, y a pesar de la pluralidad de actores intervinientes, el fuerte predominio de los actores privados, entre los que ocupan un lugar de primer orden las congregaciones religiosas católicas. En segundo término, el sesgo social y de género de las dirigencias, tanto en el caso de la Sociedad de Beneficencia o instituciones análogas del interior del país, en las que predominaron mujeres de clase alta, como en las congregaciones religiosas femeninas. En tercer lugar, un financiamiento heterogéneo proveniente de fuentes privadas (colectas, donaciones) y estatales (subsidios), pero por regla general escaso y muy sensible al impacto de las coyunturas económicas. En cuarto lugar, el amplio conjunto de destinatarios que, en última instancia, remitían a las personas pobres y alejadas del proceso productivo como los niños abandonados, las mujeres solteras y viudas, los enfermos y desvalidos y los ancianos, con marcada prioridad de los niños y las mujeres. En quinto lugar, la coexistencia de elementos propios de la tradición asistencial del antiguo régimen con elementos modernos, sobre todo cuando la participación de actores dotados de saberes técnicos y académicos, como los médicos, se hizo más evidente desde fines del siglo XIX. Por último, la inclusión de las funciones asistenciales propiamente dichas (hospitalarias, asilares, etc.) en un proyecto civilizatorio de mayor alcance que buscaba lograr una “pobreza honorable” mediante la conjunción de prácticas (higiene, orden, disciplina, educación) basadas en principios de orden moral, fundamental pero no exclusivamente religiosos. Va de suyo que, aunque modificadas, muchas de estas características continuarán en épocas posteriores.

En relación con este último punto, y en claro contraste con las instituciones más vinculadas con el control social como las de carácter

correccional o psiquiátrico, carecemos de estudios sistemáticos sobre el funcionamiento interno de los asilos de ancianos, a lo que no es ajena una vez más la escasez de las fuentes necesarias. Para el caso de las instituciones de ancianos, aspectos reglamentarios como el uso obligatorio del uniforme, las sanciones y horarios estrictos o la falta total de privacidad, han permitido concebirlos como “espacios de disciplinamiento” y de ocultamiento de la pobreza. Las interpretaciones de base foucaultiana, favorecidas por el carácter de instituciones “cerradas” de este tipo de establecimientos, no deben hacer olvidar que los asilos también desempeñaban funciones de apoyo material y espiritual o psicológico sin las cuales la vida de los ancianos más pobres hubiera sido más difícil y, sobre todo, que el disciplinamiento en los ancianos carecía de la finalidad de reinserción social ulterior que caracterizaba a las instituciones de niños y jóvenes<sup>14</sup>. Desde luego, una cosa es el disciplinamiento como conjunto de reglas y valores que limitan la vida de los internos y otra la calidad de vida material de los asilos. La unánime descripción negativa de los asilos para el caso francés, cuanto menos hasta la década de 1960, constituye sin duda una alerta para cualquier visión idílica sobre el particular.

El caso cordobés muestra también que el modelo benéfico-asistencial, sin desaparecer, experimentó cambios significativos durante la primera posguerra en relación con las prácticas más tradicionales centradas exclusivamente en la caridad. Como apunta Moreyra (2014: 39), tuvo lugar entonces una “modernización del paternalismo, que significó un distanciamiento al menos discursivo del paternalismo tradicional y un hito importante en la conformación de la asistencia como derecho porque, aun cuando estaba basada en la inferioridad o desamparo innato, implicaba algo muy distinto del discurso y de la práctica de la limosna”. Los cambios se hicieron más visibles a partir de 1930 cuando los gobiernos sabattinistas avanzaron en políticas reformistas de mayor contenido social e injerencia del Estado, pero sin reemplazar al modelo benéfico-asistencia precedente. Además de la creciente importancia de la salud, la década del treinta se caracterizó también por la creación de institutos de menores y comedores escolares que definieron un ámbito de intervención más abarcador que el tradicional enfoque limitado a la educación. En consonancia con el contexto nacional, las políticas de infancia derivaron de la preocupación por la denatalidad y la degeneración de la raza. A diferencia de las instituciones de beneficencia tradicionales, las medidas sanitarias municipales implicaron de hecho una progresiva concepción de la salud como derecho social o, en otras palabras, la expansión de los potenciales beneficiarios a los asalariados y las familias, es decir un público más amplio que los pobres y desvalidos. Sin embargo, y a pesar de las transformaciones mencionadas, “no se produjeron cambios significativos respecto al tratamiento de los indigentes, mujeres y ancianos” (Ortiz Bergia, 2009: 135).

Un punto central, que suele olvidarse con frecuencia, es el de la cantidad de personas asistidas en los asilos y, sobre todo, su proporción con respecto a la población total. Tema de mucha menor importancia a los ojos gubernamentales que la infancia, los escasos datos disponibles

se ven afectados, como vimos, por la escasa o nula inclusión de la edad en las estadísticas y por la tendencia a distinguir solo tres grupos de población (niños, mujeres, adultos), con la consiguiente invisibilización de los ancianos. A pesar de ello, se puede reconstruir una serie consistente para el emblemático Asilo de Mendigos porteño sobre la base de los Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires. Los ancianos alojados en esa institución pasaron de un promedio anual de 100 personas en 1860-1864 a 459 en 1887, 598 en 1895 y 831 en 1904<sup>15</sup>. Para esta última fecha, el número de ancianos asilados puede leerse de dos maneras complementarias. Por un lado, representan el 15,7% del total de personas en asilos de la ciudad, proporción que es mucho mayor que la que tienen los ancianos en la población total de ese año. Por otro, constituyen el 2,3% de la población de 60 años y más. En ambos casos, las proporciones deben considerarse con cuidado debido a los recaudos mencionados a lo largo del texto (no todos los que figuran en el asilo de mendigos son ancianos, existen ancianos en otras instituciones y en hospitales, existen asilos privados no cubiertos por las estadísticas, etc.)<sup>16</sup>. Vistas en conjunto, ambas proporciones muestran que los ancianos tienen un gran peso en la población asilar pero que, al mismo tiempo, representan solo una proporción relativamente pequeña de la población anciana.

La serie del período 1887-1914 (Cuadro 1) ratifica el incremento de largo plazo del número de internados en el Asilo aunque es difícil diferenciar cuánto de las variaciones anuales proviene de situaciones económicas adversas (algo más evidente en el aumento coyuntural de la proporción de defunciones) y cuánto del aumento de la capacidad de albergue debido a mejoras de infraestructura que, como lo ha mostrado Schávelzon (1991), fueron constantes durante las décadas de 1880 y 1890 y estuvieron influidas por el higienismo. La ausencia de retrocesos en las cifras (salvo en un único año) sugiere que el Asilo debe haber funcionado al límite de su capacidad y, al menos durante las coyunturas críticas, en condiciones de hacinamiento. La segunda constatación es el alto peso que tienen los extranjeros (triplican a los nativos en todo el período para el que se dispone de datos desagregados) aunque su supremacía es algo menor, pero de todos modos muy clara, en los egresos por mortalidad. Si bien la “extranjerización de la vejez” (Mariluz, 2009: 14-15) es evidente, la expresión puede resultar engañosa. La vejez se extranjeriza, en efecto, como se extranjerizan todos los fenómenos de una ciudad en la que el peso de los inmigrantes crece sistemáticamente. Sin embargo, la proporción de viejos extranjeros en los asilos en relación con la población de referencia (extranjeros de 60 años y más) no es mayor a la de los nativos como lo daría a entender el término extranjerización. En sentido análogo, la diferencia de las proporciones de ancianos en asilos entre extranjeros y argentinos (promedio anual de la serie 1892-1906) es prácticamente nula cuando se la vincula con las respectivas estructuras de edad de los censos de 1895 y 1904. Más claro aún, los viejos extranjeros no parecen tener una institucionalización mayor que los viejos nativos. La proporción anual de defunciones en relación con los internados (preexistentes, más los ingresados durante el año), del orden del 15%, no parece elevada pero

su significado se ve oscurecido por carecer de datos sobre la estructura de edad, el tiempo de internación de los fallecidos y las derivaciones al hospital. La relación anual entre salidas por alta y por defunción, en cambio, muestra que la mayor parte de las salidas es por defunción, dato también afectado por las consideraciones precedentes. Si bien los datos por sexo son aislados, el mayor peso de los hombres (65,6% en 1887, 59,6% en 1900) es también acorde al mayor peso de ese componente en la población porteña.

Cuadro 1

Cuadro 1  
Movimiento de entradas, salidas y defunciones. Hospital de Mendigos. Ciudad de Buenos Aires. Años 1887-1914

Año	Existencia al 1º de enero	Entradas				Salidas				Defunciones				Prop. Def. <sup>1</sup>	Salidas/Defunciones
		Arg.	Extr.	Tot.	Ext./Arg.	Arg.	Extr.	Tot.	Ext./Arg.	Arg.	Extr.	Tot.	Ext./Arg.		
Total	18.427	1.040	3.796	8.266	3,7	495	1.688	3.769	3,4	593	1.675	4.013	2,8	15,0	0,9
1887	436			136				50				63		11,0	0,8
1888	450			171				81				76		12,1	1,1
1889	473			234				102				119		17,1	0,9
1890	479			252				114				136		18,6	0,8
1891	481			259				137				114		15,4	1,2
1892	480	79	263	342	3,3	44	166	210	3,8	46	77	123	1,7	14,8	1,7
1893	498	61	262	323	4,3	36	174	210	4,8	35	76	111	2,2	13,5	1,9
1894	500	71	218	289	3,1	34	104	138	3,1	34	70	104	2,1	13,2	1,3
1895	547	70	263	333	3,8	42	132	174	3,1	30	78	108	2,6	12,3	1,6
1896	598	68	184	252	2,7	35	98	133	2,8	43	89	132	2,1	15,5	1,0
1897	585	64	175	239	2,7	24	80	104	3,3	34	80	114	2,4	13,8	0,9
1898	606	51	165	216	3,2	23	45	68	2,0	47	86	133	1,8	16,2	0,5
1899	621	67	289	356	4,3	25	94	119	3,8	39	149	188	3,8	19,2	0,6
1900	670	78	271	349	3,5	32	78	110	2,4	47	116	163	2,5	16,0	0,7
1901	746	73	276	349	3,8	43	143	186	3,3	29	101	130	3,5	11,9	1,4
1902	779	77	290	367	3,8	19	89	108	4,7	45	186	231	4,1	20,2	0,5
1903	807	63	281	344	4,5	39	109	148	2,8	40	146	186	3,7	16,2	0,8
1904	817	70	272	342	3,9	30	120	150	4,0	30	148	178	4,9	15,4	0,8
1905	831	71	268	339	3,8	34	140	174	4,1	42	107	149	2,5	12,7	1,2
1906	847	77	319	396	4,1	35	116	151	3,3	52	166	218	3,2	17,5	0,7
1907	874			422				189				224		17,3	0,8
1908	883			359				213				152		12,2	1,4
1910	866			318				159				182		15,4	0,9
1911	843			344				184				130		11,0	1,4
1912	873			352				151				170		13,9	0,9
1913	904			268				101				156		13,3	0,6
1914	915			325				105				223		18,0	0,5

<sup>1</sup> Proporción de defunciones = proporción de defunciones sobre la población inicial más las entradas. Nota: Para estandarizar el nivel educativo se tomó como base la estructura etaria del total de la población nacida en el extranjero. Fuente: Elaboración propia sobre la base de Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1909 no disponible por realización del censo municipal.

Movimiento de entradas, salidas y defunciones. Hospital de Mendigos. Ciudad de Buenos Aires. Años 1887-1914  
Elaboración propia sobre la base de Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires. Año 1909 no disponible por realización del censo municipal.

1 Proporción de defunciones = proporción de defunciones sobre la población inicial más las entradas. Nota: Para estandarizar el nivel educativo se tomó como base la estructura etaria del total de la población nacida en el extranjero.

El completo listado del caso cordobés, por su parte, permite calcular la proporción de todas las personas asiladas (exceptuando a niños y menores) en la población total de 60 años y más en el supuesto de que todos los asilados para los que no figura la edad fueran mayores de ese umbral. Dado el carácter claramente no realista de este supuesto, la proporción resultante (2,2% para 1913) puede ser considerada como un techo<sup>17</sup>. Las proporciones obtenidas para Buenos Aires y Córdoba no se diferencian demasiado de las disponibles para fechas bastante posteriores, del orden de 2.4% en 1980 de los ancianos (Redondo, 1994: 49). Ello marcaría cierta estabilidad de largo plazo en la intensidad del fenómeno que permite matizar la impresión habitual según la cual “la vejez suele ser sinónimo de institucionalización, aunque ahora menos que antes” (Huenchan, 2018: 90).

El listado de Córdoba arroja también 971 niños asilados (incluyendo los internos en los colegios), lo que representa menos del uno por ciento de la población de menores, tanto si se considera la población de menos de 15 años como otros intervalos por separado (1-5, 5-10, 10-15 años). Si el caso cordobés es generalizable, y no existen razones para pensar lo contrario, puede argumentarse que la protección a la niñez era particularmente visible en cuanto a la cantidad de instituciones y a los esfuerzos desplegados, pero no en términos de la población alcanzada cuando se la piensa en términos de proporciones sobre el total de personas de ese grupo de edad. Más claro aún, la importancia social acordada a la niñez, contrastante con la que reciben los ancianos, derivaba más de su peso absoluto y de la sensibilidad social hacia ese sector de edad que de su impacto relativo, ya que los ancianos parecen haber recibido más atención proporcional que los niños.

Durante la primera posguerra ocurrieron cambios significativos que hicieron más visibles a las instituciones orientadas a los ancianos, hecho que se vinculó más con el desarrollo del país y las políticas sociales en general que con el aumento de la proporción de ancianos en la población total. Ello fue muy claro en el polifacético mundo del asociacionismo étnico, potenciado en este caso por los mayores riesgos de carecer de familia que tenían los extranjeros, situación que debió ser común también a muchos migrantes internos. En el caso de los franceses, cuyo atípico ciclo migratorio en el Río de la Plata los había convertido en una comunidad envejecida para una fecha tan temprana como 1914, la comunidad contó con el Foyer de Vieillards, destinado a viejos y eventualmente a incapacitados para el trabajo, inaugurado el 22 de noviembre de 1925 en la ciudad de Buenos Aires aunque proyectos similares existían desde fines de la década de 1880 (Otero, 2012; Díaz, 2018).

También a partir de los años veinte, la Sociedad de Beneficencia, consagrada hasta entonces a la infancia y a las mujeres, se abocó a la creación de asilos para ancianos, como lo muestran el Asilo Isabel Balestra Espíndola, inaugurado en 1926, destinado al albergue de ancianas pobres vergonzantes y el Pabellón Lea Meller Vack (1934), construido en el mismo predio y también orientado a ancianas carentes de asistencia. La institución respondía a una nueva concepción caracterizada por la influencia de la corriente filantrópicohigienista y del modelo francés de “pobres vergonzantes”, aunque en la práctica se orientó a ancianas pobres pero provenientes de buenas familias. Las características físicas remitían más a la concepción de los hogares que de los asilos decimonónicos, sobre todo en lo relativo a la mayor privacidad de las internadas y a la realización de labores. En 1929 fue creado en una chacra de la localidad de Bella Vista (provincia de Buenos Aires) el Asilo Obligado para mujeres mayores de 40 años, también pobres vergonzantes mientras que en 1944 se construyó, dentro del predio del Obligado, el Asilo de Ancianas “Casimira López”. Estas instituciones continuaban rasgos previos de las instituciones de la Sociedad de Beneficencia (consagración a un público femenino, asociación entre asistencia y pobreza, financiamiento por donación de notables de los que derivaba su nombre) pero su funcionamiento interno

(confección de ropas para bebés, cría de animales, cultivo de frutales) y el reducido número de personas internadas (de 15 a 25) evidencian cambios con respecto a los asilos de mediados del siglo precedente. Se evidencia también una mayor sensibilidad hacia la especialización en instituciones de alcance general como ocurriera en el Asilo “Román Rosell”, inaugurado en 1941, destinado al albergue, educación y tratamiento de ciegos mayores de 6 años, que contaba con sectores para niños, jóvenes, adultos y ancianos.

El peronismo, por último, introdujo cambios significativos, difíciles una vez más de cuantificar, pero muy claros en términos discursivos y de algunas prácticas efectivas. En el marco de una política de redistribución de ingresos y de aumento de los mecanismos de protección social que durante esos años definieron al estado de bienestar argentino, el peronismo expandió la cobertura de las cajas jubilatorias que, en una década, dieron lugar a la universalización casi total del sistema (Arza, 2010). Mientras la jubilación permitió la cobertura de los trabajadores de la economía formal, la Fundación Eva Perón, que en 1948 reemplazó a la Sociedad de Beneficencia, intervenida en 1947, se ocupó de aquellos que no estaban cubiertos por los sindicatos mediante diversas medidas de acción directa y de apoyo. El vasto conjunto de los “humildes”, clave en el discurso peronista, incluía a los desocupados y al tríptico clásico de la asistencia de antiguo régimen, es decir mujeres, niños y ancianos.

En el caso de la vejez, el peronismo operó dos cambios substantivos. Por un lado, la proclamación de los Derechos de la Ancianidad por Eva Perón en 1948 (decreto 32.138/48), incorporados en el artículo 37 de la Constitución de 1949, que definieron un conjunto amplio de derechos de la población mayor. Por otro, y en consonancia con lo anterior y con una discurso más general sobre el rol del hogar y la familia en la sociedad argentina, la emergente retórica del “hogar de ancianos” destinada a reemplazar al tradicional y peyorativo término de asilo. Más allá de su aspecto discursivo, las nuevas orientaciones suponían también un diseño arquitectónico más saludable y moderno de los hogares, que incluían lugares de trabajo (como jardines y huertos) y recreación (bibliotecas, canchas de bochas, salas de costura, etc.), consistentes con los principios de laborterapia explicitados en los Derechos del anciano. Si bien algunas de estas innovaciones edilicias se hallaban parcialmente presentes en instituciones previas de la Sociedad de Beneficencia, la novedad del peronismo radicó en la fuerza de su enunciación propagandística pero también en la magnitud de los emprendimientos.

El ejemplo más elocuente de ello fue la creación del Hogar de Ancianos Coronel Perón de Burzaco (provincia de Buenos Aires) a partir de la compra y ampliación de las instalaciones de la Sociedad Alemana de Beneficencia por parte de la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón en junio de 1948. El Hogar, con capacidad para 350 personas sin distinción de sexo, fue inaugurado el 17 de octubre de 1948 en un predio de 32 hectáreas que contaba con tres pabellones de dormitorios, cocinas, vestuarios, comedores, talleres, enfermería, imprenta, capilla, gallineros, establos, etc. Asimismo fueron creados cuatro hogares, con capacidad para

500 internados en cada caso, uno en Córdoba, otro en Tucumán y dos en Santa Fe. Como puede apreciarse, la capacidad de estas instituciones era superior a la de las instituciones análogas creadas por la Sociedad de Beneficencia en la década del veinte y del treinta cuyos asilos rondaban los 20 asistidos. Otra diferencia sustantiva era el público al que estaban destinadas, tanto en términos de género (hombres y mujeres) como de pertenencia social. Conforme a las orientaciones definidas por los Derechos de la Ancianidad, los hogares desarrollaban espacios de recreo y laborterapia que incluían actividades artísticas como trabajos u oficios, estos últimos remunerados y de carácter voluntario. Los hogares eran supervisados directamente por la Fundación Eva Perón y contaban con consultorios médicos, enfermería y personal especializado<sup>18</sup>.

En suma, si bien existieron continuidades entre las formas asistenciales tradicionales y las desplegadas por la Fundación Eva Perón<sup>19</sup>, la articulación entre los Derechos de la Ancianidad, por un lado, y la creación de modernos establecimientos para ancianos, por otro, operó un cambio en la percepción y la gestión de la vejez que, independientemente de su cobertura efectiva, marcó un parteaguas en relación con ese sector y permitió pensar las necesidades de los ancianos en términos de derechos. Ambas medidas fueron acompañadas del otorgamiento de subsidios desde 1946 y de pensiones de ancianidad aprobadas por ley destinadas a personas mayores que seguían viviendo con sus familias, como las primeras 1000 pensiones otorgadas por Eva Perón el 3 de julio de 1950 en un acto del Teatro Colón, aunque sus efectos en términos globales fueron muy limitados y residuales (Ross, 1993: 109).

## Conclusiones

Antes de que emergieran las políticas de la vejez en el sentido moderno del término, durante la segunda mitad del siglo XX, existieron mecanismos de protección social a los ancianos en dimensiones básicas como la salud y el albergue en el marco más general de las políticas contra la pobreza. El hospital, que prolongó durante un tiempo de imposible precisión rasgos del viejo modelo asilar, y los asilos propiamente dichos, tanto públicos como privados, acogieron a los ancianos enfermos, inválidos o indigentes. La asociación entre mendicidad y ancianidad aunque imperfecta (los ancianos institucionalizados eran en su abrumadora mayoría pobres y solo una parte de los pobres era anciana) contribuyó a la invisibilidad estadística de los viejos, aunque no a la invisibilidad social a los ojos de sus contemporáneos, sobre todo en los casos más dramáticos, asociados con la ausencia de familia, cuestiones de género o con enfermedades físicas y mentales. Por ello, si la pobreza de períodos históricos es difícil de cuantificar, lo es más aún cuando se trata de la pobreza de subpoblaciones definidas en términos de edad, una variable oscurecida por el uso habitual del tríptico niños, mujeres y adultos.

La distinción entre visibilidad estadística y percepción social es relevante. Como observó Simone de Beauvoir (2011: 239) para la larga historia europea, los viejos aparecen hasta el siglo XVIII asociados a la

figura del anciano ilustre, y se convierten en sinónimo de pobreza y abandono durante el siglo XIX, debido a los efectos sociales negativos de la industrialización y la urbanización aceleradas. El período que aquí nos ocupa remite precisamente a esa etapa, potenciada en el caso argentino por el aluvión migratorio externo, etapa que, al igual que en Europa constituye la “edad de oro del asilo de viejos” (Gutton, 1988: 230-231).

La distinción entre visibilidad estadística y percepción social opera en otro sentido substantivo: la preocupación por los niños y las madres, prioritaria por el mayor peso demográfico de esas poblaciones, pero tributaria también de una sensibilidad fundada en su asociación con temas centrales de la agenda pública como el delito, la educación o el crecimiento de la población, sobre todo tras la caída de la natalidad en la década del treinta, puso en segundo plano la preocupación por los ancianos, grupo de edad menos numeroso y carente de las implicancias sociales futuras que tenían los niños y las mujeres. La sensibilidad diferencial hacia ambos grupos, justificada también por el mayor peso de los niños y los jóvenes en la población total, no se fundaba, como vimos, en términos de proporciones o de intensidad de la pobreza en esos grupos de edades, ya que los ancianos institucionalizados representaban una proporción mayor de su respectivo grupo de edad que los niños y jóvenes. En este sentido, como en tantos otros, la estadística no lo es todo pero ayuda a precisar mejor los alcances de los debates.

Durante la primera posguerra, en cambio, se asiste a la emergencia de una “sensibilidad” creciente hacia los ancianos que, una vez más, no se vincula de modo lineal con su proporción en la sociedad, si bien la proporción de personas de 60 años y más aumentó paulatinamente, pasando de 4% en 1914 a 6,6 en 1947. Aunque de escaso impacto cuantitativo, como en el caso de los asilos de la Sociedad de Beneficencia y de las comunidades migratorias, la vejez se va instalando progresivamente en la esfera pública, en un paralelismo discreto, pero similar en sus tempos, con los debates sobre jubilación y seguro social.

La eclosión de esa sensibilidad ocurrió durante el peronismo clásico que, como en otros planos, recuperó ideas e instituciones previas pero amplificadas mediante su resignificación conceptual en términos de derechos, como en el caso de los Derechos de la Ancianidad de 1948, o del uso del término hogar en reemplazo del tradicional y connotativo de asilo, pero también de realizaciones efectivas, como la construcción de Hogares de Ancianos, que se caracterizaron por el aumento en la escala de sus objetivos en términos de infraestructura y población a atender. Si bien puede discutirse cuánto tuvo de retórica esa resignificación, sobre todo en el caso de los Derechos de la Ancianidad, y cuánto de efectos reales para la población anciana no alcanzada por las obras mencionadas o por mecanismos más residuales como los subsidios a la ancianidad, la instalación pública de esos temas constituye un giro decisivo, sobre todo en términos de la centralidad otorgada al Estado en un ámbito que hasta entonces, y exceptuando experiencias aisladas, había dependido de instituciones religiosas, privadas o étnicas. Como en otros planos, el peronismo expresó en suma una continuidad con ideas previas, un

aumento en la escala de infraestructura y recursos y una refundación semántica de amplio alcance.

Los cambios en las concepciones son más fáciles de percibir que los ocurridos en las prácticas debido a la escasez de estudios endógenos que nos permitan avanzar en cronologías más finas y atentas a los clivajes de los distintos tipos de instituciones (privadas y públicas, generales o de enfermos mentales, del interior y la capital, etc.). Es claro que existen diferencias substantivas entre el asilo de mediados del siglo XIX y el moderno hogar de los años cuarenta pero las instituciones modélicas no representan necesariamente al amplio espectro de posibilidades y variaciones temporales.

Más allá de sus cruentas imperfecciones estadísticas, las proporciones de ancianos institucionalizados ratifican la importancia de sistema familiar como principal sostén de los ancianos, tan típica del modelo mediterráneo y los riesgos de concentrarse exclusivamente en la asociación vejez/pobreza, propia de las visiones de corte patológico de la historia de la vejez (Dubert, 2008)<sup>20</sup>. La pregnancia de esa imagen deriva, como hemos argumentado, de la invisibilidad de los ancianos en las fuentes, que alimenta especulaciones intuitivas, pero también de la sobrerrepresentación verificable de ese sector de edad en los estudios centrados en instituciones. Otro factor relevante es el notable deterioro de las instituciones a partir de la profundización de la crisis del Estado de Bienestar, una lente que contribuye a interpretar el pasado a partir de situaciones negativas posteriores. Más allá de ello, la relativa estabilidad de esas proporciones a lo largo del tiempo, constituye una prueba más de la emergencia de una nueva sensibilidad que se fue desplegando independientemente de la importancia estadística del problema. Como lo sugiere la evolución histórica de la mortalidad infantil o la historia de formas particulares de violencia –piénsese en el femicidio en la actualidad– lo que cambia no es necesariamente la intensidad de un fenómeno sino el hecho de que este deviene socialmente intolerable para los valores sociales compartidos en un momento histórico determinado. Que las evoluciones de las prácticas sociales relativas a los ancianos en instituciones no se condigan necesariamente con la transformación de las concepciones tradicionales y con la emergencia de nuevas sensibilidades ocurridas hacia mediados del siglo XX no debe hacer olvidar que esa transformación y esa emergencia resultan imprescindibles para nuestra percepción e interpretación actual del problema.

### **Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Municipalidad de la Capital, Dirección General de Estadística Municipal, tomos correspondientes al período 1891-1923.**

Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, Municipalidad de la Capital, Dirección General de Estadística Municipal, tomos correspondientes al período 1891-1923.

Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, levantado en los días 17 de agosto, 15 y 30 de setiembre

- de 1887 bajo la administración del Dr. Antonio F. Crespo, Buenos Aires, Compañía SudAmericana de Billetes de Banco, 1889.
- Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, levantado los días 11 y 18 de septiembre de 1904 bajo la administración del señor Don Alberto Casares por Alberto B. Martínez, Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco, 1906.
- Segundo Censo de la República Argentina, mayo 10 de 1895, decretado en la administración del Dr. Sáenz Peña, verificado en la del Dr. Urriburu, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898.
- Tercer Censo Nacional levantado el 1º de junio de 1914, Buenos Aires, Talleres Gráficos de L.J. Rosso y Cía, 1916.
- Registro Estadístico de la República Argentina, Buenos Aires, Imprenta J.A. Berheim, 1864.
- Archivo General de la Nación (1999), Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Catálogo cronológico y por instituciones, Buenos Aires, Archivo General de la Nación.
- Arza, C. (2010), “La política previsional: de la estratificación ocupacional a la individualización de los beneficios”, en Susana Torrado (directora), *El costo social del ajuste (Argentina 1976-2002)*, Buenos Aires, Edhasa, Tomo 2, pp. 257-299.
- Beauvoir, S. de (2011) [1970], *La vejez*, Buenos Aires, Debolsillo.
- Belmartino, S. (2005), *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Biblioteca Nacional (2015), *La incesante publicística. Folletos del primer peronismo (1945- 1955)*, Catálogo de la exposición homónima, octubre-diciembre 2015.
- Bourdelaís, P. (1997), *L’âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob.
- Cacopardo, M. C.; Moreno, J. L. (1997): “Cuando los hombres estaban ausentes: la familia del interior de la Argentina decimonónica” en H. Otero y G. Velázquez (comps.), *Poblaciones Argentinas. Estudios de demografía diferencial*, PROPIEP (IEHS-CIG), pp. 13-28.
- Carrillo, R. (1951), *Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958*, Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Dirección de Información Parlamentaria.
- Castells, J. (1992), *Ficción y realidad de la política social para la ancianidad*, Buenos Aires, CEAL.
- Correa Luna, C. (1923), *Historia de la Sociedad de Beneficencia, 1823-1952*, Buenos Aires, Sociedad de Beneficencia de la Capital.
- Di Stéfano, R.; Sábato, H.; Romero, L.A.; Moreno, J.L. (2002), *De las cofradías a las organizaciones de la sociedad civil. Historia de las iniciativas asociativas en la Argentina, 1776-1990*, Buenos Aires, Grupo de Análisis y Desarrollo Institucional y Social.
- Díaz, H. (2018), “La élite de la colectividad francesa de Buenos Aires: conformación, autonomización y hegemonía política (1902- 1919)”, Tesis de Doctorado de la Universidad de Buenos Aires.
- Dubert, I. (2008), “Vejez, familia y reproducción social en España, siglos XVIII-XX”, en *Revista de Demografía Histórica*, XXVII, II, pp. 87-122.

- Gastrón, L.; Gastrón, G. (1998): “Medio siglo de gerontología en Latinoamérica”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33 (5), pp. 309-313.
- Golbert, L. (2010), *De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales*, Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- González Bernaldo, P. (2001), “Beneficencia y gobierno en la ciudad de Buenos Aires (1821-1861)”, en *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana “Dr. Emilio Ravignani”*, n° 24, pp. 45-72.
- Gutton, J-P. (1988), *Naissance du vieillard: Essai sur l’histoire du rapport entre les vieillards et la société en France*, Paris, Aubier.
- Huenchan, S. (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Santiago de Chile, Libros de la CEPAL, n° 154.
- Jeffres Little, C. (1980), *The Society of Beneficence in Buenos Aires, 1823-1900*, Tesis de Doctorado, Temple University.
- Lattes, A. (coord.), Donati, J., Zuloaga, N. (dirs.) (2010), *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010*, Dirección General de Estadística y Censos
- Mallagray, L. (2019), “El Asilo del Buen Pastor en Jujuy. Un proyecto correccional de mujeres (1889-1920)”, en *Revista de Historia de las Prisiones*, n° 8, pp. 96-120.
- Mariluz, G. (2009), “Estado, política y vejez. La política social para la tercera edad en Argentina desde el Virreynato del Río de la Plata hasta el año 2000”, Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad, Centro de Documentación de Políticas Sociales, Documentos 41.
- Massé, G. (2008), “Convivir bajo el mismo techo. Hogar-familia y migración en la ciudad de Buenos Aires al promediar el siglo XIX”, Tesis de Doctorado en Demografía, Universidad Nacional de Córdoba.
- Mitidieri, G.; Pita, V. (2019), “Trabajadoras, artesanos y mendigos. Una aproximación a las experiencias sociales del trabajo y pobreza en la Buenos Aires de la primera mitad del siglo XIX”, en *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 19 (1), e083. DOI: <https://doi.org/10.24215/2314257Xe083>
- Moreno, J.L. (2000), *La política social antes de la política social (caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglo XVII a XX)*, Buenos Aires, Prometeo.
- Moreno, J.L. (2012), *Un asilo para los pobres. Los mendigos y sus historias de vida (Buenos Aires a mediados del siglo XIX)*, Rosario, Prohistoria.
- Moreno, J.L.; Cacopardo, M.C. (2005-2006), “Familia, pobreza y desamparo antes y durante el primer gobierno peronista, 1935-1955”, en *Población & Sociedad*, 12-13 (1), pp. 91-131.
- Moreyra, B. (2014), “La modernidad periférica: actores y prácticas de las instituciones de protección social. Córdoba (Argentina), 1900- 1930”, en F. Remedi y M. Barbosa Cruz (comps.) (2014), *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S.A. Segreti, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 17-50.
- Murguiondo, A. (1887), *La infancia y la vejez ante la medicina legal*, Buenos Aires, Tipografía La Capital.

- Ortiz Bergia, M. J. (2009), *De caridades y derechos. La construcción de políticas sociales en el interior argentino. Córdoba (1930-1943)*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S. A. Segreti.
- Otero, H. (2012), *Historia de los franceses en la Argentina*, Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Otero, H. (2013): "La vejez como problema histórico. Una agenda de investigación", en *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti"*, Córdoba, Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti", 13, pp. 93- 108.
- Otero, H. (2017), "The Winter of Life. The Mortality of Old People in Tandil (Buenos Aires, Argentina), 1858-1914", en *Annales de Démographie Historique*, n° 1, pp. 17-45.
- Paola, J.; Samter, N.; Manes, R. (2011), *Trabajo Social en el campo gerontológico: aportes a los ejes de un debate*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Passanante, M. (1983), *Políticas sociales para la tercera edad*, Buenos Aires, Hvmantas.
- Pita, V. (2012), *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria Ediciones.
- Quintero, V.E.; Mansilla, M.N. (2019), "De enfermedades morales y tratamientos. El Asilo de Mendigos y Casa de Corrección de Mujeres en Salta, 1873-1878", en *Revista de Historia de las Prisiones*, n° 8, pp. 57-75.
- Redondo, N. (1994), *Reestructuración económica y envejecimiento poblacional*, Buenos Aires, Imago Mundi.
- Richelle, S. (2019): *Hospices. Une histoire sensible de la vieillesse*. Bruxelles, 1830-1914, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Ross, P. (1993), "Justicia social: una evaluación de los logros del peronismo clásico", en *Anuario IEHS* 8, pp.105-124
- Rossignoux-Méheust, M. (2018), *Vies d'hospice: Vieillir et mourir en institution au XIXe siècle*, Champ Vallon.
- Scarano, A. (1902), *Tratamiento libre de los alienados. "Open Door". Contribución a su estudio*, Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta y Casa Editora de Agustín Etchepareborda
- Schávelzon, D. (1991), "La obra de Juan Antonio y Juan Carlos Buschiazzo en el Asilo de Ancianos de la Recoleta (1880-1935)", en *DANA, Documentos de Arquitectura Nacional y Americana*, n° 30, pp. 7-12.
- Torrado, S. (2007), "Transición de la familia: tamaño y morfología", en S. Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*, Buenos Aires, Editorial EDHASA, Tomo II, pp. 207-253.

## Notas

- 1 A título de ejemplo, las personas aprehendidas de 61 años y más durante el período 1882-1887 en la provincia de Buenos Aires representaban solo el 0.7% del total (Censo de la ciudad de Buenos Aires de 1887, II: 557). La misma proporción (0.7%) ostentaban los presos de 61-75 años de la población carcelaria porteña en 1909 (Censo de la de la ciudad de Buenos Aires de 1909:

- 320). Si bien la edad era un atenuante para no ir a la cárcel en determinados delitos, el poco peso de los viejos se evidencia también en el uso de un único grupo de edades finales en las estadísticas (por regla general, 60 años y más).
- 2 Sobre los hospitales y su confusión con los asilos, evidenciada en la alta proporción de viejos y viudas entre los enfermos, ver por ejemplo Gutton (1988: 91-108).
- 3 Sobre la creación de instituciones durante la primera mitad del siglo XIX, como puerta de entrada para discutir la construcción del estado y percibir los límites del derecho liberal para reconocer un derecho de asistencia, ver González Bernaldo (2001). La Sociedad de Beneficencia ha sido estudiada, entre muchos otros, por Correa Luna (1923) y Jeffres Little (1980).
- 4 Sobre los límites de las sociedades de socorros mutuos (heterogeneidad administrativa y accesibilidad estratificada), y del sistema de salud en general, ver el clásico estudio de Belmartino (2005: 35).
- 5 El Registro Estadístico (1864), por ejemplo, suministra para el período 1858-1864 el “término medio de la permanencia de cada enfermo” en el Hospital General de Hombres, pero el dato es de muy difícil interpretación porque el promedio fue calculado para la población hospitalaria sin distinción de edades.
- 6 Una tesis de la Facultad de Medicina, que analiza los libros de internados del Hospicio de las Mercedes de 1877-1887, sugiere también una alta proporción de ancianos en los pacientes con cuadros de locura (Murguiondo, 1887, 75-77).
- 7 Pita (2012: 114 y 116) recupera casos interesantes de ancianas migrantes. A pesar de su riqueza y profundidad, el estudio de la Convalecencia muestra también la escasa disponibilidad de datos de edad en los archivos de las instituciones. Lo mismo ocurre con las tesis de medicina del período como la dedicada a la Colonia Nacional de Alienados, “Open Door”, de Luján. La institución contaba con 1200 alienados indigentes y 250 pensionistas (en ambos casos sin datos de edad) y con múltiples villas, una de ellas para niños idiotas, pero no había ningún lugar específico destinado a la población anciana (Scarano, 1902)
- 8 De modo excepcional, el Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires de 1908 (p.105) presenta datos por edad de los enfermos del Hospital Nacional de Clínicas que confirman que la proporción de personas de 61 años y más no era muy alta (3.6% de las existentes al 31 de diciembre de 1907; 5% de los entrados en todo el año 1908 y 5,7% de las defunciones totales de ese mismo año). La enorme mayoría (93%) de las 152 salidas de esta subpoblación durante 1908 fueron por alta médica y solo un 7% por defunciones.
- 9 La cita es del doctor Ibarguren en los Anales del Congreso Internacional de Medicina e Higiene, realizado en Buenos Aires en 1910 (citado por Mariluz, 2009: 12).
- 10 Para un ejemplo particular, sobre el caso jujeño, ver Mallagray, 2019.
- 11 El Asilo de Mendigos, fundado el 27 de octubre de 1857, fue inaugurado oficialmente el 17 de octubre de 1858 y funcionó en el antiguo Convento de Recoletos. El asilo dependió inicialmente de la corporación municipal porteña pero, debido a dificultades presupuestarias, fue entregado luego a las hermanas de San Vicente de Paul. En 1907 fue transferido al Estado Nacional. En 1942 se decidió su traslado y en 1944 fue rebautizado como Hogar de Ancianos General Viamonte. El traslado recién se efectivizó en 1976, cuando fue ubicado en terrenos del actual Hospital de Geriátria Gral. Martín Rodríguez, dependiente del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, en la localidad bonaerense de Ituzaingó. El edificio original del Asilo es ocupado actualmente por el Centro Cultural Recoleta. Sobre la historia del asilo ver González Bernaldo (2001), Mitidieri y Pita (2019) y Moreno (2012).
- 12 Un ejemplo concreto sobre la combinación de funciones (en este caso, asilar y correccional) en Quinteros y Mansilla (2019) sobre Salta.

- 13 La definición que sigue se basa en los rasgos propuestos por Moreyra (2014: 20 y siguientes).
- 14 Sobre el asilo como espacio de disciplinamiento ver, entre otros, Mariluz (2009: 9) y Paola, Samter y Manes (2011), quienes insisten, sobre todo, en las concepciones subyacentes en los reglamentos y en la arquitectura de pabellones que impedía la privacidad de los internos. Las escasas evidencias disponibles sugieren que el rigor de los asilos religiosos durante la década del treinta estaba lejos de ser una invención literaria (un ejemplo sobre el particular, en Moreyra, 2014: 26). Para una crítica de las visiones foucaultianas, incluso en lo referente a los asilos para enfermos mentales, ver Porter (2003: 102). Un aspecto crucial, que aquí se nos escapa por completo, es la heterogénea dimensión experiencial, subjetiva e incluso sensorial de los internos, como lo muestran los estudios de Rossigneux-Méheust (2018) y Richelle (2019) sobre los asilos de París y Bruselas, respectivamente, durante el siglo XIX. Las autoras muestran una imagen más matizada que la del clásico “hospice mouroir” que, sin descartar el disciplinamiento y las malas condiciones de vida, permite apreciar también dimensiones positivas con respecto a períodos precedentes.
- 15 Durante el quinquenio 1860-1864, el Asilo de Mendigos tuvo un promedio de 100 personas al 31 de diciembre de cada año, de las cuales el 69% eran hombres. El total de salidas del quinquenio fue de 316 según el siguiente detalle: 10 casos por muerte (3.2%), 155 casos derivados al hospital (49%) y 151 dados de alta (47.8%) (Registro Estadístico, 1864). Como puede apreciarse, las salidas por mortalidad no son elevadas pero nada sabemos del destino ulterior de la alta proporción de enviados al hospital. Los 159 ingresados entre octubre de 1858 y agosto de 1859 han sido analizados en detalle por Moreno (2012) gracias a una fuente excepcional que permite reconstruir la trayectoria previa de los internos. Conforme a los objetivos de la institución el perfil emergente es el de hombres y mujeres añosos (aunque no todos son viejos), lisiados y mendigos, con trayectorias laborales interrumpidas y tejido relacional escaso o inexistente. Igualmente destacable es la presencia significativa de afrodescendientes, extranjeros y excombatientes de las guerras de la primera mitad del siglo.
- 16 El número total de asilados en la capital presentes al 31 de diciembre de cada año proviene de la serie elaborada por Lattes (2010) sobre esa población (definida como “toda persona de cualquier edad o sexo que se encuentra en situación de calle, indigencia u orfandad y requiera albergue permanente”) para los años 1887-1928.
- 17 Las proporciones de Córdoba presentan el problema de basarse en la cantidad de asilados en un momento dado, es decir sin conocimiento de las entradas y salidas, lo que subestima la intensidad del fenómeno debido a la rotación de personas, aunque esta debió ser baja en los asilos de ancianos. Los datos de Moreyra (2014: 41-50) provienen de la Memoria de Relaciones Exteriores y Culto del año 1913. Vale la pena recordar a este respecto que las instituciones de beneficencia pasaron del Ministerio del Interior al de Relaciones Exteriores en 1898 (Correa Luna, 1923: II, 241).
- 18 La importancia acordada a la vejez por el peronismo se refleja también en su uso propagandístico, desde los múltiples folletos que difundían la Declaración de la Ancianidad hasta la creación del parque homónimo en las tierras expropiadas a la familia Pereyra Iraola o las obras del Hogar de Ancianos Coronel Perón “una justa reivindicación para los ancianos que trabajaron toda su vida y quedaron desamparados”. Sobre el particular ver el catálogo de la exposición “La incesante publicística” de la Biblioteca Nacional (2015) y el folleto Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón. Un sueño hecho realidad. Hogar de ancianos Coronel Perón (Buenos Aires, Presidencia de la Nación, Subsecretaría de informaciones, 1950, 50 p.). 19 La bibliografía sobre la Fundación Eva Perón es particularmente abundante, ver entre otros,

Moreno (2000), Di Stéfano et al (2002), Moreno y Cacopardo (2005-2006), Golbert (2010) y, para el caso específico de la vejez, Mariluz (2009).

- 19 Una prueba indirecta de la importancia del soporte familiar es suministrada por la relativamente baja proporción de hogares unipersonales que, por otro lado, solo en parte remitían a ancianos, aspecto sobre el que no podemos detenernos aquí pero del que existen indicios relevantes en los estudios sobre hogares (Cacopardo y Moreno, 1997; Torrado, 2007; Massé, 2008).