

Artículos

Los alpes suizos en las sierras cordobesas. El Valle de Punilla y la historia sociocultural de la tuberculosis, 1870-1960.*

Diego Armus
Swarthmore College

Resumen

Antes de la llegada de los antibióticos en los años cincuenta, la cura de reposo en los sanatorios y pensiones de las sierras cordobesas intentó organizar las preocupaciones de vastos sectores de la sociedad respecto de los enfermos tuberculosos. Estas preocupaciones fueron tomando forma a todo lo largo de la primer mitad del siglo XX, cuando la prédica antituberculosa definió más claramente sus objetivos, alimentó el temor a la contagiosidad de la enfermedad e identificó a los enfermos como peligrosos portadores del mal. Descartando el recurso del encierro compulsivo, esta campaña comenzó a desplegar iniciativas mucho más sutiles dirigidas a controlar tanto como fuera posible la circulación del tuberculoso en la sociedad, intentando transformarlo en un enfermo responsable, conciente y en gran medida autocontrolado. Este artículo explora algunas dimensiones socio-culturales de esta alternativa de cura basada en el aire puro, la buena alimentación y la vida reposada, una alternativa a la que accedieron pocos enfermos tuberculosos pero tremendamente influyente tanto en la historia general de las sierras como en las percepciones de la enfermedad modeladas por la sociedad y la cultura.

Abstract

Before the arrival of antibiotics in the 1950s, rest cure in the Córdoba foothills sanatoriums and boarding-houses attempted to organize vast social sectors' concerns *vis a vis* the tubercular sick. These concerns have been in the making throughout the first half of the 20th century, when the anti-tuberculosis campaign became more assertive, fed the fear of tuberculosis contagion, and identified the tuberculars as dangerous sick people. Leaving aside the alternative of mandatory internment, this campaign began to display more subtle initiatives aiming at controlling the circulation of the tuberculars by transforming them into responsible, very conscious and self-controlled sick. This article explores some socio-cultural dimensions of this cure alternative based on good food, rest and pure air. Enjoyed by a small portion of the tubercular population, this approach was extremely powerful reshaping not only the general history of the foothills but also modeling the perceptions of tuberculosis by society and culture at large.

*Cuestiones relacionadas con el tema de este artículo también se han discutido en *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa, 2007) cap. 8 y en «Curas de reposo y destierros voluntarios. Narraciones de tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba», Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (eds.). *Literatura, cultura, enfermedad* (Buenos Aires: Paidós, 2006). Eli Tedesco contribuyó de modo decisivo en la búsqueda de materiales y la realización de entrevistas orales en las que se basan todos estos trabajos. A ella, mis agradecimientos.

En la década de 1870 Domingo Faustino Sarmiento aseguraba que «la sierra de Córdoba, como la Suiza en Europa, será en breve complemento necesario de la vida culta y elegante de Buenos Aires.» (Sarmiento, 1951: 323). Su vaticinio se concretó sólo en parte, por las vocaciones europeas de la elite porteña y también porque desde 1880 más y más tuberculosos se lanzaban «a las sierras a hacer cura de aire» en sanatorios, clínicas, estaciones de salud, hoteles y pensiones. Y si por unos años compartieron el ambiente serrano con familias acomodadas de la ciudad de Córdoba, al despuntar el siglo XX el *Manuel du voyageur. Baedeker de la République Argentine* indicaba que «las maravillas de la zona eran frecuentadas fundamentalmente por personas con enfermedades del pecho provenientes de Buenos Aires» (Martínez, 1907: 515-518). Hacia fines de la década del veinte algunos médicos percibían esa presencia como «una invasión indisciplinada y peligrosa de enfermos» que encontraban en la sierra y su clima «una tierra de promisión, un oasis donde apagar la fiebre, robustecer el cuerpo y alentar el alma» (Vitón, 1928: 3,7).

Pero la cura de reposo no fue una exclusividad de las sierras cordobesas. También la costa marítima, zonas de Mendoza, Catamarca, La Rioja y Jujuy, el espacio abierto de la pampa o incluso los alrededores de la ciudad de Buenos Aires o algunos de sus barrios fueron destinos posibles¹. Al final de cuentas, la cura de reposo no demandaba ni gran infraestructura ni gran confort. Sí, en cambio, mucha limpieza y alimentación adecuada. Se buscaba combinar la vida al aire libre, el control médico y el descanso con un clima supuestamente apropiado que para algunos debía ofrecer aire frío y seco pero para otros aire caliente y seco o aire húmedo y cálido, o cualquiera de estos y otros factores combinados. La lógica era la de la climatología médica, muy imaginativa a fines del siglo XIX². Al despuntar el siglo XX todas esas alternativas podían listar sus éxitos y puesto que los fracasos no se hacían públicos la consecuencia obvia fue una reconsideración de la importancia del clima y la geografía para terminar enfatizándose en el reposo y la buena alimentación. La cuestión era particularmente relevante para los tuberculosos provenientes de sectores sociales no acomodados. Por eso en 1909 el higienista Emilio Coni sugería que los enfermos busquen «curarse en la campaña, no muy lejos de la ciudad donde viven» y evitando los desajustes presupuestarios y emocionales del traslado a la montaña³. A fines de la década del treinta esta alternativa seguía siendo alentada por muy respetados tisiólogos (Cetrángolo, 1945: 174).

Sin embargo, y más allá de los reparos de higienistas y médicos y de la realidad que impedía a la mayoría de los tuberculosos a acceder al relativo lujo del tratamiento de reposo, las sierras de Córdoba ocuparon un lugar simbólico de tremenda fuerza en

¹ *Revista La Semana Médica*, mayo 9, 1918; *La Vanguardia*, febrero 6, 1928.

² *Revista Caras y Caretas*, enero 26, 1907; *Revista La Semana Médica*, septiembre 6, 1917; Fenelón Matorras, «Tisis tuberculosa y neumónica. Apreciaciones propias del autor sobre la etiología, génesis, pronóstico y tratamiento en la República Argentina», Tesis Doctoral, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Buenos Aires, 1878, p. 110-117, 134.

³ *Revista La Semana Médica*, noviembre 7, 1909; septiembre 6, 1917.

las expectativas de cura del tuberculoso o incluso de aquellos que sin serlo pensaban en la temporada cordobesa como un recurso preventivo y reparador. A las sierras viajaron los que podían afrontar el gasto -desplazando a cualquier otro de los destinos que aspiraron a competir con ellas a finales del siglo XIX- y con las sierras soñaron los que carecían de los recursos necesarios para hacerlo. Así, y por casi medio siglo, a Córdoba se trasladaron tanto los enfermos con casos tempranos para quienes la cura de reposo podía jugar un beneficioso papel como los tuberculosos avanzados, para quienes era totalmente inefectiva. Algunos ejemplos ilustran la perdurable presencia de las sierras en la vida de los tuberculosos o de los que temían serlo. En 1890 un abogado porteño de 28 años había decidido «viajar a las sierras con el objetivo de seguir puntillosamente las indicaciones que había leído en un libro sobre la cura de reposo» (Cetrángolo, 1945: 217). Más tarde, en la década del veinte, Tomás G., un joven de la noche porteña con una tuberculosis bastante avanzada, hizo su temporada «en Córdoba porque quería curarse». Y a comienzos de la década del cuarenta Arón B. -un trabajador por cuenta propia, con apenas 20 años y sin haber sido diagnosticado como tuberculoso- decidió emprender «un viaje de prevención y recuperación a las sierras porque tenía miedo de terminar enfermo»⁴.

El culto al aire libre y sus supuestamente saludables efectos transformaron el paisaje serrano, particularmente en el Valle de Punilla. A comienzos de siglo ya había un puñado de hoteles de «gran lujo» que permitían que allí «la vida [fuera] una continuación de la de Buenos Aires», haciendo realidad, de ese modo, el deseo sarmientino de una zona donde las ventajas del clima se anudaran a los refinamientos de la civilización (Martínez, 1907: 518). Junto a esos pocos hoteles fueron apareciendo sanatorios particulares o estatales bien o mal equipados, hoteles baratos, pensiones improvisadas, casas y cuartos de alquiler, incluso ranchos, todos dispuestos a servir a legiones de tuberculosos porteños que no cesarían de renovarse hasta mediados del siglo XX⁵. Los sanatorios privados, que se autodenominaban «hoteles de estaciones climáticas», y también las clínicas, muy pronto salieron a publicitar sus ofertas no sólo con los argumentos de la atención, el placer, el tratamiento y la disciplina, sino también los del confort, las facilidades de transporte, la recreación y música que ponían al servicio del paciente, el personal profesional especializado y las peculiaridades del clima. Algunas pensiones ofrecían lo mínimo necesario para llevar adelante algo parecido a una cura de reposo en un entorno sencillo e higiénico y prometían en sus avisos publicitarios «habitaciones ventiladas y alimentación condimentada con fino aceite y manteca»⁶. Pero otras no fueron más que especulativos emprendimientos, con frecuencia criticados por no ser otra cosa que «lugares destinados a hacer ganar dinero en vez de tratar de curar tuberculosos» (Súnico, 1922: 259).

⁴ Todas las entrevistas citadas en el texto se realizaron entre mayo de 2003 y agosto de 2005.

⁵ *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 8, 1905, p. 390; *La Doble Cruz*, II, 8, 1937, p. 2.

⁶ *Revista Reflexiones*, mayo 1921, p. 20.

Fue acompañando los avatares de la cura de reposo que se poblaron algunos de los valles de las sierras de Córdoba. Sus protagonistas fueron lugareños y forasteros. Algunos lo hicieron como propietarios de hoteles y pensiones y otros, muchos más, simplemente trabajando como cocineros, lavanderas o personal de servicio en los sanatorios (Cetrángolo, 1945: 171). A las sierras iban cordobeses de la ciudad de Córdoba y muchos porteños que llegaban con su tuberculosis a cuestras o con el miedo de terminar tuberculosos. Entre los que optaron por quedarse como residentes permanentes hubo médicos -ellos mismos tuberculosos- que buscaban mejorarse mientras continuaban trabajando en su profesión. Pero la mayoría fueron enfermos que habiendo logrado controlar la enfermedad o incluso curarse decidieron establecerse en la zona y, de algún modo, reinventar sus vidas. No fueron pocos los que terminaron empleándose en cualquier ocupación que no demandara mayores esfuerzos físicos. Otros se lanzaron a gestionar muy modestos y pequeños negocios, iniciados con los recursos obtenidos de la venta de todo lo que tenían en Buenos Aires o con un pequeño capital facilitado por familiares a los fines de evitarles el retorno a la vida en la «gran ciudad», una alternativa que también les evitaba el problema de convivir con un todavía temido y frágil ex-tuberculoso. Ese es el mundo que recuerda el tisiólogo Santos Sarmiento, que ejerció su profesión en las sierras por más de cuarenta años y que no duda en estimar que un 50 por ciento de los enfermos que lograba sobrevivir no regresaba a Buenos Aires. Es también el recuerdo de Delia G., que a comienzos de la década del cuarenta pasó unas vacaciones en el hotel que la Casa de la Empleada tenía en Cosquín donde todos los que allí trabajaban eran tuberculosos recuperados, de las mucamas y el chofer al fotógrafo y la cocinera⁷. Más aún, muchos de los empleados de sanatorios y pensiones eran ex enfermos que, se decía, además de estar más sensibilizados frente a los problemas de los enfermos tenían menos miedo al contagio y una intensa familiaridad con las rutinas propias de la cura de reposo como tomar el pulso y la fiebre, desinfectar cuartos o frotar el pecho con alguna sustancia. Y puesto que esas oportunidades de empleo tenían límites, no fueron pocos los ex-tuberculosos que terminaron viviendo muy humildemente, con trabajos casuales y apostando a que «la magia cordobesa» les evitase cualquier recaída (Cetrángolo, 1945: 176, 200).

De algún modo la cura de reposo en los sanatorios y pensiones de las sierras intentaba organizar las preocupaciones de vastos sectores de la sociedad respecto de los enfermos tuberculosos. Estas preocupaciones se fueron incrementando al despuntar el siglo XX, cuando la prédica antituberculosa se hizo más efectiva, alimentó el temor a la contagiosidad de la enfermedad, identificó a los enfermos como peligrosos portadores del mal y, descartando el recurso del encierro compulsivo, comenzó a desplegar iniciativas mucho más sutiles dirigidas a controlar tanto como fuera posible su circulación en la sociedad. Con la cura de reposo el tuberculoso se acogía a un sistema voluntario de retiro. En la sierra buscaba curarse pero también asumía que debía limitar sus movimientos para no contagiar. Con esa decisión, una suerte de destierro, se suponía que

⁷ Entrevistas a Santos Sarmiento y Delia G.

dejaba de ser un peligro social y se transformaba en un enfermo responsable, conciente y en gran medida autocontrolado.

La cura de reposo en el destierro serrano ofrecía la alternativa de la internación en un sanatorio o en pensiones, hoteles y casas de familia. En el sanatorio, los médicos y personal de enfermería inducían a los enfermos a incorporar en sus vidas las estrictas rutinas higiénicas propias de una terapia basada en el aire puro, el descanso y la buena alimentación. La cura de reposo en pensiones, hoteles y casas de familia -que algunos llamaban «cura de reposo en libertad»- dependía del propio tuberculoso, quien debía gestionar su tratamiento con más autonomía, realizando visitas periódicas y voluntarias a un dispensario antituberculoso o al consultorio particular de un médico.

El sanatorio y la cura de reposo regimentada

La internación debía facilitar al tuberculoso la toma de conciencia de su condición de enfermo. Las rutinas del sanatorio pretendían transformar al enfermo en un niño sistemáticamente monitoreado. En 1905 Emilio Coni escribía que «para llegar a la curación el enfermo no sólo debía aportar buena voluntad sino también su docilidad a los buenos consejos»⁸. Varias décadas más tarde, el tisiólogo Juan José Vitón describía al sanatorio como «una escuela para el enfermo» donde el médico era el gran educador. No debe sorprender entonces que al ingresar el enfermo estuviera obligado a dejar constancia escrita que había aceptado cumplir el reglamento de la institución. Al menos en teoría, cada jornada en el sanatorio debía planearse con una meticulosidad similar a la de una barraca militar. El objetivo era que primara un estricto régimen de higiene, alimentación y descanso, con horas, tiempos y actividades claramente precisados y un inocultado empeño por incentivar la autodisciplina (Vitón, 1928: 68).

La cura higiénica apuntaba a que el enfermo incorporase los hábitos y modos cotidianos que contribuirían a la recuperación de la salud perdida. Se prestaba especial atención al puntilloso aseo personal, a la conveniencia de «vivir a puertas abiertas» durante el día y la noche, valorar el estrecho contacto con aire renovado, y utilizar rigurosamente las escupideras manuales de modo de evitar tragar los esputos o arrojarlos al suelo. El enfermo debía hacerse cargo de su «boletín diario de observación» detallándolo todo, desde cuándo y cómo tosía, su apetito, su peso, las oscilaciones de su temperatura a lo largo del día. También debía registrar sus estados de ánimo, una rutina que revelaba que además de la recuperación física el sanatorio debía monitorear, tal como lo recuerda Basia R., la «cura del alma»⁹.

En cuanto al régimen alimenticio, hacia fines del siglo XIX se enfatizaba en que el tuberculoso «no sólo debía comer para satisfacerse sino fundamentalmente para reconstituir su organismo». Por eso durante décadas las dietas de los sanatorios apuntaron a la sobrealimentación. La cuestión era alimentarse de modo regular, frecuente,

⁸ *Revista La Semana Médica*, octubre 19, 1905.

⁹ Entrevista a Basia R.

con comidas especialmente ricas en grasas, legumbres y carbohidratos. Se hacía un culto a los huevos, el aceite de hígado de bacalao, la leche, la carne cruda. Algunas dietas incluían la ingesta limitada de vino por sus valores nutrientes. Pero desde finales de la década del veinte los tratamientos en los sanatorios se propusieron «realimentar, no sobrealimentar», reconociendo que una dieta correcta tenía poco que ver con «comer a reventar». (Vitón, 1928: 51; Cetrángolo, 1945: 191; Barlaro, 1929: 625-626).

Por último, se alentaba el descanso regimentado entre la cama, alguna silla en el cuarto y las reposeras alineadas en galerías cubiertas o semicubiertas destinadas a facilitar el reposo y la respiración de aire puro. El objetivo era lograr vivir sin fatigas físicas ni intelectuales. Pensado inicialmente como un recurso reparador donde sólo había lugar para la lectura fácil, los juegos de salón, una película, algo de música o una conferencia, el obligado descanso cubría la vida cotidiana en el sanatorio con una suerte de ocio que, entrado el siglo XX, empezó a cuestionarse. Para ese entonces, y conforme la condición del enfermo, la rehabilitación debía incorporar «la cura de ejercicio graduado» y, algo más tarde, la «cura de trabajo», atenta no sólo a distraerlo sino también, y fundamentalmente, a capacitarlo en destrezas laborales orientadas a su reinserción productiva. Así, además de las caminatas algunos tuberculosos internados comenzaron a ocupar parte de su tiempo sacando sangre a otros enfermos para su posterior análisis en el laboratorio, dando inyecciones, o dedicándose a tareas de jardinería, granja, encuadernación o cestería ¹⁰.

La experiencia de la internación era un destierro voluntario. Además de permitirle al tuberculoso tomar distancia de la estigmatización de que era objeto definía la geografía de una suerte de subcultura del aislamiento donde se enhebraban la autodisciplina, la coerción, el miedo y la esperanza. Por eso, y tratando de «suavizar el retiro de la vida activa», no pocos médicos creyeron conveniente agrupar a los pacientes según su «condición social, jerarquía intelectual u ocupación» ¹¹. Por estas razones, y también porque muchos sanatorios eran iniciativas gestionadas por organizaciones sociales, caritativo-filántrópicas o empresariales, a partir de los años veinte no faltaron sanatorios para obreros, militares, empleados, universitarios, italianos, españoles, japoneses, judíos, empleados del estado, eclesiásticos, mujeres, niños ¹².

Del sanatorio se podía entrar y salir. Según los casos, hubo estadías de unas semanas, tres o cuatro meses, o un par de años. Algunos optaban por suspender la cura de reposo porque no la aguantaban, porque ya no tenían más recursos o, en el caso de enfermos algo rebeldes, porque eran expulsados ¹³. Otros simulaban seguir enfermos con la intención de extender la estadía en el sanatorio lo más posible, evitando de ese modo el riesgo de ser ex-tuberculosos mirados con sospecha en un mundo de supues-

¹⁰ *Revista La Semana Médica*, noviembre 9, 1919; octubre 24, 1929; marzo 31, 1938; *La Prensa Médica Argentina*, septiembre 10, 1922; *Revista de la Asociación Médica Argentina*, agosto 30, 1944; Entrevista a Jorgelina S.

¹¹ *La Prensa Médica Argentina*, 1939, XXVI, p. 686.

¹² *Diario La Vanguardia*, febrero 6, 1928; *La Nación*, diciembre 16, 1922.

¹³ *Diario La Vanguardia*, enero 13, 1920; agosto 2, 1924.

tos sanos¹⁴. Entre los que habían logrado curarse, muchos se quedaban «haciendo clima» en las sierras, buscando fortalecerse aún más pero también asumiendo que su mundo ya no era el de los sanos y la ciudad sino otro, autocontenido y voluntariamente autosegregado, localizado en el enclave serrano de la vida reposada. (Petit de Murat, 1943: 68).

El Sanatorio Santa María, en Cosquín, fue una de las más importantes instituciones de internación de tuberculosos del país y sin duda la que más decisivamente aceleró la transformación de las sierras cordobesas en una geografía asociada a la cura de reposo. Se trató originariamente de un emprendimiento privado impulsado por un médico. Al despuntar el siglo XX y en medio de serios problemas financieros, fue comprado por el estado nacional. Aunque no faltaron enfermos de escasos recursos que pagaban una módica pensión y tuberculosos sin mayores apremios económicos la mayoría de sus internados fueron tratados en forma gratuita. Algunos llegaban al sanatorio por las normales vías de derivación, generalmente originadas en un dispensario antituberculoso barrial o un consultorio externo de hospital, y otros, muchos en ciertos años, como resultado de recomendaciones de individuos influyentes¹⁵. La mayoría eran porteños (Carbonetti, 1998: 130). En los primeros diez años de existencia el Sanatorio Santa María expandió considerablemente sus instalaciones hasta tener capacidad para 800 pacientes. Sin embargo, no faltaron los años en que ese número llegó a trepar a los 1.000 y hasta los 1.300 internados¹⁶. Su inmenso tamaño fue objeto de críticas. También algunas características de su edificación motivaron cierto debate; de una parte, se reconocía el esfuerzo de haber logrado incorporar algo de la novedosa arquitectura hospitalaria antituberculosa como los amplios ventanales y las esquinas redondeadas que debían evitar la acumulación de polvos, pero se cuestionaba la idea de un complejo de edificios demasiado suntuosos, caros, con varias plantas sin ascensores que ignoraban las ventajas del económico y mucho más simple sanatorio-barraca norteamericano¹⁷.

Durante décadas se pensó que las altas en el sanatorio eran prácticamente inexistentes. El tisiólogo Antonio Cetrángolo recuerda que hubo revuelo cuando un internado abandonó el sanatorio curado (Cetrángolo, 1945: 202, 27). Esta pobre performance en la recuperación de los enfermos fue motivo de variadas explicaciones. Una de ellas centraba en la culpabilización de los propios pacientes que, se decía, fracasaban por no haber sabido incorporar la disciplina y hábitos de la cura de reposo. Otra, recurrente en la segunda y tercer décadas del siglo y ciertamente mucho más convincente, indicaba que los enfermos que buscaban internarse en el sanatorio llegaban con tuberculosis para las que la cura de reposo tenía muy poco que ofrecer. Esta explicación expresaba bastante bien la postura de muchos de los médicos tisiólogos que antes que culpabilizar a los enfermos advertían sobre la ineptitud de los médicos generalistas,

¹⁴ Entrevista a Carlos R.

¹⁵ *Revista La Semana Médica*, octubre 9, 1919.

¹⁶ Entrevista a Urbano C.

¹⁷ *Revista La Semana Médica*, noviembre 19, 1905; *Diario La Vanguardia*, diciembre 1, 1918; octubre 8, 1920.

que no sólo no sabían hacer diagnósticos tempranos de la enfermedad sino que, mucho peor, recomendaban la cura de reposo en casos demasiado avanzados¹⁸.

Entre las instituciones privadas el Sanatorio Laennec fue uno de los más sofisticados y caros. Lo fundaron dos médicos porteños a fines de la década del veinte. Según el hijo de una de las enfermeras que trabajó en el sanatorio por más de dos décadas, los clientes del sanatorio eran «tuberculosos con dinero, artistas, farristas y trasnochadores». El diseño del edificio seguía al de los sanatorios suizos, donde uno de los fundadores había pasado una temporada no como médico sino como enfermo tuberculoso. Con una sección de hombres y otra de mujeres, tenía una capacidad de 120 camas dispuestas en cuartos individuales o compartidos equipados con muebles metálicos y lavabos. La atención médica era permanente, algo que pocos sanatorios ofrecían. Y la hotelería, de primer nivel y con un cocinero que había estado a cargo de la cocina del hotel más distinguido de la ciudad de Córdoba, fue suficiente motivo para que a fines de los años cuarenta a los enfermos adinerados se empezaran a sumar los turistas interesados en vacaciones saludables en la sierra. Disponía de un criadero de cerdos, un tambo, una pequeña fábrica de miel de abejas y una caballeriza que facilitaba las diarias cabalgatas de los enfermos. A la sofisticación del equipamiento del sanatorio se sumaba un abundante personal de enfermería, controles muy personalizados y un riguroso régimen de internación que incluía expulsiones de los pacientes que no cumplían con lo estipulado al momento de su ingreso. Bien pronto el Sanatorio Laennec se reveló como un lucrativo negocio y a mediados de los años treinta los dos médicos empresarios que lo habían fundado se lanzaron a complementar su actividad profesional con la compra de los predios que rodeaban al sanatorio y que poco tiempo después lotearían, facilitando la aparición de uno de los barrios con casas elegantes de Cosquín¹⁹.

La alternativa del sanatorio tuvo un impacto muy limitado en la población tuberculosa. Pocos enfermos accedían a los privados porque eran caros y pocos a los gratuitos porque no podían dar albergue a todos los que lo solicitaban. Incluso en 1898 se desalentaba a los que se empeñaban en lanzarse a la aventura cordobesa sin suficientes recursos, advirtiéndoles que ese podía ser el modo más rápido con que terminarían hundiendo a su familia en la pobreza. (Santas, 61). A comienzos del siglo XX la cura de reposo en los sanatorios ya había relativizado lo que años atrás se consideraba de crucial importancia, esto es, el ambiente y aire de las sierras. Par esos años se hablaba de los sanatorios urbanos y suburbanos como una real y de algún modo democratizadora alternativa de atención a los tuberculosos pobres o de escasos recursos. (Cetrángolo, 1945, 174). Sin embargo, los sanatorios urbanos o suburbanos nunca fueron más que un puñado de instituciones de internación. Por eso, y aún cuando los sanatorios cordobeses recibieron a un grupo muy minoritario de enfermos tuberculosos, las sierras siguieron siendo la referencia geográfica más perdurable para la cura de reposo, tanto para los que podían acceder a esta terapia como para los que sólo podían desear acceder a ella.

¹⁸ *Revista La Doble Cruz*, 1937, II, 8.

¹⁹ Entrevista a Oscar F.

Uno de los beneficios de la cura de reposo, se decía, resultaba de la necesidad de una radical transformación del enfermo en una suerte de ciudadano higiénico y auto-controlado capaz de incorporar y naturalizar un arsenal de obligadas rutinas y rituales. Era una cotidianeidad que invitaba a la introspección, la lectura moderada y la escritura. Los enfermos escribían sobre su estado de salud y sus síntomas a familiares y médicos. Mantenían correspondencia con internados en otros sanatorios o con desconocidos –las más de las veces de otro sexo- a quienes habían contactado luego de haber anunciado su disponibilidad e interés en la sección de correo de lectores de revistas como *Rojo y Negro*. Algunos se animaban a enviar notas a periódicos y magazines de circulación masiva. Y unos pocos escribieron diarios personales, crónicas y novelas.

Posiblemente una de las más claras evidencias de lo que esta reeducación podía lograr aparece en una revista asociada a la biblioteca del Sanatorio Santa María. Creada en 1916 a iniciativa de un grupo de enfermos que logró el apoyo de algunos médicos, la biblioteca empezó con 200 volúmenes que sólo dos años más tarde totalizaban 3.200. Sus miembros pagaban una cuota mínima que les daba derecho, entre otras cosas, a elegir una comisión organizadora sobre la cual la dirección del sanatorio ejercía una discreta supervisión. Se trató de una iniciativa donde convergían, de un parte, los impulsos resultantes del vigoroso movimiento que en esa década fue poblando de bibliotecas populares los barrios de Buenos Aires y, de otra, algunas de las dimensiones de la cura de reposo, en particular las que apuntaban a la conciente reeducación del enfermo. Hacia 1920 la biblioteca ya disponía de un taller de impresión que le permitió comenzar a publicar la revista *Reflexiones*. En 1921 estaba subtitulada *Publicación Mensual de Arte, Ciencia y Literatura* y hacia fines de ese año *Publicación Mensual Editada por la Biblioteca Sarmiento, Dirigida, Administrada y Confeccionada por los Enfermos en sus Talleres Propios de Reeducación Profesional*. Era de circulación interna, cada número costaba 20 centavos e incluía avisos publicitarios de farmacias, consultorios médicos, pensiones, hoteles y sanatorios privados de Cosquín. También anunciaba ofertas de cursos por correspondencia y negocios de ropa y bebidas. La mayoría de los artículos estaban escritos por hombres, el grupo que lideraba la revista parece haber sido afín al socialismo y no faltaban las menciones a *La Vanguardia* –el periódico de los socialistas-, la Liga Roja contra la Tuberculosis y el sindicato de enfermeros y empleados del sanatorio.

Los temas de los artículos tendían a enfocar en la reeducación del enfermo, en la vida interna del sanatorio y en cuestiones literario/emocionales. Los primeros eran fundamentalmente informativos y solían estar escritos por médicos y sólo en ocasiones por enfermos. Discutían la reinserción laboral del paciente en vías de recuperación, la higiene personal en las rutinas del sanatorio, los efectos negativos del juego y las bebidas alcohólicas en la salud del enfermo, las relaciones del enfermo con el médico y la dimensión social de la tuberculosis. Los artículos enfocados en la vida interna del sanatorio informaban sobre las actividades de los grupos teatrales de enfermos, sobre cursos de aritmética, ortografía práctica y contabilidad, sobre fiestas campestres y celebraciones de fechas patrias y del Primero de Mayo. Por último los artículos de tono litera-

rio, donde abundaban los fragmentos de textos escritos por autores muy reconocidos y también relatos y poemas de enfermos que recurrentemente exploraban el mundo emocional del tuberculoso internado. Así, algunas notas destacaban esa función de *Reflexiones* subrayando que «los humanos necesitamos comunicar nuestras alegrías, nuestras tristezas y nuestros dolores, máxime en nuestro caso especial de enfermos aislados para toda la vida, en que las expresiones, las memorias y los recuerdos de los ausentes comparten las tristes nostálgicas horas que pasamos leyendo, hablando, escribiendo»²⁰. Pero otras notas criticaban esos «excesos literarios», de «escritura pobre y chata» donde no faltan los que «le lloran a la amada y le envían cariñosamente sus ayes del alma al igual que un suspiro de tilingo hambriento y meloso», los que se «conmueven por el dolor ajeno y repiten residuos malsanos de literatura amorfa» y los que, movidos por la piedad, «aconsejan al vecino lo que debe hacer frente a sus amores contrariados»²¹.

La cura regimentada apuntaba a crear una burbuja autosuficiente donde, de todos modos, dominaba una fuerte sensación de aislamiento que los enfermos trataban de alivianar usando muy diversos recursos. Enrique T. recuerda la importancia de las «madrinas» o «novias espirituales» con quienes los internos mantenían un intercambio epistolar donde no se «hablaba de salud» sino de «aspiraciones» y «cosas de la vida»; un enfermo recuerda que «esperaba esas cartas con enorme interés, esperaba recibir respuesta a lo que había escrito»²². Eran puentes con el mundo exterior pero asumiendo claramente que la vida del enfermo transcurría en un destierro voluntario. Una nota publicada en *Reflexiones* por un enfermo condensa con cruda precisión lo que debía ser la toma de conciencia del enfermo internado: «Y huí del mundo que ya aborrecía, de la gente que me temía, y me interné en este sanatorio no para curarme porque sería como pedir al sol que dejara de iluminar sino para no ver jamás esa vida que me hundió despiadadamente y para aprender a vivir con mi dolor hasta que la muerte me arrebató de la superficie»²³.

La cura de reposo en libertad

Las sierras también fueron el ámbito donde el mismo tuberculoso -no una institución- administraba su tiempo y sus esfuerzos de recuperación. Alquilaban piezas en casas de familia o en casas transformadas en pensiones o en clínicas más o menos improvisadas. Uno de los personajes de *El balcón hacia la muerte*, la novela, casi autobiográfica, de Ulises Petit de Murat, es un porteño que se ganaba la vida cortándole el pelo a los enfermos de las pensiones y sanatorios; cansado de la falta de eficacia de los tratamientos indicados por los médicos de Buenos Aires había llegado con su familia a

²⁰ *Revista Reflexiones*, abril 1922, p. 1.

²¹ *Revista Reflexiones*, enero 1922, p. 16.

²² Entrevista a Enrique T.

²³ *Revista Reflexiones*, oct 1921, p. 20.

las sierras con la idea de recuperarse a base de remedios alternativos, yerbas, ungüentos y cocidos (Petit de Murat, 1943: 25). Se trataba de uno de los tantos tuberculosos que había optado por la cura en libertad, una práctica también corriente en Europa y los Estados Unidos. Pero a diferencia del peluquero de esta novela, la mayoría de los que iban a la sierra a hacer cura en libertad buscaban acceder a tratamientos ofrecidos por la medicina diplomada. La familia de Alberto T. llegó a las sierras tan pronto el padre fue diagnosticado con tuberculosis; vendieron todo lo que tenían en Buenos Aires, viajaron en tren a Córdoba, se instalaron en Cosquín donde alquilaron una pieza con cocina y baño y mientras la madre trabajaba en un hotel el padre visitaba regularmente el dispensario antituberculoso donde recibía atención médica. La historia que cuenta Gerardo B. no es muy distinta. Cuando se enteró que su mujer estaba enferma, cerraron un negocio que tenían en Buenos Aires y se trasladaron a Cosquín. Allí compraron una casita con la idea que ella pueda hacer su cura en libertad. Pero los resultados no fueron los esperados y la enferma terminó internándose en el Hospital Sanatorio Domingo Funes donde murió dos años más tarde ²⁴.

Basada en yerbas y ungüentos o en la medicina diplomada o en ambas, la cura en libertad demandaba de una autodisciplina que no todos tenían. De 232 tuberculosos entrevistados en 1919, sólo 16 dijeron estar cumpliendo un régimen dietético-higiénico y de descanso ²⁵. Para esos años, cuando algunas estaciones climáticas devinieron en pueblos o pequeñas ciudades y alteraron sus ritmos cotidianos, el médico Francisco Súnico -autor de un meticuloso estudio sobre el impacto de la tuberculosis en las sierras de Córdoba- advertía sobre «la vida social desordenada», «las mujeres locales que se entregaban sin mayores trámites a los requerimientos sexuales de los enfermos» y la irrupción en la sierra «del sensualismo y vicios propios de los porteños» (Súnico, 1922: 305, 428). No eran preocupaciones nuevas. En 1899 *La Semana Médica* ya comentaba que el supuesto reposo buscado por los tuberculosos que se trasladaban a la sierra en verano con frecuencia se convertía en una «continua verbena de enfermos bailando, fumando y tomando hasta altas horas de la noche en locales cerrados», para al día siguiente lanzarse «como si nada a hacer largas y peligrosas cabalgatas a caballo» ²⁶. Nada parece haber cambiado demasiado tres décadas más tarde. Amílcar F. rememora ese «ambiente de juerga que se vivía en Cosquín a fines de la década del treinta» como el inevitable resultado de curas de reposo llevadas a cabo sin que nadie «controlara disciplinariamente a los enfermos» ²⁷.

Más allá de estas críticas el mundo del enclave serrano fue celebrado como una experiencia donde la exclusión y el relativo aislamiento no eran percibidos como compulsivos mandatos originados en la ley y los poderes públicos sino en las propias decisiones del individuo, en su voluntad. Dos textos ilustran bien esta perspectiva. Uno de ellos se organiza en torno de la idea de una aldea sanitaria, un escenario imaginado, casi

²⁴ Entrevista a Alberto T. y Gerardo B.

²⁵ *Revista La Semana Médica*, octubre 16, 1919.

²⁶ *Revista La Semana Médica*, mayo 11, 1899.

²⁷ Entrevista a Amílcar F.

utópico, que pretendía ser una referencia al momento de definir iniciativas antituberculosas alentadas desde el estado. El otro es un racconto en clave proselitista de la experiencia del tuberculoso haciendo cura de reposo en libertad en una de las pensiones de Cosquín y las bondades de la vida en las sierras. En ambos casos, el enclave cordobés ofrece la geografía donde se delinearán los rasgos de sendas comunidades pensadas como lugares de eficaz contención asistencial y emocional de enfermos que han sabido incorporar todo lo que debía o no debía hacer un tuberculoso.

La aldea sanitaria o el retiro a las sierras en familia

En un artículo publicado en 1921 en *Reflexiones*, la revista de los enfermos del Sanatorio Santa María, el médico Genaro Sisto imaginaba «una pequeña población de unas 300 o 400 casitas de dos, tres y cuatro habitaciones bien grandes, ventiladas generosamente, con sol y luz abundantes y rodeadas de arboledas profundas [...]; todo esto en un estilo sencillo, fácil de limpiar, alegre, confortable y realizado dentro de los conceptos higiénicos más completos.» Estas «casitas de tipo económico» albergarían a los enfermos con sus familias o parte de ellas. El calor familiar, indicaba Sisto, reemplazaría al ambiente «nada propicio» de las salas comunes de hospitales y sanatorios, los enfermos serían atendidos por sus familiares y en ese ambiente hogareño se pondría en práctica con «esmero, dedicación y cariño» la «educación antituberculosa» que impediría «el contagio de la enfermedad por descuido o abandono por parte del enfermo». Una dirección médica especializada gobernaría la aldea y se dispondría de un solarium, consultorios, estufa de desinfección, una granja anexa, una escuela, jardines, gimnasios, biblioteca y sala de conversación y esparcimiento²⁸. La aldea sanitaria debía ser el recurso que atrajera a las sierras al enfermo pobre cuando la enfermedad estaba en sus inicios y la cura de reposo podía producir sus mejores resultados. Según Sisto, sus costos eran similares a los de un sanatorio u hospital. Y sus beneficios incomparablemente mayores puesto que la aldea evitaba el gasto de pagar a «enfermeros mercenarios» y, lo más importante, permitía optimizar las posibilidades de la cura de reposo con la «tranquilidad moral» ofrecida por la atención y presencia de los familiares del enfermo. Así, la aldea sanitaria condensaba la idea de una comunidad de enfermos en vías de recuperación que evitaba el desmembramiento familiar que solía acompañar la cura de reposo y permitía hacer un adecuado uso de las posibilidades del entorno bucólico de las sierras y de las renovadas ofertas de la biomedicina.

Todo el proyecto asumía que la muerte por tuberculosis ya no debía aceptarse como una inevitabilidad. El gran desafío consistía en lograr que el retiro voluntario a las sierras se materializara en el momento adecuado y no como último recurso. Por eso la aldea sanitaria puede leerse como una clara evidencia de la transformación del tuberculoso pobre en un enfermo conciente de sus posibilidades de contagio y de las limitacio-

²⁸ *Revista Reflexiones*, agosto 21, p. 18; diciembre 1921, pp. 2-4.

nes de su vida. Lo que tiene de peculiar es su dimensión comunitarista. El objetivo, decía Sisto, era lograr «una vida en común, agradable e higiénica», sin duda austera, y tan autónoma del mundo exterior como fuera posible. Pero la aldea sanitaria no fue más que una propuesta y las únicas evidencias que de algún modo remiten a ese casi utópico escenario pero en un contexto sustancialmente distinto deben buscarse en los enfermos que llegaron a las sierras acompañados de sus familias y terminaron alojados en piezas alquiladas o, en el mejor de los casos, en modestas viviendas unifamiliares en Cosquín o pueblos aledaños, sobreviviendo con muy limitados recursos, comiendo como podían, haciendo esporádicas visitas a un dispensario o consultorio y aprovechando, eso sí, del aire y clima de las sierras. En la vida real las alternativas familiares o individuales de sobrevivencia ignoraban el comunitarismo que debía caracterizar la recuperación del tuberculoso en la aldea sanitaria.

Las pensiones y el destierro individual

El balcón hacia la muerte de Ulises Petit de Murat, *Ester Primavera* de Roberto Arlt y *Boquitas pintadas* de Manuel Puig son probablemente tres de los mejores ejemplos de la literatura argentina que exploran el mundo de pasiones y cotidianeidad de la cura de reposo en la geografía de voluntario aislamiento de las sierras (Petit de Murat, 1943; Arlt, 1993 [1928]; Puig, 1969). A diferencia de Petit de Murat, Arlt o Puig -cuyas narraciones no pretendieron ser educativas- *Cosquín. Falsedad y verdad*, de Marcelo Castelli, se lee como una larga lista de lo que el tuberculoso debe hacer para controlar su enfermedad y dejar de ser un peligro para la sociedad. Castelli había sido un estudiante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Tan pronto le diagnosticaron estar enfermo de tuberculosis decide viajar para hacer cura de reposo en las sierras de Córdoba y termina instalándose en Cosquín. Allí se casó con una enferma tuberculosa con quien tuvo dos hijas. Ambos lograron controlar la enfermedad y ya curados se ganaron la vida gestionando una pensión para tuberculosos.

Cosquín. Falsedad y verdad ofrece una detallada, celebratoria y hasta romantizada mirada al mundo de las pensiones. Sus personajes son enfermos que mantienen larguísima diálogos con uno de los pensionistas que sin ser médico no pierde oportunidad para articular el discurso médico sobre la enfermedad. Citando a fisiólogos reconocidos recomienda a sus compañeros de pensión el riguroso cumplimiento del catálogo de hábitos cotidianos asociados con la cura de reposo, les informa sobre los avances de la medicina en materia de tratamientos para la tuberculosis, los educa en todo lo referente a ofertas de cura poco científicas (Castelli, 1954: 341, 360-2, 431). El pensionista ilustrado -sin duda personificando al médico que Castelli nunca llegó a ser- habla con tono magisterial a los otros pensionistas y a un indefinido público lector de enfermos y urbanitas con síntomas de debilidad. A éstos los invita una y otra vez a «huir de la ciudad y venir a las sierras antes que sea demasiado tarde», «animarse a vivir como se vive aquí, descansando, alimentándose bien y respirando este aire puro que es

oro en polvo» (Castelli, 1954: 431, 218). A la desazón del tuberculoso «desterrado de la sociedad, del seno de la familia, de la algarabía de los amigos» el pensionista ilustrado ofrece la comunidad de los que practican la cura de reposo en la peculiar geografía de exclusión voluntaria del enclave serrano. Se trata de una comunidad que se pretende igualitaria toda vez que la condición tuberculosa parece ignorar historias individuales socialmente diversas. En las sierras todos acceden a los beneficios del clima por igual, todos buscan reposo, todos participan de un meticuloso plan de reeducación cotidiana y moral. Esa reeducación apunta a ahuyentar recaídas, reformar y transformar al enfermo en un individuo higiénico, capaz de autogobernar sus comportamientos cotidianos y dejar de ser un agente diseminador de peligros contagiosos. Su objetivo es remodelar el alma del enfermo, preparar el terreno para que elabore una nueva identidad de tuberculoso o ex tuberculoso que aprendió a manejar un mal que tal vez se ha ido para siempre o que espera agazapado el momento indicado para reaparecer. En el relativo aislamiento geográfico de las sierras se cruzan entonces un empeño educativo centrado en el autocontrol individual y un empeño terapéutico.

Como no podía ser de otro modo la intención pedagógica de Castelli termina dibujando los rasgos más distintivos del pensionista modelo, del tuberculoso que ha sabido forjarse esa nueva identidad. Así, uno de ellos postula que en la sierra «han triunfado todos los que han sabido rehacer su vida con sensatez, algo de sacrificio, inteligencia, pisando con pie de plomo»; otro advierte que «el enfermo debe armarse de voluntad de carácter, de coraje, de disciplina, de obediencia, de renunciamentos, debe saber hoy, mañana y siempre que su vida o su salvación dependen del cuidado que imponga a su cuerpo»; un tercero afirma que «el enfermo ya no pertenece a la sociedad, pertenece a su cuerpo y a su enfermedad, debe consagrarse por entero a él, ajustarse a lo prescripto por las reglas sanas de la cordura y la moderación» (Castelli, 1954: 214, 374,439).

El tono pragmático de Castelli, que en su afán celebratorio y casi proselitista del destierro cordobés no duda en calificar a la pensión y el sanatorio como «segundo hogar», sintoniza mal con las imágenes que Thomas Mann, Camilo José Cela y Petit de Murat ofrecen en sus novelas también situadas en geografías de exclusión voluntaria. En ellas el reposo aparece como vicio, como un mundo lento en que la ansiada meta de la salud se diluye en el mar inmenso de la muerte. Los enfermos se van resignando a esa autodisciplinada vida de destierro, a vivir fuera del mundo, marcados por el tiempo borroso de la enfermedad y su abandonado fluir. Para Castelli, en cambio, la vida del enclave de reposo es suficiente y no hay porque añorar la otra vida, la de afuera. Se trata de un microcosmos que permite prescindir del mundo, que tiene sus propias leyes, moral y cotidianeidad.

Separado del mundo exterior, el mundo del enclave está organizado en torno a la enfermedad. Es un acotado escenario que permite a Castelli explorar los recónditos rincones de lo fisiológico, lo estético, lo moral, lo político, lo sagrado, el amor, la amistad, el tiempo y, naturalmente, la vida y la muerte. Con una narrativa sentimentalista Castelli presenta a la pensión como una comunidad de enfermos capaz de ofrecer

contención asistencial, emocional y psicológica. Sus tuberculosos optaron por el destierro en las sierras y de allí no se van. Se parecen muy poco a Hans Castorp, el protagonista de *La montaña mágica* de Thomas Mann. El joven ingeniero de Hamburgo -que visita a su primo internado en un sanatorio de Davos- se pierde en el tiempo omnipotente de la montaña. Allí corta vínculos con la vida exterior y llega a convencerse que su vida es esa que transcurre en la burbuja del sanatorio. Al final se da cuenta que, en verdad, la vida está fuera de la montaña, «abajo», donde la libertad reina rodeada de incertidumbre y acechada por peligros que merecen ser vividos. Los enfermos de Castelli, en cambio, han emprendido un viaje sin retorno. Después de haber «abandonado todo» cuando se marchan de la ciudad pueden encontrar en las sierras «el cofre mágico» que «los terminará devolviendo a la vida» (Castelli, 1954: 14). Han aceptado la realidad de vivir excluidos y por eso no sólo no pierden tiempo en cuestionar esa cultura de la exclusión sino que allí encuentran un nuevo sentido a la vida. Buscan curarse pero también aceptan que deben salir de circulación para no contagiar. Y con esa decisión, una suerte de destierro o exilio, dejan de ser un peligro social.

El mundo de las pensiones serranas de Castelli se recorta entonces como un espacio de cura que pretendía ser autónomo y autosuficiente, con enfermos conscientes de sus obligaciones. Eran tuberculosos asumidos, disciplinados, con una identidad definitivamente marcada por responsabilidades cívicas y médicas que, ante todo, respondían a la urgencia de no contagiar. Todo esto, se suponía, también debía marcar la vida de los internados en los sanatorios, donde la cura de reposo y sus rutinas solían estar supervisadas por profesionales. Pero en el caso de los que hacían «cura libre», como es el de los enfermos que pueblan la pensión de Castelli, el cumplimiento de esas rutinas dependía de los propios enfermos. Ellos personifican, mucho más que los internados en el sanatorio, lo que puede lograr la reeducación higiénica del tuberculoso.

Cosquín. Falsedad y verdad ofrece un relato donde la elección del destierro voluntario que permite la cura de reposo parece ser un recurso al alcance de muchos o buscado por muchos. En él se presenta un autocontenido mundo de tuberculosos donde nadie cuestiona el código de conductas y hábitos cotidianos que culmina definiendo los rasgos del enfermo conciente e higiénico. Sin embargo, sobran evidencias que permiten concluir que la vida de los internados en las pensiones -y también en los sanatorios- fue mucho menos disciplinada. Tan pronto se reconstruye ese mundo cotidiano con detenimiento y detalle dominan las ambigüedades, transgresiones y negociaciones. En otras palabras, lo que los enfermos hacían en su diario vivir no es necesariamente un reflejo de lo que los médicos indicaban debían hacer²⁹. Pero ese mundo no tiene lugar en la narrativa de Castelli.

Más allá de las pretensiones y silencios de *Cosquín. Falsedad y verdad*, hacia fines de la década del cuarenta y comienzos del cincuenta -cuando Castelli escribe y publica su libro- era cada vez más evidente que la densa trama tejida por la tuberculosis en las

²⁹ Sobre los tuberculosos contradiciendo el arsenal de recomendaciones médicas que debían modelar el diario vivir de los enfermos haciendo cura de reposo, véase *La ciudad impura Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, cap. 9.

sierras desde fines del siglo XIX ya había empezado a aflojarse. En menos de una década la llegada de los antibióticos y su consumo por más y más enfermos pondrá en crisis la economía y sociedad de los enclaves asentados en la cura de reposo. Y tal como ocurrió con las estaciones climatéricas de los Alpes europeos, los sanatorios y las pensiones empezarán a perder su clientela. Muy pronto quedó claro que la alternativa a su definitiva desaparición fue transformarse en hoteles y pensiones de turismo. Por eso, junto a la narrativa centrada en las supuestamente incomparables ventajas climáticas, geográficas y sociales que Cosquín ofrecía a los tuberculosos dispuestos a protagonizar la aventura del destierro voluntario en las sierras, Castelli despliega otra que juzga totalmente complementaria. Se trata de la idea de las vacaciones revitalizantes y tranquilas para los sanos, que no deben temer el contagio de la tuberculosis porque la sierra está poblada de enfermos o ex-enfermos que han aprendido a gestionar su enfermedad, que han devenido en ciudadanos higiénicos (Castelli, 1954: 360-362, 431).

El texto de Castelli expresa muy bien ese momento de transición en las sierras, cuando el primer peronismo comenzó a alentar el turismo masivo y facilitar que sindicatos, asociaciones civiles o particulares terminasen a cargo de una renovada infraestructura hotelera asentada en los sanatorios y pensiones destinados a tratar la tuberculosis construidos durante las primeras cuatro décadas del siglo XX (Desmaras, 1942). A comienzos de los años sesenta Cosquín se empeñaría en recomponer su perfil de centro turístico serrano capaz de ofrecer un paisaje atractivo y buen aire. Y en pocos años terminará transformándose en la capital nacional de la música folclórica, un proyecto imaginado y alentado por viejos residentes –médicos, enfermos y ex-enfermos activos en una veintena de organizaciones de todo tipo- que encontraron en la expansión de la música popular una excelente oportunidad para deshacerse de las estigmatizantes marcas de la tuberculosis. A fines de la década del sesenta la asociación entre folclore y Cosquín ya se ha afirmado, y para ese entonces será Manuel Puig quien volverá a recrear con *Boquitas pintadas* el mundo del enclave serrano marcado por la tuberculosis. Pero su registro, que cruza magistralmente novela experimental y novela popular, kitsch e intencional cursilería, tiene muy poco que ver con el tono pedagógico, pintoresquista y sentimentalizante que, sólo quince años antes, Castelli había desplegado en su *Cosquín. Falsedad y verdad*.

Bibliografía

Revista Ahora

Anales del Departamento Nacional de Higiene

ARLT, Roberto (1993) [1928], *Ester Primavera y otros cuentos*. Montevideo: Signos.

ARMUS, Diego (2007), *La ciudad impura. Salud, cultura y tuberculosis en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.

BARLARO, Pablo (1929), *Lecciones de patología médica. Tuberculosis*. Buenos Aires: Cadom.

Revista Caras y Caretas

CARBONETTI, Adrián (1998), *Enfermedad y sociedad. La tuberculosis en la ciudad de Córdoba, 1906-1947*. Córdoba: Emecor.

CASTELLI, Marcelo (1954), *Cosquín. Falsedad y verdad*. Cosquín.

CETRANGOLO, Antonio (1945), *Treinta años curando tuberculosos*. Buenos Aires: Hachette.

DESMARAS, Carlos (1942), *Tiempo libre de los trabajadores. Vacaciones y centros de descanso*. Buenos Aires: Jurídica Argentina.

El Día Médico

MARTINEZ, Alberto (1907), *Manuel du voyageur. Baedeker de la Republicque Argentine*, Barcelona: Lopez Robert.

Revista La Doble Cruz

Revista La Prensa Médica Argentina

Revista La Semana Médica

Diario La Vanguardia

MATORRAS, Fenelón (1878), «Tisis tuberculosa y neumónica. Apreciaciones propias del autor sobre la etiología, génesis, pronóstico y tratamiento en la República Argentina», Tesis Doctoral, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad de Buenos Aires.

PETIT de MURAT, Ulises (1943), *El balcón hacia la muerte*. Buenos Aires: Lautaro.

PUIG, Manuel (1969), *Boquitas pintadas*. Buenos Aires: Sudamericana.

SARMIENTO, Domingo Faustino Sarmiento, (1951), *Obras Completas*, XXI, Buenos Aires: Luz del Día.

SUNICO, Francisco (1922), *La tuberculosis en las sierras de Córdoba*. Buenos Aires: E. de Martino.

Revista Reflexiones

Revista de la Asociación Médica Argentina

VITON, Juan José (1928), *Lo que todo tuberculoso debe saber*. Buenos Aires: El Ateneo.