

**ETNOGRAFIAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: LA PRODUCCIÓN DE UNA
RESPUESTA LOCAL AL VIH-SIDA**

***Ethnographing Public Health Policies: The Production of a Local Response
to HIV/AIDS***

***Etnografar políticas públicas de saúde: a produção de uma resposta lo-
cal ao HIV/AIDS***

Agostina Gagliolo

Dra. Antropología, Freie Universität Berlin y Universidad de Buenos Aires

E-mail: agostinagagliolo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0985-8671>

Gisela Gagliolo

Mg. Antropología, Universidad Tecnológica Nacional y Universidad de Buenos Aires

E-mail: giselagagliolo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-1605-2014>

Áltera, João Pessoa, Número 21, 2026, e02107, p. 1-30

ISSN 2447- 9837



Resumen:

El presente artículo abreva en los debates planteados por la antropología de las políticas públicas para analizar la producción local de una respuesta a la epidemia de VIH-sida. A partir de una mirada etnográfica, recorre la historia de un Programa Municipal del área metropolitana de Buenos Aires, analizando los modos en que los recorridos personales y profesionales de los integrantes del equipo de salud, sus tramas de relaciones personales e institucionales, así como las características de la demanda de atención local, y los lineamientos nacionales y globales de gobierno de la epidemia, en asociación con la disponibilidad de biotecnologías y financiamientos específicos, se entrelazan en la producción de una respuesta situada. En el contexto contemporáneo de gobierno global del VIH-sida, caracterizado por una creciente universalización y estandarización de las intervenciones basadas en el despliegue de biotecnologías, con poca o nula atención a los contextos locales, destacamos el carácter histórico y situado de las respuestas político-sanitarias, para poder abordarlas en toda su complejidad. Mostramos, por un lado, que la producción local de políticas involucra procesos complejos, desordenados y plagados de ambigüedades. Por el otro, abordamos las formas en que los agentes estatales despliegan una capacidad creativa y autonomía relativa que les permite —aun constreñidos por el marco institucional— crear modalidades políticas estatales novedosas.

Palabras clave:

Salud global. Políticas públicas. Biotecnologías. Epidemias.

Abstract:

Drawing on debates within the anthropology of public policy, this article analyses the local response to the HIV/AIDS epidemic. Adopting an ethnographic perspective, it traces the history of a municipal programme in the Buenos Aires metropolitan area. It analyses how the personal and professional trajectories of health team members, their networks of personal and institutional relationships, the characteristics of local healthcare demand, national and global guidelines for epidemic governance, and the availability of biotechnologies and specific funding intertwine in the production of a local response. In today's global governance of HIV/AIDS, which is characterised by the growing universalisation and standardisation of interventions based on the deployment of biotechnologies with little or no attention paid to local contexts, we highlight the historical and situated nature of health policy making in order to understand it in all their complexity. Firstly, we demonstrate that the local production of policies involves complex, messy, and ambiguity-ridden processes. Secondly,



we address the ways in which state agents deploy creative capacities and relative autonomy, allowing them to create novel forms of state policy despite institutional constraints.

Keywords:

Global health. Public policies. Biotechnologies. Epidemics.

Resumo:

O presente artigo dialoga com os debates de antropologia nas políticas públicas para analisar a produção local de uma resposta à epidemia de HIV/AIDS. A partir de um olhar etnográfico, será percorrida a história de um Programa Municipal da região metropolitana de Buenos Aires, analisando os modos pelos quais as trajetórias pessoais e profissionais dos integrantes da equipe de saúde, suas redes de relações pessoais e institucionais, as características da demanda de atenção local e as diretrizes nacionais e globais de governança da epidemia — em articulação com a disponibilidade de biotecnologias e financiamentos específicos — se entrelaçam na produção de uma resposta situada. No contexto contemporâneo de governança global do HIV/AIDS, caracterizado por uma crescente universalização e padronização das intervenções baseadas no uso de biotecnologias, com pouca ou nenhuma atenção aos contextos locais, destacamos o caráter histórico e situado das respostas político-sanitárias, a fim de abordá-las em toda a sua complexidade. Mostramos, por um lado, que a produção local de políticas envolve processos complexos, desordenados e repletos de ambiguidades. Por outro lado, abordamos as formas pelas quais os agentes estatais mobilizam uma capacidade criativa e uma autonomia relativa que lhes permite — mesmo constrangidos pelo marco institucional — criar modalidades estatais de ação política inovadoras.

Palavras-chave:

Saúde global. Políticas públicas. Biotecnologias. Epidemias.



Introducción

El presente artículo recoge algunas premisas del campo de la antropología de las políticas públicas para analizar la producción de una política local de respuesta a la epidemia de VIH-sida en un municipio del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina (AMBA). Partiendo de un enfoque etnográfico, recuperamos la historia de un Programa Municipal de Prevención y Asistencia del SIDA y la DROGA¹ con el objetivo de estudiar “a través” de esta política, atendiendo a los procesos asociados a su formulación, promulgación y aplicación, en tanto insertos en un entramado de relaciones entre actores, instituciones, tecnologías y sujetos (Wedel et al., 2005; Shore, 2010). Entendemos aquí que las políticas públicas son ventanas a procesos político-sociales más amplios, dado que su producción moviliza un entramado de agentes, conceptos y tecnologías en interacción que crean o consolidan nuevos espacios sociales y semánticos, conjuntos de relaciones, sujetos políticos y redes de sentidos (Shore y Wright, 2011). Con esto en mente, reconstruimos, a partir de conversaciones, observaciones y entrevistas, trayectorias profesionales y relaciones personales e institucionales, entrelazadas con el surgimiento de una demanda específica de atención local y el contexto epidemiológico nacional más amplio, así como también con las políticas y los lineamientos de gobierno global de la epidemia y su asociación con la disponibilidad de proyectos y fondos internacionales, desarrollos biotecnológicos clave para la detección y el tratamiento del VIH, y los procesos de consolidación de organizaciones de la sociedad civil, a lo largo de diferentes momentos de la epidemia de VIH-sida en Argentina².

Uno de los mayores desafíos al estudiar políticas públicas es la abundancia de modelos normativos y racionalistas que asimilan su desarrollo e implementación a una suerte de línea de ensamblaje relativamente ordenada en etapas (Wedel et al., 2005; Shore, 2010). Estas simplificaciones reducen la complejidad involucrada en los procesos de producción de políticas públicas, generalmente más desordenados y contradictorios de lo que este modelo ideal supone. Desde la antropología, se ha propuesto que la etnografía puede ser una herramienta poderosa para abordar estos procesos en toda su complejidad, atendiendo a las “vidas sociales” de las políticas en sus relaciones con instituciones y artefactos (Appadurai, 1986), o incluso comprendiéndolas en términos de “actantes”, esto es, abordando la agencia y la performatividad de las políticas públicas en sus interacciones con otros agentes sociales, así

1 Nombre original contenido en la ordenanza municipal que da origen al mismo, incluyendo las mayúsculas

2 Este artículo recupera y profundiza algunos debates planteados en la tesis doctoral de Agostina Gagliolo (2023).



como sus efectos (Latour, 1996, como citado en Shore y Wright, 2011). Más aún, se ha señalado que las lógicas que sostienen las prácticas que dan forma y sentido al Estado (Balbi y Boivin, 2008) pueden ser comprendidas atendiendo a los modos en que las prácticas estatales se desarrollan en la interacción cotidiana de sujetos, instituciones y burocracias locales, para lo cual la observación etnográfica constituye una herramienta privilegiada (Fassin et al., 2015; Gupta, 2015). En esta línea, Fassin et al. (2015) han propuesto abordar lo que llaman el “corazón del Estado”, esto es, no solamente el funcionamiento ordinario de las instituciones, sino también las emociones, los afectos y los valores que atraviesan las prácticas y políticas estatales.

En relación con el VIH-sida específicamente, el estudio de las articulaciones entre políticas globales y locales ha resultado fundamental en la comprensión de los modos de gobierno de esta epidemia (Biehl, 2007a; Kenworthy et al., 2018), que marcó un antes y un después en la consolidación de aquello que reconocemos como el campo de la salud global (Brown et al., 2006; Cueto et al., 2011). El desarrollo de tratamientos antirretrovirales altamente eficaces trajo consigo debates alrededor de las condiciones de producción y circulación de biotecnologías entre el “norte” y el “sur” globales. Se estudiaron, así, los modos en que la distribución, pretendidamente neutral, de recursos biotecnológicos cocrea realidades sociales en el entrelazamiento entre intereses locales-globales, condiciones políticas y económicas, marcos regulatorios, relaciones de género, normas sociales, sistemas de salud y prácticas culturales, contribuyendo incluso a la creación de nuevas desigualdades o a acentuar algunas ya existentes (Fassin, 2003; Petryna, 2009; Biehl y Petryna, 2014; Persson et al., 2019). Diferentes autores han notado que las líneas de intervención planteadas por las principales agencias de salud global, incluyendo ONUSIDA, fueron crecientemente focalizándose en la distribución “universal” de fármacos y otras biotecnologías asociadas al acceso al diagnóstico y al tratamiento, con poca o nula atención a los contextos locales (Biehl, 2007b; Persson et al., 2019).

Estos lineamientos se sostienen sobre el consenso generalizado respecto a que el diagnóstico y el acceso al tratamiento antirretroviral sostenido harían posible “poner fin a la epidemia”, en palabras del médico argentino radicado en Canadá Julio Montaner (como citado en Bär, 2013). Los estudios que mostraron que la reducción de la carga viral en sangre a niveles indetectables elimina las posibilidades de transmisión viral por vía sexual fueron clave para establecer el llamado “Tratamiento como prevención” (TcP), que ubica al tratamiento antirretroviral como la principal herramienta para la prevención de nuevas infecciones (WHO, 2012). En la intersección entre producción farmacéutica y biotecnológica, marcadores biológicos, y dispositivos y procedimientos médicos, los antirretrovirales se consolidaron, así como las “balas

de plata” o las “balas mágicas” que dieron nueva forma a los discursos de erradicación de enfermedades del siglo XX (Vargha, 2016), y el “fin de la epidemia” pasó a ser caracterizado como un fenómeno tanto deseable como posible.

Entre otras dificultades, se ha señalado que estas concepciones incurren en una reducción de problemáticas complejas de salud pública casi exclusivamente al acceso a recursos y procedimientos biotecnológicos³. Esta cuestión ha sido problematizada por Biehl (2007b) en lo que denominó el proceso de *farmacologización* de las políticas del sida en Brasil. Estas modalidades de intervención, focalizadas en los recursos y procedimientos biotecnológicos, develan una racionalidad que busca reponer la centralidad de lo orgánico ante lo elusivo de las relaciones sociales (Gagliolo y Margulies, 2020). En este marco, la preocupación por las condiciones de vulnerabilidad y los efectos sociales de vivir con la infección y recibir tratamiento para el VIH y el rol que las personas, las comunidades afectadas y los propios profesionales de la salud tuvieron en la respuesta a la epidemia desde sus comienzos, ceden ante un modelo focalizado en la ingesta individual (e indefinida) de medicamentos, lo que algunos autores han descrito como una (re)biomedicalización de la epidemia (Aggleton y Parker, 2015).

La creciente centralidad dada al uso de herramientas biotecnológicas y el énfasis en la intervención protocolizada refuerzan la antes mencionada caracterización de la política pública como resultante de procesos lógicos, ordenados, racionales y sistemáticos, que van desde la formulación inicial hasta la implementación y posterior evaluación (Wedel et al., 2005). Este artículo se propone, a partir de una mirada atenta a las prácticas y los procesos, así como a las idas y vueltas situadas en un contexto, desplegar los modos en que se produce una política local de respuesta a la epidemia de VIH-sida, mostrando que ello es inseparable de los recorridos personales y profesionales de los equipos de salud y de las tramas de relaciones en las que ellos mismos se encuentran inmersos. Atendemos a los modos en que estos agentes estatales despliegan una narrativa en la que entran su biografía profesional y la historia del Programa Municipal. Recuperamos este concepto, extensamente utilizado en la antropología para abordar las narrativas de enfermedad (Rabelo et al., 1999; Ricoeur, 2004; Barber, 2015), entendidas como actos que dotan a los eventos de un orden significativo y coherente (Ricoeur, 2004) y que abren una ventana para acceder a la experiencia en el curso de la vida misma (Rabelo et al., 1999; Barber, 2015). Analizar en esta clave los recorridos personales y profesionales nos posibilita asumir el desafío de explorar el “corazón del Estado” (Fassin et al, 2015) siguiendo tanto la experiencia de estos profesionales tal como relatada por ellos mismos como nues-

3 Aun para los Estados que disponen históricamente de provisión universal y gratuita de tratamientos y acceso universal al testeo, como es el caso de la Argentina.

tras propias observaciones de su accionar cotidiano.

El programa municipal

El Programa Municipal⁴ fue creado en 1992, muy tempranamente en la historia de las respuestas político-sanitarias al VIH-Sida en Argentina, incluso antes de la conformación de la Dirección Nacional de Lucha contra el Sida y ETS⁵. En 1990 se promulgó la primera Ley Nacional de sida (N° 23.798) y, en 1992, se creó la Dirección Nacional. Desde sus orígenes, este Programa funciona en un centro de atención primaria (CAP) público del AMBA. Es por ello que algunos de sus integrantes remarcan que se trató del “primer programa de atención primaria en VIH” (Entrevista a Merlina⁶, 24/10/2016). Estuvo inicialmente constituido por quince profesionales provenientes de diferentes áreas del municipio, de los cuales sólo tres continuaban trabajando allí al momento del trabajo de campo. Durante ese período, estaba integrado por Merlina (médica infectóloga), Oscar (psicólogo), Matilde (psicóloga) y Camila (trabajadora social). Además de las actividades vinculadas a la gestión de políticas locales, estas cuatro personas llevaban adelante funciones asistenciales de atención médica y psicoterapéutica, orientación ante demandas sociales y dispensa de medicación a personas con VIH (PVIH), ITS y personas con dificultades asociadas al consumo de sustancias. Su universo de pacientes era ≥90 personas, provenientes de municipios del AMBA, y que pueden adscribirse en general a sectores socioeconómicos bajos, la mayoría eran varones cisgénero (1,5 cada 1 mujer).

El trabajo de campo que sustenta esta investigación etnográfica (2016-2022) incluyó la observación de instancias de atención y gestión de políticas sanitarias locales; prolongadas conversaciones con profesionales y pacientes; la participación en reuniones mensuales en un grupo de pares de PVIH y la realización de entrevistas en profundidad con los cuatro profesionales que componían este equipo de salud y trece personas en tratamientos de larga duración.⁷

Lo que describimos y analizamos a continuación es la forma específica que

4 Usaremos esta denominación para referirnos al “Programa Municipal de Prevención y Asistencia del SIDA y la drogadependencia”.

5 Hoy se denomina Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis. Mantendremos la designación Dirección Nacional para evitar confusiones relativas a los cambios de nominación de los últimos años.

6 Todos los nombres han sido reemplazados por otros ficticios para proteger la identidad de las/os interlocutores de esta investigación.

7 Todas las entrevistas fueron grabadas, entextualizadas, y anonimizadas. Las personas entrevistadas dieron su consentimiento informado por escrito a la investigadora y los planes de la investigación fueron previamente aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

asumió la respuesta local a la epidemia, anticipando la producción de una política municipal frente al VIH-sida, a partir de la reconstrucción que efectúan sus fundadores, Merlina, Oscar y Matilde, en articulación con sus experiencias personales y profesionales, la configuración política y territorial del municipio y la demanda asistencial que allí emergió. Mostramos, por un lado, que la producción local de políticas involucra procesos complejos, desordenados y plagados de ambigüedades (Shore, 2010). Por el otro, abordamos las formas en que los agentes del Estado despliegan una capacidad creativa y autonomía relativa que les permite — aun constreñidos por el marco institucional — crear modalidades políticas estatales novedosas (Fassin et al., 2015).

El “compromiso”, los “pasillos” y la demanda: las bases del programa

Tal y como lo señalaban sus creadores, este Programa surgió a partir de la demanda inicial de usuarios de sustancias hacia finales de la década de 1980, un momento en que el sida era una enfermedad letal, sin respuesta biomédica eficaz disponible. Fue entonces que profesionales abocados a la atención de la salud en el nivel municipal se organizaron para dar alguna respuesta posible frente a la angustia y desesperación que caracterizaron los inicios de la epidemia. Aunque en ese momento varias instituciones hospitalarias del conurbano bonaerense se encontraban elaborando sus propias respuestas, ello no era frecuente en el primer nivel de atención.

Merlina, la médica infectóloga del equipo, estaba jubilada desde el 2019 pero nunca había dejado de atender en el Programa. Recorrer los pasillos del CAP con ella era garantía de ser interceptadas varias veces por otros profesionales, pacientes, autoridades locales o administrativos para resolver pequeñas gestiones cotidianas, intercambiar favores o simplemente saludarla. Migró a Buenos Aires junto con sus padres y su hermana para estudiar medicina, convirtiéndose en la primera generación de profesionales en su familia. En su presentación hilvanaba su trayectoria formativa con lo que llamaba “compromiso”, diciendo: “siempre trabajé en contextos de pobreza, siempre tuve ese compromiso con la gente” (Entrevista a Merlina, 24/10/2016). Completó sus estudios en 1980 e inició el Curso Superior de Infectología en el Hospital Muñiz⁸. De su formación allí, destacaba el aprendizaje de un modo específico del ejercicio médico: “Nosotros teníamos una visión más de médico sanitarista ... en el Muñiz te formaban con la tuberculosis, mucha formación social. Siempre aprendimos a trabajar en equipo, siempre trabajé con enfermeras y trabajadoras sociales y psicólogos” (Registro de campo, 18/09/18). Esta perspectiva “sanitarista” y de “formación social” puede ligarse al “compromiso con la gente” como parte de una perspectiva

8 Hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) especializado en enfermedades infecciosas que desde el comienzo fue referente en la atención del VIH.



profesional, una orientación política y una preocupación por la necesidad del otro. “Lo social” se asocia, además, a una formación profesional vinculada al trabajo “en equipo” con profesionales provenientes de otras disciplinas y a “priorizar la atención primaria” en busca de garantizar un mejor acceso a la salud. Este era su posicionamiento cuando, a mediados de 1980, comenzó a trabajar en el municipio procurando un sustento mientras continuaba trabajando *ad honorem* en el Muñiz:

Pagaban muy bien la guardia y dije “bueno, pero al ser infectóloga...” entonces hice la otra especialidad, emergentología. Pero no podía con lo mío, la gente veía el sello y se venía a atender y ahí empezaron a venir los primeros pacientes. ... Los primeros casos que atendí eran tuberculosis asociada al VIH (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

La llegada de Oscar al municipio, en 1985, también fue en busca de un trabajo que le permitiera subsistir. Este psicólogo inició su carrera profesional en el Centro de Salud Mental N° 2: “hasta que necesité cobrar para vivir [risas]” (Entrevista a Oscar, 24/02/2017). Ese centro fue referenciado como espacio de formación en docencia y clínica y es el antecesor de la Asociación Civil Centro Dos, que se caracterizó por el “compromiso comunitario” de sus integrantes en pro del acceso a la asistencia psicoanalítica en sectores socioeconómicos bajos. Oscar fue inicialmente convocado para trabajar en la prevención y asistencia de “adicciones” en el municipio:

Empecé visitando todas las escuelas primarias del partido ... y ahí trabajaba con los alumnos temas vinculados al consumo de drogas. Al poco tiempo, empezó tener mayor presencia el tema del VIH, entonces se fue como mezclando [con] los temas que aparecían ... así que empecé trabajando en el área de prevención, haciendo una recorrida en todo el año por todas las escuelas del partido y después, con el tiempo, ya me dediqué directamente a la clínica dentro del Programa (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

En el Programa, ya próximo a su jubilación, se dedicaba exclusivamente a la atención clínica. Sus pacientes eran jóvenes y adolescentes de escuelas de oficio, personas en consumo de sustancias, PVIH y/o familiares de todos los anteriores.

Como señalamos, las primeras personas en buscar asistencia médica por VIH dentro del municipio fueron usuarios de sustancias. Merlina recordaba esta demanda



a partir de su llegada al Mercado de frutas y verduras municipal:

En el '90 viene la epidemia de cólera. El secretario de salud [municipal] me ofrece ir, aparte de la guardia, a trabajar en el Mercado de frutas porque había casos de cólera y, bueno, otra vez en el Mercado vieron que tenía el sello de infectóloga, venían a atenderse y ahí vi alto consumo de cocaína y de alcohol y empezaron a venir a mi consultorio ... con las flebitis endovenosas (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

En este contexto, Merlina acompañó a algunos trabajadores del Mercado Municipal en la organización de un grupo de Narcóticos Anónimos. La intervención de Merlina en apoyo a su organización colectiva anticipa un accionar del equipo del Programa que se expresaría más tarde en la conformación de las primeras organizaciones de PVIH. Así presentaba su larga experiencia en la “guardia de los lunes”:

Yo durante veinticinco años hice guardia de lunes para martes, llegaba a las nueve de la noche y ya tenía la cola esperándome: todos los chicos de Narcóticos Anónimos trayéndome al hermano, al cuñado a todos para hacerse la serología y algunos enfermos (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

Mientras estos pacientes llegaban a Merlina por la guardia de los lunes, a Oscar llegaban por el consultorio de psicología. En ese contexto, según Oscar, ocurrió la “aparición” de pacientes con “casos raros, gente con Kaposi, micosis, cosas que nadie sabía por qué eran” (Registro de campo, 16/08/2016). Esto impulsó los vínculos, consultas y derivaciones entre profesionales del municipio para hacer frente a la situación:

Mi vínculo con el Programa se genera porque ... empecé a atender pacientes que tenían dificultades con el consumo de sustancias y empezaban a aparecer pacientes con patologías físicas que, obviamente, a mí me excedían y que implicaban la necesidad de una interconsulta o, al revés, pacientes que estaban siendo tratados por esas patologías físicas que eran derivados a la consulta por el consumo de sustancias (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

Caracteriza a quienes respondieron a esta necesidad como profesionales



comprometidos frente a una novedosa demanda de atención que los excedía, presentando este proceso como el “germen” del Programa:

y esto fue lo que generó la necesidad de encontrarnos, hacer reuniones, charlar sobre lo que venía pasando, articular mecanismos de abordaje que permitieran hacer un acompañamiento más eficaz con los pacientes y solito se fue armando [el Programa], digamos, en esa línea; también di con profesionales que tenían esa sensibilidad y esas ganas de trabajar y de integrarse interdisciplinariamente. (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

El proceso que anticipó “el armado del Programa” implica un sentido compartido entre profesionales respecto de la necesidad de intervenir frente al problema del sida. Este sería el impulso inicial para la promulgación de una ordenanza municipal en 1992, en “reconocimiento de una realidad que”, según Oscar, “nos trajo bastante trabajo” (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

La ordenanza municipal y la creación del programa

Un extraño privilegio nos toca vivir a quienes transitamos el fin del siglo XX. Ser espectadores de la aparición de una pandemia sin antecedentes históricos, el SIDA, y a la vez vivenciar cómo la población mundial ve aumentar año tras año la producción y el consumo de DROGAS. ... Situaciones como estas son las que provocan un severo cuestionamiento de la estructura de los servicios de salud, sus estrategias vigentes, la distribución de los recursos, la relación del médico con sus pacientes y su propio equipo, los mensajes de educación para la salud, la participación de la población en general en la promoción de la salud, con toda su cuota de responsabilidad colectiva. Ha puesto a prueba la dignidad misma del acto médico. Por todo ello es que se torna ineludible una respuesta institucional a esta realidad acuciante (Ordenanza Municipal, 04/08/1992).

Así comienza el documento fundacional de 18 páginas mecanografiadas que el equipo del Programa Municipal conserva en una estantería de su oficina. Allí, se recuperan algunos sentidos que Oscar señalaba sobre las circunstancias que fueron



gestando este Programa: la centralidad de la pandemia, la necesidad de brindar una respuesta a la demanda creciente en el municipio y el desafío que ello planteaba a los profesionales de la salud.

Lo que se instituye frente al Concejo Deliberante Municipal es “un programa de prevención y asistencia del SIDA y la DROGA que se adapte a la realidad de nuestro municipio y que apunte al óptimo bienestar social” (Ordenanza Municipal, 04/08/1992). La incorporación del sida y “el consumo de drogas” bajo la órbita del mismo Programa sólo puede ser entendida por la configuración inicial de la demanda en el territorio municipal y, por las transformaciones en los patrones de la epidemia a nivel nacional que, para el momento, indicaban un crecimiento en el “uso de drogas inyectables” como principal vía de transmisión notificada (Margulies, 2014)⁹. Se integran, así, una realidad local y un contexto epidemiológico nacional.

Es importante señalar que, aunque la ordenanza municipal instituyó la implementación del Programa, este proceso no se desarrolló de manera lineal. La formalización del Programa coexistió con pertenencias institucionales dispersas y un caudal de recursos variable. Esto también evoca un contexto nacional complejo, en el que los grupos de profesionales abocados al trabajo en sida y a la atención de PVIH lo hacían a expensas de su propia recarga laboral y la superposición de tareas (Margulies, 2014). Merlina recordaba: “Al principio no sabíamos bien cómo arrancar. Éramos todos prestados de otros servicios y no había alguien que coordin[ara] y que orden[ara] todo” (Registro de campo, 18/09/18). Señalando dos rasgos de ese grupo inicial, una sólida formación profesional y la buena condición salarial: “En el año ‘92 con [cinco] médicas ... decidimos armar un Programa con los psicólogos, el primer programa de atención primaria en VIH. Teníamos un buen equipo porque en esa época nos pagaban bien y éramos gente formada” (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

La creación del Programa abrió la posibilidad de incorporar profesionales con dedicación exclusiva: así llegó Matilde en 1993. Formada como psicóloga en la Universidad de Buenos Aires, prontamente se distanció del psicoanálisis para volcarse hacia la psicología social. Su recorrido profesional y personal comparte rasgos comunes con los de Merlina y Oscar. Matilde se reconoce a sí misma como “peronista¹⁰ de toda la vida”, y considera que la actividad política es una parte muy importante de su vida

9 Estos datos mostraron un cambio en los patrones de la epidemia en el país, cuya principal vía de transmisión reportada hasta el momento era “HSH” (hombres que tienen sexo con hombres).

10 El peronismo es un movimiento político argentino surgido a mediados del siglo XX en torno a la figura de Juan Domingo Perón, cuya doctrina se articuló históricamente alrededor de tres ejes: la justicia social, la independencia económica y la soberanía política, generando una fuerte identificación en amplios sectores de la clase trabajadora. Matilde evoca esta identificación colectiva al enmarcar su labor cotidiana en relación a los derechos de sus pacientes, ubicando la justicia social como horizonte de su ejercicio profesional.

cotidiana. Se caracteriza por organizar con mucha celeridad y pericia intervenciones, derivaciones de pacientes y diseños de proyectos de gestión. Igual que el resto, llegó al CAP en busca de un trabajo mejor al que tenía en ese momento.

En 1993, el Programa se encontraba planificando estrategias para integrar a la atención a los familiares de PVIH y de usuarios de sustancias. Matilde se incorporó a un Programa recientemente formalizado, pero heredero de una trama de relaciones que ella misma identifica como claves en su institucionalización:

[El Programa] surgió a partir de la inquietud de Merlina, que laburaba acá como médica en el Mercado, y en los ‘90 empieza a ver que empiezan a venir un montón de personas que vivían con VIH. Quien en ese momento estaba en el co-gobierno de ese Mercado era quien fue secretario de salud del municipio ... Supongo que, a partir de la influencia de Merlina, no sabemos por qué se sensibilizó con esta temática y decide convocar a un montón de profesionales a trabajar en un Programa de Prevención y Asistencia del Sida y la Drogodependencia [sic] (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

Matilde atribuye a la “influencia de Merlina” que el secretario de salud municipal se haya “sensibiliz[ado]” con el VIH-sida. Ello llama la atención sobre los modos en que las relaciones informales (Rovere, 1999) o personales (Gagliolo, 2019; Gagliolo y Margulies, 2025) se articulan con el mundo institucional, dando lugar aquí a la formalización del Programa. Es relevante señalar que el papel de las “influencias” y las relaciones interpersonales ha sido analizado por diferentes autores, tanto del campo sanitario como de las ciencias sociales, en clave de críticas a los mitos racionalistas que permean los estudios de las políticas sanitarias, en términos de solidaridad entre trabajadores del sector salud o como prácticas que contribuyen al desarrollo de políticas clientelares (Crojethovic, 2012; Marqués Sánchez et al., 2012; Spinelli, 2017). En el caso del Programa Municipal se hace evidente que estos lazos, en articulación con el mundo institucional, permiten a los profesionales producir una respuesta local a la epidemia. Es decir, la respuesta político-sanitaria municipal está conformada por y en una trama de relaciones personales trabadas con otros profesionales dentro y fuera del municipio, con el secretario de salud y con los propios pacientes.

Con la institucionalización del Programa, se establecieron objetivos y alcances que abrieron nuevas posibilidades vinculadas a la gestión y tramitación de recursos:

Naturalmente el inicio fue muy inorgánico hasta que empeza-



mos a poder pensar de qué se estaba tratando todo esto. La organización interna del Programa nos llevó a vincularnos hacia el exterior de una manera más institucional y más orgánica. Entonces ya el pedido no era de un psicólogo o un médico que hacía una solicitud a la Nación, al Ministerio de Salud de la Nación, “para o por”... sino un Programa que venía funcionando (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

Entre las implicancias de la “organización interna”, Oscar destacaba el encuadre asociado a las relaciones con el “exterior”: instituciones de salud (hospitales, servicios) y agencias del Estado (direcciones, ministerios, secretarías) que también se encontraban en plena conformación en esa época. En un sentido, la creación del Programa se volvió una condición necesaria (aunque no suficiente) para lidiar con estas instituciones estatales, al tiempo que contribuyó a legitimar y respaldar prácticas que los profesionales venían llevando adelante para garantizar el diagnóstico y el tratamiento de sus pacientes en un contexto en el que aún no existía una organización centralizada de respuesta nacional al VIH-sida. Oscar destacaba el “reconocimiento” que se les dio con el tiempo, alcanzando tanto los niveles provincial como nacional “con un estatus similar al de un hospital” (Entrevista a Oscar, 24/02/2017). Con ese “reconocimiento” esta unidad del primer nivel de atención comenzaría a recibir excepcionalmente insumos sanitarios que sólo se distribuían en efectores de segundo y tercer nivel¹¹. Es importante señalar que la respuesta global al VIH-sida trajo consigo un significativo desarrollo biotecnológico, que incluyó novedosas pruebas diagnósticas asociadas a insumos de laboratorio específicos (entre ellos reactivos y aparatología de alta complejidad) y tratamientos farmacológicos de progresiva sofisticación y alto costo.

El acceso a recursos sanitarios dotó al Programa de cierta autonomía respecto de otros efectores de salud y legitimó su funcionamiento frente a instancias provinciales y nacionales. Al mismo tiempo, la ordenanza incluyó tempranamente entre sus objetivos garantizar el acceso al diagnóstico en el primer nivel de atención mediante la implementación de la prueba ELISA¹² en el laboratorio del CAP (Ordenanza Municipal, 04/08/1992). Sin embargo, ello no significó que la implementación se efectivizara; aun como Programa, se debió sostener la “gestión permanente” y el “trabajo a pulmón” (Entrevista a Oscar, 24/02/2017. Esto vuelve a destacar que el proceso de imple-

¹¹ Esta situación continúa siendo la más frecuente en el territorio nacional, y la “descentralización”, esto es, el traslado de la atención del VIH al primer nivel, ha sido planteada como objetivo por la Dirección Nacional en múltiples ocasiones (DSyETS, 2016; DSETSHyT, 2018).

¹² Ensayo de tamizaje para la detección del VIH.



mentación de esta política pública municipal no se produjo de manera lineal, cuestión ilustrada por Oscar con la “anécdota del microscopio”, un relato narrado cada vez que se presentaba la historia del Programa y su “paradigma de trabajo en equipo”:

Recuerdo anecdóticamente hace muchísimos años estar todo el equipo del Programa de HIV, que estaba conformado por infectóloga, inmunóloga, dermatóloga, psicólogos, asistentes sociales, discutiendo con el director de hospitales de la Provincia de Buenos Aires la necesidad de instalar en el laboratorio [del CAP] un microscopio para hacer análisis de HIV... y nos terminamos riendo todos, porque todo el equipo ... estábamos trabajando sobre una cuestión que era de laboratorio y era como el paradigma del trabajo en equipo, la interdisciplin-
ariedad, digamos, ¿no? (Entrevista a Oscar, 24/02/2017).

Destacamos que aquello que se presenta como una “necesidad” —realizar el diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención— resultaba muy poco habitual a comienzos de 1990 en Argentina. Recién en 2015, en fuerte asociación con la disponibilidad de la tecnología del Test Rápido, la Dirección de la Provincia de Buenos Aires¹³ comenzó a promover activamente el testeo en el primer nivel de atención.

Para 1993, el equipo estaba formado por entre 12 y 15 personas, pero casi ninguna con nombramiento en el Programa, sino reasignaciones de distintas dependencias. La fragmentación y la pertenencia institucional dispersa afectaron la permanencia de sus profesionales, cuestión agravada por el contexto epidemiológico. En las entrevistas e intercambios surgió el recuerdo de “situaciones muy difíciles donde no había respuesta ... se nos morían los pacientes” (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

La muerte de sus pacientes no solamente afectó la composición del Programa, sino que marcó profundamente la experiencia de estos profesionales: “Con muchos [pacientes] armé un vínculo importante. Y a veces doloroso, los primeros años cuando se morían ... mirá pasaron treinta años y todavía no soporto que se muera alguno de ellos” (Entrevista a Merlina, 24/10/2016). Merlina destacaba el compromiso emocional de quienes se quedaron en el Programa, aun atravesando el desafío cotidiano de la muerte y el dolor “insostenible”. A la vez, enfatizaba su compromiso ético:

Hay muy pocos médicos que quieran venir a comprometerse con este tipo de pacientes. Pensá que muchos de nuestros

13 Actualmente Dirección de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis virales. Para evitar confusiones usaremos la denominación Dirección Provincial.



pacientes son ex presidiarios, travestis, todos con un estigma social importante, y no sé si todos están preparados para atenderlos, o no quieren ... [me decían:] “Ahí vienen tus sidosos”. Me enojé con muchos, compañeros ;médicos, eh! “Ahí están tus drogones”, pero bueno, fue un trabajo así de hormiga, de explicarles (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

“Comprometerse” en la atención implicó para estos profesionales un esfuerzo minucioso y prolongado en el tiempo que conllevó poner el cuerpo cotidianamente en defensa de “sus pacientes”, interpelando moralmente a otros profesionales en ese ejercicio. Como ha relevado Margulies (2014), los primeros médicos que dieron respuesta a la epidemia en el AMBA y se comprometieron con la atención de quienes “nadie más quería atender” tuvieron que enfrentarse a procesos de estigmatización y discriminación al interior de las instituciones de salud que no solamente afectaban a sus pacientes, sino también a ellos mismos. En estos procesos, los “médicos del sida” operaron en la legitimación, a la vez moral y técnica, de su campo de ejercicio (Margulies, 2014). Cuando recordaba estos momentos, Matilde nuevamente refería al “compromiso” con la permanencia dentro del Programa:

Yo me doy cuenta de que tengo la camiseta puesta de este lugar ... lo voy a defender adelante de quien sea ... este Programa y este equipo de gente llegó donde llegó e hizo lo que hizo a pulmón y por el compromiso de los que estuvimos y de los que seguimos estando (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

Esta caracterización implica una valoración de la experiencia compartida, también atravesada por fuertes lazos de solidaridad y apoyo mutuo. Los que “s[iguen] estando” son, en sus términos: “un grupo como más de núcleo que se fue dando así, y que somos los que quedamos” (Entrevista a Matilde, 23/11/2016). Este “núcleo” se asocia también al “trabajo en equipo”, que reconocían como esencial y que incluye no solamente a los profesionales, sino también a las PVIH:

poder aprender del otro, no solo del compañero que tenés sentado al lado, de otra disciplina, sino de los pacientes. Yo siempre digo que yo de los pacientes aprendí un montón, y no solo desde lo profesional, desde una cuestión de vida y de cómo encarar la vida. Creo que les debo todo lo que soy, hasta hoy. Se lo debo un poco al VIH y a las personas con las

que el VIH me hizo cruzar en el camino (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

Cabe recordar en este punto que, a lo largo de la epidemia, los pacientes con VIH organizados se fueron constituyendo en actores políticos, cuyo trabajo conjunto con profesionales e instituciones de salud incidió fuertemente en las respuestas globales y también nacionales (Epstein, 1996; Lowy, 2000; Barbot, 2006; Gregoric, 2007). Hacia mediados y fines de los años 1990, la conformación de organizaciones de PVIH en la provincia de Buenos Aires y el desarrollo conjunto de proyectos financiados por agencias internacionales dieron inicio a una etapa de intenso intercambio para el Programa.

Fondos globales, proyectos locales y las organizaciones de pviH

Hacia mediados de 1990, un conjunto de organismos financieros y/o de cooperación internacional aportaron al desarrollo de programas y proyectos destinados a abordar la cuestión del VIH-sida en Argentina. La primera agencia extranjera con la que el Programa Municipal trabajó directamente fue GTZ¹⁴, el Grupo de cooperación técnico argentino-alemán. Merlina explicaba que esa convocatoria les llegó a través de un excompañero del Muñiz, que en ese momento estaba trabajando en el Ministerio de Salud de la Nación. Con este colega, además de la formación, habían compartido la participación en otros proyectos internacionales. En ese momento, el Programa Municipal reunía al menos dos de los requisitos que la agencia extranjera pedía al Ministerio: que el trabajo se llevara a cabo en un área “vulnerable” y que hubiera un equipo interdisciplinario. En ese sentido Matilde resaltaba el carácter “innovador” del Programa:

llega una cooperación técnica alemana, se conecta con el gobierno de este país, firma un acuerdo con el gobierno nacional y trabajaba en distintas áreas: una era medio ambiente, otra era salud, y dentro de salud, VIH... y buscaban equipos interdisciplinarios que estén conformados. En ese momento, el único equipo así éramos nosotros en el conurbano, y además desde un lugar de atención primaria, lo cual era totalmente innovador (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

En el trabajo con GTZ, los fondos se dispusieron para reforzar y ampliar las

14 Véase: “About GIZ”. Fecha de consulta: 15/07/2018. <www.giz.de/en/html/about_giz.html>.



tareas de prevención y atención que el Programa ya venía realizando, pero ahora con la incorporación de “organizaciones de la sociedad civil”. Un nuevo requisito de las agencias de cooperación internacional era que las propuestas locales contaran con la “coparticipación entre sectores”, es decir la vinculación entre estas organizaciones y el Estado. En un escenario en el que los pacientes organizados comenzaban a consolidarse como actores políticos con creciente incidencia en la respuesta nacional a la epidemia, las agencias globales estimulaban su formalización en “organizaciones de la sociedad civil”. En este contexto, las relaciones que el Programa había establecido con algunos de sus pacientes se reconfiguraron. Pasaron de ser pacientes a ser integrantes de un mismo equipo de trabajo:

nosotros éramos contraparte [desde el] Estado. Ellos nos daban capacitación técnica, insumos, nos apoyaban desde todos esos lugares y nosotros éramos los que teníamos el laburo. Pero la condición era que nosotros nos asociáramos como contraparte con la sociedad civil, y ahí fue cuando hacemos estos lazos con algunos de nuestros pacientes (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

El Programa articuló con un conjunto de sus pacientes, apoyando su proceso de organización —como lo hiciera a mediados de los años 1980 con el grupo de Narcóticos Anónimos—, aunque esta vez como “contraparte” estatal. En palabras de Merlina: “bueno, y ahí decidimos armar la [organización de PVIH], decidieron ellos; nosotros los acompañamos en todo, tanto es así [que] yo ponía a veces mi casa para que se reúnan” (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

Desde su lugar de “contraparte”, el Programa también pudo desplegarse en otros ámbitos del municipio, a los que Matilde llama el “territorio” (escuelas, otros centros de salud, organizaciones comunitarias y culturales). De estos procesos, destaca:

como contraparte del Estado, nos empezaron a capacitar en gestión de proyectos sociales y la verdad que me encantó ... daba como otro vuelo y era estar en territorio, con la gente ... ese fue uno de los puntos importantes en mi carrera en relación al VIH (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

Este “estar en territorio con la gente” implicó un aprender-haciendo a partir de iniciativas que iban recogiendo de las preocupaciones de instituciones y colectivos

dentro y fuera del municipio. Entre las iniciativas, promovieron la creación de una murga¹⁵ que incorporó actividades de prevención en sus presentaciones y el desarrollo de una huerta en una escuela de un barrio popular del municipio. Tanto la murga como la huerta fueron fruto de la creatividad de este equipo, que logró adaptar las pautas de financiamiento global a las realidades locales:

En el 2001 fue muy interesante porque era medio complicado salir a hablar de prevención de VIH cuando los docentes tenían el problema de que los pibes se te desmayaban de hambre, entonces como ahí estábamos laburando con GTZ, lo que hicimos fue aprovechar que teníamos insumos ... y dijimos ¿Por qué no empezamos a laburar bioseguridad en las primarias a través de las huertas? (Entrevista a Matilde, 23/11/2016).

El relato de Matilde expresa el modo en que adaptaron financiamientos asociados a una política global de gobierno de la epidemia —y recomendaciones de bioseguridad— para producir una respuesta política que permitiera abordar la demanda local, fuertemente atravesada por el contexto de profunda crisis social y económica que sacudía al país en el 2001. En un sentido, este “aprovechar” un financiamiento, adaptando y reformulando las actividades con el propósito de atender a la urgencia que la situación social ameritaba y producir alimentos en un contexto de inseguridad alimentaria, nos acerca a los valores y afectos que forman parte de la producción de políticas en el seno del Estado (Fassin et al., 2015), en este caso, como manifestación del “compromiso” del equipo del Programa con las condiciones sociales de vida dentro del municipio.

Con el paso del tiempo y, en particular, con la llegada del Fondo Global de Lucha contra el VIH-sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Global) a la Argentina, las asociaciones de la sociedad civil cobraron creciente relevancia en la formulación y ejecución de los proyectos. En este escenario, Merlina recordaba los proyectos ejecutados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹⁶, a comienzos de la década del 2000. Los proyectos con esta organización de PVHI se sucedieron durante doce años. En este largo recorrido, el Programa acompañó a sus pacientes

15 La murga porteña es una agrupación artística popular propia del carnaval rioplatense que combina canto, baile y percusión (principalmente bombo y platillo) en presentaciones callejeras de carácter festivo y satírico. Tradicionalmente vinculada a un barrio o localidad, se caracteriza por articular entretenimiento y sociabilidad comunitaria con comentarios humorísticos y críticos sobre la actualidad social y política (Morel, 2005).

16 El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo funcionó como “ejecutor” de los fondos provistos por el Fondo Global en la Argentina.

organizados recogiendo sus preocupaciones, a las que se ajustaron en función de la experticia de cada integrante del Programa:

El [proyecto] de Matilde era el de adherencia al tratamiento, porque ella, como psicóloga, tenía muchas actividades. La trabajadora social trabajaba mucho de hacer prevención en las escuelas, charlas de prevención, de trabajo sexual, de infecciones de transmisión sexual, y la directora de medicina preventiva trabajaba más en la parte epidemiológica en poblaciones en Bahía Blanca, Olavarria y La Plata ... mi proyecto con el PNUD era mejorar calidad de vida pero, empoderando los pacientes; o sea, nosotros les enseñábamos a un grupo de pacientes que llevaban muchos años de infección prevención primaria, prevención secundaria, uso de preservativos. Después habíamos armado [un manual de] derechos: qué exigir en los hospitales para la atención, porque todavía sigue habiendo discriminación y estigmatización. Te imaginás en el año 1998 (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

Merlina presenta los modos en que las profesionales del Programa adaptaron las líneas de interés global, esto es, “adherencia”, “prevención”, “mejorar la calidad de vida de los pacientes” y la elaboración de estadísticas epidemiológicas, a los intereses del equipo y las necesidades locales, en coordinación con una organización de PVIH. Durante este proceso, el afecto y reconocimiento mutuo fueron claves. Merlina rememoraba, entre lágrimas, que lo más significativo de esos procesos fue el aprender de y con los pacientes: “Aprendí mucho de mis pacientes. Me enseñaron a valorar derechos humanos. Me enseñaron a trabajar en equipo” (Entrevista a Merlina, 24/10/2016).

Hacia finales de la primera década del 2000, el financiamiento inicial del Fondo Global se estaba terminando, y, con el proceso de recuperación de la economía nacional, las condiciones para la solicitud de financiamientos externos habían cambiado. Mientras que a nivel nacional se consolidaba la Dirección Nacional con un plan de gestión propio (Plan Estratégico Nacional), los financiamientos externos fueron disminuyendo significativamente. Esto implicó, para el Programa, una reducción importante de recursos propios, una pérdida relativa de la autonomía que esos recursos les proveían a nivel municipal y una limitación de las actividades de promoción y prevención fuera del CAP.

En 2016, el Programa continuaba llevando adelante algunas actividades de



prevención, como capacitaciones en prevención de VIH e ITS a promotores de salud y la realización de eventos junto a una organización de PVIH. Los eventos, en general, incluían la distribución de preservativos y folletería y/o la realización de testeo rápido en eventos, una o dos veces por año. Más allá de estas actividades y aunque mantuvieron sus relaciones con las organizaciones de PVIH, con el fin de los financiamientos concluyó la mayor parte de sus proyectos a nivel “territorial”. Para 2017, en el marco de un cambio en la gestión nacional y local, el Programa municipal volvió a ser convocado, esta vez por la Dirección Provincial, para participar en la implementación de una política orientada a ampliar el acceso al testeo.

Testear, diagnosticar y medicar: las políticas del “fin de la epidemia”

Kenworthy et al. (2018) señalan que, aunque la noción de “poner fin al VIH-sida” fue introducida en el 2010 por organismos y figuras clave del gobierno global de la epidemia, pasaron cinco años hasta que la Asamblea General de la ONU la adoptó como política oficial. Para el 2014, la mayoría de las agencias internacionales manifestó su abierto apoyo al TcP y las políticas se focalizaron en acceso al diagnóstico y el inicio temprano de tratamiento antirretroviral (UNAIDS, 2014). Argentina se incorporó a estos lineamientos en 2015 —incluyendo el compromiso en «Poner fin al sida para 2030»—, para lo cual la Dirección Nacional profundizó las medidas en curso para ampliar el testeo y el inicio inmediato del tratamiento, apelando a fuentes de financiamiento estatal y global (DSyETS, 2016). Este proceso estuvo asociado a un recurso biotecnológico clave, cuya distribución había comenzado entre 2012 y 2013: el test rápido para la detección de VIH. Este artefacto, que permite obtener un resultado positivo presuntivo en 15-20 minutos, funciona a partir de la extracción de una pequeña muestra (unas gotas de sangre) de la yema del dedo y no requiere de un laboratorio para su procesamiento. Es de uso tan sencillo que una sola capacitación suele ser suficiente para aprender la técnica, incluso para personas sin conocimientos previos. Aunque su uso fue inicialmente resistido por la corporación bioquímica de Argentina, se instaló en múltiples servicios que ya contaban con espacios destinados al diagnóstico, a la vez que habilitó la creación de un nuevo dispositivo: los “centros de testeo rápido”.

Este proceso puede leerse en línea con el momento global de gobierno de la epidemia que, como ya hemos señalado, se caracteriza por una creciente universalización y estandarización de las intervenciones basadas en el despliegue de biotecnologías. Concebidas como “balas mágicas”, se asume que estas tecnologías resolverán el problema de la circulación y la transmisión viral por vía técnica. Bajo esta lógica,



las políticas son reducidas a «técnicas racionales» que operarían bajo un esquema lineal y mecánico, presuntamente gestionado de forma técnica e instrumental (Shore, 2010; Shore y Wright, 2011). Sin embargo, como ya hemos mostrado, una mirada etnográfica sobre la historia de las respuestas a la epidemia muestra más bien que la producción de políticas no sólo implica procesos complejos y para nada lineales, sino que además involucra agentes con capacidad creativa y autonomía relativa en su ejercicio profesional, así como una trama de relaciones que va dando forma y sentido a la articulación de una respuesta situada (Shore, 2010; Fassin et al., 2015).

Como cierre de este artículo, proponemos recuperar el momento más reciente del trabajo de campo con el Programa Municipal, vinculado a la implementación del test rápido en centros del primer nivel de atención del municipio. Lejos de mostrar solamente un proceso de distribución de recursos sanitarios, daremos cuenta de cómo la historia del Programa, antes presentada en todo su vigor, forma parte ineludible de la posibilidad efectiva de implementación y apropiación de esta política en el nivel local.

A comienzos de 2017, Merlina recibió un llamado de quien era la jefa de la Dirección Provincial para hacerle una invitación informal: iniciar el proceso de creación de centros de testeo rápido para VIH en los CAPs del municipio. Al igual que en otras oportunidades, la convocatoria estuvo modelada por el mutuo conocimiento de sus trayectorias como infectólogas. Luego de discutirlo en una reunión del Programa, los profesionales presentaron un proyecto a la directora del área municipal de la que dependían administrativamente¹⁷, en el que daban forma a la propuesta inicial de la Dirección Provincial. La presentación de este proyecto dio inicio a un conjunto de negociaciones entre el Programa, las autoridades municipales y los funcionarios de la Dirección Provincial. Mientras esta trabajosa negociación transcurría, los profesionales empezaron a traccionar de sus relaciones personales con bioquímicos, médicos, trabajadoras sociales y psicólogos distribuidos entre los CAPs del municipio para evaluar las posibilidades y necesidades de cada lugar.

Durante el trabajo de campo, se observaron múltiples instancias de discusión sobre cuáles serían los mejores CAPs para implementar el proyecto, tomando en cuenta diferentes criterios, por ejemplo: priorizando que se encontraran lejos de hospitales donde ya contaban con tecnología disponible para testear, o las caracte-

17 El Programa dependía de la Dirección de Epidemiología Municipal. La gestión de la salud en Argentina está descentralizada, esto implica que, si bien la Dirección Nacional propone lineamientos a nivel nacional y construye acuerdos con las autoridades de las direcciones o programas provinciales, estos últimos reportan a los ministerios de salud de cada provincia. En el caso de los programas municipales, aunque puedan establecer acuerdos con la correspondiente dirección provincial o incluso directamente con la Dirección Nacional, su pertenencia administrativa continúa siendo municipal, por lo que la autorización para la implementación —en este caso— dependía, en última instancia, de la directora de Epidemiología.



rísticas y predisposición del equipo de salud y la posibilidad de sostener en el tiempo el funcionamiento de los centros de testeo una vez que fueran creados:

Matilde habló de las posibilidades de cada sala, señalando que probablemente el equipo de salud que se “copara” no iba a poder hacerlo todos los días y que le parecía que lo mejor era ofrecerle a cada centro de salud que estableciera algún día fijo, una vez por semana, para la realización de testeos, al menos para comenzar. Dijo: “eso de hacerlo todos los días puede terminar siendo que no se hace nunca. En cambio, si le ponés un día y un horario, tienen que estar”, Oscar acordó, diciendo: “por ahí mucho terminaba siendo poco” (Registro de campo, 07/04/2017).

Esta evaluación que iban haciendo Oscar, Matilde y Merlina se sostenía sobre las experiencias previas de trabajo con otros equipos, el conocimiento tanto de las condiciones de trabajo en los CAPs como de la oferta efectiva y las condiciones de acceso al diagnóstico en el territorio municipal. Atendiendo a esas ponderaciones fueron convocando personalmente a equipos y personal de salud que pudieran comprometerse con la apertura de centros de testeo en distintos CAPs.

El uso de esta tecnología suponía también un nuevo procedimiento y una nueva técnica para el diagnóstico que requería un entrenamiento específico. Pautaron una primera capacitación general con la Dirección Provincial, que se realizó en el salón de un Hospital Municipal céntrico, y solicitaron a la Dirección de Epidemiología que convocase a todos los profesionales del municipio que estuvieran interesados en aprender la nueva técnica. Oscar abrió esa reunión contando a los presentes —unas 20 personas— la historia del Programa Municipal, su creación en 1992, el trabajo constante que realizaban en el municipio y recordó la “anécdota del microscopio”. Más de 25 años después de esa negociación para incorporar nuevas herramientas diagnósticas, aquel Programa pionero se proponía integrar la tecnología del test rápido en el nivel municipal. Merlina agradeció la asistencia y subrayó la temprana constitución del Programa y las transformaciones que se habían sucedido desde ese momento “inicial” de la epidemia. Las personas enviadas por la Dirección Provincial explicaron el “proyecto de desarrollo de centros de testeo rápido de la Provincia de Buenos Aires” y mostraron gráficos sobre el “diagnóstico tardío” en la provincia y los aumentos en la cantidad de personas testeadas que sucedían a la instalación de centros de testeo rápido. Finalmente, un bioquímico mostró fotos y explicó la técnica de realización del test, incluyendo detalles como la sensibilidad y especificidad de la

técnica, e invitó a los presentes a acercarse para “practicar”. En el cierre de la actividad, enfatizaron la importancia de las instancias de entrevistas previas y posteriores al testeo, sobre todo la importancia de informar que, en los casos reactivos, sólo arrojaba un resultado presuntivo que debía ser confirmado con un ensayo de laboratorio (idealmente una Carga Viral). Si bien la capacitación incluyó aspectos técnicos del funcionamiento del test rápido, la fundamentación de la política específica en virtud de la preocupación por los “diagnósticos tardíos” y las intervenciones del Programa municipal, apelando a su conocida trayectoria y compromiso, brindaron legitimidad al nuevo procedimiento e hicieron efectiva la convocatoria a que los equipos de salud se sumasen a su uso, aún sin más promesas que la provisión regular de insumos.

A partir de esta formación inicial, el Programa Municipal comenzó su propio proceso de capacitaciones en el marco de los CAPs municipales. Estas, a diferencia de la dictada por la Dirección Provincial, implicaban también el establecimiento de acuerdos concretos sobre cómo se llevaría adelante el funcionamiento del espacio. Así lo observamos en una de las capacitaciones:

Matilde le preguntó a la responsable del equipo si las personas que ingresaran al centro para hacerse el test tendrían forma de saber adónde dirigirse o si tendrían que pasar por la mesa de entradas. La directora del CAP sugirió que fueran a la mesa de entradas. Noté que a Matilde no le gustó, pero sencillamente le respondió “resuélvanlo de modo tal que no se vulnere la confidencialidad de la persona” (Registro de campo, 29/06/2017).

La apertura de cada centro de testeo implicaba el trabajo personalizado de los integrantes del Programa, que orientaban y adecuaban los procedimientos a las condiciones que encontraban en cada CAP. Así, garantizar la confidencialidad, la derivación oportuna y la continuidad del proceso diagnóstico significó un trabajo artesanal y minucioso. Cada centro requería un monitoreo semanal, quincenal o mensual por el Programa Municipal, que se encargaba de calcular los insumos necesarios para solicitarlos a la Dirección Provincial y de cumplir con las evaluaciones de calidad establecidas por esta, pero también de acompañar a los equipos de salud. En este proceso, los profesionales del Programa lograron establecerse con cierto grado de autonomía, evitando progresivamente la mediación de la Dirección de Epidemiología Municipal en la incorporación de nuevos CAPs.

Recuperando la historia del Programa, en este escrito hemos atendido a los modos en que se producen las políticas públicas, mostrando la articulación entre

trayectorias profesionales signadas por el “compromiso social”, realidades locales de demanda de atención, la conformación de grupos organizados de pacientes, las relaciones personales entre profesionales y funcionarios de los niveles municipal, provincial y nacional, así como lineamientos, financiamientos y pautas de gobierno regional, nacional y global de la epidemia.

Frente a la concepción de que el “fin del VIH/Sida ya comenzó” (Carbajal, 2016), asociada a la simplificación de la respuesta muñida de “balas mágicas”, este enfoque etnográfico nos permitió echar luz sobre la complejidad de los procesos sociales y el carácter histórico y situado de las respuestas político-sanitarias, aun en escenarios globalizados y de centralidad biotecnológica.

Recibido 19/08/2025

Aprovado 20/07/2026

Referencias

- Aggleton, P., & Parker, R. (2015). Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1552–1558. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302614>
- Appadurai, A. (1986). *The social life of things: Commodities in cultural perspective*. Cambridge University Press.
- Balbi, F. A., & Boivin, M. (2008). La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política, Estado y gobierno. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 07–17. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2008000100001
- Bär, N. (2013, June 13). Julio Montaner: “Hoy podemos decir que el fin de la epidemia de sida ya comenzó”. *LA Nación*. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/julio-montaner-hoy-podemos-decir-que-el-fin-de-la-epidemia-de-sida-ya-comenzo->



nid1591425/

- Barber, N. (2015). *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades*. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. <https://repositorio.filo.uba.ar/entities/publication/721996b2-605a-4e8d-af5d-d38975995358>
- Barbot, J. (2006). How to build an “active” patient? The work of AIDS associations in France. *Social Science & Medicine*, 62(3), 538–551. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.025>
- Biehl, J. G. (2007a). *Will to Live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton University Press.
- Biehl, J. G. (2007b). Pharmaceuticalization: AIDS treatment and Global Health Politics. *Anthropology Quarterly*, 80(4), 1083–1126. <https://doi.org/10.1353/anq.2007.0056>
- Biehl, J. G., y Petryna, A. (2014). *When people come first: Critical studies in global health*. En *Global public health*. Princeton University Press.
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62–72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>
- Carbajal, M. (2016, September 24). “La clave es ir a buscar a los pacientes”. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-310149-2016-09-24.html?mobile=1>
- Crojethovic, M. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del CENDES*, 29(79), 1–19. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082012000100002
- Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*,

- 38(69), 129–156. <https://doi.org/10.21678/apuntes.69.634>
- Das, V. (2006). *Life and words: Violence and the descent into the ordinary*. University of California Press.
- DSyETS. (2016). *Respuesta del Estado al VIH-Sida, ITS y hepatitis virales en la Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida y ETS.
- DSETSHyT. (2018). *Boletín sobre VIH-sida en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida, ETS, Hepatitis virales y Tuberculosis.
- Epstein, S. (1996). *Impure Science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press.
- Fassin, D. (2003). The embodiment of inequality. *EMBO Reports*, 4(S1), S4–S9. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.embor856>
- Fassin, D., Bouagga, Y., Coutant, I., Eidelman, J.-S., Fernandez, F., Fischer, N., Kobelinsky, C., Makaremi, C., Mazouz, S., & Roux, S. (2015). *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*. Pluto Press.
- Gagliolo, A. (2019) *Relações pessoais e políticas de saúde num programa municipal de HIV / Aids na Província de Buenos Aires. Cadernos de Campo (São Paulo 1991)*, 28(1), 84–107.
- Gagliolo, A. (2023) *Ante el “fin del VIH / Sida”: una etnografía sobre respuestas locales a la epidemia y la experiencia de personas en tratamientos de larga duración*. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires.
- Gagliolo, A., y Margulies, S. (2020). Amenazador y amenazado: indetectabilidad, riesgo y sexualidad en la era del «tratamiento como prevención» del VIH-sida. *Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales*, 38(44), 209–234.
- Gagliolo, A., y Margulies, S. (2025). Vamos que te acompañe: formas de cuidado en un Programa Municipal del VIH-sida de Buenos Aires. *Revista del Museo de Antropología*, 18(2), 193-202. Epub 29 de agosto de 2025. <https://doi.org/10.31048/hrtp2520>



- Gregoric, J. J. (2007). *Vih-Sida y activismo: Un estudio antropológico del proceso de organización y la politización de la salud entre personas viviendo con el Vih*. Universidad de Buenos Aires. <https://repositorio.filo.uba.ar/entities/publication/91c80688-564b-447b-8f5b-d09d87be84dc>
- Gupta, A. (2015). Fronteras borrosas el discurso de la corrupción, la cultura de la política y el Estado imaginado. In: P. Abrams, A. Gupta, & T. Mitchell (Eds.), *Antropología del Estado* (pp. 71–143). Fondo de cultura Económica.
- Kenworthy, N., Thomann, M., & Parker, R. (2018). Critical perspectives on the ‘end of AIDS’. *Global Public Health*, 13(8), 957–959. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1464589>
- Lowy, I. (2000). Trustworthy knowledge and desperate patients: clinical tests for new drugs from cancer to AIDS. In: M. Lock, A. Young, & A. Cambrosio (Eds.), *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. Cambridge University Press, pp. 49–81.
- Margulies, S. (2014). La atención del VIH-SIDA. Un estudio de antropología de la Medicina. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires. https://antropologia.institutos.filo.uba.ar/sites/antropologia.institutos.filo.uba.ar/files/La_atencion_medica_vhi-sida.pdf
- Marqués Sánchez, P., Farrerons Noguera, L., Arias Ramos, N., & Quiroga Sánchez, E. (2012). Las relaciones informales: Un valor añadido en la gestión de personas. *Enfermería Global*, 11(2), 310–323. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200020>
- Morel, C. H. (2005). *Murgueros (de)tras del carnaval. Identidad, patrimonio y relaciones de poder en el espacio cultural de las murgas*. [Tesis de grado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. <https://repositorio.filo.uba.ar/entities/publication/e967e25e-29b8-4aee-8a6a-9ef10f1ba6db>

- Persson, A., Kelly-Hanku, A., Bell, S., Mek, A., Worth, H., & Nake Trumb, R. (2019). “Vibrant Entanglements”: HIV Biomedicine and Serodiscordant Couples in Papua New Guinea. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38(3), 267–281. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1530670>
- Petryna, A. (2009). *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt7rzzt>
- Rabelo, M. C., Alves, P. C., y Almeida Souza, I. M. de. (1999). *Experiência de Doença e Narrativa*. Editora Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-858567668X.pdf>
- Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narrativa*. Siglo XXI.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>
- Shore, C. (2010). *La antropología y el estudio de las políticas públicas: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas públicas*. *Antipoda: Revista de Antropología y Arqueología*, 10(10), 21–49. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>
- Shore, C., & Wright, S. (2011). *Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility*. In: C. Shore, S. Wright, & D. Peró (Eds.), *Policy worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. Berghahn Books.
- Spinelli, H. (2017). *Gestión: Prácticas, mitos e ideologías*. *Salud Colectiva*, 13(4), 577–597. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1283>
- UNAIDS. (2014). *Fast-track: ending the AIDS epidemic by 2030*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unaid-fast-track-ending-aids-epidemic-2030-report.pdf>
- Vargha, D. (2016). *After the End of Disease: Rethinking the Epidemic Narrative*.

Somatosphere, 2016, 1–4. <http://somatosphere.net/2016/05/after-the-end-of-disease-rethinking-the-epidemic-narrative.html>

Wedel, J. R., Shore, C., Feldman, G., & Lathrop, S. (2005). Toward an Anthropology of Public Policy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 1, 30–51. <https://doi.org/10.1177/0002716205276734>

WHO. (2012). *Programmatic update: Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70904/1/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf

