

# El VIH/sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública

*HIV/AIDS in Buenos Aires Province during the 1990's: Discourses, Policies, and Public Health*

Juan Pablo Ubici

<https://orcid.org/0009-0008-4534-7637>

Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales INHUS

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET

Universidad Nacional de Mar del Plata UNMDP

## Resumen

Durante la década de los noventa, la provincia de Buenos Aires osciló entre la rigidez de las políticas públicas y la urgencia de problemáticas que demandaban respuestas inmediatas. Bajo el gobierno de Eduardo Duhalde (1991-1999), la gestión provincial enfrentó desafíos que trascendían la administración cotidiana, en un contexto nacional marcado por las reformas estructurales y el ajuste impulsados por el gobierno de Carlos Menem. En ese marco, la salud pública –y en particular el VIH/sida– se constituyó en un terreno de disputa atravesado por tensiones entre prevención, estigmatización y legitimidad estatal. A partir de 1995, bajo la conducción del ministro Juan José Mussi, el Ministerio de Salud provincial delineó una respuesta específica frente a la epidemia.

El artículo, derivado de la investigación doctoral “Reforma y salud pública en disputa. El caso de la provincia de Buenos Aires (1991-1999)”, analiza dicha respuesta a partir del estudio de fuentes legislativas, discursos oficiales y material periodístico. Desde una perspectiva histórico-interpretativa, que articula la historia cultural y política de la salud con enfoques que conciben al VIH/sida como un fenómeno moral, político y biopolítico, se propone comprender la epidemia no solo como un problema biomédico, sino como un acontecimiento que puso en cuestión las formas de legitimidad estatal y los límites del discurso público sobre salud y ciudadanía.

Los resultados muestran que, pese a la fragmentación institucional y las restricciones presupuestarias, la provincia buscó construir una narrativa de Estado pedagógico y solidario mediante estrategias de visibilidad mediática, educación sanitaria y cooperación internacional. Esta experiencia revela márgenes de agencia e innovación institucional que matizan la imagen de una provincia meramente reproductora de políticas nacionales, configurando al VIH/sida como un laboratorio de gobierno.

## Palabras clave:

*VIH/sida, políticas públicas, salud pública, Buenos Aires, duhaldismo, historia reciente*

**Recibido:** 14 / 10 / 2025

**Aceptado:** 17 / 01 / 2026

**Publicado:** 31 / 01 / 2026

## Cómo citar:

Ubici, J. P., (2026). El VIH/sida en la provincia de Buenos Aires durante los años noventa: discursos, políticas y salud pública. *Sekkan. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. Vol 2, Núm. 2. pp. 41-63

## Abstract

*During the 1990s, the province of Buenos Aires navigated the tension between the rigidity of public policies and the urgency of social problems requiring immediate responses. Under the governorship of Eduardo Duhalde (1991–1999), provincial authorities faced challenges that went beyond routine administration, within a national context shaped by the structural reforms and fiscal adjustment promoted by President Carlos Menem. In this setting, public health—and HIV/AIDS in particular—emerged as a contested arena marked by tensions between prevention, stigma, and state legitimacy. From 1995 onward, under the leadership of Health Minister Juan José Mussi, the provincial Ministry of Health developed a specific approach to the epidemic.*

*This article, derived from the doctoral research *Reform and Public Health in Dispute: The Case of the Province of Buenos Aires (1991–1999)*, examines these responses through the analysis of legislative sources, official discourses, and press materials. Adopting a historical-interpretative perspective that combines the cultural and political history of health with approaches that understand HIV/AIDS as a moral, political, and biopolitical phenomenon, the study seeks to interpret the epidemic not merely as a biomedical issue, but as an event that challenged forms of state legitimacy and the boundaries of public discourse on health and citizenship.*

*The findings indicate that, despite institutional fragmentation and budgetary constraints, the province sought to construct a narrative of a pedagogical and socially responsible state through media visibility, health education initiatives, and international cooperation. This experience reveals spaces of political agency and institutional innovation that complicate the view of Buenos Aires as a passive replicator of national policies, positioning HIV/AIDS as a laboratory of governance where the relationship between technical expertise, politics, and public health was redefined.*

## Keywords:

*HIV/AIDS, public policies, public health, Buenos Aires – Duhaldis, contemporary history*

## Introducción

El abordaje historiográfico del VIH/sida en la Argentina ha dado lugar, en las últimas décadas, a un campo de investigación vasto, interdisciplinario y en constante expansión. Los estudios que se ocuparon de reconstruir los itinerarios sociales, culturales y políticos de la epidemia mostraron que el sida no puede comprenderse únicamente como un fenómeno biomédico, sino como un acontecimiento histórico que interpeló de modo profundo las sensibilidades colectivas, los regímenes de saber y las estructuras institucionales del Estado. Las investigaciones recientes coinciden en que el VIH/sida condensó, como pocos procesos sanitarios contemporáneos, las tensiones entre cuerpo, sexualidad, moral y política, y funcionó como un prisma a través del cual se revelaron los límites de la biomedicina, la capacidad de respuesta estatal y las fronteras del propio discurso público sobre la salud y la ciudadanía. En este sentido, la epidemia de sida operó no solo como una crisis sanitaria, sino también como una crisis de significación y de legitimidad institucional.

Lejos de pretender una recuperación exhaustiva de una producción sumamente diversa (que incluye perspectivas históricas, antropológicas, sociológicas, bioéticas y culturales), este apartado parte de reconocer esa pluralidad de enfoques para situar el análisis en una dimensión específica: las políticas públicas y los conflictos de gestión en el marco de la respuesta sanitaria provincial durante la década de los noventa. La amplitud del campo de estudios sobre el VIH/sida, que abarca desde la historia de las representaciones hasta

el estudio de los marcos normativos y los movimientos sociales, impone la necesidad de seleccionar una perspectiva capaz de articular la dimensión simbólica de la epidemia con las formas concretas que asumió la intervención estatal. En esa articulación radica, precisamente, la especificidad de un enfoque histórico-cultural sobre las políticas públicas: comprender cómo los discursos médicos, los imaginarios sociales y las estructuras burocráticas se entrecruzaron en la configuración de una respuesta institucional frente a una enfermedad que desbordó los límites del saber técnico y del control administrativo.

Desde los primeros trabajos que vincularon las epidemias con los imaginarios del miedo y la alteridad, la enfermedad fue pensada como un dispositivo cultural antes que como un hecho natural (Duby, 1995). La huella de nuestros miedos, advirtió que cada pandemia deja en las sociedades huellas simbólicas perdurables, que se inscriben en la memoria colectiva mucho más allá de su resolución médica. El miedo al contagio, la búsqueda de culpables y la construcción de figuras del otro enfermo constituyen, en opinión de Duby, una constante histórica que revela los mecanismos con que las sociedades organizan su angustia frente a lo desconocido.

Estas categorías teóricas ofrecen un marco fecundo para pensar el modo en que el VIH/sida fue interpretado en la Argentina contemporánea. Luciana Linares y Alexis Manzo (2021) retomaron estas nociones para reconstruir el impacto simbólico y político de la epidemia en el país entre 1982 y 2019, y mostraron cómo la emergencia del virus reconfiguró las sensibilidades en torno a la juventud, la sexualidad y la muerte en la posdictadura. Su lectura destaca que el sida no fue solo un problema médico ni una contingencia biológica, sino un acontecimiento cultural que desnudó los miedos, prejuicios y jerarquías de una sociedad que venía de atravesar el trauma de la represión y la censura. En ese sentido, el cuerpo infectado (particularmente el cuerpo joven, masculino, homosexual o marginal) se convirtió en escenario de nuevas formas de estigmatización y control moral, que heredó las lógicas de disciplinamiento que la dictadura había impuesto sobre los cuerpos políticos.

La lectura de Linares y Manzo subraya, además, que la irrupción del VIH/sida coincidió con la reconfiguración del Estado argentino luego de la dictadura, en un momento de redefinición de las políticas sanitarias y del propio sentido de la esfera pública. La enfermedad fue, en ese contexto, un punto de condensación de conflictos sociales más amplios: la desigualdad económica, la moral sexual heredada del autoritarismo, la precariedad del sistema de salud y la dificultad de las instituciones para incorporar un enfoque de derechos. Así, la epidemia se transformó en un espejo donde se reflejaron las contradicciones de la transición democrática y de la construcción de ciudadanía en los años ochenta y noventa.

Desde esta perspectiva, el VIH/sida puede pensarse como una tragedia social moderna: un fenómeno que no solo puso en cuestión los límites del saber médico, sino también la capacidad del Estado para proteger, educar y cuidar en condiciones de equidad. Las respuestas sanitarias y políticas se construyeron, en gran medida, a partir de las sensibilidades colectivas que la propia epidemia generó. Y esas sensibilidades, moldeadas por los medios, la cultura popular y las representaciones artísticas, contribuyeron a definir las fronteras entre lo normal y lo patológico, entre lo moral y lo inmoral, entre la compasión y el repudio.

En las primeras décadas de la epidemia, la atención académica se concentró en los discursos médicos, los medios de comunicación y las construcciones morales que rodearon al enfermo de sida. Sin embargo, con el avance de la historiografía de la salud y las ciencias sociales aplicadas a la salud, comenzó a reconocerse que las políticas públicas (sus diseños institucionales, sus conflictos presupuestarios y sus dispositivos administrativos) constituían un terreno central para entender la manera en que el Estado argentino enfrentó la epidemia.

Ana Lía Kornblit (2000, 2004) fue una de las pioneras en desplazar la mirada hacia las dinámicas institucionales y hacia los modos en que las políticas de salud respondieron (o no) a las demandas sociales emergentes. En sus trabajos, analizó las tensiones entre el discurso técnico-científico y las representaciones sociales del VIH, y advirtió que la acción estatal estuvo mediada por un conjunto de prejuicios morales y por la inestabilidad de los organismos encargados de la prevención. Kornblit mostró que, si bien durante los años noventa se consolidaron programas de asistencia y campañas de información pública, estas se vieron limitadas por la falta de continuidad política, la escasez de recursos y la dificultad de articular esfuerzos entre jurisdicciones. Carlos Mendes (2012), por su parte, profundizó en las tramas de poder y en los conflictos interinstitucionales que condicionaron la respuesta estatal, subrayando la tensión entre los saberes expertos, la acción gubernamental y la participación de la sociedad civil (en particular, de las organizaciones de personas viviendo con VIH). Ambos autores coincidieron en que el sida fue un punto de encuentro (y también de fricción) entre la medicina, la política y los movimientos sociales, donde se redefinieron los límites de la autoridad sanitaria y de la responsabilidad estatal frente al sufrimiento colectivo.

La fragmentación institucional del sistema de salud, la transferencia de responsabilidades a las provincias y municipios, y la creciente dependencia de financiamiento internacional configuraron un escenario donde la respuesta al VIH/sida se convirtió en un campo de disputa entre jurisdicciones, presupuestos y marcos normativos. La sanción de la Ley Nacional 23.798 en 1990 (que declaró de interés nacional la lucha contra el sida y sentó las bases para el Programa Nacional de sida) constituyó un hito jurídico relevante, pero su aplicación posterior puso en evidencia las limitaciones estructurales de un Estado que atravesaba por un proceso de retracción y privatización. Las dificultades para coordinar acciones entre la Nación y las provincias, la falta de personal especializado y las discontinuidades administrativas revelaron que la norma, aunque avanzada en sus principios, chocaba con la realidad de un aparato sanitario en transición.

En ese sentido, el VIH/sida puso de relieve, una vez más, las desigualdades del sistema de salud: mientras los sectores con obra social o seguros privados pudieron acceder tempranamente a terapias antirretrovirales, los sectores sin cobertura quedaron sujetos a los vaivenes presupuestarios del Estado. Por lo tanto, se debe situar la respuesta institucional al sida dentro de un proceso más amplio de debilitamiento del sistema público de salud, marcado por la descentralización, la heterogeneidad de recursos y la escasa capacidad de planificación estratégica.

La historiografía más reciente incorporó a este panorama perspectivas provenientes de la historia de la sexualidad, los estudios de género y la biopolítica, lo que permitió complejizar aún más la comprensión del fenómeno. Mario Pecheny, Carlos Figari y Daniel Jones (2008) situaron el sida dentro de un proceso más amplio de politización de los cuerpos y de expansión de los derechos sexuales, y mostraron que la respuesta a la epidemia no puede separarse del contexto de democratización política y de emergencia del activismo LGBTIQ+. Su trabajo señaló que, a partir de los años noventa, las organizaciones de la sociedad civil se convirtieron en actores fundamentales para disputar sentidos y reclamar políticas públicas inclusivas, introduciendo una ética de la solidaridad y de la autonomía corporal que desbordó los marcos biomédicos tradicionales.

En esa misma línea, las investigaciones de Agostina Gagliolo (2019, 2024) e Isabel Aráoz (2024) revisaron la relación entre precariedad social, ciudadanía sanitaria y memoria cultural de la epidemia. Gagliolo propuso pensar el sida como una zona de vulnerabilidad estructural, donde confluyen desigualdades económicas, discriminaciones de género y deficiencias institucionales, mientras que Aráoz exploró las formas de memoria y olvido que

la sociedad argentina construyó en torno a la epidemia, evidenciando cómo el relato oficial tendió a invisibilizar las experiencias de los sectores más pobres, los usuarios de drogas y las mujeres heterosexuales infectadas. Estos enfoques, lejos de disociar lo médico de lo político, mostraron que el VIH/sida funcionó como un laboratorio de nuevas formas de subjetivación y de gestión de la vida (en el sentido foucaultiano del término), donde el Estado, los organismos internacionales y la sociedad civil redefinieron sus lugares y negociaron sus responsabilidades.

En paralelo, los análisis provenientes de la historia cultural, como los de Petruzzi (2024) y Miranda (2017), subrayaron la densidad simbólica del sida en la producción artística y mediática, en donde las representaciones de la enfermedad no fueron meros reflejos de la realidad, sino actores activos en la configuración de un imaginario social. La prensa, el rock, la televisión y las campañas de prevención produjeron una pedagogía moral ambigua: mientras alertaban sobre los riesgos del contagio, reforzaban estereotipos sobre las identidades de riesgo<sup>1</sup> y los modos correctos de vivir la sexualidad.

En conjunto, estos aportes delinearon una cartografía compleja de la epidemia en la Argentina, donde los avances biomédicos se entrelazaron con las transformaciones políticas del Estado y con la emergencia de nuevos actores sociales. La enfermedad se convirtió en un campo de observación privilegiado para analizar las tensiones entre la ciencia, la política y la moral, pero también para indagar en los modos en que el Estado nacional y los gobiernos subnacionales respondieron frente a una crisis sanitaria inédita. A pesar de esa riqueza analítica, la mayor parte de las investigaciones se concentró en la escala nacional o en la dinámica de las organizaciones civiles con sede en Buenos Aires, y privilegió los debates legislativos y las políticas emanadas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Mucho menos se ha explorado cómo se articularon y ejecutaron esas políticas en las jurisdicciones provinciales, donde los procesos de descentralización, las desigualdades presupuestarias y las especificidades locales redefinieron el modo en que la respuesta al VIH/sida adquirió forma concreta.

Examinar esa dimensión resulta fundamental para comprender las contradicciones del proceso de provincialización de la salud y las tensiones que emergieron entre las distintas capas del Estado. Las reformas sanitarias de aquel período, enmarcadas en la lógica de descentralización y ajuste, trasladaron a las provincias una gran parte de las responsabilidades en materia de atención y prevención, pero lo hicieron sin un correlato proporcional de recursos ni de capacidades técnicas. En ese escenario, las jurisdicciones no actuaron como meros brazos ejecutores de las políticas nacionales, sino que se vieron obligadas a diseñar estrategias propias para sostener y reorganizar la atención pública. La provincia de Buenos Aires, por su peso demográfico, político y sanitario, se convirtió en un laboratorio de esas tensiones: un territorio donde se hicieron visibles tanto los límites estructurales del sistema público como las posibilidades de acción y coordinación que aún subsistían dentro de él.

El análisis de este proceso permite observar que, lejos de un Estado pasivo o fragmentado sin dirección, existieron instancias provinciales que buscaron construir coherencia, responder a la emergencia y afirmar márgenes de autonomía frente a las políticas nacionales. Las respuestas que se desarrollaron en el ámbito bonaerense, durante la gestión de Eduardo Duhalde y del ministro de Salud Juan José Mussi revelan una voluntad de intervención que desborda la lectura de la provincia como un espacio dependiente o subordinado.

1 Si bien en los primeros momentos de la pandemia se utilizó ampliamente la expresión “grupos de riesgo”, este término fue rápidamente cuestionado y rechazado por activistas y organizaciones sociales. Dichas críticas señalaban que las personas no constituyen un riesgo en sí mismas, sino que el riesgo se encuentra asociado a prácticas específicas, contextos sociales y condiciones estructurales.

do. Por el contrario, la reconstrucción de ese período permite advertir que la escala provincial fue un escenario activo de formulación de políticas, de negociación con la Nación y con los organismos internacionales, y de diálogo (no exento de conflictos) con los municipios y con las organizaciones sociales.

Este apartado se inscribe, por tanto, en el diálogo con la bibliografía existente, pero propone una lectura situada del VIH/sida que atiende a las especificidades del gobierno provincial bonaerense. Lejos de concebir la enfermedad únicamente como un fenómeno médico o cultural, busca explorar cómo se configuraron las respuestas institucionales dentro de un sistema sanitario tensionado por la crisis económica, la fragmentación administrativa y los debates ético-políticos sobre la responsabilidad del Estado. Al recuperar los debates parlamentarios, las repercusiones mediáticas y los conflictos socio-institucionales, el análisis de la experiencia bonaerense permite vislumbrar las zonas de fricción y también los márgenes de acción donde las políticas públicas se redefinieron.

Más que un nivel intermedio entre lo nacional y lo local, la provincia aparece aquí como un espacio de agencia política y de experimentación institucional, en el que se pusieron a prueba modelos de gestión, programas de atención y estrategias de prevención que luego tomarían relevancia en la política sanitaria argentina en su conjunto. La reconstrucción de ese proceso no solo permite comprender los límites y contradicciones del sistema público de salud, sino también reconocer las respuestas concretas que se intentaron frente a una epidemia que desafió las categorías médicas, los marcos administrativos y las concepciones morales de toda una época.

### **De la visibilidad a la institucionalización: la política bonaerense frente al VIH/sida**

En términos generales, el sistema de salud argentino de la década de los noventa se caracterizó por una estructura fragmentada y altamente segmentada, organizada en tres grandes subsistemas: el sector público, financiado y gestionado por el Estado; el sector de la seguridad social, articulado en torno a las obras sociales sindicales, y el sector privado, compuesto por clínicas, sanatorios y empresas de medicina prepaga. Esta fragmentación no era nueva, pero se profundizó durante esos años como resultado de las reformas estatales impulsadas en el marco del programa neoliberal del gobierno nacional, que promovió la descentralización, la reducción del gasto público y la transferencia de responsabilidades hacia las provincias y los municipios.

En ese contexto, el proceso de descentralización sanitaria, iniciado en décadas previas, se consolidó durante los años noventa. El Estado nacional redujo de manera significativa su rol como prestador directo de servicios de salud y reforzó su función normativa y de financiamiento parcial, mientras que la gestión de hospitales y centros de atención primaria quedó mayormente en manos de los gobiernos provinciales. Esta dinámica generó fuertes asimetrías territoriales, ya que la capacidad de respuesta del sistema pasó a depender en gran medida de los recursos fiscales, administrativos y técnicos de cada jurisdicción.

En la provincia de Buenos Aires, estas transformaciones adquirieron una particular relevancia debido a su peso demográfico, a la heterogeneidad socioeconómica de su territorio y a la coexistencia de áreas altamente urbanizadas con zonas de marcada vulnerabilidad social. Durante el período 1991-1999, el sistema sanitario provincial enfrentó tensiones estructurales derivadas de la sobrecarga del subsector público, especialmente en el conurbano bonaerense, donde amplios sectores de la población carecían de cobertura formal de obras sociales o de acceso sostenido al sector privado. Los hospitales provinciales y municipales se convirtieron, de hecho, en el principal punto de atención para poblaciones empobrecidas, trabajadores informales y personas excluidas del mercado laboral.



A su vez, la reforma del sistema de obras sociales, impulsada a nivel nacional, introdujo mecanismos de competencia y libre elección que, si bien buscaban mejorar la eficiencia, tendieron a profundizar la segmentación del sistema. Las obras sociales con mayor capacidad financiera pudieron ofrecer mejores prestaciones, mientras que aquellas con padrones más precarizados enfrentaron crecientes dificultades para sostener la cobertura. Este escenario impactó de manera indirecta sobre el sistema público provincial, que absorbió parte de la demanda insatisfecha.

En relación con las políticas de salud pública, el período estuvo marcado por una creciente dependencia de programas focalizados, muchas veces financiados con apoyo de organismos internacionales, orientados a poblaciones consideradas “de riesgo” o a problemáticas específicas, como el VIH/sida. Si bien estos programas permitieron cierto grado de intervención y visibilización de la problemática, también reforzaron una lógica fragmentaria, con escasa articulación entre niveles de atención y con limitaciones en términos de continuidad asistencial.

En la provincia de Buenos Aires, la capacidad de implementar estas políticas se vio condicionada por debilidades administrativas, déficit presupuestarios y problemas de coordinación interjurisdiccional entre el nivel provincial y los municipios. La coexistencia de hospitales provinciales, municipales y nacionales, junto con centros de atención primaria de diversa dependencia, generó un entramado institucional complejo, en el que las responsabilidades no siempre estaban claramente delimitadas.

Durante la década, la provincia de Buenos Aires se movió en un escenario marcado por tensiones entre los lineamientos nacionales y las necesidades locales. Gobernada por Eduardo Duhalde (1991-1999), la provincia se enfrentó a un contexto nacional de achicamiento del Estado y ajuste presupuestario, impulsado por las políticas reformistas de Carlos Menem (1989-1999). Sin embargo, este marco no implicó una restricción absoluta: la provincia contó con ciertos márgenes de maniobra que le permitieron desarrollar iniciativas propias. Un ejemplo clave fue el Decreto Nacional 879/92, que modificó la Ley del Impuesto a las Ganancias y estableció en su artículo 4° que un 10% de lo recaudado se destinara de manera directa y automática al Fondo de Financiamiento de Programas Sociales en el Conurbano Bonaerense, a ser ejecutado y administrado por la Provincia. Este mecanismo brindó recursos específicos para la implementación de políticas sociales y sanitarias, y otorgó un espacio de acción que el gobierno provincial, y en particular el Ministerio de Salud, pudo aprovechar para fortalecer su respuesta frente a problemáticas complejas que, en principio, parecían contradecir el paradigma privatista dominante: garantizar el financiamiento de la salud pública, sostener obras públicas esenciales y responder de manera activa a epidemias de la época como el cólera y el VIH/sida.

Hacia mediados de la década, el abordaje del VIH/sida en la provincia de Buenos Aires comenzó a ocupar un espacio más visible tanto en la agenda legislativa como en el discurso público, lo que reflejó una preocupación creciente por dimensionar la magnitud del problema y dotar de legitimidad la respuesta estatal. Las fuentes parlamentarias y periodísticas de estos años muestran un proceso de institucionalización progresiva del tema, en el que la provincia intentó construir mecanismos propios de registro, difusión y prevención en un contexto signado por la fragmentación del sistema sanitario nacional y la persistencia del estigma social hacia las personas infectadas.

En 1994, el proyecto de resolución presentado por el diputado Jorge V. Cortese, finalmente aprobado por la Cámara de Diputados bonaerense, proponía que el Poder Ejecutivo difundiera semestralmente los datos sobre mortalidad por sida, discriminados por región sanitaria y grupo etario (Diario de Sesiones PBA, p. 2850). La resolución no implicaba una medida de política sanitaria concreta, pero sí una acción significativa en el plano simbólico:

instalar la necesidad de producir y comunicar información pública sobre la epidemia. En un escenario donde el silencio institucional y el subregistro estadístico habían sido rasgos predominantes, el gesto de solicitar que los datos fueran publicados por los medios de comunicación masiva expresaba un cambio de clima político. La iniciativa implicaba la convicción de que la visibilidad era un primer paso hacia la prevención y, al mismo tiempo, un modo de reconocer la existencia de un problema sanitario estructural en la provincia.

De hecho, un año más tarde, las declaraciones del ministro Juan José Mussi mostraban un salto cualitativo en esa dirección. En distintas notas de prensa (La Opinión, 28/11/1995; Hoy, 30/11/1995), el ministro presentaba los resultados de una encuesta provincial y encabezaba actividades de difusión con motivo del Día Internacional del sida. Lo notable de esas apariciones es que el discurso oficial provincial se apropió de un lenguaje epidemiológico y pedagógico a la vez: las estadísticas se convertían en una herramienta de comunicación pública. En ese contexto, el funcionario afirmaba:

“Hemos hecho consultas en toda la provincia con los expendedores de preservativos, en kioscos y farmacias, sobre aspectos como en qué días de la semana se vende más, qué edad tienen los que más compran o si las mujeres también compran”, indicó el ministro.

Respecto a los resultados de la encuesta, Mussi adelantó que el contagio del sida se incrementó entre heterosexuales. “El contagio entre heterosexuales es lo que hizo aumentar el número de chicos infectados, esto es una cadena” (La Opinión, 28/11/1995, p. 6).

La estrategia de comunicación adoptada por el Ministerio de Salud provincial mostraba una intención clara de construir presencia estatal a través de la visibilidad mediática. Las muestras de afiches escolares y la encuesta difundida no solo buscaban informar, sino también construir un relato sobre el rol activo de la provincia frente a la epidemia. A diferencia del discurso nacional, muchas veces centrado en la idea de coordinación general o en la necesidad de alineamiento con las recomendaciones de organismos internacionales, las intervenciones bonaerenses de estos años buscaban transmitir la imagen de una gestión que se proponía diagnosticar, prevenir y actuar desde su propio territorio.

El Programa Provincial de Prevención y Control de la Infección por VIH y otros retrovirus humanos comenzó a delinearse como un instrumento para estructurar esa política. El objetivo de avanzar hacia su municipalización durante 1996 –a través de equipos interdisciplinarios que asumieran tareas de prevención y asistencia en los 134 municipios– expresaba la intención de consolidar un sistema descentralizado pero articulado, que combinara criterios técnicos con sensibilidad local. Si bien esa orientación respondía al clima político general de la época, en el caso bonaerense adquirió un matiz particular: la búsqueda de eficacia operativa y de presencia territorial se presentaba como una forma de compensar la insuficiencia de recursos nacionales y de afirmar la capacidad de acción del propio gobierno provincial.

Estos movimientos dan cuenta de una política sanitaria que, aun limitada por la estructura institucional y presupuestaria del período, intentó afirmarse como protagonista. La recopilación y difusión de datos, la creación de programas de acción estatal y la instalación de campañas públicas mostraban una voluntad de construir una narrativa estatal de *pater familias*, basada en la visibilidad, la prevención y la gestión del conocimiento epidemiológico. Por lo tanto, en el trasfondo de estas acciones, se advierte un intento por convertir la provincia en un espacio de acción concreta y de autonomía política frente a una epidemia que exigía respuestas inmediatas y sostenidas.



El cierre del primer lustro de los años noventa encontró a la provincia de Buenos Aires inmersa en un proceso de afirmación institucional en torno a la problemática del VIH/sida. A diferencia de los primeros años de la década, en que el tema aparecía de modo fragmentario y con escasa articulación entre niveles de gobierno, hacia mediados de los años noventa la política sanitaria bonaerense había logrado construir un discurso propio, que combinaba información epidemiológica, campañas de prevención y una estrategia de expansión territorial.

En el ámbito nacional, el anuncio de la creación de un Centro de Prevención del sida con sede en la Argentina, financiado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas y coordinado por el Ministerio de Salud y Acción Social, reflejaba la voluntad del gobierno central de situar al país en el mapa latinoamericano de la lucha contra la epidemia (Diario Hoy, 1/12/1995). El proyecto, de fuerte impronta simbólica, proponía unificar criterios epidemiológicos y culturales entre los países del Mercosur, reforzando la cooperación internacional y la producción de conocimiento técnico. Sin embargo, detrás de esa retórica de integración se evidenciaban los límites estructurales de la política sanitaria nacional, que tendía a privilegiar la centralidad de Buenos Aires como sede, y a relegar a las provincias al papel de ejecutoras.

Frente a ese panorama, la provincia de Buenos Aires desarrolló durante esos mismos meses una política que, aunque articulada con las líneas nacionales, procuraba sostener su propio margen de acción. El Ministerio de Salud bonaerense difundió estadísticas detalladas que permitían dimensionar el avance de la epidemia en el territorio provincial y, en particular, el crecimiento del contagio entre mujeres y niños (La Prensa, 1/12/1995).<sup>2</sup> Según los registros oficiales, de los 2,282 casos notificados en 1995, el 75% correspondía al conurbano, el 11% a la costa atlántica, el 8% al área de La Plata y el 6% al resto de la provincia. Estos datos no solo mostraban la magnitud del problema, sino que expresaban una voluntad política de construir evidencia sanitaria propia y de visibilizar el carácter territorialmente desigual del fenómeno.

Mussi subrayaba con frecuencia el incremento de los casos en mujeres y en la transmisión vertical, lo que revelaba un desplazamiento en la percepción del riesgo (La Mañana, 1/12/1995). El discurso sanitario provincial intentó dejar atrás la figura estigmatizada del enfermo típico de la década anterior y poner el foco en la heterosexualidad como ámbito de propagación creciente. Esa redefinición del mapa epidemiológico implicaba, a su vez, un reposicionamiento del Estado: de una lógica reactiva centrada en la enfermedad se pasaba a una estrategia preventiva y educativa, orientada a la comunidad y al espacio doméstico:

El ministro de Salud bonaerense, Juan José Mussi, instó ayer a profundizar la prevención y a trabajar en la concientización sobre el sida.

“No hay vacuna ni medicación que cure el sida, por eso la única defensa es la prevención a través de la información, de la educación y de la eliminación de los prejuicios y la discriminación”, señaló Mussi

<sup>2</sup> La idea de una supuesta “heterosexualización” del sida a mediados de la década de los noventa merece, no obstante, una problematización más cuidadosa. Si bien los datos de la época mostraban un aumento relativo de los casos en mujeres, situación observable también en otros países de América Latina, la aceptación acrítica del discurso periodístico –que señalaba un predominio de la transmisión heterosexual y una expansión de la enfermedad fuera de los grupos inicialmente estigmatizados– resulta discutible. De haber sido efectivamente predominante la transmisión heterosexual, la configuración actual de la pandemia en Argentina sería distinta, con una mayor proporción de mujeres y una menor concentración en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Asimismo, tanto las estadísticas oficiales como las difundidas por la prensa pudieron haber estado atravesadas por subregistros y por sesgos vinculados a prejuicios, temores y, especialmente, a la homofobia, factor clave para comprender la construcción social del riesgo y las respuestas institucionales frente al ida.

en el marco de la conferencia de prensa en la Casa de Gobierno de la provincia.

El ministro explicó que “es fundamental transmitir información a través de campañas masivas en la población joven, con mensajes que se transmitan en su mismo lenguaje”.

Asimismo, se refirió a los espectáculos, charlas y talleres a través de los cuales “los mensajes llegan a los estudiantes, empresas, plazas y balnearios”.

Otra forma de concientización, dijo, se realizará a través de espectáculos de prevención (Diario El Sol, 1/12/1995, p. 5).

El lenguaje elegido por el propio ministro (“hay que hablar de sida en todos lados”) expresaba una voluntad de pedagogía pública que excedía el marco institucional (El Día, 4/12/1995, p. 6). Ante la falta de una cura para la enfermedad, el ministro remarcaba la idea de que el conocimiento y la comunicación eran, en ese momento, las únicas herramientas efectivas para la prevención. De ese modo, el discurso sanitario se fundía con un tono educativo y moralizante, que apelaba tanto a la responsabilidad individual como al compromiso colectivo.

La incorporación del arte y la cultura en las campañas oficiales reforzaba ese horizonte. La promoción de la obra teatral Amor, Valor y Compasión como parte de la campaña provincial no fue un gesto menor: implicaba reconocer el poder performativo de las expresiones culturales en la construcción de sensibilidad pública frente a la enfermedad (El Día, 4/12/1995). En paralelo, espectáculos como La risa es salud, pero el sida no es broma, auspiciados por la cartera sanitaria, buscaban traducir la prevención a un lenguaje accesible y emocional (La Calle, 5/12/1995). Estas intervenciones dan cuenta de una política que apostaba por la comunicación horizontal y la empatía como vías para desmontar el estigma y la indiferencia.

En ese mismo clima de movilización, distintas instituciones y entidades profesionales asumieron también un papel activo en las campañas de sensibilización. El Colegio de Farmacéuticos, por ejemplo, impulsó una iniciativa de alcance provincial que invitaba a las farmacias a convertirse en espacios de orientación sanitaria, reforzando la prevención desde la atención cotidiana (Diario Hoy, 1/12/1995). La propuesta expresaba un intento por trasladar la lucha contra el VIH/sida al plano comunitario, donde los farmacéuticos eran presentados como agentes de educación y cuidado, que complementaban la acción estatal con redes de proximidad.

La conmemoración del Día Mundial del sida, en diciembre de 1995, sirvió para condensar ese conjunto de acciones y discursos. En sus declaraciones, Mussi destacó la reducción de la brecha entre casos masculinos y femeninos (de ocho a uno en 1990 a tres a uno en 1995) y advirtió que “lo peor del caso es que la mujer se lo traslada al pequeño” (La Mañana, 1/12/1995, p. 4). La frase, más allá de su tono moralizador, revelaba la preocupación por una feminización e infantilización de la epidemia, y al mismo tiempo mostraba el esfuerzo por traducir los datos epidemiológicos en mensajes públicos capaces de movilizar conciencia social.

Durante las últimas semanas de 1995, la gestión sanitaria bonaerense profundizó una estrategia que conjugaba técnica, comunicación y territorio. En ese contexto, la regionalización del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida comenzó a delinarse como una política de reorganización estructural, orientada a acercar la atención y la prevención a las comunidades locales. Lejos de tratarse de una mera desconcentración administrativa, el objetivo era dotar a las regiones sanitarias de herramientas propias para in-

tervenir de modo ágil frente al avance del virus, manteniendo a la vez la conducción técnica central desde el Ministerio de Salud provincial (La Calle, 5/12/1995; La Opinión, 5/12/1995).

El ministro Juan José Mussi insistía en que la lucha contra el sida no podía reducirse a una cuestión biomédica, sino que requería una formación sistemática de los recursos humanos y la implicación directa de los municipios (El Sol, 1/12/1995). La prevención, sostenía, debía ser transversal: llegar a escuelas, hospitales, clubes, asociaciones vecinales y medios de comunicación. Esa concepción implicaba un desplazamiento significativo en la forma de entender la política sanitaria. Ya no se trataba solo de atender a los enfermos, sino de producir saberes sociales sobre el riesgo y la sexualidad, en diálogo con distintos actores del entramado comunitario.

En paralelo, el registro estadístico continuaba siendo un pilar del discurso ministerial. Las cifras presentadas en conferencias y comunicados reiteraban la magnitud del problema:

Sobre los casos notificados al 31 de agosto, el informe ministerial indica que el 31 por ciento (707) de los pacientes han fallecido; el 66 por ciento (1506) están enfermos y del 3 por ciento restante (69) se desconoce su estado.

Al tomar como referencia los grupos de edad, más del 80% de los casos registrados se ubica en la franja que va de los 16 a los 45 años, porcentaje significativo, pero quizás no tan sorprendente como el crecimiento de los casos pediátricos.

Respecto de los mecanismos de contagio, si bien sigue al tope de las estadísticas la transmisión por drogadicción (51 por ciento), el incremento más notorio es el correspondiente al contagio entre heterosexuales (18 por ciento), un punto por debajo del registrado en homo y bisexuales.

Diario Popular, 31/12/1995). La lectura de esos datos insistía en dos desplazamientos: por un lado, el avance de la infección entre mujeres y jóvenes; por otro, el crecimiento del contagio heterosexual. En ambos casos, la estrategia comunicacional del ministerio tradujo los números en mensajes moralmente inteligibles para la opinión pública, reforzando la idea de que el sida había “dejado de ser un mal exclusivo de los homosexuales” (La Calle, 5/12/1995).

Esa narrativa epidemiológica, sostenida sobre la autoridad de la estadística, cumplía una doble función: legitimaba la acción estatal y a la vez redefinía los marcos de sensibilidad social en torno a la enfermedad. El énfasis en los jóvenes y en las mujeres respondía no solo a una constatación empírica, sino también a una intención pedagógica: situar el riesgo en el centro de la vida cotidiana, desarticulando la imagen del otro enfermo para advertir que cualquiera podía ser alcanzado por el virus.

El verano de 1996 introdujo un nuevo registro discursivo en torno al VIH/sida en la provincia de Buenos Aires. A diferencia de los años anteriores, en los que la preocupación se centraba en la prevención y la pedagogía social, las noticias y debates de comienzos de ese año mostraron una consolidación de la dimensión epidemiológica y un desplazamiento hacia la gestión médica y farmacológica de la enfermedad.

La aparición de brotes y aumentos localizados, como los registrados en la Región Sanitaria VIII (que comprende a la costa atlántica y sus principales ciudades turísticas), sirvió de catalizador para ese cambio. En efecto, el Ministerio de Salud informó que entre

1993 y 1995 los casos de VIH en la zona habían crecido un 40%, que implicaba 314 portadores registrados (Clarín, 12/02/1996; La Calle, 12/02/1996). La comparación con el descenso simultáneo de sífilis y blenorragia reforzaba la idea de un reemplazo epidemiológico: el sida aparecía como la nueva enfermedad emblemática de la sexualidad contemporánea, mientras las viejas infecciones venéreas, símbolos del desorden moral en otros tiempos, cedían su lugar en la agenda sanitaria.

Los datos demográficos aportados por la prensa (una mayoría masculina pero con predominio de transmisión heterosexual y concentración en jóvenes de entre 25 y 29 años) confirmaban el viraje que desde 1994 venía anunciándose: el VIH se expandía fuera de los grupos inicialmente estigmatizados. La enfermedad se inscribía en los márgenes de la “normalidad”, interpelando a los sectores medios y populares urbanos, especialmente del conurbano y de la franja costera. El propio Mussi enfatizaba que “el 99 por ciento de los portadores recibe asistencia en hospitales públicos”, cifra que condensaba tanto el carácter social de la epidemia como la dependencia estructural del sistema estatal de salud (Clarín, 12/02/1996, p. 8).

Ese dato anticipaba una de las discusiones centrales del período: el derecho al acceso universal a los tratamientos. Apenas unos meses después, en mayo de 1996, la Cámara de Diputados bonaerense debatió la incorporación de un artículo 5º bis a la Ley 11.506 de 1994 (Ley Integral para la Prevención, Investigación y Tratamiento del Sida), con el fin de garantizar la provisión gratuita de medicamentos a todos los habitantes de la provincia (Diario de Sesiones PBA, 16/05/1996, pp. 1658-1659). El proyecto, impulsado por el diputado Mario Luis Espada (UCR), retomaba las recomendaciones emanadas del Segundo Congreso Argentino de Sida (Córdoba, 1995) y ponía en primer plano una exigencia normativa: transformar la provisión de fármacos –hasta entonces una práctica administrativa dependiente de presupuestos y programas– en un derecho jurídico explícito.

En los fundamentos del proyecto se reconocían los avances en materia de prevención y organización del programa provincial, pero simultáneamente se puntualizaba que la expansión del virus y la creciente fragilidad económica de amplios sectores exigían medidas más contundentes. La propuesta legislativa planteaba una dislocación epistemológica y política: el medicamento dejaba de ser concebido como un insumo médico entre otros, y pasaba a ser pensado como un bien social integrante del derecho a la salud. Esa reivindicación no solo remitía a un imperativo humanitario, sino que se anclaba en la reforma constitucional bonaerense de 1994, que había incorporado el derecho a la salud en el catálogo de derechos sociales, ofreciendo así un soporte jurídico para exigir prestaciones efectivas por vía normativa.

Las implicancias prácticas de tal consagración eran múltiples y de largo alcance. Jurídicamente, convertir la provisión de antirretrovirales en un deber del Ministerio implicaría la posibilidad de demandas judiciales por incumplimiento (reclamos individuales y colectivos), y, por tanto, una mayor judicialización de las políticas sanitarias. Administrativamente, habría que prever partidas presupuestarias estables y mecanismos de compra y logística capaces de garantizar suministro continuo, seguimiento clínico y adherencia terapéutica. En un contexto donde la provisión dependía mayoritariamente del sector público hospitalario (según los registros provinciales), asegurar la cobertura gratuita exigía rediseñar circuitos de adquisición, almacenamiento y dispensación de medicamentos, así como fortalecer la red de atención primaria y los laboratorios de apoyo.

Económicamente, la propuesta chocaba con la realidad fiscal del momento. La década de los noventa vislumbraba cada vez mayores restricciones presupuestarias y reformas que habían descentralizado responsabilidades sin ser acompañadas con recursos equivalentes. La referencia, en la misma sesión legislativa, al deterioro financiero de instituciones

como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) no fue gratuita: indicaba que la ampliación de derechos en el papel exigía una capacidad de financiamiento que no siempre estaba garantizada. Garantizar acceso universal a fármacos caros (en particular con la generalización de terapias combinadas de alta eficacia que se consolidaban por entonces) habría significado un compromiso financiero sostenido y creciente.

Políticamente, la iniciativa señalaba un viraje en el sentido de la respuesta estatal: la enfermedad comenzaba a pensarse no solo como un problema de prevención y cambio de conductas, sino como una cuestión de justicia distributiva y derechos sociales. Este desplazamiento fue propiciado tanto por datos epidemiológicos que mostraban mayor cantidad de casos en mujeres y jóvenes, como por la acción de organizaciones de la sociedad civil que reclamaban el acceso efectivo a tratamientos. El resultado fue una creciente tensión entre la retórica de alcance universal y la facticidad de la capacidad de provisión; en el medio, se ubicaban pacientes y familias cuya supervivencia dependía del acceso sostenido a los medicamentos.

También emergió con fuerza el debate sobre la dependencia de la provisión, puesto que la mayoría de los antirretrovirales seguía siendo importada y su precio estaba sometido a las reglas del mercado y a las patentes internacionales. Así, la garantía normativa no resolvía por sí sola la cuestión del costo ni la vulnerabilidad de la cadena de suministro; habría requerido estrategias complementarias (negociaciones con laboratorios, compras agrupadas, exploración de producción local o acuerdos de licencias) para traducir el derecho formal en un suministro real y estable. Conceptos que luego se volverían relevantes, como la “farmacoprecariedad” o la “fragilidad del acceso a medicamentos” en contextos de crisis, ya se insinuaban en las preocupaciones legislativas y técnicas de la época.

La prensa, que había cubierto de manera intensa la información epidemiológica de la costa atlántica, reforzó esa lectura. El incremento de los casos en la Región Sanitaria VIII se narraba no solo como un dato médico, sino como un síntoma de vulnerabilidad social y territorial. La concentración de casos en el sistema público y el predominio de jóvenes heterosexuales de sectores medios y bajos transformaban al sida en un espejo de las desigualdades estructurales.

En este sentido, la epidemia se desplazó de la moral de la prevención hacia la ética del cuidado. Si durante los primeros años el objetivo había sido hablar de sida para romper el silencio, entonces el desafío era sostener tratamientos costosos en un sistema en crisis, garantizando una atención equitativa frente a un fenómeno que se expandía con más rapidez que la capacidad institucional de respuesta.

Hacia mediados de 1996, el discurso sanitario bonaerense experimentaba un giro sustantivo. La preocupación ya no se centraba únicamente en la difusión del virus, sino en quiénes se enfermaban y en cómo se garantizaba su tratamiento. En un contexto de descentralización administrativa y escasez presupuestaria, la gestión provincial comenzó a elaborar una narrativa que vinculaba el avance del VIH/sida con las desigualdades estructurales, presentándolo como un fenómeno inseparable de la pobreza, la exclusión y la fragilidad institucional.

El asesor del Ministerio de Salud, Remo Salve, sintetizaba esa nueva mirada al afirmar que el sida se volvía cada vez más pobre, joven y femenino (El Norte de San Nicolás, 27/05/1996). Esta caracterización condensaba el desplazamiento epidemiológico que se venía observando desde comienzos de la década: la feminización progresiva de la epidemia, el crecimiento de los casos pediátricos y la expansión del contagio heterosexual. Como ya se ha mencionado, el sida dejaba de ser percibido como una enfermedad de minorías estigmatizadas para transformarse en un espejo de las vulnerabilidades sociales.

En junio de ese mismo año, el ministro Juan José Mussi reafirmaba esta orientación al anunciar una nueva campaña de prevención, respaldada económicamente por la Unión Europea. En su discurso, intentó moderar la alarma pública generada por los medios que hablaban de decenas de miles de infectados:

Denunciados en este momento andan alrededor de los ocho mil casos”, reconoció oficialmente el ministro de Salud bonaerense, Juan José Mussi, al anunciar el próximo lanzamiento de una campaña provincial de prevención que contará con el apoyo económico de la Unión Europea.

El titular de la cartera descartó la cifra de 40,000 infectados con el virus que difundieron algunos medios de prensa local y dijo que ‘habrá que esperar una nueva etapa para hacer una valoración sobre el número real de casos’.

El ministro dijo que ‘se especulaba con la denuncia de un 30 por ciento de los casos’, y puso de ejemplo que ‘cuando teníamos 3600 denunciados, se calculaba en 9,000 y 10,000 los verdaderos, pero en los últimos tiempos los casos se denunciaron con mayor frecuencia’ (La Mañana, 19/6/1996, p. 11).

El propio Salve detallaba que el programa preventivo provincial preveía la capacitación de más de 7,000 agentes multiplicadores en prevención, entre ellos estudiantes, líderes barriales y trabajadores de la salud. Esa estrategia, sostenida por financiamiento internacional, no solo reforzaba la territorialización del programa, sino que también convertía a la provincia en un espacio de cooperación técnica y aprendizaje transnacional. La articulación con la Comunidad Europea se inscribía en una lógica de modernización sanitaria, donde el conocimiento experto, la asistencia externa y la formación local se combinaban para compensar las debilidades del sistema público.

Este gesto de prudencia no solo buscaba ordenar la comunicación epidemiológica, sino también preservar la legitimidad técnica del Ministerio frente a la opinión pública y los organismos internacionales, en un momento en que la información sanitaria se había vuelto un terreno de disputa política.

La cobertura mediática de mediados de 1996 comenzaba a registrar una transformación significativa en el modo de narrar la epidemia. Las noticias sobre la aparición de nuevos tratamientos antirretrovirales (Hoy, 18/06/1996), marcaron el ingreso del país y de la provincia de Buenos Aires en una fase distinta de la epidemia del sida, caracterizada por la expectativa científica y, a la vez, por la conciencia de que ese progreso podía agravar las desigualdades existentes. El discurso sanitario se desplazaba así del terreno moral y preventivo hacia una dimensión biomédica y económica, donde la posibilidad de sobrevivir se medía en función del acceso a medicamentos costosos, y de la capacidad estatal para adquirirlos y distribuirlos.

El jefe del Programa sida bonaerense, Jorge Contarelli, expresaba con precisión ese equilibrio inestable entre esperanza y cautela. Si bien reconocía el potencial de las nuevas drogas, advertía que su costo (entre 400 y 600 pesos mensuales) las volvía inalcanzables para la mayoría de los enfermos. En sus declaraciones, la sensación cauto-optimista condensaba una doble lectura: por un lado, la promesa de una revolución terapéutica; por otro, la constatación de que la innovación científica podía profundizar la brecha entre quienes podían pagarla y quienes dependían del sistema público de salud (Hoy, 18/06/1996).



En este contexto, los discursos médicos y periodísticos comenzaron a reconstruir una nueva pedagogía del riesgo. En medios televisivos populares como *Crónica* se insistía en la responsabilidad individual de los jóvenes, que imprimía un tono moralizante que convivía con los avances de los tratamientos farmacológicos:

El 80% de los portadores evolucionarán hacia la temida infección, siendo [sic] el promedio general de edad de los enfermos de 25 a 28 años para los hombres y 22 para las mujeres.

‘No se cuidan. Parece mentira, pero pese a que saben todo, los escuchás hablar y te das cuenta de que tiene relaciones sexuales sin tomar el menor recaudo. Debemos insistir hasta el cansancio para abrirles los ojos’, comentó un integrante del equipo de Infectología del Policlínico de La Plata, refiriéndose a los adolescentes con los que dialogan diariamente. El doctor Cantarelli, por su parte, señaló que ‘desde su aparición en grupos de homosexuales, año tras año se expandió demostrando que no había comunidades de riesgo, sino comportamientos riesgosos en todos los grupos sociales’ (*Crónica*, 18/06/1996, p. 4).

Esa retórica, que apelaba al autocontrol y a la educación sexual, mostraba que la medicalización no había desplazado del todo la matriz disciplinaria de la prevención: el sida seguía siendo presentado como un fenómeno que exigía tanto ciencia como conducta.

Simultáneamente, la política provincial buscaba reforzar su legitimidad a través del vínculo con la comunidad científica internacional. La visita a la provincia de la viróloga francesa Françoise Barré-Sinoussi (una de las descubridoras del VIH), organizada por la Cámara de Diputados bonaerense, fue leída como un reconocimiento externo al trabajo local y como un intento de situar a Buenos Aires en el mapa global de la lucha contra el sida (*Crónica*, 18/06/1996). Las conferencias que la especialista ofreció en Bahía Blanca, Tandil, Mar del Plata y La Plata funcionaron como actos de diplomacia científica, en los que la ciencia, la política y la comunicación se articularon para producir una imagen de Estado moderno, abierto al intercambio internacional y comprometido con la investigación y la prevención.

Hacia mediados de 1996, por tanto, la política sanitaria bonaerense se encontraba en una fase de redefinición estratégica. El discurso oficial combinaba la retórica de la prevención con la urgencia del tratamiento, el lenguaje de los derechos con las limitaciones presupuestarias y el optimismo científico con la constatación de nuevas desigualdades sociales. En ese equilibrio inestable, el sida se convertía en un fenómeno total: sanitario, económico, jurídico y moral. La provincia, a través de sus funcionarios, buscaba sostener, aunque con limitaciones, una imagen de Estado activo y moderno, capaz de dialogar con organismos internacionales, de innovar en la gestión y de responder a una epidemia que desbordaba los límites tradicionales de la salud pública.

Durante el segundo semestre de 1996, el discurso sanitario bonaerense alcanzó una madurez institucional que buscó reafirmar la legitimidad de las políticas provinciales frente a la opinión pública y los organismos internacionales. La declaración de interés legislativo del Programa Provincial de Prevención del sida, impulsada por la Cámara de Diputados, consolidó el reconocimiento político de una iniciativa que venía construyéndose desde hacía dos años y que había logrado atraer financiamiento externo por parte de la Comunidad Europea (*La Unión*, 25/07/1996; *Impacto!*, 01/08/1996). El apoyo económico (cerca de un millón y medio de dólares entre 1996 y 1998) no solo representaba un alivio presupuestario en un contexto de escasez de recursos, sino también un gesto simbólico: la validación internacional del modelo bonaerense de descentralización sanitaria y educación preventiva.

El ministro Mussi se valió de ese reconocimiento para reforzar el carácter pedagógico y territorial del programa. En sus declaraciones, reiteró la fórmula que había ganado centralidad en los meses anteriores (“el sida es cada vez más pediátrico, más femenino y más joven”), pero esta vez la inscribió en un marco de cooperación técnica transnacional. El financiamiento europeo permitió proyectar la capacitación de miles de docentes, líderes comunitarios y trabajadores de la salud, junto con la producción masiva de materiales educativos y de comunicación. La estrategia apuntaba a convertir al aula, el club y el barrio en espacios de multiplicación del mensaje preventivo. En ese sentido, la política sanitaria bonaerense no solo respondía a la lógica descentralizadora de la época, sino que intentaba construir una red pedagógica provincial que amalgamara saberes expertos y prácticas comunitarias.

El programa, además, reflejaba una comprensión compleja de la epidemia: combinar la prevención dirigida a grupos específicos de riesgo con la educación generalizada en la población estudiantil y en las mujeres en edad reproductiva. Detrás de esa formulación se leía una redefinición del concepto de riesgo, que dejaba de estar circunscripto a minorías estigmatizadas y se expandía a toda la sociedad. La alianza con la Comunidad Europea ofrecía, así, no solo apoyo financiero sino también legitimidad discursiva, reforzando la imagen de un Estado provincial moderno, articulado con la cooperación internacional y sensible a las transformaciones epidemiológicas globales.

Sin embargo, ese mismo proceso de institucionalización trajo consigo nuevos cuestionamientos. En agosto de 1996, el diputado radical Humberto Maglione presentó un proyecto de solicitud de informes que ponía en evidencia las contradicciones del modelo sanitario bonaerense. En su intervención, advertía que Buenos Aires concentraba el 36% de los casos nacionales de sida (con un 80% en el conurbano) y que, entre los adolescentes, la proporción alcanzaba el 43%. Más allá de las cifras, su diagnóstico subrayaba el carácter estructuralmente desigual de la epidemia: el 80% de los afectados pertenecía a los sectores medios y bajos, y casi el 60% tenía solo educación primaria (Diario de Sesiones PBA, 15/08/1996, p. 4050).

La descripción del hospital San Juan de Dios de La Plata, con apenas nueve camas y sin recursos suficientes para aplicar tratamientos farmacológicos, operaba como símbolo del deterioro material de la red pública. El contraste entre el reconocimiento internacional y la precariedad hospitalaria revelaba una brecha creciente entre el discurso modernizador del Ministerio y las condiciones reales de atención. Al denunciar la falta de insumos, la carencia de bioseguridad y la sobrecarga del personal médico, Maglione ponía en escena una crítica más amplia: la descentralización sin financiamiento suficiente había convertido a los hospitales provinciales en la primera línea de contención de una epidemia que seguía expandiéndose entre los sectores más vulnerables.

El reclamo legislativo sintetizaba, en última instancia, las tensiones del período. Mientras el Estado provincial buscaba afirmarse como actor sanitario autónomo, capaz de gestionar cooperación internacional, capacitar agentes locales y sostener programas educativos, las limitaciones estructurales del sistema público evidenciaban los riesgos de una política más discursiva que material. La visibilidad y la cooperación, aunque necesarias, no bastaban para compensar la fragilidad presupuestaria ni la desigual distribución territorial de recursos.

Hacia fines de 1996, el abordaje del VIH/sida en la provincia de Buenos Aires ingresó en una etapa de consolidación y contradicción simultáneas. Por un lado, el programa provincial había alcanzado reconocimiento internacional y respaldo legislativo; por otro, comenzaban a aflorar las tensiones derivadas de la dependencia financiera, la fragmentación administrativa y el desgaste del sistema hospitalario. La expansión territorial de la

epidemia y las desigualdades estructurales del sistema público configuraron un escenario en el que los logros institucionales convivían con las carencias materiales.

A fines de agosto de ese año, el Ministerio de Salud bonaerense difundió un nuevo informe que confirmaba el desplazamiento geográfico y social del virus. Según los datos oficiales, desde 1985 hasta marzo de 1996 se habían registrado 2,524 casos de enfermos, de los cuales casi el 80% residía en el conurbano bonaerense. El resto se distribuía entre la costa atlántica (9.3%), el interior provincial (7.1%) y la ciudad de La Plata (65%) (Hoy, 29/08/1996). La caracterización epidemiológica mantenía el énfasis en mujeres y jóvenes, pero incorporaba una dimensión social más marcada: la drogadicción aparecía como principal vía de contagio (46.9%), seguida por las relaciones homo-bisexuales (21.6%) y heterosexuales (18.3%). La composición etaria –promedios de 29 años en hombres y 23 en mujeres– y la concentración en los sectores urbanos empobrecidos consolidaban la idea de una epidemia socialmente estructurada, donde el riesgo se distribuía de acuerdo con las condiciones de vida y no solo las conductas individuales.

En paralelo, la discusión sobre los tratamientos farmacológicos adquiría una centralidad inédita. En septiembre de 1996, la prensa provincial y nacional registró una serie de comunicados oficiales en los que el Ministerio de Salud se vio obligado a responder a cuestionamientos opositores sobre la falta de medicamentos en los hospitales públicos (Hoy, 09/09/1996; La Nación, 09/09/1996; Crónica, 09/09/1996; Diario Popular, 09/09/1996). Las notas coincidieron en reproducir una misma afirmación institucional:

#### Distribuyen drogas contra el sida

El Ministerio de Salud bonaerense informó que distribuye ‘en forma fluida todas las drogas antirretrovirales que provee el gobierno nacional, destinadas al tratamiento de pacientes infectados con el virus de la [inmunodeficiencia humana]’, y que los establecimientos sanitarios provinciales “deben solicitarlas en tiempo y forma para ser entregadas en las distintas regiones sanitarias”.

En este sentido, la división Prensa del Ministerio explicó que se puso en marcha una licitación para la adquisición de AZT jarabe y DDC.

Los medicamentos disponibles durante este año para el tratamiento de pacientes con sida son, además del AZT jarabe y DDC, Fluconazol, Caicid, Ganciclovir, AZT, 3TC, DDI, y otros (Diario Popular, 9/9/1996, p. 4).

Más allá del tono administrativo, la insistencia en la fluidez de la distribución revelaba una preocupación política. Las críticas de legisladores radicales por la supuesta falta de provisión no se limitaban a una disputa partidaria: exponían las debilidades estructurales de la gestión sanitaria descentralizada, que dependía del suministro nacional y de una logística provincial con recursos limitados. La aclaración ministerial funcionó, en ese contexto, como un intento de preservar la legitimidad técnica del programa y de mostrar capacidad operativa en un momento en que la opinión pública comenzaba a asociar el acceso a medicamentos con el derecho a la vida. En otras palabras, la controversia sobre los retrovirales era también una disputa sobre la autoridad moral y científica del Estado.

Las tensiones entre discurso, presupuesto y realidad hospitalaria alcanzaron su punto más visible hacia fines de 1996. En noviembre, la Cámara de Diputados provincial trató un nuevo pedido de informes sobre la situación del Hospital San Juan de Dios de La Plata, considerado centro de referencia en materia de enfermedades infecciosas (Diario de Sesio-

nes PBA, 14/11/1996, p. 6573). El proyecto, presentado por la diputada Simonetti (MODIN), denunció la saturación del servicio de infecciosas, donde “enfermeros y profesionales se calzan los barbijos todos los días para ingresar a la sala 12 a enfrentarse con las epidemias del nuevo siglo.[1] Por los consultorios externos del servicio pasan unas 399 personas cada mes. El 80% de esa cifra corresponde a consultas relacionadas con el VIH . Entre sida y tuberculosis, el número de pacientes crece”. La descripción era elocuente: un hospital con infraestructura deteriorada, personal exhausto y escasos recursos, atendía a cientos de pacientes sin cobertura y dependía del flujo irregular de medicamentos provenientes del programa nacional. La mención a la coexistencia de sida y tuberculosis multirresistente añadía dramatismo y complejidad al panorama, y mostraba cómo la inmunodepresión y la pobreza se entrelazaban en una misma trama patológica.

En la misma sesión, otros legisladores ampliaban la crítica hacia el plano presupuestario. El diputado Luis Blanco (UCR) advertía que el presupuesto provincial para salud proyectado hacia 1997 no solo disminuía en términos reales (de 365 millones a 351 millones), sino que además precarizaba al personal mediante traslados y contratos flexibles. Pero el dato más contundente fue el que refería al gasto destinado específicamente al sida:

Este presupuesto está discriminando a las personas con sida. En el presupuesto están destinados 32,000 pesos para la atención de los pacientes con sida pero afectados específicamente hay 1,000 pesos. Quiere decir que vamos a destinar nada más que dos pesos por año para cada paciente con [VIH], según este presupuesto. Estoy seguro que el año 1998, si no se asignan nuevas partidas presupuestarias, lamentablemente vamos a ver a esta gente solicitando atención en los hospitales públicos, haciendo campañas –que deben merecer nuestro apoyo– para acceder a una atención digna (Diario de Sesiones PBA, 28-11-1997, p. 6338).

Estas intervenciones legislativas condensaban un cambio de tono en el debate público sobre el sida. Si entre 1994 y 1995 la preocupación se había centrado en la visibilidad y la prevención, hacia 1996 la discusión giraba en torno a la gestión de recursos, la equidad en el acceso a tratamientos y la capacidad del Estado para sostener una política social efectiva. El sida, más que un problema médico o moral, se transformaba en un indicador del grado de descomposición o resiliencia del sistema sanitario público.

El discurso del ministro Juan José Mussi ante la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires del 22 de octubre de 1998 ofrece una perspectiva privilegiada para comprender el modo en que el Estado bonaerense reelaboró retrospectivamente su experiencia frente al VIH/sida. No se trató de una exposición técnica ni de un mero balance sanitario, sino de un ejercicio político de memoria institucional: un relato donde la gestión se presentaba como modelo de continuidad, aprendizaje y adaptación frente a una de las crisis epidemiológicas más significativas del período.

Desde sus primeras líneas, Mussi procuró ordenar el pasado reciente. En un tono que combinaba defensa y reivindicación, subrayaba que el gobierno provincial había asumido con responsabilidad y sensibilidad social la atención del sida, incluso en momentos de restricción presupuestaria y de ausencia de lineamientos claros por parte del nivel nacional. La apelación a la responsabilidad condensaba el núcleo simbólico de su discurso: la idea de que el Estado provincial había respondido no solo con recursos, sino con presencia moral y política.

El ministro enmarcó el problema dentro de una visión integral de la salud pública. A diferencia de los años iniciales, en los que el VIH/sida se había asociado al pánico moral y a la excepcionalidad, en 1998 Mussi lo integraba en un repertorio más amplio de desafíos sociales: pobreza, marginación, desempleo, tuberculosis, desnutrición. En su lectura, la enfermedad ya no era un “caso aislado”, sino un síntoma de las desigualdades estructurales que atravesaban a la provincia. Este giro discursivo resultaba crucial, porque desplazaba el eje desde la prevención individual hacia la responsabilidad colectiva, y situaba al sida dentro de una narrativa de justicia social y equidad sanitaria.

Uno de los ejes centrales de su intervención fue la defensa del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida, creado en 1994 y ampliado a partir de los convenios con la Comunidad Europea. Mussi lo presentó como ejemplo de modernización administrativa y de cooperación internacional exitosa: la capacitación de miles de docentes, trabajadores de la salud y líderes comunitarios se transformaba, en su discurso, en una demostración de soberanía provincial. Allí donde el Estado nacional carecía de continuidad, la provincia ofrecía planificación y resultados. El ministro insistía en que la educación sanitaria debía concebirse como política estructural de salud pública. La multiplicación de agentes de prevención era, en esa clave, una forma de democratizar el saber médico y de anclar el Estado en el territorio.

Esa noción de Estado pedagógico, presente a lo largo de toda su exposición, sintetizaba la matriz ideológica que había guiado las políticas bonaerenses de la década. Hablar de salud implicaba hablar de ciudadanía, y hablar de sida equivalía a disputar el sentido social del riesgo y la vulnerabilidad. En esa retórica, la autoridad sanitaria no se limitaba a distribuir medicamentos o coordinar hospitales: su tarea era educar, orientar y sensibilizar a la población. De ese modo, el discurso de Mussi recuperaba la dimensión comunicativa de la gestión provincial (las campañas, los programas en escuelas, los convenios con universidades y medios locales) como parte de una pedagogía pública orientada a reconstruir el lazo entre Estado y sociedad.

Sin embargo, la intervención no eludía los límites del modelo. El propio ministro reconoció la persistencia de dificultades en la provisión de antirretrovirales y en la capacidad hospitalaria, pero buscó transformar esas carencias en signos de esfuerzo y compromiso. La precariedad, decía implícitamente, era una prueba de vocación pública, no de fracaso. Esa resignificación de la escasez, como rasgo inherente a la acción estatal en tiempos de crisis, expresaba una forma particular de legitimidad: la eficacia moral del Estado antes que su eficiencia material.

Así pues, la exposición puede leerse como un punto de inflexión en la representación estatal de la epidemia. Durante la primera mitad de la década, la respuesta provincial se había articulado en torno a la visibilidad y la prevención; en la segunda mitad, la irrupción de los tratamientos y las demandas judiciales por acceso gratuito obligaron a redefinir las coordenadas del debate. El sida pasó a ser un campo de disputa sobre derechos, financiamiento y autoridad técnica. En ese marco, Mussi procuró sostener un equilibrio entre las demandas de justicia social y las restricciones del modelo económico: una pedagogía de la prevención sin dejar de lado la gestión farmacológica, una apelación a la solidaridad sin prometer lo que el presupuesto no podía garantizar.

El ministro cerraba la década instalando una narrativa que buscaba proyectar legitimidad hacia el futuro. El sida se convertía, en su discurso, en un laboratorio de la acción estatal: un ámbito donde la provincia había ensayado formas de coordinación interjurisdiccional, cooperación internacional y descentralización operativa que luego se aplicarían a otras políticas sociales. En términos analíticos, podría decirse que el VIH/sida funcionó como una escuela de gobierno, donde se pusieron a prueba los límites del Estado posrefor-

ma, la relación entre técnica y política, y la capacidad de articular un lenguaje común entre médicos, funcionarios y ciudadanos.

El balance final muestra un proceso de institucionalización sostenido aunque desigual. La provincia de Buenos Aires logró dotarse de instrumentos normativos, programas permanentes y redes de prevención territorial, pero enfrentó crecientes tensiones entre la ampliación de derechos y la restricción de recursos. En ese dilema residió, quizás, el rasgo más característico de la política sanitaria bonaerense de los noventa.

El discurso de Mussi sintetizó esa paradoja con claridad: reivindicó el esfuerzo provincial, celebró la cooperación internacional y apeló a la educación como arma preventiva, pero lo hizo desde la conciencia de un Estado que ya no podía ser omnipotente. El sida, en este sentido, no solo fue una crisis sanitaria, sino también un espejo en el que la provincia miró sus límites y sus posibilidades.

Hacia fines de la década, la respuesta bonaerense frente al VIH/sida había evolucionado de una política de emergencia a una política de Estado, con programas permanentes y redes territoriales. No obstante, este proceso fue desigual: la expansión de derechos y la institucionalización de programas coexistieron con limitaciones materiales y con la necesidad de redefinir constantemente el equilibrio entre expectativas sociales y capacidad gubernamental. En las palabras de Mussi, ese (presunto y limitado) logro no residía tanto en haber vencido a la enfermedad como en haber mantenido viva la presencia del Estado allí donde más se lo necesitaba.

## Conclusiones

El análisis de la política bonaerense frente al VIH/sida durante la década de los noventa permite observar un proceso complejo de transformación que abarcó desde la visibilidad inicial del problema hasta la tentativa de institucionalización de una respuesta estatal articulada, territorializada y con proyección internacional. En ese recorrido, la provincia de Buenos Aires se movió entre tensiones estructurales, restricciones presupuestarias y márgenes de autonomía que le permitieron, de manera parcial pero significativa, construir una narrativa y un aparato de gestión propios frente a la epidemia.

En los primeros años de la década, el VIH/sida aparecía como un tema fragmentado, marcado por la ausencia de lineamientos claros y por el predominio de un discurso nacional centrado en la coordinación general y en la necesidad de alineamiento con organismos internacionales. Sin embargo, la provincia logró insertar la problemática en su agenda a partir de una estrategia que combinaba la visibilidad pública con la producción de conocimiento técnico. La difusión de datos estadísticos, la realización de encuestas provinciales y la implementación de campañas pedagógicas constituyeron los primeros pasos hacia una política que buscaba no solo informar, sino construir legitimidad estatal y establecer presencia territorial. La publicación de información epidemiológica, desde la mortalidad hasta los patrones de venta de preservativos, simbolizó un cambio de paradigma: reconocer la existencia de la epidemia y dotarla de un marco de comprensión social era un primer acto de prevención y, al mismo tiempo, un gesto político de afirmación institucional.

El Ministerio de Salud bonaerense, bajo la conducción de Juan José Mussi, articuló un discurso que combinaba lenguaje epidemiológico, educación pública y sensibilización moral. El énfasis en la heterosexualización del contagio (con preponderancia creciente en jóvenes y mujeres) de la epidemia reflejaba un viraje conceptual: el VIH/sida dejaba de ser percibido como una enfermedad de minorías estigmatizadas y pasaba a ser interpretado como un fenómeno social que afectaba a toda la población. En paralelo, la incorporación de expresiones culturales y artísticas en las campañas, junto con la participación de actores comunitarios como farmacéuticos y líderes barriales, permitió trasladar la prevención al



plano cotidiano y establecer vínculos de proximidad entre Estado y comunidad. La territorialización del Programa Provincial de Prevención y Control del VIH/sida, orientada hacia la municipalización y la capacitación de agentes multiplicadores, expresaba un doble objetivo: descentralizar la gestión sin perder coherencia técnica y consolidar un modelo de intervención que integrara saberes locales, científicos y transnacionales.

A mediados de la década, el foco de la política bonaerense se desplazó hacia la gestión de los tratamientos farmacológicos y la garantía del derecho a la salud. La discusión sobre la provisión gratuita de antirretrovirales puso en evidencia la tensión entre aspiraciones normativas y limitaciones materiales: asegurar el acceso universal exigía no solo voluntad política, sino también capacidad administrativa, financiamiento sostenido y logística eficiente, en un contexto donde la mayoría de los medicamentos dependía de importaciones y estaba sujeta a los precios internacionales. Esta articulación entre derechos, economía y tecnología sanitaria evidenció que el VIH/sida no podía abordarse únicamente desde la prevención o la educación: la enfermedad se volvía un indicador de las desigualdades sociales y de la fragilidad estructural del sistema de salud.

El discurso oficial bonaerense durante este período mostró un notable esfuerzo por equilibrar múltiples dimensiones: la prevención y la educación, la comunicación transparente, la cooperación internacional y la gestión técnica; la promoción de derechos individuales y la responsabilidad colectiva; la esperanza generada por los avances farmacológicos y la conciencia de las desigualdades sociales que condicionaban el acceso a estos tratamientos. La provincia se presentó como un Estado activo, moderno y capaz de dialogar con organismos internacionales, aun cuando las tensiones entre discurso, presupuesto y capacidad operativa permanecían como una constante. La legitimidad adquirida a través del financiamiento europeo y el reconocimiento internacional contrastaba, sin embargo, con la precariedad de la infraestructura hospitalaria y la sobrecarga del personal sanitario, y revelaba que la institucionalización del VIH/sida era un proceso todavía incompleto y en permanente negociación.

En términos más amplios, la experiencia bonaerense de los años noventa evidencia la centralidad de la visibilidad y la comunicación en la construcción de políticas sanitarias efectivas. La producción de información confiable, la difusión estratégica de estadísticas y la articulación de campañas pedagógicas sirvieron como herramientas no solo de prevención, sino también de afirmación de la capacidad estatal en un contexto de descentralización y restricciones presupuestarias. Además, la narrativa provincial contribuyó a redefinir la percepción social del VIH/sida, incorporando dimensiones de género, edad y vulnerabilidad socioeconómica, y desplazando el estigma hacia una comprensión más amplia y empática de la enfermedad.

Finalmente, la trayectoria de la política bonaerense frente al VIH/sida permite concluir que la institucionalización de una respuesta integral requiere equilibrar dimensiones técnicas, sociales, económicas y políticas. La provincia, a través de sus programas, discursos y estrategias de cooperación internacional, logró construir un modelo que articulaba prevención, educación, tratamiento y territorialización. Al mismo tiempo, las tensiones derivadas de la desigual distribución de recursos, la dependencia de provisiones externas y la fragilidad de la infraestructura sanitaria muestran los límites de la política pública frente a fenómenos complejos y dinámicos como una epidemia. En este sentido, la experiencia bonaerense puede leerse como un ensayo de gestión integral: un esfuerzo por convertir la visibilidad en acción concreta, el conocimiento en política y la crisis sanitaria en aprendizaje institucional. La lección central de este proceso reside en comprender que la eficacia de una política frente al VIH/sida depende tanto de la capacidad de articular recursos y actores, como de la voluntad de construir una narrativa pública que reconozca la magnitud

de la epidemia, visibilice a sus víctimas y consolide un marco ético y técnico que trascienda los límites del corto plazo.

### Referencias

- Araoz, Isabel. (2024). *Los rostros del sida: archivo, memoria y derechos humanos*. Primer Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinarios sobre Diversidad Sexual y de Género. Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (Escuela IDAES), General San Martín.
- Bloch, Claudio, Weller, Silvina, & Cahn, Pedro (1999). *El sida en la Argentina: epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires: Arkhetypo.
- Duby, Georges. *El año mil*. Barcelona: Gedisa, 1983.
- Gagliolo, Agostina Aixa (2022). *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 doctoral, Universidad de Buenos Aires].
- Gagliolo, Agostina Aixa (2024). *Devenir-con-VIH: una historia corporificada de la epidemia de VIH/sida en Argentina*. *Etnografías Contemporáneas*, 10(18), 52–76.
- Kornblit, Ana Lía (2000). *El sida y la sociedad: las respuestas sociales ante el VIH*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kornblit, Ana Lía (2004). *Políticas públicas y sociedad civil frente al VIH/sida*. Buenos Aires: Biblos.
- Linares, Luciana, & Manzo, Alexis (2021). El amor después del amor. Recorridos posibles de la pandemia de VIH/sida en Argentina. En Álvarez, A. (Comp.), *Del cólera al covid-19: un recorrido por viejas y nuevas pandemias en la Argentina*. Mar del Plata: EUEM.
- Miranda, Marisa Adriana (2021). Heteronormatividad y disidencias: Argentina ante la sífilis y el sida. *Historia y Sociedad*, (41), 45–68.
- Mendes, Carlos (2012). *El Estado frente al sida: tensiones y políticas públicas en la Argentina de los noventa*. Buenos Aires: Prometeo.
- Pecheny, Mario, Figari, Carlos, & Jones, Daniel. (2008). *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Petruzzi, Aylén. (2024). *Políticas de lo visible: representaciones artísticas y mediáticas sobre el VIH en Argentina entre 1980 y 1990* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de La Plata].

### Leyes y decretos

- Argentina. (1990). *Ley Nacional 23.798. Declárase de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (1992). *Decreto Nacional 879/1992. Fondo de Financiamiento de Programas Sociales en el Conurbano Bonaerense*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Provincia de Buenos Aires. (1994). *Ley 11.506. Ley Integral para la Prevención, Investigación y Tratamiento del sida*. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires.
- Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (1991–1999). *Diario de Sesiones de la Provincia de Buenos Aires*.

### Fuentes hemerográficas y parlamentarias

- Clarín. (12 de febrero de 1996). *Casos de VIH en la Región Sanitaria VIII aumentaron un 40 %*. p. 8.

- Crónica. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra el sida*. p. 4.
- Diario de Sesiones de la Provincia de Buenos Aires. (16 de mayo de 1996). Debate sobre la incorporación del artículo 5º bis a la Ley 11.506, pp. 1658–1659.
- Diario Hoy. (1 de diciembre de 1995). *Campañas de prevención en farmacias*. p. 6.
- Diario Hoy. (29 de agosto de 1996). *Relevamiento oficial sobre casos de sida en la provincia de Buenos Aires*.
- Diario Hoy. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida*.
- Diario La Calle. (12 de febrero de 1996). *Aumentan los casos de VIH en la costa atlántica*.
- Diario La Calle. (5 de diciembre de 1995). *La risa es salud, pero el sida no es broma*.
- Diario La Nación. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida*.
- Diario Popular. (9 de septiembre de 1996). *Distribuyen drogas contra elsida*. p. 4.
- El Día. (4 de diciembre de 1995). *Hay que hablar de sida en todos lados*. p. 6.
- La Opinión. (28 de noviembre de 1995). *Resultados de encuesta provincial sobre VIH/sida*.