

Estrategias artísticas y la ocultación de las enfermedades en el espacio público

Alfonso del Río Almagro

Marta Rico Cuesta

*Universidad de Granada, España.
delrio@ugr.es - martaricocuesta@gmail.com*

Resumen

Este texto recoge las últimas fases del proyecto que venimos desarrollando desde el Grupo de Investigación HUM-425 (UGR). Su principal objetivo es cuestionar las políticas culturales de representación de la enfermedad, interfiriendo en los discursos que las generan y promoviendo nuevas formas de visibilización. Para ello, hemos analizado las causas de este silenciamiento en las sociedades avanzadas para comprender mejor los posicionamientos artísticos que se han desarrollado ante esta situación, en los que se favorece nuevas formas de relación, convivencia y representación de las enfermedades y se producen unos imaginarios visuales más diversos e inclusivos.

Palabras clave: Arte, enfermedad, espacio público, ocultación.

Artist Strategies and Diseases Concealment in the Public Space

Abstract

This text collects the last phases of the project that we have developed from the Research Group HUM-425 (UGR). Our principal aim is to question the cultural policies of how diseases are represented and how

they interfere in the speeches that generate them promoting new ways of visibilization. To do so, we have analyzed the reasons of this silence in advanced societies to understand better the artistic trends that they have developed in this situation. These trends tend to favour new forms of relation, coexistence and diseases representation producing more diverse and inclusive visual imaginary.

Keywords: Art, Disease, Public Space, Concealment.

1. INTRODUCCIÓN

El grupo de investigación HUM-425 de la Universidad de Granada desarrollamos una línea de trabajo sobre la capacidad de los lenguajes artísticos para cuestionar las políticas culturales de representación de la enfermedad en el espacio público, interfiriendo en los discursos que lo generan y promoviendo nuevas formas de visibilización y representación.

El objetivo de este proyecto es el análisis de los mecanismos que llevan a la ocultación pública de las enfermedades en las “sociedades avanzadas” desde la crisis del sida. Investigaremos sobre las posibles causas y modos de funcionamiento de estos dispositivos y reflexionaremos sobre las consecuencias de esta exclusión que, hoy en día, hace que continuemos sintiéndonos en la obligación de vivir en secreto algunas enfermedades. De esta forma podremos comprender algunas posturas que las estrategias artísticas han generado. Las fases de esta investigación que hemos desarrollado son las que a continuación se exponen.

2. LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DE LA ENFERMEDAD A PARTIR DE LA CRISIS DEL SIDA

En 1992 el artista Pepe Espaliú¹ se preguntaba, tras hacer pública su enfermedad: “¿Qué sociedad es ésta que, a finales del siglo XX está todavía obligando a ocultar estar muriendo?” (Espaliú citado en Casini & Sentis, 1992:57), ¿Qué sociedad es aquella que nos impide poder mostrar estar enfermos/as? El colectivo de artistas *Grand Fury*, sólo cinco años antes, había determinado en la obra *Let the record Show* (1987), *Silencio=Muerte*, no existe lo que no se habla. Pero después de décadas de cuestionamiento y resistencia por parte de las estrategias artísticas, de multitud de campañas de asociaciones y colectivos y de políticas de inclusión e información, nos planteamos aún si ha cambiado algo. Han pa-

sado décadas desde la cita de Espaliú y continuamos cuestionándonos si seguimos silenciando nuestras enfermedades y cuáles son las que debemos a callar públicamente y por qué.

El sida (Arrizabalaga, 1995; Cardín, 1985), evidenció la construcción cultural que toda enfermedad conlleva (Sendrail, 1983). Así, las enfermedades son sometidas por una intencionada significación (Treichler, 1987), estando determinado su padecimiento por su valoración social (Gorbea, 2012). La interpretación que cada sociedad hace de sus enfermedades condiciona tanto dicho proceso que establecerá el cómo las vivimos.

Al hablar de la crisis del sida (Crimp, 1988) no sólo lo hacemos de las ineficaces políticas preventivas, paliativas o de información desarrolladas por las instituciones responsables sino, también, de la elaboración social que toda enfermedad posee. El modo en que se abordó y dio a conocer el sida mediatizó su experiencia (Llamas, 1995). Quedó completamente determinada y marcada la relación que se establecería con la enfermedad, llegando a modificar nuestra percepción sobre la salud, la sexualidad y nuestra corporeidad, cambiando los comportamientos y la forma de relacionarnos. Todo ello hizo que se evidenciase las desigualdades y se obligase a vivirlo desde el secretismo y silencio para evitar el rechazo. “El SIDA es un nexo donde múltiples significados, historias y discursos se cruzan, se superponen, se refuerzan y se subvierten unos a otros” (Treichler citado en Grupo de trabajo Queer, 2005:45). Aún perduran en nuestra memoria las numerosas significaciones (Sontag, 1996), las distintas formas de asimilación social y cómo se han evidenciado y nombrado diversas enfermedades: tuberculosis, sífilis, hepatitis... Un ejemplo de ello es la vergüenza con la que se ha vivido los efectos secundarios de la quimioterapia, tapándolos y disimulándolos ante la sociedad, aunque algunas personas con valentía se desprenden de sus pelucas para hacer público el daño causado por las convenciones, como en la serie de imágenes de Enrique Escorza, 2009 (Canal & Cobo, 2011). A finales del siglo XX, el discurso sobre la salud se empleó como dispositivo de afianzamiento del discurso del miedo (O’Neill, 1990:329-342). Así, las enfermedades se convierten en un dispositivo biopolítico (Esposito, 2009; Foucault, 2009), un lugar de control y vigilancia de nuestros cuerpos y vidas. Luchamos contra las epidemias y enfermedades como si de ejércitos y enemigos se trataran², sirviendo de argumento identitario frente a lo diferente y lo extraño.

Por otro lado, desde el mundo del arte se tomó conciencia, postura activa y posicionamiento político ante la pandemia del sida (Aliaga &

Cortés, 1993; Barrón & Navarro, 2006; Martín, 2010). Esto ha sido uno de los logros más significativos de la historia de esta crisis y de la capacidad del arte de incidir directamente en su contexto social, político y cultural, cuestionando la construcción que se estaba realizando o las estrategias institucionales desarrolladas. Dichas propuestas eran una lucha contra la exclusión, denunciando la discriminación, planteando que la crisis sanitaria era realmente una crisis política y moral, con su régimen de representación visual que aún perdura (Larrazabal, 2011). Esto hizo posible la visibilidad de los/as afectados/as, dándoles la palabra y proponiendo nuevos referentes visuales e imaginarios (Gutiérrez, 2008:105). El arte pretendió mostrar otras realidades al régimen visual hegemónico, aspirando a perturbar las representaciones e intervenir en los medios con otras voces que reivindicaran la dignidad de quienes sufrían la enfermedad (Aliaga, 2008). Se tuvo que esperar a que determinados grupos de arte y activistas, como *Act Up*, *Grand Fury* o *Visual Aids* crearan nuevas imágenes provenientes de las manifestaciones, acciones e intervenciones llevadas a cabo en la calle (Río & Baya, 2013). El activismo artístico llevaba al espacio público la realidad de muchas de las víctimas de la pandemia y reclamaba que las autoridades rompiesen el silencio y se generase un debate gubernamental de las medidas políticas y sanitarias. Era un intento de llegar al ciudadano/a y plantear un cambio en términos de representación. Así lo muestran las acciones *Carrying* (1992) de Pepe Espaliú, que lograron que todos los medios de comunicación³ nacionales informasen sobre la enfermedad, recogiendo los testimonios de quienes habían sido apartados/as. Se crean unas imágenes en las que el artista enfermo dirige la acción compartida y genera otros referentes y nuevos debates. Espaliú entenderá que la enfermedad es parte de él, otorgándole una nueva identidad y formando parte de sus representaciones y mostrarla públicamente.

3. LA HOMOGENEIDAD DEL ESPACIO PÚBLICO

Una de las estrategias necesarias para crear modificaciones y fisuras que muestren los valores, normas y leyes de nuestro entorno y resalten los mecanismos de expulsión y localización, es el intervenir en el espacio público y en sus sistemas de representación.

El discurso espacial es “una realidad histórica construida de manera diferente por determinadas sociedades” (Sennet, 1997:19), conformado por intereses ideológicos y destinado a unos usos y modos concretos

de ocuparlo que lo hacen legible y urbanizado, donde habitarlo implica adaptarse a sus normas. La organización espacial es la naturalización de una dominación construida mediante la imposición de ciertas representaciones creadas desde el discurso hegemónico, que dicta cómo debe ser el espacio pensado y vivido (Lefebvre, 1970:30-37).

Nuestros espacios urbanos se continúan concibiendo como lugares homogéneos, donde la higiene de los mismos queda garantizada. Así, se produce una normalización que anula cualquier diferencia. Se homogeneiza acorde a unos imaginarios, que elimina todo aquello que difiera. Son espacios preparados para señalar, neutralizar o eliminar la diferencia. El espacio público se definirá por aquello que queda apartado y excluido. Esto influye en la definición y valoración de las enfermedades, ya que al no haber una ubicación y representación de las mismas acabarán por aislarlas en organismos clínicos especializados (Foucault, 2001: 275-280) o eliminadas directamente del ámbito público. Todo ello llevará a buscar espacios diferenciados y diferenciales como prácticas de resistencia y camuflaje. Se nos obligará a ocultar y disimular los síntomas de determinadas enfermedades que no encuentren visibilización y representación en lo público. Las enfermedades son espacios de desorganización, corporal, espacial y cultural, de la ley impuesta como estrategia domesticadora. Leyes y normas que oprimen las diferentes manifestaciones corporales y no incorporan a los enfermos/as que no pueden adaptarse a los modelos que impone la sociedad. Podríamos considerar enfermo/a al que no consigue una adaptación social y cultural, por lo que la sociedad provoca sus propios enfermos/as (Cortés, 1997:17-39).

Esta homogeneidad y neutralidad del espacio urbano es reforzada por el discurso publicitario, puesto que éste, junto a los medios de comunicación (Kellner, 2011; Wolf, 1994), divulgan y promueven un sistema de pensamiento y una imposición cultural herméticos, estereotipados y rígidos que configuran el sistema de mentalidades de nuestra sociedad (Balló, 1999). En los mass-media cualquier noticia estará sometida a las leyes del espectáculo y a las audiencias, a las cuales parece no interesar nuestras preocupaciones cotidianas. Aquello que no recogen los medios de comunicación no existe, siendo esta omisión otra forma de agresión. Sin embargo, nuestra sociedad impone de manera hegemónica un modelo de cuerpo sano (Trosman, 2003), diseñado para ser consumido en los medios de producción de subjetividad y comunicación. No olvidemos que la publicidad es palabra comercial, política, social, y moral (Cathe-

lat, 1897). “Es patético ver cómo la imagen del enfermo está excluida de esa especie de inconsciente colectivo que forman la publicidad y los medios audiovisuales. La imagen que se vende es la del chico y la chica jóvenes, altos y rubios, blancos y sobre todo, enormemente sanos” (Espaliú citado en Fagardo, 1992:140).

En oposición, recordemos la apropiación de las vallas publicitarias de Félix González-Torres en *Sin título* (1991), en la que nos muestra la cama vacía, mostrando el vacío dejado por la muerte de su pareja, o la que llevaron los familiares de una niña pidiendo ayuda para que se investigase la enfermedad neuromuscular que esta padecía, en 2004, con el lema: “Soy Idaira, tengo 19 meses y me estoy muriendo” (Pelayo, 2014). Pero ni estas realidades, ni otras similares, aparecerán representadas en el mundo irreal de la publicidad.

4. IDENTIDAD E INTIMIDAD COMO ESPECTÁCULO

Prácticamente en paralelo a la crisis del sida, se ha producido un desarrollo de los discursos identitarios en nuestra sociedad, reivindicando un pensamiento plural que incluyese las diferencias. Sin embargo, y en paralelo, los medios de comunicación se han transformado en los administradores de nuestras identidades, convirtiéndolas a través del marketing en identidades mediáticas (Sampedro, 2003). Como nos indica M. Foucault, corremos un riesgo si: “La identidad ha de erigirse en norma, principio y pauta de existencia; [...] nunca debemos exigir esa identidad en norma ética universal” (Foucault, 1999:421). Las enfermedades modifican nuestras identidades (Kauffman, 2000:53) y nos otorgan un nuevo estado identitario del que no podremos desprendernos fácilmente, como podemos ver en los trabajos de Bob Flanagan (Kauffman, 2000:37-58). Pero la revelación de los rasgos identitarios genera una homogenización de la población en grandes grupos de consumidores (Pérez *et al.*, 1992) y una mayor normativización de nuestras formas de vida. Así, no debemos olvidar que tras la construcción de la identidad está el discurso médico y las empresas farmacéuticas (Blech, 2005; Toepke, 2015) diciendo como debemos ser, estar y sentirnos. Las corporaciones farmacéuticas juegan un importante papel, ya que estar enfermo/as se identifica con ser pacientes, clientes/as y consumidores/as, convirtiéndose la salud en un objeto de consumo que se compra plastificado.

Esta obsesión por definirnos y mostrarnos se ha reforzado por la ruptura de los límites de la privacidad, exponiendo nuestras experiencias privadas en redes sociales (Weinhart, 2012; Subirós & Vicente, 2014) o en televisión. Unas ficciones en las que nuestra intimidad se ha convertido en la protagonista principal de los medios audiovisuales y páginas web. Un espectáculo masivo de audiencias y usuarios/as, donde la experiencia íntima se convierte en un entretenimiento y espectáculo (Sibilia, 2008). Como señaló el fundador de *Facebook*, Mark Zuckerberg (Vicente, 2012), la privacidad es una norma social que ha evolucionado hasta quedar obsoleta. Aunque, en algunos aspectos de nuestra intimidad sus fronteras siguen muy vigentes. A través del *twitter* o ruedas de prensa los personajes públicos y anónimos dan a conocer que padecen enfermedades, haciendo que nos preguntemos cuáles son las que se nombran y cuáles las que siguen en la oscuridad, sin llegarlas a escucharse. Esto hace que nos cuestionemos si la estrategia de Ariadna Page Rusell haciendo uso de la dermatografía que padece, en *Index* (2005), se produciría si fuese otro tipo de afección epidérmica en la que las manchas y erupciones debiesen ser tapadas para evitar el rechazo de los demás.

5. LOCALIZACIÓN Y EXPULSIÓN DE LAS DIFERENCIAS

En nuestros entornos lo disconforme queda expuesto y señalado sobre un fondo aséptico a la espera de un cuerpo discordante, con la consecuente reacción de quienes lo habitamos, de esconder aquello que nos delate. El espacio localiza la diferencia procurando la neutralidad y homogeneidad. Un espacio que impone la negación de discrepancias, oculta sometimientos y vigila la deserción en todas sus manifestaciones. Esto hace que nos preguntemos bajo qué estructuras e intereses políticos y relaciones de poder se han producido.

Pero la cuestión principal no es la diferencia, sino quien construye la diferencia (Brah, 2004: 120), cómo se representa y en base a qué criterios se articula y desarrolla. Por tanto, también debemos saber qué tipo de diferencias son expulsadas y de qué forma, qué tipo de enfermedades no tienen cabida en nuestros entornos, ni representación, provocando que sean vividas desde la ocultación. “Hay que aceptar que la diferencia y la semejanza, más o menos recóndita, está en todas partes; pero cuáles de ellas se tienen en cuenta y con qué objetivo es algo que se determina

fuera de la investigación empírica” (Laqueur, 1994:31). En nuestra opinión y apoyándonos en Marcel Mauss y Henri Lefebvre “no existe ninguna separación entre lo social y lo biológico [...] El cuerpo [...] es el medio por el que nos materializamos como seres sociales, por el que producimos <espacio social>” (Mauss y Lefebvre citados en Warr, 2006:18-19). Pues, buscar las causas de las diferencias en la ciencia y genética es relegar una vez más a las enfermedades a un ámbito apartado de lo cultural y lo social, de lo colectivo, aunque éstas queden, en gran medida, condicionadas por la valoración que cada sociedad haga de ellas. “El dolor es privado, el sida es un problema público, las opiniones en torno al sida se generan en el ámbito público, y es aquí donde pueden alterarse” (Mira citado en Aliaga & Cortés, 1993:154). La enfermedad se construye desde lo público y es en este ámbito donde se debe y puede modificar la percepción y relación con ella. Nuevas y sofisticadas formas de apartar la enfermedad para convertirla en un secreto.

Debemos recordar que el término secreto (Gallego, 2013) significa separar, poner a parte, evitar y apartar de la vista y lo visible, quedando inscrito en lo oculto, en lo que no se evidencia. Además proviene del verbo *secernere* (Real Academia Española), que deriva de segregar y secreción, fluido que sale y se vierte haciendo patente la ruptura del límite y de la dermis, como aquello que nos avisa de la existencia de otro ámbito, de lo interior, de lo conocido al menos para la vista y de lo que no controlamos. Tanto en secreto y secreción se señala la visibilidad por encima de cualquier otro sentido, dejando constancia de que nuestras experiencias corporales están reducidas, en la mayoría de los casos al sentido de la vista (Bernárdez, 2007:38). Nos atrae constantemente el secreto del otro, aunque realmente lo que nos atrae es el otro. Nos encargamos de ocultar el secreto a los demás, pero quienes nos controlan se encargan de que al final acabemos mostrándolos y evidenciándolos. Ambas derivas se relacionan con las enfermedades. Por un lado como aquello que no adquiere visibilidad, que se evita mostrar, bien como obligación impuesta, bien como opción personal y voluntaria ante el temor del rechazo y la discriminación, a modo de resistencia. Y por otro, en cuanto que las enfermedades evidencian aquello que nos negamos a ver y reconocer de nuestra corporeidad, aquello que se escapa a nuestro control y perfección, que nos avisa de lo accidental y lo contingente, esas otras formas fluidas que la carne y el organismo rezuman y que son valoradas en nuestra cultura como abyectas.

Lo abyecto es causado “por aquello que perturba la identidad, el sistema, el orden, lo que no respeta los bordes, las posiciones, las reglas. Lo que está en medio, lo ambiguo, lo mezclado” (Kristeva, 1989:27), por aquello que no respeta la frontera, entendida como “metáfora de la división artificial entre lo productivo y lo reproductivo, entre la máquina y el cuerpo orgánico, entre el cuerpo natural y el cuerpo colectivo, entre lo sexual y lo económico, entre los conceptos de masculinidad y feminidad” (Bieman citado en A.F.R.I.K.A Gruppe *et al.*, 2001:132-133). La abyección desvela lo extraño, muestra lo diferente y su intencionada construcción. No sólo por esto las enfermedades son abyectas, sino también por no obedecer al silencio y ser mostrada públicamente, ya que al descubrir orgullosamente el secreto se convierte en abyecto. Este es el caso del autorretrato de Matuschka, “Belleza fuera de peligro”, que apareció en portada del *New York Times Magazine* en agosto de 1993, en la que la artista muestra la cicatriz de su mastectomía. O el de los “funerales políticos” donde miembros del grupo *Act Up* consideraron que debían convertir en un acto público y político las muertes a causa del sida en oposición a la falta de respuestas de las autoridades. Así, el artista D. Wojnarowicz señaló que deseaba que tuviesen repercusión los sentimientos de ira y dolor que se producían en los funerales políticos, para evitar que se convirtiesen en expertos de llevar el duelo en privado y silencio, olvidándose de gritar el sufrimiento en la calle (Larrazabal, 2011:118).

6. MÁS ALLÁ DE LAS ENFERMEDADES

Las enfermedades son atravesadas en su construcción por una interseccionalidad tal, que su valoración y discriminación responderá a diferentes fuentes estructurales de opresión y desigualdad que se interrelacionan (Platero, 2012). Diversas circunstancias, raza, género, religión, sexo..., atraviesan a las enfermedades, haciendo que se generen multitud de formas de padecerlas con posicionamientos vitales muy distintos. Debemos analizar, detectar y comprender los discursos ya que atraviesan los ámbitos de nuestra sociedad y corporeidad.

Las enfermedades quedan expuestas como superficies de inscripción cultural y también repercuten, modifican y se relacionan con otros ámbitos y esquemas establecidos que conforman nuestras vidas. Unas transformaciones que van más allá de lo corporal. Un cuerpo que “es precisamente el lugar en el que la construcción cultural tiene lugar” (Azpei-

tía *et al.*, 2001:12) y las enfermedades lo convierten en el centro de nuestra consciencia, nos hace sentir que somos un cuerpo, como afirmara Jean Luc Nancy (2003).

Berlinguer (1994:42-44) indicaba que hay por lo menos cuatro dimensiones del fenómeno de la enfermedad en la percepción de cada individuo y que, bajo nuestro criterio, también condicionan su sufrimiento y visibilidad: Primero, estar enfermo/a, las desigualdades sociales tienen un papel importante y se concreta en la posibilidad de enfermar y sanar. Segundo, sentirse enfermo/a, entendiéndolo como la más auténtica percepción del propio cuerpo, y en donde se manifiesta una permanente intención, consciente o no, de parar las señales patológicas que ponen en peligro la supervivencia al impedir continuar cumpliendo las obligaciones laborales o domésticas. Tercero, identificarse como un enfermo/a, relacionado con la falta de conocimientos que permite conocer y aceptar el estar enfermo/a, que depende del padecimiento y de la clase de trabajo que desarrolle el individuo. Por tanto, no debe extrañarnos que cada persona, y cultura, expresen la salud y la enfermedad según sus propias creencias y representaciones (Villaseñor, 2001:108), las definiciones generarán determinadas conductas que influirán en nuestra existencia. De ello, deducimos que no debemos considerar que hay enfermedades, que tenemos enfermedades, lo que hay son enfermos/as, evitando la tentación de creer que uno/a mismo/a es la enfermedad y que hará que la población se mantenga alerta ante el hecho de enfermar y de quienes lo estamos.

Las enfermedades se producen en sujetos situados (Haraway, 1995), en cuerpos con biografías, historias y singularidades determinadas y en contextos sociales, culturales, religioso, etc. concretos, dotándolas de unas significaciones específicas, determinando como será vivida y afrontada su experiencia y las consecuencias que esto conlleva. Las enfermedades son mucho más que un simple suceso médico o científico. La valoración que de ellas se haga dependerá de si tienen síntomas visibles, de las secuelas que arrastren o si son entendidas como consecuencia de unos determinados modos de vida desviados y alejados de las normas imperantes, llegando a delimitar, incluso, grupos de riesgo o afectados/as. Unas llegan a alcanzar niveles de aceptación y visibilidad, sin temor al rechazo, otras, aún en nuestros días, son silenciadas, generando unos imaginarios en absoluto inofensivos. Éstas establecerán falsos mitos apoyados en determinados referentes visuales que los medios de comunicación difundirán, localizando y rechazando a los/as enfermos/as.

Juicios morales a los que son sometidos enfermos y enfermas en ciertos momentos, fobias ante comportamientos diferentes, por no cumplir los ideales normativos. La enfermedad se apartará convirtiéndose en ausencia, en conflicto expulsado de la representación pública o, como irónicamente muestra Rosalía Banet, relegándose a “Máquinas expendedoras de enfermedades” (2011), envasadas y al gusto del consumidor/a.

7. CONCLUSIONES

El discurso artístico intenta alterar las políticas culturales de representación, generando un debate público sobre las construcciones culturales y políticas de salud, favoreciendo nuevas formas representativas que produzcan unas valoraciones, perversamente construidas, más diversas y plurales. Unos imaginarios disidentes que toman postura y creen nuevas formas de relación con la enfermedad y quienes la padecen, que invite a la reflexión sobre los motivos y consecuencias que llevan a su silenciamiento o confesión. Al señalar los mecanismos de ocultación estamos valorando sus causas y efectos y apostando por un cuestionamiento del régimen de visibilidad pública. Como artistas y ciudadanos críticos, tomando postura y sintiéndonos parte del problema, ya que el artista es “un miembro de la comunidad que no puede aislarse de las condiciones del espacio que habita, ni debe eludir las responsabilidades éticas y políticas que implica su posición en dicho medio” (Lacy citado en A.F.R.I.K.A. Gruppe *et al.*, 2001:140). Nos situamos como sujetos políticos capaces de decisión y acción en nuestros entornos y en nuestras propias vidas, desentrañando las relaciones que nos configuran y nos condicionan, transformando los usos y significados del espacio público propuestos por los productores, hasta desvelar las posiciones privilegiadas de ciertos discursos y procesos de dominación ocultos. Esto conlleva que cambiemos profundamente nuestras formas de entender las enfermedades y a nosotros/as mismos/as como enfermos/as. Posicionarnos contra las narrativas nada inocentes hasta llegar a contaminarlas de otros referentes.

A la par que se realiza el cuestionamiento de la valoración social que se hace de algunas enfermedades se produce la discriminación de otras, que heredan y se contaminan de los prejuicios de las anteriores. Que toda enfermedad es en gran parte cultural nos parece ya un hecho (Vásquez, 2012:421-459), pero esto no implica que todas las enfermedades sean igual de significativas, ni conlleven una igual vivencia por parte

de quienes la padecen y padecemos, ni una misma valoración social. Si algo parece haberse dejado claro en las últimas décadas es que las enfermedades están atravesadas por ejes discursivos, aparentemente ajenos, que dependiendo de las diversas combinaciones posibles pueden ser vividas de maneras muy diversas.

Esta investigación sigue su curso intentando dar respuestas, a través de las prácticas artísticas, a preguntas aún sin resolver: ¿Qué procesos de significación sufren las enfermedades en nuestros días? ¿Qué hace que determinadas enfermedades se conviertan en mediáticas y otras queden relegadas en la periferia y el olvido? ¿Qué aportan las estrategias artísticas que abordan las enfermedades periféricas?

Notas

1. Pepe Espaliú fue el primer artista español en hacer pública su condición de seropositivo e incluir la problemática de la enfermedad en su creación (Aliaga, 2003; Río, 2002).
2. Rudolf Virchow sería quien, hacia 1860, emplease las metáforas militares para referirse a la enfermedad (Sontag, 1996).
3. La obra logró tener un gran impacto social y que se recogiese en la portada de multitud de medios de comunicación, logrando una gran difusión (Casini & Sentis, 1992; Gallero, 1992:31; Jarque, 1992:36).

Referencias Bibliográficas

- A.F.R.I.K.A Gruppe *et al.* 2001. **Modos de hacer. Arte crítico, esfera pública y acción directa.** Universidad de Salamanca. Salamanca (España).
- ALIAGA, Juan Vicente (comisario). 2003. **Pepe Espaliú.** Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. Madrid (España).
- ALIAGA, Juan Vicente. 2008. **Algunas prácticas artísticas performativas.** Museo de Arte contemporáneo de Barcelona. Barcelona (España). Disponible en www.macba.cat/es/quaderns-portatils-vice-aliaga. Consultado el 12.02.2013.
- ALIAGA, Juan Vicente y CORTÉS, José Miguel G. 1993. **De amor y de Rabia. Acerca del arte y el sida.** Universidad Politécnica de Valencia. Valencia (España).
- ARRIZABALAGA, Jon. 1995. **El fenómeno del SIDA.** Historia 16. Madrid (España).

- AZPEITIA, Marta *et al.* 2001. **Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos.** Icaria Editorial. Barcelona (España).
- BALLÓ, Jordi (comisario). 1999. **Mundo TV. La cultura de la televisión.** Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona e Instituto de Ediciones de la Diputación de Barcelona. Barcelona (España).
- BARRÓN, Sofía y NAVARRO, Judith (comisarias). 2006. **El arte látex. Reflexión, imágenes y sida.** Universidad de Valencia. Valencia (España).
- BERLINGUER, Giovanni. 1994. **La enfermedad.** Lugar. Buenos Aires (Argentina).
- BERNÁRDEZ, Asunción. 2007. **Espacio expresivo y cuerpo extremo. Una experiencia del límite.** Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España).
- BLECH, Jörg. 2005. **Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes.** Destino. Barcelona (España).
- BRAH, Avtar. 2004. “Diferencia, diversidad, diferenciación” en HOOKS, B. *et al.* **Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras.** pp 107-136. Traficantes de Sueños. Madrid (España).
- CANAL, Carlos y COBO, María. 2011. **Fotomanías 2011 ¿Heroínas o víctimas?** Diputación de Málaga. Málaga (España).
- CARDÍN, Alberto. 1985. **S.I.D.A.** Laertes. Barcelona (España).
- CASINI, Borja y SENTIS, Mireia. 1992. “La fuerza del sida”. **El Europeo.** N° 43: 56-61. Madrid (España).
- CATHELAT, Bernar. 1897. **Publicite et société.** Payot. París (Francia).
- CORTÉS, José Miguel G. 1997. **Orden y caos. Un estudio sobre lo monstruoso en el arte.** Anagrama. Barcelona (España).
- CRIMP, Douglas. 1988. **AIDS. Cultural Analysis/cultural Activism.** October Books, MIT Press. Boston (EE.UU).
- ESPOSITO, Roberto. 2009. **Comunidad, inmunidad y biopolítica.** Editorial Herder. Barcelona (España).
- FAGARDO, José Manuel. 1992. “La iglesia es farisea frente al Sida. Entrevista con Pepe Espaliú”. **Cambio 16.** 21 de diciembre. Madrid (España).
- FOUCAULT, Michael. 1999. **Estética, ética y hermenéutica.** Paidós. Barcelona (España).
- FOUCAULT, Michael. 2001. **El nacimiento de la clínica.** Siglo XXI. Buenos Aires (Argentina).
- FOUCAULT, Michael. 2009. **Nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979).** Akal. Madrid (España).

- GALLEGO, Francisco J. 2013. “Sociometafórica del secreto”. **Aposta**. N°57:1-27. Madrid (España). Disponible en www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/fjgallego1.pdf. Consultado el 15.06.2014.
- GALLERO, José Luis. 1992. “El silencio de Pepe Espaliú”. **ABC**. 18 de diciembre. Madrid (España).
- GORBEA, María del Carmen. 2012. **Más allá del SIDA**. Editorial Alfíl. México D.F. (México).
- GRUPO DE TRABAJO QUEER (Ed.). 2005. **El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas Queer**. Traficantes de sueños. Madrid (España).
- GUTIÉRREZ, Ana P. 2008. “Imaginario y Sida en Chetumal, Quintana Roo: Una reconstrucción de los significados”. **Scripta Nova**. Vol. XII. N° 270: 105. Disponible en www.ub.edu/geocrit/sn/sn-270/sn-270-105.htm. Consultado el 10.01.2014.
- HARAWAY, Donna. 1995. **Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza**. Ediciones Cátedra. Madrid (España).
- JARQUE, Fietta. 1992. “El arte de vivir el sida”. **El País**. 16 de noviembre. Madrid (España).
- KAUFFMAN, Linda S. 2000. **Malas y perversos. Fantasías en la cultura y el arte contemporáneos**. Cátedra. Madrid (España).
- KELLNER, Douglas. 2011. **Cultura mediática: estudios culturales, identidad y política entre lo moderno y lo posmoderno**. Akal. Madrid (España).
- KRISTEVA, Julia. 1989. **Poderes de la perversión**. Siglo XXI. México (México).
- LAQUEUR, Thomas. 1994. **La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud**. Cátedra. Madrid (España).
- LARRAZABAL, Ibon. 2011. **El paciente ocasional. Una historia social del Sida**. Península. Barcelona (España).
- LEFEBVRE, Henri. 1970. “Reflections on the politics of space”. **Antipode**. N°8. (2): 30-37.
- LLAMAS, Ricardo. 1995. **Construyendo identidades. Estudios desde el corazón de una pandemia**. Siglo XXI. Madrid (España).
- MARTÍN, Rut. 2010. **El cuerpo enfermo. Arte y VIH/SIDA en España**. Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España).
- NANCY, Jean-Luc. 2003. **Corpus**. Arena Libros. Madrid (España).
- O’NEILL, John. 1990. “AIDS as a Globalizing Panic”. **Theory, Culture & Society**. N°7: 329-342. London (United Kingdom).

- PELAYO, Francisco. 2014. "Idaira sigue luchando contra una enfermedad incurable". **20minutos**, 30 de enero. Disponible en www.20minutos.es/noticia/2045035/0/idaira/lucha/enfermedad-incurable/. Consultado el 24.09.2014.
- PÉREZ, José M. *et al.* 1992. **La seducción de la opulencia: publicidad, moda y consumo**. Paidós. Barcelona (España).
- PLATERO, Raquel Lucas (Ed.) 2012. **Intersecciones. Cuerpos y sexualidades en la encrucijada**. Bellaterra. Barcelona (España).
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. s.f. **Diccionario de lengua española**. Disponible en www.lema.rae.es/drae/srv/search?key=secretar. Consultado el 05.06.2014.
- RÍO, Alfonso del. 2002. **Nacimiento, cuerpo y muerte a través de la obra de Pepe Espaliú**. Diputación de Córdoba-Fundación Botí. Córdoba (España).
- RÍO, Alfonso del y BAYA, Alfonso. 2013. "Imágenes infectadas por los estereotipos. Análisis visuales de las campañas de (des)información institucional y otros imaginarios sobre prevención de VIH/SIDA". **Arte y movimiento**. Nº 9. Disponible en www.revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/artymov/article/view/1219. Consultado el 03.01.2014.
- SAMPEDRO, Víctor F. 2003. **La pantalla de las identidades: medios de comunicación, políticas y mercados de identidad**. Icaria. Barcelona (España).
- SENDRAIL, Marcel. 1983. **Historia cultural de la enfermedad**. Espasa Calpe. Madrid (España).
- SENNETT, Richard. 1997. **Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental**. Alianza Forma. Madrid (España).
- SIBILIA, Paula. 2008. **La intimidad como espectáculo**. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires (Argentina).
- SONTAG, Susan. 1996. **La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas**. Taurus. Madrid (España).
- SUBIRÓS, Olga y VICENTE, José Luis de (Comisarios). 2014. **Big Bang Data**. Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona. Barcelona (España). Disponible en www.bigbangdata.cccb.org. Consultado el 06.02.2015.
- TOEPKE, Álvaro (Dir.). 2015. **Houston, tenemos un problema**. Salud por derecho. Madrid (España).
- TREICHLER, Paula A. 1987. "AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification". **Cultural Studies**. 1:3. pp 263-305. New York (EE.UU.)

- TROSMAN, Carlos. 2003. "El cuerpo es ideología". **Topía**. Disponible en www.topia.com.ar/articulos/el-cuerpo-es-ideolog%C3%Ad. Consultado el 07.09.2013.
- VÁSQUEZ, Adolfo. 2012. "Ontología del cuerpo y estética de la enfermedad en Jean-Luc Nancy". **Nómadas**. Vol.34. N°2: 421-459.
- VICENTE, Alex. 2012. "Arte en la era Facebook". **El país**. Disponible en www.cultura.elpais.com/cultura/2012/11/01/actualidad/1351771096_613831.html. Consultado el 24.06.2014.
- VILLASEÑOR, Ignacio. 2001. "Investigación cualitativa en salud y enfermedad". **Bitarte**. N°23:105-110. Disponible en www.cge.udg.mx/revis-taudg/rug17/5anclajes.html. Consultado el 07.03.2014.
- WARR, Tracey (ed.). 2006. **El cuerpo del artista**. Phaidon. Londres (Reino Unido).
- WEINHART, Martina (comisaria). 2012. **Arte desnudo en la era de Facebook**. Schirn Kusthalle. Frankfurt (Alemania).
- WOLF, Mauro. 1994. **Los efectos sociales de los media**. Paidós. Barcelona (España).