

# TFG

---

## PROYECTO PARA UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL VIH Y EL SIDA REFORMULACIÓN DE CONCEPTOS PREVENTIVOS DIRIGIDOS A COMUNIDADES ESPECÍFICAS

Presentado por Paula Medina Caja  
Tutor: José Miralles

Facultat de Belles Arts de Sant Carles  
Grado en Bellas Artes  
Curso 2018-2019



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA  
FACULTAT DE BELLES ARTS DE SANT CARLES

## RESUMEN

Este proyecto tiene como objetivo principal elaborar una campaña de prevención del VIH y del sida haciéndose servir de la reformulación de estrategias preventivas utilizadas a lo largo de cuatro décadas. Dichos carteles están enfocados a colectivos específicos clasificados según la práctica que realicen. Utilizando el collage de imágenes explícitas se informa de cuáles son las vías de transmisión y de qué herramientas preventivas disponemos para evitar la transmisión del VIH.

Mediante la investigación se ha obtenido una variedad de contenido que ha servido para poder clasificar qué es lo que funciona para el espectador y qué entorpece y tergiversa la promoción de unas prácticas seguras.

En la actualidad, la única cura que existe para el sida es la prevención. La difusión de una información directa y sencilla de las vías de transmisión (sexual, parenteral o perinatal) y cómo evitar las prácticas con riesgo son los puntos clave para frenar la pandemia.

## PALABRAS CLAVE

VIH/SIDA, Campaña de prevención, Cartel, Sexo seguro

## SUMMARY

The main goal of this project is to develop a campaign to prevention of HIV and AIDS by using the reformulation of preventive strategies used over four decades. These posters are focused on specific groups classified according to the practice they perform. Using the collage of explicit images, it is reported which are the transmission routes and which preventive tools are available to prevent the transmission of HIV.

Through research, a variety of content has been obtained to classify what works for the spectator and what obstructs and distorts the promotion of safe practices.

Currently, the only cure that exists for AIDS is the prevention. The dissemination of direct and simple information of the transmission tracts (sexual, parenteral or perinatal) and how to avoid those risk practices is a key point to stop the pandemic.

## KEYWORD

HIV/AIDS, Prevention Campaign, Poster, Safe Sex

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis más sinceros agradecimientos a:

Mi familia,

Mis amigos,

A LA MÚSICA,

Y a mi tutor, por compartir todos sus conocimientos conmigo y guiarme en este proyecto.

Gracias Pepe.

Dedicado a todas las personas que han luchado contra el VIH y el SIDA

y a todos los artistas que fueron valientes para gritar contra las injusticias.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
2.1 OBJETIVOS GENERALES.....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>4. VIH Y SIDA.....</b>	<b>9</b>
4.1 QUÉ ES Y EN QUÉ CONSISTE.....	9
4.2 HISTORIA DEL VIH Y DEL SIDA.....	10
4.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN.....	15
<b>5. EL PAPEL DEL VIH/SIDA EN EL ARTE.....</b>	<b>19</b>
<b>6. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN.....</b>	<b>23</b>
6.1 CARTELERÍA INTERNACIONAL.....	25
6.2 CARTELERÍA NACIONAL.....	28
<b>7. REFERENCIAS ESTÉTICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>8. PRODUCCIÓN ARTÍSTICA PERSONAL.....</b>	<b>34</b>
8.1 HETEROSEXUALES.....	35
8.2 HSH.....	39
8.3 MSM.....	44
8.4 TOXICÓMANOS.....	46
<b>9. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>
<b>11. ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>51</b>
<b>12. ANEXOS</b>	

# 1. INTRODUCCIÓN

Este proyecto se presenta como una campaña de prevención del VIH/SIDA, reinventando conceptos y símbolos que han funcionado a lo largo de la historia de la prevención de esta pandemia, usando imágenes explícitas de las prácticas de riesgo para la transmisión de este virus.

Se divide en cinco partes donde se van explicando las fases por las que ha pasado este proyecto, la investigación y la práctica artística. Para empezar, explicaremos qué es el sida, cuál es su historia y cuales son sus vías de transmisión. También, comentaremos el desarrollo que ha sufrido la enfermedad a distintos niveles de clase social y localización. A continuación, comentaremos cuáles han sido los enlaces entre el arte y esta enfermedad y en qué niveles se ha reflexionado sobre ella. Esto nos llevará a las campañas de prevención, que forman parte del mundo del arte gráfico y social. Analizaremos qué aspectos han ayudado realmente a la dirección de esas campañas y cuáles han realizado un flaco favor para la prevención. Una vez llegados a este punto, hablaremos de las referencias que han influido y nutrido este proyecto, tanto de aquellos aspectos que retomamos de los carteles, como en otros que no se deberían de volver a reproducir para poder cumplir así el objetivo principal de estas campañas: informar de cuáles son las vías de transmisión para poder prevenir que el virus entre por éstas, y saber qué opciones tenemos para conocer nuestro estado serológico.

A consecuencia de la investigación citada anteriormente, se mostrarán la serie de carteles elaborados para esta campaña, citando sus referencias y su proceso artístico y metodológico. A continuación, valoramos cuáles han sido las conclusiones a las que hemos llegado con este proyecto. Por último, seguido de una bibliografía que recoge el material consultado y utilizado para esta memoria, se complementará toda la información en el índice de imágenes y un anexo adjunto.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Realizar una campaña de prevención del VIH/SIDA.
- Informar, mediante carteles, de las vías de transmisión y los métodos de prevención que tenemos a nuestro alcance.
- Conseguir que la campaña tenga un carácter directo y conecte con el público al que va enfocada.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar qué intervenciones se han desarrollado durante los últimos cuarenta años y reformularlas con procedimientos adaptados a la década en la que vivimos.
- Elaborar un estudio de necesidades a nivel público, enfocando así los carteles según al colectivo que se dirijan, diferenciando entre heterosexuales, HSH<sup>1</sup>, MSM<sup>2</sup>, drogodependientes por vía parenteral, trabajadores sexuales o personas que están en prisión.
- Realizar una crítica constructiva a las campañas preventivas de VIH/SIDA nacionales.
- Visibilizar la falta de compromiso de las instituciones frente a la pandemia.

---

<sup>1</sup> HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

<sup>2</sup> MSM: Mujeres que tienen sexo con mujeres.

### 3. METODOLOGÍA

Para la realización de este proyecto hemos utilizado una metodología cualitativa que consiste en considerar casos concretos sin perder de vista el campo en el que se presentan los problemas para analizar. Con el objetivo de generar obra, hemos realizado una investigación mediante la producción artística.

Para ello en primer lugar hemos valorado la indagación, que es nuestra manera natural del pensamiento por la que se reafirman las categorizaciones realizadas por el conocimiento. Después, hemos realizado la investigación, donde tomamos el objeto de estudio en su estado natural y registramos todos sus datos que influyen en la creación del sentido y significado. Nosotras como investigadoras, principal instrumento de observación, recolección e interpretación de datos, realizaremos una observación cualitativa en la que los datos son medidos para después ser relacionados y generar predicciones verificables. Por último, nos serviremos del carácter interpretativo. La historia utiliza teorías dedicadas a justificar su enfoque siendo diferente a la interpretación que tengamos, por eso es necesario darle un post significado, creándolo y construyéndolo con las herramientas adecuadas.

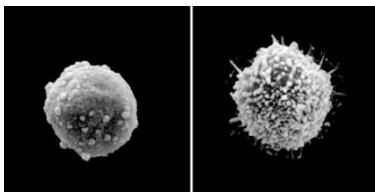
En este proceso actuamos como observadora participante, ya que pertenecemos al colectivo que se estudia, toda la población. Utilizaremos las formas impersonales y el plural mayestático para desarrollar esta memoria. Esta es una condición necesaria para una objetividad del lenguaje. La utilización de estas formas gramáticas se debe a que toda la información que conocemos no sería posible sin las fuentes consultadas.



## 4. VIH Y SIDA

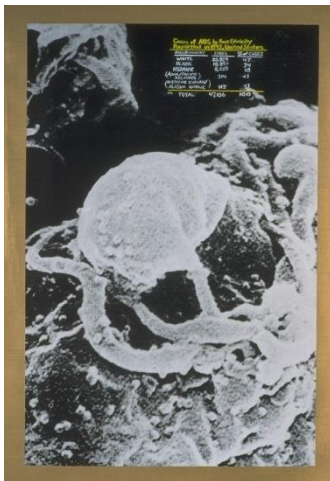
### 4.1 QUÉ ES Y EN QUÉ CONSISTE

El VIH es el retrovirus que provoca el sida. Un síndrome de características específicas que deja al organismo indefenso ante las adversidades que lo rodean, cumpliendo unos mecanismos de acción y transmisión concretos.



**Fig. 1.** NANCY BURSON (2000)  
*The Difference between Positive and Negative Thought.*

Su nomenclatura nace en 1982 con las siglas SIDA que corresponde a “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida”. Con “síndrome” nos referimos al grupo de problemas de salud que componen una enfermedad, con “inmuno deficiencia” a la debilidad del sistema del organismo que combate las enfermedades y con “adquirida” a que no es congénita. El sida lo causa el VIH, un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario, generalmente los linfocitos T CD4+ y los macrófagos, componentes base del sistema inmunitario celular. El retrovirus daña y destruye poco a poco el organismo, provocando un deterioro progresivo del sistema, convirtiéndose éste en deficiente y vulnerable a las infecciones y las enfermedades oportunistas.



**Fig. 2.** CARL TANDATNICK (1993)  
*AIDS Virus - White close up and Epidemiology.*

El ciclo vital del VIH empieza cuando éste se une a un receptor de CD4 y activa otras proteínas de la membrana de la célula, como el CCR5 o el CXCR4, permitiendo que varias superficies se fusionen. En consecuencia, empieza a liberar su material genético. En primer lugar, la enzima conocida como transcriptasa inversa convierte la cadena simple de ARN en cadena doble de ADN. Después, la enzima del VIH llamada integrasa incorpora el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula anfitriona, llamada ahora provirus. Este puede estar inactivo durante varios años produciendo ninguna o escasas copias de VIH. A continuación, ocurre la fase conocida como gemación, donde el virus mediante procedimientos de ensamblaje rodea parte de la envoltura exterior de la célula, brotándole combinaciones de proteína y azúcar, las glucoproteínas, facilitando así la ligación del virus al CD4 y a los correceptores. En este momento, el virus sale de la célula anfitriona, ésta muere, y las nuevas copias de VIH pasan a infectar a otras células de la sangre. El número de CD4 disminuye paulatinamente y la persona infectada comienza a sufrir un proceso de inmunodeficiencia. Se podría decir que el “virus multiplicado y activo actuaría como una colonia de termitas que va destruyendo poco a poco el sistema inmunológico del individuo. Lo que tarde en carcomer la defensa dependerá de la actividad de la termita, amplitud de la colonia y la fortaleza del sistema”.<sup>3</sup>

Los síntomas no se manifiestan inmediatamente al contraer el virus, primero se da el período silente, tiempo que el organismo pasa desde la

<sup>3</sup> SÁNCHEZ-OCAÑA, RAMÓN. (2001) *SIDA lo que deber saber*. Pág. 73.

infección hasta la generación de anticuerpos. Esto ocurre durante la seroconversión, o sea el desarrollo de anticuerpos contra el VIH, que ocurre entre la primera y sexta semana de infección.

Por lo tanto, podemos distinguir entre distintas etapas en función de síntomas e infecciones. La primera, infección primaria por el VIH, puede ser asintomática o manifestarse con el síndrome retroviral agudo. En este punto el sistema inmunológico realiza un trabajo intenso para fabricar anticuerpos durante dos o tres meses. Segundo, la etapa clínica I. Esta puede conllevar la inflamación general de los nódulos linfáticos o no tener síntomas. El virus se acantona en los linfocitos y sigue su progresión de manera silenciosa. Tercero, la etapa clínica II, en la que comienza la pérdida de peso, manifestaciones microcutáneas e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas. Cuarto, la etapa clínica III, donde aparece la diarrea crónica, fiebre continua, infecciones bacterianas o tuberculosis pulmonar, entre otras. Se considera que en esta etapa algunas personas ya están en fase sida. Por último, la etapa clínica IV, la carga viral ya es alta y la inmunodeficiencia progresa. Esta etapa incluye enfermedades oportunistas o cánceres relacionados con el VIH.<sup>4</sup>

Las enfermedades oportunistas nacen de la potencia que adquieren los gérmenes que conviven con nosotros y que no suelen producir enfermedad alguna en un estado de salud óptimo. Algunos ejemplos serían la candidiasis, la tuberculosis, la neumonía, la toxoplasmosis, el citomegalovirus, el virus de las verrugas o papova, o el sarcoma de Kaposi. Este último es un cáncer cutáneo encontrado mayormente en países mediterráneos, África o personas de la tercera edad, siendo todos los casos en varones. Se trata de una serie de manchas oscuras que pueden acabar incluso en gangrena.

Si se convive con el virus sin recibir tratamiento, en general, se desarrollarán los primeros síntomas a los cinco o diez años y se diagnosticará sida a los diez o quince años.

## 4.2 HISTORIA DEL VIH Y EL SIDA

La aparición del sida ha sido un tema rodeado de muchas teorías e intereses políticos, sociales y económicos. Se estima que el virus apareció en África entre el 1915 y el 1951 aunque hay quien sostiene que el VIH se difundió por las vacunas masivas de la polio o generado como arma biológica en laboratorios. Esto son solo bulos y teorías conspiratorias ya que nadie podría conseguir una creación biotecnológica de tal dificultad. Todo esto fue descartado inmediatamente en la Declaración de Durban, generada como una respuesta para estas teorías difundiendo así datos considerados más

---

<sup>4</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *El cuerpo enfermo: Arte y VIH/SIDA en España*.

probables.<sup>5</sup> El origen del sida parece estar en Kinshasa (República Democrática del Congo) en los años treinta, donde practicando la caza un individuo entró en contacto con la sangre de un mono, mediante las gotas que se escurrían del cuchillo utilizado como herramienta para matarlo. Como ya sabemos, los virus pueden saltar fácilmente de una especie a otra, a esto se le llama zoonosis.<sup>6</sup> La zoonosis ha estado presente en otras enfermedades como la peste, que vino de roedores; la gripe, que provino de los pájaros; o el virus Nipah, del sudeste asiático, que lo contagiaban los cerdos.<sup>7</sup>

La pregunta que se nos presenta ahora es, ¿cómo se convirtió en pandemia?

En los años setenta, África era un continente con muchas guerras. Debido a ello predominaban los desplazamientos de grandes núcleos de población y la emigración del campo a las ciudades. Todo esto, sumado a la infección mutante que ya existía y el comercio de sangre, formó la combinación perfecta que hizo estallar la pandemia. Este comercio de sangre se basaba en comprar sangre barata para que, con las transformaciones oportunas, pudiera ponerse en el mercado. Aún no se habían conseguido sistemas de detección de anticuerpos y solo existían medidas preventivas para la hepatitis, lo cual no era suficiente. Esta última se considera una de las teorías más lógicas para explicar la difusión del VIH.

En África, la pandemia pasaba desapercibida y se extendía libremente entre heterosexuales, en cambio, en América, la situación era muy distinta. El VIH había sido favorecido por la inestabilidad social y política. Por un lado, el virus aprovechó el caos del colonialismo africano para propagarse y, por otro lado, en países desarrollados, se vio favorecido por el racismo, la homofobia, y el odio irracional. La solución hubiera sido reconocer desde el principio el problema para poder realizar una colaboración global.<sup>8</sup> Todas las personas que conviven con el VIH o están enfermos de sida tienen una conexión biológica: se han inyectado la misma jeringuilla, mantenido relaciones sexuales, recibido transfusiones de sangre o heredado el virus de su madre. Estas conexiones invisibles nos demuestran que el VIH no entiende de moral, solo aprovecha las situaciones idóneas para su transmisión.

Para llegar a todas estas conclusiones primero se necesitaba descubrir el virus. En 1979 Alvin Friedman identifica en Nueva York a un grupo de afectados por el sarcoma de Kaposi, los cuales fallecen en un período muy corto

---

<sup>5</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*.

<sup>6</sup> THE BLOODY TRUHT (*La cruenta verdad: el origen del SIDA*). Dir. Carl Gierstorfer). Anthje Bohemert. 2014.

<sup>7</sup> SÁNCHEZ-OCAÑA, RAMÓN. (2001) *Ibidem*.

<sup>8</sup> THE BLOODY TRUHT Op. Cit.

de tiempo, de ocho a veinticuatro semanas. En 1981, aparecen veintiséis casos parecidos en Los Ángeles, acompañados de neumonías y sistemas inmunológicos con las defensas muy bajas. Los datos señalaban que los primeros enfermos residían en zonas urbanas como Nueva York, Los Ángeles, San Francisco y Miami, siendo en su mayoría hombres jóvenes con un porcentaje alto de orientación homosexual.<sup>9</sup> Un año después, se define el conjunto de los casos conocidos como Síndrome de la Inmunodeficiencia relacionado con la Homosexualidad (GRID), hecho fundamental que marca la construcción ideológica en torno al sida. Se propaga la idea de que era una enfermedad de “maricones” y “gente de mal vivir”. Mas tarde se la denomina el mal de las cuatro haches: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos. Todo esto reforzó “la idea de que el origen del mal es ajeno a la heterosexualidad y de que fue contagiado por una raza no blanca”.<sup>10</sup>

En 1983 el equipo del profesor Luc Montagnier en París y el grupo de investigadores de Robert Gallo en Estados Unidos identifica, de manera paralela, el VIH. Este virus fue encontrado en sangre, esperma, saliva, lágrimas, tejido nervioso, leche materna y secreciones del tracto genital. Es en este año cuando se comienza a considerar la transmisión heterosexual debido a que dos mujeres, cuyas parejas tenían sida, contraen la enfermedad. Dos años después se celebra por primera vez la Conferencia Internacional sobre el sida en Atlanta. En 1987 se aprueba el AZT, primer tratamiento antirretroviral que inhibe la transcriptasa inversa. Se pensó con esto que se volvería una enfermedad manejable y crónica. En los noventa, el número de enfermos había disminuido en Estados Unidos pero aumentado en Asia suroriental, América del Sur y África. Esto provocó una bajada de la guardia en Estados Unidos, volviendo otra vez a los comportamientos de riesgo. Es así como en el 1992 la enfermedad se consideraba que había cesado y se disminuyeron los presupuestos gubernamentales.<sup>11</sup>

El cambio radical se produce en el año 1996, cuando aparece una nueva terapia. La HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Activa) que combinaba el inhibidor de la transcriptasa con el de la proteasa. Simultáneamente, se desarrolló un equipo para monitorizar la carga viral, pudiendo así predecir la progresión de la enfermedad y controlar y ajustar la terapia. Hoy en día existen alrededor de veinte medicamentos activos contra el VIH solo en España. En 2007 la Agencia Europea del Medicamento autoriza el fármaco Atripla, que combina tres antirretrovirales en la misma pastilla.

No podemos terminar de hablar de la historia del VIH y el sida sin comentar su evolución social, unida estrechamente al papel de los medios de

<sup>9</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*.

<sup>10</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 57.

<sup>11</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*.

comunicación. El sida pasó de ser un problema privado, que afectaba a sus individuos y familias, a transformarse en un asunto público. El problema de la pandemia se agravó con la presión social para encontrar una solución, el miedo y los medios de comunicación plagados de prejuicios y sensacionalismo. Es más, se consideró que realizar la prueba de anticuerpos a todo el mundo era la solución, siendo solo una forma de enfocar esa discriminación, buscando soluciones como marcarlos, como a los judíos en el holocausto, o mantener en cuarentena a los enfermos.

Un punto de inflexión de la presencia del VIH y del sida en los medios de comunicación fue la noticia que comunicaba el estado serológico positivo de Rock Hudson, lo cual incrementó su visibilidad en los medios y la empatía de sus espectadores. Aumentando la publicidad, creció también la implicación del gobierno y los eventos solidarios.<sup>12</sup>

Por otra parte, los medios de masas encontraron una nueva expresión periodística para referirse a la problemática del VIH y el sida: grupos de riesgo. Así que, aún controlado el problema de la sangre, la gente asumía la idea de que la enfermedad era de drogadictos y homosexuales, extendiendo el estigma social y asociándolo, en muchas ocasiones, como un castigo del pecado o las consecuencias por unas “malas prácticas”. El aquejado de sida se convertía en el responsable de su enfermedad y culpable de su orientación sexual o adicciones. Imaginarios culpabilizadores que aportaban, a quien no lo padecía, un estado de liberación, invulnerabilidad e individualismo que lo aislaba de la idea de entrar en contacto con el VIH. Sirvan estas palabras de Rolan Barthes:

“Como dice el refrán, las cosas repetidas gustan, pero creo que al menos significan. (...) a esta frase se la podría complementar diciendo que, tal vez por su misma insistencia y reiteración, determinadas cosas significan, si no más, sí con mayor claridad”.<sup>13</sup>

Vivimos en una cultura del verbo donde el lenguaje es nuestra vía comunicativa, y a su vez, un canalizador del estigma.

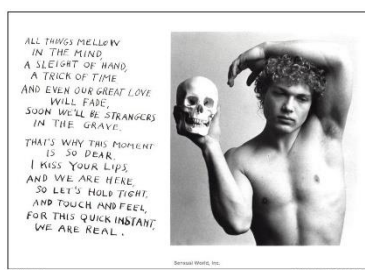
Todo esto nos lleva a contemplar la situación de dolor que sufrían las comunidades afectadas. No hay duda de que la gran cantidad de fallecidos supuso notables consecuencias sociales y emocionales. Había un silencio contenido por el estigma donde la sociedad rechazaba al enfermo y el entorno que lo rodeaba. El sida provocaba un sentimiento de vergüenza cara a la sociedad, propio del pensamiento cristiano. Por esto, el papel de las asociaciones e identidades fue fundamental, no solo para conseguir recursos

<sup>12</sup> *THE EIGHTIES* (Temp. 1, cap. 3: “The fight against AIDS”). Herzog & Company. 2016.

<sup>13</sup> ALIAGA, J. V. y G. CORTÉS, J. M. (1993). *De amor y rabia. Acerca del arte y el SIDA*. Pág. 15.

sanitarios, también para promover el respeto y la dignidad por las personas que fallecieron sin tener ningún tipo de apoyo social.

Es importante hablar del miedo a la enfermedad, y por tanto a la muerte. Este pavor proviene del recuerdo de otras enfermedades revertidas de significado como la tuberculosis, el cáncer o la sífilis. En esta época, se realizaban:



**Fig. 3.** DUANE MICHALS (1986)  
*All things mellow in the mind.*

“añadidas superfluas y metáforas en exceso que más que explicar la condición y situación médica que las caracterizaba (etiología, somatología, formas de transmisión, tipos de prevención, etc.), la sociedad huía del significado estrictamente denotativo, médico-científico, para cebarse en una construcción del aparato ideológico que estigmatiza y excluye, como a los apestados de la Edad Media, del mundo de los sanos, y, por tanto, de la norma”.<sup>14</sup>

El problema con el que nos encontrábamos es que vivimos en una sociedad que valora “un cuerpo sano, joven y bello convertido en una máquina con el objetivo máximo de producir y consumir, no hay lugar para un cuerpo enfermo, y mucho menos, para un cadáver”.<sup>15</sup>

En esta postmodernidad que vivimos es importante recordar lo que dijo Rainer María Rilke:

“la afirmación de la vida y la afirmación de la muerte se revelan formando una sola. Admitir una sin la otra es una limitación que finalmente excluye todo lo finito (...), nuestra existencia se apoya en los dos reinos ilimitados y se alimenta inagotablemente de las dos”.<sup>16</sup>

No podemos dudar que el sida ha sido, y es, una enfermedad-metáfora que destruye tanto al individuo como a la sociedad. Para justificar esta cuestión aportaremos un fragmento de un testimonio de un enfermo, extraído del libro anteriormente ya citado, *SIDA, lo que debes saber*, escrito por el filósofo Ramón Sánchez Ocaña.

“Cuando me enteré, algo murió dentro de mí... algo se paró dentro de mí y es algo que está ahí cómo un peso muerto del que tienes que ir tirando. Además, es esa parte a la que no puedes decirle nada para animarla, porque ya sabe mucho, lo sabe todo. (...) La ciencia avanza, pero quizá la gente no evoluciona igual. Todo está viciado desde el principio, que si es cosa de homosexuales, etcétera. Y claro eso se ha ido calando en la gente inconsciente; se ataca a la persona, no a la práctica de riesgo. Tienes sida e inmediatamente te preguntan por qué, cosa que nunca te dicen del cáncer. Se buscan siempre las causas, los orígenes. La gente piensa, o cree, que el que tiene sida se lo merece. (...)

<sup>14</sup> ALIAGA, J. V. y G. CORTÉS, J. M. (1993). *Ibidem*. Pág. 15.

<sup>15</sup> ALIAGA, J. V. y G. CORTÉS, J. M. (1993). *Ibidem*. Pág. 50.

<sup>16</sup> ALIAGA, J. V. y G. CORTÉS, J. M. (1993). *Ibidem*. Pág. 53.

Todavía pasa una etapa en que crees que el virus te ha atacado por ser como eres. Y no. Tienes mala suerte y te toca. Mala suerte, sin más. No se le puede dar más vueltas “.<sup>17</sup>

### 4.3. VÍAS DE TRANSMISIÓN Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN

¿Cómo se transmite el VIH? Necesitamos tres factores para que el virus se instale en nuestro organismo: la presencia del VIH, la puerta de entrada y el fluido con capacidad de transmisión. Así, el VIH se transmitirá cuando entren en contacto fluidos como sangre, semen (incluido fluido preeyaculatorio), secreciones vaginales o leche materna con una determinada concentración de retrovirus, con las membranas mucosas, pasando entonces a la corriente sanguínea. En el caso de otros fluidos como saliva, sudor, lágrimas, heces u orina no existe peligro de transmisión. La concentración de virus más alta se encuentra en la sangre, seguida de la del semen y los flujos vaginales.

Las vías de transmisión del virus son las siguientes:

- La transmisión sexual: Se realiza cuando entra en contacto el semen o fluidos vaginales con las mucosas. Se considera de alto riesgo la penetración anal o vaginal sin preservativo por parte de una persona infectada. Durante estas prácticas pueden producirse heridas microscópicas en las mucosas de vagina, pene y recto por donde puede pasar el virus a la sangre. En la penetración anal hay más riesgo de transmisión porque la mucosa del recto es más frágil. Por lo tanto el riesgo de infección será mayor para el receptivo que para el insertivo. En el caso de la penetración vaginal, el mayor riesgo es para la receptora ya que es más frecuente que exista alguna lesión en las mucosas genitales femeninas que en el glande. Es importante hablar de las prácticas violentas o sadomasoquismo, siendo de muy alto riesgo dado que la mínima lesión agrava la posibilidad de transmisión. La práctica del sexo oral se considera de posible riesgo para la persona que lo realiza solo si hay heridas en la boca. Lo componen la felación o el cunnilingus sin protección.
- La transmisión parenteral: Se efectúa cuando la sangre infectada entra en el torrente sanguíneo de otra persona. Esta transmisión la encontramos en los usuarios de droga por vía parenteral que comparten material de inyección. Esto se debe, en general, a que el gasto económico del drogadicto para procurarse jeringuillas nuevas es alto, ocasionando la reutilización de jeringuillas en grupos muy determinados o aislados, como por ejemplo las cárceles. Compartir jeringas o los

<sup>17</sup> ALIAGA, JUAN VICENTE Y G. CORTÉS, JOSÉ MIGUEL (1993). *Ibidem*. Pág. 123-126.

utensilios que intervienen para preparar la droga (cuchara, filtros...) se consideran una práctica de alto riesgo. La utilización de utensilios para perforación de la piel, agujas de tatuaje o acupuntura no suponen ningún peligro si el material es nuevo o está esterilizado. Desde el 1998 las transfusiones de sangre, hemoderivados o trasplantes están sujetos a controles sanitarios muy severos y no comportan ningún riesgo.<sup>18</sup>

- La transmisión perinatal la encontramos cuando una mujer embarazada infectada de VIH realiza una transmisión vertical a su bebé a través de la placenta, en el parto por secreciones vaginales o sangre materna o durante la lactancia. Cabe la posibilidad de que el recién nacido presente anticuerpos y no esté infectado. La explicación se encuentra en el final del embarazo, donde la madre le pasa al hijo o hija anticuerpos para muchas enfermedades que le defenderán durante los tres primeros meses y luego desaparecerán progresivamente. Si ha habido infección formará sus propios anticuerpos. Si en dieciocho meses siguiera teniendo anticuerpos, sería un caso real de VIH.<sup>19</sup>

Las herramientas de prevención nacen por la falta de una vacuna preventiva y una cura definitiva para el sida. Éstas tratan de elaborar un acceso fácil a la información y a la difusión para que puedan llegar incluso a los sectores más pobres y marginales, los cuales tienen las tasas más altas de infección. Es importante, por tanto, diseñar estrategias que permitan una información básica y sean comprensibles en su totalidad. Las herramientas de prevención más usadas son las siguientes:

- La prevención de la transmisión sexual: Consiste en utilizar preservativo desde el principio de todas las relaciones sexuales (anal, vaginal u oral). En el caso del cunnilingus, se debe cubrir los genitales con un cuadrado de látex que se puede elaborar partiendo un condón por la mitad. Además, es importante desinfectar o proteger los juguetes sexuales con un preservativo. El condón es nuestro único aliado de las prácticas sexuales seguras porque nos protege de todas las ITS<sup>20</sup>. Es indispensable una buena educación sexual más allá de los mecanismos de reproducción, el funcionamiento de los genitales o los riesgos del embarazo. Es necesaria la información enfocada desde un punto de vista realista en el que se eduque para disfrutar de un modo sano y responsable de la sexualidad. Las prácticas sexuales tienen un componente meramente natural, no hay que juzgarlas, sino aclarar cuáles son las situaciones de especial riesgo.

<sup>18</sup> SÁNCHEZ-OCAÑA, RAMÓN. (2001) *Ibidem*.

<sup>19</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*.

<sup>20</sup> ITS: Infecciones de transmisión sexual.



- La prevención de la transmisión sanguínea: Se basa en no compartir material y utilizar agujas o jeringas nuevas y esterilizadas.
- La prevención en la transmisión perinatal se evita con unos tratamientos específicos durante el proceso de embarazo que reducen el riesgo de transmisión al 3%. Las madres no podrán darles el pecho a sus hijos o hijas.<sup>21</sup>

La única cura que existe en la actualidad es la prevención y una de las herramientas más importantes y útiles es la prueba del VIH. Esta prueba detecta los anticuerpos que produce el sistema inmunitario en respuesta al virus. Para obtener un resultado fiable, es necesario que pasen tres meses desde la última práctica de riesgo, a esto se le llama periodo ventana. La prueba del VIH se llama ELISA<sup>22</sup> y es una prueba rápida en sangre que dura menos de treinta minutos. Tiene un 99,5% de sensibilidad. Si sale negativo no hace falta repetirla, pero si sale positiva, hay que confirmar el diagnóstico con la IFA<sup>23</sup> o Wester Bot. Esta combinación tiene una fiabilidad del 100%.

Lo que se puede medir, se puede controlar y es por eso que conocer nuestro estado serológico es fundamental para poder tomar medidas apropiadas a la hora de acceder a la atención médica especializada y al tratamiento antes de que el VIH evolucione a sida.

Las pruebas pueden realizarse en consultorios médicos, centros de salud locales, hospitales, planificación familiar y lugares habilitados para realizarla como asociaciones o colectivos. En la actualidad existe la posibilidad de realizarse un autotest distribuido en farmacias. Se trata de una prueba rápida con punción digital de una fiabilidad muy alta, que detecta VIH-1 y VIH-2. Además, en Valencia, el colectivo LAMBDA ha instaurado una línea telefónica en relación al autotest para dudas o apoyo emocional gratuita durante doce horas.

Como última medida de prevención que vamos a mencionar tenemos los tratamientos antirretrovirales, en el que se incluyen el PPENO (Profilaxis Post Exposición no Ocupacional) y el PrEP (Profilaxis Pre-Exposición). El PPENO evita el desarrollo de la infección tras una exposición de riesgo por vía sexual o parenteral. Consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales que dura veintiocho días y se aconseja iniciarlo en las seis primeras horas ya que después de las setenta y dos horas no se asegura su eficacia y podría ocasionar efectos secundarios. Por otra parte, la PrEP está dirigida a la prevención de la transmisión del VIH en personas no infectadas y que, por sus prácticas sexuales habituales, tienen un alto riesgo de contraer la infección. Puede ser de uso diario o por demanda empezando un tratamiento específico de cuatro a tres días antes

<sup>21</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*.

<sup>22</sup> ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay.

<sup>23</sup> IFA: Inmunodeficiency Assay.

de la exposición. Debería ir acompañado de un paquete de medidas preventivas, ya que solo protege del VIH y no de las demás ITS.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/58/medicamentos-contr-el-vih-autorizados-por-la-fda>

## 5. EL PAPEL DEL VIH/SIDA EN EL ARTE



Fig. 4. LEX MIDDELTON (1992)  
*Gay beauty myth.*

Hablemos primero del papel del arte en relación con nuestra cotidianidad. Decía Ballard que:

“la tarea de las artes parece ser cada vez más la de aislar los pocos elementos de realidad contenidos en esta mezcla de ficciones, no de una “realidad” metafórica, sino simplemente los elementos básicos del conocimiento y la postura que son el abecé de la conciencia”.<sup>25</sup>

El arte está directamente relacionado con la realidad y, por lo tanto, con la política, la sociología, la antropología o la economía. Es crucial entonces,

“la diversidad y la necesidad de plantear los problemas desde una perspectiva multifocal en lo que estrecha la unión entre el artista y tejido social en el que está inserto. Toda manifestación que pretenda vincularse a lo público tendrá que enfrentarse a las verdaderas condiciones materiales de las relaciones de poder de lo cotidiano”.<sup>26</sup>

Con el comienzo de la pandemia, el panorama artístico sintió la necesidad de plantearse cómo podía responder a la crisis del sida y a los mitos que arrastraba consigo. Para llevar esto a cabo tenían que cumplir un objetivo: cuestionar la voluntad política de los demás. Esto consiste en sacudir los hábitos, las formas de actuar y pensar, disipar las familiaridades admitida y retomar la medida de las reglas y de las instituciones.<sup>27</sup>

A continuación, abordaremos cómo se ha reflexionado sobre la posición del VIH y el sida en el mundo contemporáneo y qué modos se han buscado para reaccionar individual o colectivamente a ello.

Hablemos primero del cuerpo como espacio de reflexión. Debido a la problemática del VIH y el sida, se efectuó un incremento de obras que tenían como centro de reflexión el cuerpo humano y las mil historias que dentro aguardaba:

“historias de nacimiento, enfermedad y muerte; de fertilidad o esterilidad; de formación, plenitud y decadencia; de sensaciones, deseo, placer, dolor y abandono; de reconfortante ternura, de amenaza y miedo; de incontinencia o desparrame y de dominio o maestría; de mutación aborrecida o metamorfosis

<sup>25</sup> BALLARD, JAMES G. (2002). *La llegada del inconsciente*. Pág. 104.

<sup>26</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 129

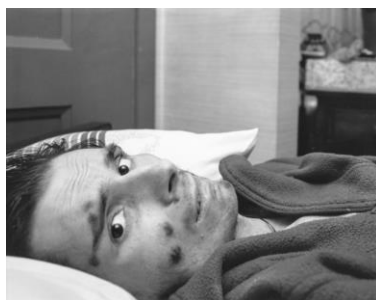
<sup>27</sup> FOCALUT, MICHEL (2005). *La Hermenéutica del sujeto*. Pág. 9



**Fig. 5.** ROSA VON PRAUNHEIM, PHIL ZWICLER Y DAVID WOJNAROWICZ. (1990)  
*Silence = Death.*



**Fig. 6.** MENDEL, GIDEON (1980)  
*The Ward.*



**Fig. 7.** NIXON, NICHOLAS (1988) *Tony Masterilli, Mansfield, Massachusetts, June 1988.*

buscada con perseverancia y decisión; de actuación, disciplina, transgresión, simulación...".<sup>28</sup>

El sida ha creado una historia visual contemporánea sobre el cuerpo masculino. A principios de los ochenta un modo de vida empoderado estaba empezando a ser posible después de mucho tiempo y esfuerzo, pero la aparición del sida vino de la mano de una oleada de homofobia la cual convertía a la comunidad gay en un grupo de riesgo. El cuerpo del hombre homosexual no se definía a sí mismo únicamente por su deseo, sino que abordaba otras temáticas como la identidad o la capacidad de adaptarse o reinventarse.

En el año 1980 había una ausencia notable de imágenes de los afectados y la información solo se centraba en cifras y estadísticas. Más adelante, la aparición de imágenes de los enfermos más desfigurados distorsionó la realidad del sida y fomentó la idea de enfermedad-metáfora. Todas esas imágenes fueron difundidas por los medios de masas, intervenciones activistas o exposiciones. A excepción de los medios de comunicación, que lo hacían, en general, con fines morbosos, el panorama artístico tenía un objetivo común: la expresión de la rabia y el dolor a través de imágenes explícitas no complacientes. Pero, aunque buscaban romper con la visión injusta de la enfermedad, se convirtieron en imágenes incómodas para ciertos sectores sociales que encontraban en éstas la prueba de la degeneración que asociaban al VIH y al sida. Esto hizo que muchas obras fueran difíciles de aceptar o promover. La censura era algo habitual y los comentarios reaccionarios y homófobos no tardaron en llegar.

En 1988 se organizaron las primeras exposiciones por parte de instituciones de prestigio: las polémicas muestras de Nicholas Nixon y Rosalin Salomon. Ambos retrataban fotográficamente personas con sida incidiendo en las marcas más características de la enfermedad como las manchas del sarcoma de Kaposi, la delgadez extrema y la desfiguración del cuerpo. Aunque fueron muy elogiadas por la crítica, ésta no pudo ver en ellas su verdadera factura, la repetición de los códigos que habían estado utilizando constantemente los medios de comunicación en la representación del sida. A raíz de estas obras, ACT UP realizó una declaración de principios sobre cómo enfocar los retratos de personas con VIH o sida. Rescatamos la última parte: "Exigimos visibilidad de PWA<sup>29</sup> que sean vitales, que estén enfadados, que sean tiernos, sexy, bellos, en acción y que se defiendan. Deja de mirarnos; Empieza a escucharnos".<sup>30</sup>

<sup>28</sup> LLAMAS, RICARDO. *En búsqueda de una perdición.* en MARTÍNEZ OLIVA, JESÚS (1998) *Sujeciones.* Pág. 27

<sup>29</sup> PWA: Patients with AIDS.

<sup>30</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem.* Pág. 140.

No cabe duda, reflexionar sobre la adecuación de imágenes de personas enfermas de sida lleva consigo el cuestionamiento de los límites de la representación. A este respecto, el escritor Rob Baker plantea lo siguiente:

“¿Debe el arte representar a los enfermos con sida directamente, o debe dar la vuelta a su foco exterior, retratar el mundo circundante y que a menudo oprime a las personas con sida? ¿Si un enfermo de sida va a ser representado, cómo deben ser estas representaciones? ¿Si se dirige al mundo exterior, de qué debe tratar entonces el trabajo? ¿La falta de acción del gobierno? ¿El mundo de la investigación médica? ¿El virus en sí mismo? ¿Cómo se puede abstraer conceptos como homofobia, miedo, cólera o demencia? ¿Cómo puede representarse la supervivencia, la resistencia o el ser VIH positivo?”<sup>31</sup>

El sida ha forzado al artista a plantearse todas estas cuestiones rompiendo fronteras disciplinarias, tabúes morales, geográficos y raciales.

El concepto de autoría en las obras se estaba perdiendo ya que éstas las realizaban colectivos integrados por artistas y diseñadores que se definían como activistas que “se enfrentaban a las estructuras de poder y a las instituciones sociales que convertían en invisibles a las gentes afectadas por dicha enfermedad”.<sup>32</sup> Se necesitaba un público más amplio que el que visitaba las galerías de arte así que se utilizaron métodos más comunicativos como pintar en público, usar carteles o realizar pinturas murales. Se buscaba un nivel de lectura simple, era necesario que hablara de historias comunes y estimulara la participación directa, dejando de lado la cuestión estética y lingüística.

Son muchos los objetos e imágenes que han tenido una resonancia simbólica en el panorama artístico relacionado con el VIH y el sida. Por ejemplo, la transmisión o prevención del VIH está relacionada con objetos como agujas, jeringuillas o condones; o las lesiones púrpuras, el sarcoma de Kaposi o el virus en sí mismo, están relacionados con la enfermedad. Por lo que atañe a las imágenes tenemos tres claros símbolos del sida. En primer lugar, el lazo rojo que muestra la comprensión y el apoyo con las personas afectadas de sida. Frank Moore escogió el rojo por su asociación con la sangre y la pasión, la ira y el amor. Esta imagen tuvo mucha popularidad y provocó que los activistas se preocuparan porque no se convirtiera en una simple moda más allá de las verdaderas causas de la enfermedad ya que muchas celebridades empezaron a lucirlo por puras cuestiones estéticas. En segundo lugar, el AIDS Memorial Quilt, un “edredón” que realizaban familiares, amantes y amigos en recordatorio a las personas que murieron de sida y estaba formado por paneles de colores que incluían fotos, citas y otros elementos de los difuntos. El más destacable es el que se mostró en 1987 en la Alameda Nacional de Washington (Fig.8), formado



Fig. 8. AIDS Memorial Quilt en la Alameda Nacional de Washington (1996)

<sup>31</sup> BAKER, ROB. (1994) *The art of AIDS: from the stigma to conscience*. Pág. 137.

<sup>32</sup> GUASH, A.M. (2000). *El arte último del s.XX. Del posmodernismo a los multicultural*. Pág. 495.



Fig. 9. GRAN FURY (1987)  
Let the Record Show...

por 1920 paneles escritos con el nombre de la víctima y manufacturados por sus amigos y familia. Esta acción, que formaba parte del proyecto de Cleve Jones, Names Project, se considera una obra de arte sin barreras de acceso, un vehículo de la estética de diferentes áreas culturales, que comparte una unidad interna y una misma estructura modular.<sup>33</sup> Los edredones “han conseguido, a través de sus exposiciones que recuerdan a miles de personas muertas por esta enfermedad, que adquieran una percepción real de la magnitud de esta tragedia.”<sup>34</sup> Por último, el lema “SILENCIO=MUERTE”, creado por el colectivo *Silence=Death Project* y donado a Act Up que lo colocaron debajo de un triángulo rosa con el vértice apuntando hacia arriba. Su precedente se encuentra en la Segunda Guerra Mundial donde los homosexuales de los campos de concentración nazi eran obligados a usar divisas rosas en forma de triángulo invertido para poder ser identificados. Estos hombres fueron maltratados y sufrieron una degradación inhumana. Así que usando este símbolo se quiso transformar el símbolo de humillación en uno de solidaridad y resistencia.<sup>35</sup> Este símbolo, abiertamente político, sirvió para intentar acabar con tabúes como el sexo seguro y la injusticia social provocada por la indiferencia gubernamental.

Dicho todo esto, podemos alinearnos con estas palabras del recientemente fallecido Douglas Crimp:



Fig. 10. GERHARTER, RICH. (1993). ACT UP demonstrators.

“en su mayor parte, la obra cultural sobre el sida ha sido realizada por aquellos que están afectados directamente por la pandemia, artistas que están infectados por el VIH o que han perdido amigos, amantes, familiares o miembros de una comunidad por culpa de VIH. El arte ha intentado transmitir lo que se siente cuando tratas con la pandemia: estar enfermo, cuidar a los que están enfermos, enfrentarse a la muerte, estar de luto, haber sido ultrajado, ser derrotado. Pero el arte sobre el sida también ha intentado combatir directamente la pandemia -enseñando prácticas de sexo seguro, informando a la gente sobre los riesgos, luchando contra la discriminación, exponiendo las mentiras de los gobiernos y de los medios de comunicación y estimulando el enfado y la protesta de los grupos afectados”.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 151.

<sup>34</sup> MIRALLES, PEPE (2003). *Names Project Quilt en Arte, terapia y educación*. Pág. 97.

<sup>35</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 153.

<sup>36</sup> CRIMP, DOUGLAS (2005). *Posiciones críticas*. Pág. 129.

## 6. CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

El VIH se ha convertido en una patología crónica. Al contrario de los primeros años de pandemia, cuando el tratamiento constaba de un cóctel considerable de pastillas y el paciente sabía que, aún así, acabaría muriendo tarde o temprano, los portadores actuales sobreviven con una buena calidad de vida y sólo algunos efectos secundarios. Por esto, se ha ido calando la idea en la sociedad de que el VIH y el sida están bajo control, aun teniendo datos escalofriantes que nos indican que el número de afectados aumenta cada año.

Hoy en día, el miedo ha desaparecido y la enfermedad se ha instalado en el olvido. En concreto, los jóvenes son muy vulnerables a la transmisión del virus por la falta de conciencia e información de las instituciones. Las noticias sobre el VIH y el sida han ido desapareciendo, en los medios de comunicación solo se recogen los grandes avances científicos y quizá el fracaso de alguna vacuna, pero la mirada a los países que mueren del sida se nos sigue haciendo muy lejana. El sida corre el peligro de dejar de estar en la actualidad (en cierto modo, ya lo está) y que, por ello, deje de tener las ayudas gubernamentales que actualmente tiene. Walter Benjamin ya lo había advertido:

“El formato mismo de los periódicos lleva a cabo una obligada nivelación ideológica por el mero hecho de conceder igual importancia a los anuncios, a los desastres naturales y los acontecimientos políticos y de interés humano. Al tener que compartir uno con otro para conseguir la atención del lector, se ven comparativamente trivializados, generando la distracción como condición primaria a la receptividad”.<sup>37</sup>

Por lo tanto, para obtener la atención que la pandemia necesita, es imprescindible que se realicen campañas de prevención efectivas y directas.

La principal razón de la poca efectividad que tienen las campañas de prevención en la actualidad es el miedo a afectar a según qué colectivos o gremios, niños, religiones, etc. Esto provoca que se invisibilicen las identidades y las prácticas sexuales diversas enunciando que ambas no existen al dirigir sus mensajes a la identidad heteronormativa. La realidad es que, sin distinción de sexo, sexualidad, raza, y prácticas sexuales, las campañas informativas de prevención del VIH están destinadas al fracaso. Juan Vicente Aliaga, profesor y crítico de arte, comentaba lo siguiente sobre las campañas de prevención en el año 2001:

“No hay nada menos creíble. No hay imágenes explícitas. Se sigue la línea de los muñequitos del *Sí da, no da*, jugando con atributos o

---

<sup>37</sup> SLOTERDJK, PETER. (1988). *Critique of cynical reason*.

símbolos en vez de resaltar cómo se aplica el preservativo o indicar, sin pelos en la lengua, las distintas alternativas existentes de sexo seguro entre la población heterosexual y homosexual. Apenas si hay anuncios específicamente para los drogadictos, y mucho menos para las mujeres y los gais. El Ministerio de Sanidad, en España, se inclina más bien por una línea *suave*, que no hiera sensibilidades”.<sup>38</sup>

Como hemos mencionado anteriormente, las mujeres no han obtenido la atención que necesitaban siendo uno de los colectivos más vulnerables a la transmisión. Hay varios factores que las hace más indefensas, un ejemplo sería el machismo. El machismo hace que las mujeres estén expuestas a un riesgo especial de contraer el virus por la falta de poder de decisión sobre cuándo, dónde y cómo tiene lugar la relación sexual. Por eso, también tienen más posibilidades de tener encuentros sexuales bajo coacción aumentando el riesgo de microlesiones vaginales o anales que facilitan la transmisión. Además, ha habido una popularización del preservativo masculino y poca promoción del femenino, quedando el colectivo de lesbianas completamente desmarcado de las medidas preventivas. Los drogadictos y los trabajadores sexuales también han sido, mayoritariamente, excluidos de las campañas.

En síntesis, hay que evitar la realización de carteles cobardes con fotografías que carecen de impacto, el dormitismo, la necesidad de no herir sensibilidades, los juegos con la palabra VIH ya viciados (preVIHenes, VIHDA) o la heterosexualidad como norma general, para poder pasar a la realización de campañas preventivas con imágenes explícitas, información clara, realismo y mayor capacidad empática hacia todos los colectivos en riesgo. Act Up ya lo decía en 1994 en sus “15 medidas de urgencia contra el sida” que las campañas:

“deben destinarse a diferentes categorías sociales, sexuales, étnicas y culturales, y abordar sin tabúes los temas de la sexualidad, el placer, la toxicomanía, la enfermedad y la muerte y proveer una información completa y explícita sobre los comportamientos preventivos adaptados a cada tipo de práctica”.<sup>39</sup>

Hay muchas maneras de comunicar la información vital sobre el VIH y el sida y lo que funciona mejor en un país puede no ser adecuado en otro, por ellos las campañas de prevención son muy diversas internacionalmente.

---

<sup>38</sup> ALIAGA, J. V. y G. CORTÉS, J. M. (1993). *Ibidem*. Pág. 26.

<sup>39</sup> MIRALLES, PEPE (2001). “(Chico seropositivo busca...) Sobre la sexualidad y el sida”.



## 6.1 CARTELERÍA INTERNACIONAL



**Fig. 11.** GRAN FURY (1988-91)  
 CARTEL: *El gobierno tiene sangre en las manos.*

La clave de una campaña de prevención certera es la unión de fuerzas. Como en cualquier lucha, los enfermos del sida como grupo social, han tenido una consciencia colectiva, un sentimiento de marginación y de exclusión y un proyecto común. Es por esto por lo que la respuesta del activismo en la lucha contra el sida, dada a la despreocupación de los gobiernos, fue fundamental para la prevención. El éxito consistía en conseguir plantear unos objetivos muy específicos con un lenguaje claro y conciso, con la finalidad de llegar al mayor número de personas posible.

La organización activista estadounidense más importante fue Act Up, fundada en 1987 por el activista Larry Kramer, que, desafiando a las comunidades homosexuales a exigir una respuesta eficaz para la política del sida, sacaron la enfermedad a la calle y reclamaron investigaciones farmacéuticas. Se disolvió en 1996, pero sus sedes diversificadas por todo el mundo siguen luchando.

De este grupo nació Gran Fury. Estaba formado por diez personas que iban variando según intereses y disponibilidad. Muchas de las estrategias utilizadas eran de la marca Benetton, reelaboradas después con un cambio radical de su significado, utilizando una imagen ya popularizada para llamar la atención de mucha gente. Los primeros carteles los pegaron en los muros de New York de manera ilegal. Vendían todo tipo de merchandising para destinarlo a la producción de proyectos y al coste de los espacios de publicidad. En la Bienal de Venecia de 1990 expusieron una obra que criticaba la jerarquía católica y su postura sobre el sida y su homofobia. La imagen de Juan Pablo II (Fig.2) estaba rodeada por las declaraciones que realizó el cardenal O'Connor: "La verdad no está en los condones o las agujas limpias. Eso son mentiras... buena moralidad es buena medicina". A lo que ellos respondían que "condones y agujas limpias salvan vidas. El SIDA está causado por un virus y un virus no tiene moral". La dirección de la Bienal intento censurar la obra, pero finalmente fue expuesta. El atractivo gráfico de las obras de Gran Fury era evidente, la denuncia contundente y la llamada de atención clara.<sup>40</sup>



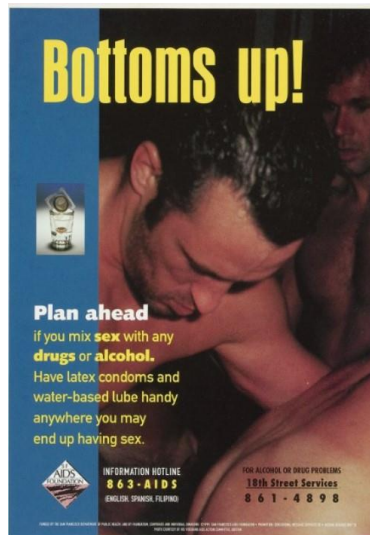
**Fig. 12.** GRAN FURY (1990)  
*Sexism Rears Its Unprotected Head Installation.*

También hubieron muchos colectivos y artistas que lanzaron cartelería preventiva donde utilizaban imágenes explícitas de cuerpos desnudos, prácticas sexuales o inyecciones de droga por vía parenteral, alrededor del mundo.

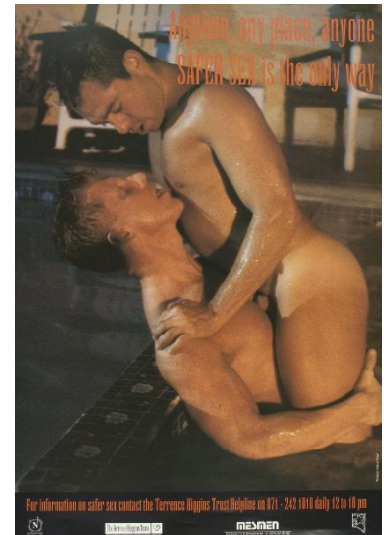
<sup>40</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 184.



**Fig. 13.** AIDS PROJECT ARIZONA (USA).  
*Show him how to use his head.*



**Fig. 14** SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION (USA, 1996).  
*Bottoms up!*



**Fig. 15**TERRENCE HIGGINGS TRUST (UK).  
*Anytime, anyplace, anyone. Safer sex is the only way.*

Como observamos son carteles con una actitud directa y con prácticas que son identificables de manera sencilla con las prácticas de sexo homosexual. Están dirigidos hacia el colectivo HSH y utiliza frases como: “Piensa. Pensar sobre buen sexo significa pensar más acerca de los condones. Encuentra como puedes utilizar la cabeza para sexo más caliente y seguro. 602.266.SAFE (7233)”<sup>41</sup> o “Planea si vas a mezclar sexo con drogas o alcohol. Ten condones de látex y lubricante basado en agua en cualquier sitio donde puedas acabar teniendo sexo.”

Las campañas dirigidas a la comunidad heterosexual siendo las más difundidas, son muy poco explícitas. En algunos carteles utilizan cuerpos desnudos, en relación a la práctica de riesgo sexual, pero en la mayoría de los casos son bastante “descafeinados”. Destacan estos trabajos elaborados en Austria bajo el lema “Protege tu amor”.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Fig. 9. Los textos de los carteles han sido traducido por la autora de este trabajo.

<sup>42</sup> Fig. 12 y 13. Este texto ha sido traducido por la Universidad de Rochester.



Fig. 16. BAUMANN, PETER (Austria, 1989). Schutz aus Liebe.



Fig. 17. BAUMANN, PETER (Austria, 1989). Schutz aus Liebe.

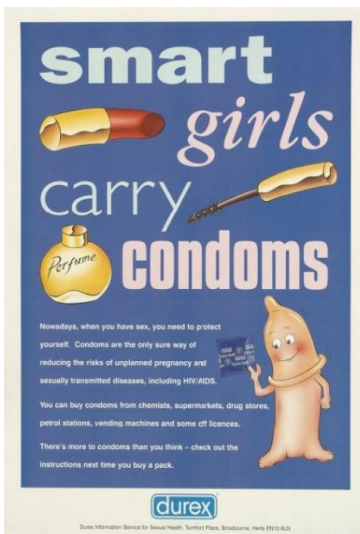
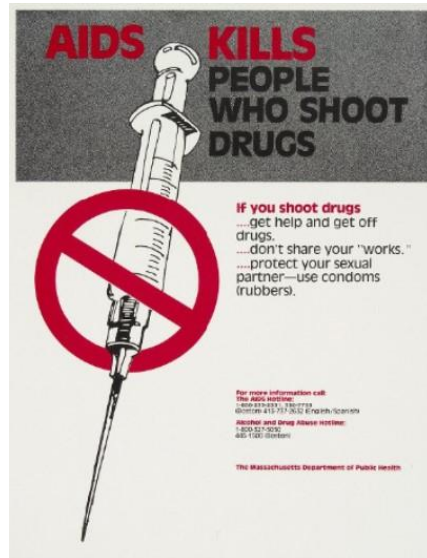


Fig. 18. DUREX (UK, 1996). Smart girls carry condoms.

Los carteles dirigidos a las mujeres lesbianas, son muy pocos y a las mujeres heterosexuales, se dirigen a ellas como personas dependientes del hombre, y con toda la responsabilidad de que le transmitan el VIH. Esto lo podemos ver en la campaña realizada por Durex en el año 1996. En ella aconsejan que si eres una mujer inteligente debes llevar condones encima, o sea, que si no los llevas contigo eres más bien poco inteligente. Una dirección completamente equivocada ya que una campaña de prevención no trata de juzgar cómo eres si tienes prácticas de riesgo, si no en mostrar qué medios tienes para realizarlas de manera segura. Además, la iconografía de lo femenino es atribuida al maquillaje y el perfume, excluyendo a todas las demás que no lo usan, que no lo consideran como parte de su identidad femenina. En cuanto a las trabajadoras sexuales, su cartelería es escasa, no se habla de ellas y es como si no existieran, siendo uno de los sectores con más riesgo de transmisión, ya que muchas veces pueden converger dos factores de riesgo como el sexo y las drogas, aumentando así las posibilidades de transmisión del VIH.

Por último, la cartelería dirigida a la vía de transmisión parenteral ha estado marcada por la confusión del objetivo de la campaña. Aun utilizando imágenes realistas para asociar con una acción, la intencionalidad del cartel se divide entre prevenir el VIH y prevenir el consumo de drogas. De esta manera, el mensaje se mezcla con el mensaje moral, pasando a segundo plano la prevención de la enfermedad. Un ejemplo que podemos ver en la figura 16 que tiene como eslogan: “El sida mata a la gente que se inyecta drogas”, lo cual no es una afirmación correcta, ya que mata solo a los que comparten el material inyectable para pincharse. (Ver anexo: Cartelería Internacional)



**Fig. 19.** MASSACHUSETTS, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. (USA, 1994). *AIDS kills people who shoot drugs.*



**Fig. 20.** VICTORIANS AIDS COUNCIL. (Australia, 1994) *Sex and drugs go together.*

## 6.2 CARTELERÍA NACIONAL

Vamos a contextualizar primero en qué momento histórico llega la pandemia a España y cuáles eran los factores que condicionaban las tareas informativas de prevención. Los primeros años de la década de los 80, de manera similar a Europa, no existe una conciencia clara por parte de las instituciones de la magnitud de la pandemia.

“La situación política y social de la transición propició un clima de optimismo y alegría por las libertades conquistadas que enmascaraba o trataba de ignorar los posibles problemas que significaran un retroceso en lo que a las actitudes liberales se refiere, (...) constituyen un modo distinto de relacionarnos con el “otro”, de hacer responsable de nuestras libertades más allá de nuestro propio cuerpo, de nuestra propia salud”.<sup>43</sup>

En esta época el 64% de los casos correspondían a toxicómanos, y el 17% al transmisión homosexual. Es importante considerar el “hecho de que la drogadicción intravenosa era un fenómeno poco controlado en este país y que se trataba de un colectivo que nunca ha tenido acceso a un discurso público”.<sup>44</sup> El mayor colectivo portador era el menos prevenido por el estigma hacia el drogadicto,

<sup>43</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 264.

<sup>44</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 266.



“nadie acepta al toxicómano como a un enfermo más. En todo caso, se acepta cuando ha confirmado su abstinencia sobradamente durante una serie de años. Y aún así, siempre se cuestiona su inocencia, su honestidad, y, por si fuera poco, con la aparición del SIDA, su salud y su capacidad de contagiar, de contaminar... La sociedad se limita a marginar al toxicómano (...) sin tener en cuenta que detrás de cada uno de ellos hay una persona con una vida muy difícil y a la que se le dan muy pocas posibilidades de cambiar”.<sup>45</sup>

Cuando murió Rock Hudson, la cantidad de artículos y reportajes vino a reafirmar la concepción de que el sida atacaba a determinados sectores de la población, difundiendo informaciones dudosas y falsos mitos, aumentando así los prejuicios hacia la enfermedad. Aunque los casos de transmisión heterosexual aumentaban, se estableció un paralelismo entre el sida y una identidad sexual concreta, lo que hacía que los heterosexuales se sintieran invulnerables al virus. La posibilidad de tenerlo parecía muy remota, aunque al final lo que importaba era muy simple: no era ser homosexual, era practicar el sexo sin protección; no era ser toxicómano, era pincharse con la misma jeringuilla que una persona con VIH. Por ejemplo, la posibilidad de transmisión es más alta en cárceles, ya que faltan medidas específicas preventivas y muchos presos consumen drogas por vía intravenosa.

Podemos distinguir entre dos tipos de campañas de prevención españolas, las que han hecho por su parte los colectivos activistas, y las que han sido impulsadas por las instituciones, tanto por parte de asociaciones como por parte del gobierno mismo.

Hablemos primero de la cartelería difundida por parte de comunidades y organizaciones españolas. Dado que las que había eran débiles, efímeras y poco constantes, el modelo a seguir para los españoles fue el norteamericano. Pero ser gay en Estados Unidos significaba pertenecer a una comunidad específica distinta de las demás, capaz de generar dispositivos asistenciales para sus miembros. Lo que es exportado a España no es una noción de comunidad sólida, sino un discurso político y un conjunto de rasgos dispersos que conforman su señal de identidad más visibles.<sup>46</sup> Se empieza a crear un sistema visual altamente comprensible utilizando imágenes sin mucho nivel de complejidad. Pepe Miralles, artista que ha trabajado con la problemática del VIH y el sida durante toda su carrera, forma el grupo Proyecto 1 de Diciembre, que siguió la línea del activismo artístico estadounidense. En uno de sus trabajos se apropiaron de la obra del fotógrafo Philip Hannan, creando un cartel contundente sobre la necesidad de protección en las relaciones sexuales. Este cartel chocaba con la falta de costumbre de los espectadores de encontrarse



Fig. 21. PROYECTO 1 DE DICIEMBRE (España. 1992) Cartel.

<sup>45</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2009) “El sida ante la opinión pública: el papel de la prensa y las campañas de prevención estatales en la representación social del sida en España”.

<sup>46</sup> GUASH, OSCAR (1991) *La sociedad rosa*.



**Fig. 22.** LSD. (España)  
*Soy lesbiana sexualmente activa.*

con imágenes tan explícitas, siendo este rasgo uno de los aciertos, ya que juega con la capacidad sorpresa para retener en el imaginario colectivo el mensaje de prevención.<sup>47</sup> Otro colectivo que formó parte de las primeras campañas activistas fue LSD, formado por mujeres lesbianas, uno de los colectivos que menos atención ha recibido de las políticas públicas. Utilizaban frases en sus carteles como “Te afeitado con tu cuchilla. Te penetro con mis guantes nuevos. Le pongo el condón a tu dildo. Lamo tu clítoris, tus labios, tu ano, con un cuadrado de látex por medio” normalizando e informando las prácticas de sexo lésbico seguro. Por otro lado, la Radical Gai realizó campañas de prevención muy certeras. Su cartelería no pasaba por una visión integradora en el modelo heteropatriarcal sino por una autoafirmación de sus formas de vida, haciendo campañas que:

“son sexualmente explícitas, hablan del SIDA y de sexo seguro, de prácticas, juguetes, deseos y fantasías diversas. Lo hacen sin tabúes, de manera irrespetuosa, sin necesidad de buenos, sin buscar la normalización ni la integración en la cultura dominante; sin perseguir que se les entienda, ni que se les acepte. Lo que quieren es contarse a sí mismos y a través de sus propias miradas y representaciones denunciar la normalidad que les rodea y que les construye como pecadores, perversos, peligrosos”.<sup>48</sup>

Las imágenes de su cartelería reproducían sin pudor prácticas sexuales seguras, penes, uso de drogas, y textos que resultaban directos y concretos.



**Fig. 23.** RADICAL GAY (España)  
*Así es el machismo al desnudo.*



**Fig. 24.** RADICAL GAY (España) *¡Así es la vida!*

Las campañas de los últimos años realizadas en España por las instituciones públicas y políticas son, al contrario de lo visto en la cartelería internacional y los colectivos activistas anteriores, carentes de información directa, infantiles, generalizados, sumidos en un concepto que no cala en la

<sup>47</sup> MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *Ibidem*. Pág. 307.

<sup>48</sup> TRUJILLO, GRACIA (2005) *Desde los márgenes. Prácticas y representaciones de grupos queer en el Estado Español*.

sociedad, y menos en los jóvenes, los cuales no han vivido las consecuencias del sida en sus pieles y se encuentran totalmente desinformados. A continuación, pondremos algunos ejemplos de distintos gobiernos que han realizado campañas en la actualidad, los cuales quieren promover la realización e la prueba mediante metáforas y juegos de palabras e imágenes. (Ver anexo: Cartelería nacional)



Fig. 25. SOMOSLGTB+ (Aragón, España. 2018)



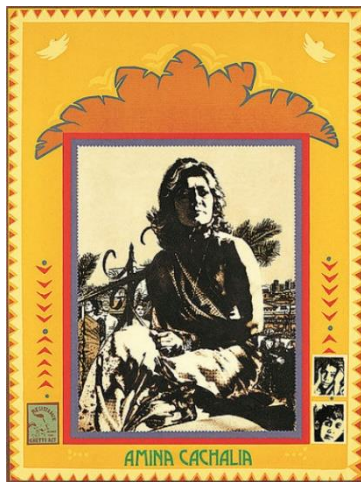
Fig. 26. PROJECTE DELS NOMS-HISPANOSIDA. (Barcelona, España. 2017)



Fig. 27. ASIMA (Málaga, España. 2017)

## 7. REFERENCIAS ESTÉTICAS

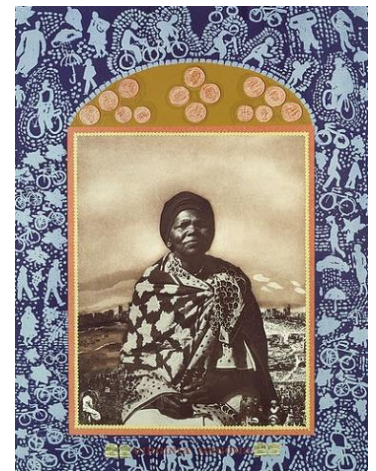
La elaboración del proyecto personal se ha servido de la reinterpretación de las campañas preventivas mencionadas en el apartado anterior y de algunos carteles u obras que son interesantes en cuanto a utilización cromática, representación de la imagen o composición de elementos dentro de los márgenes del lienzo. Artistas como Sue Williamson, Max Greemberg, Masami Teraoka o Matthias Herrmann han influenciado en la realización del collage, la explicitud de los símbolos que aparecen, la utilización de la línea que contornea las imágenes y el uso de los colores por simple encaje compositivo, respectivamente. (Ver anexo: Referencias estéticas)



**Fig. 28.** SUE WILLIAMSON.  
*A few South Africans.*



**Fig. 29.** SUE WILLIAMSON.  
*A few South Africans.*



**Fig. 30.** SUE WILLIAMSON.  
*A few South Africans.*





Fig. 31. MAX GREENBERG. (2001)  
*Bondage.*



Fig. 32. MAX GREENBERG. (2001 )  
*Suck Don't Shallow.*



Fig. 33. MASAMI TERAOKA. (1992)  
*Eclipse woman.*



Fig. 34. MASAMI TERAOKA (1989)  
*Mates.*



Fig. 35. MATTHIAS HERRMANN.  
*Molinier 3.*



Fig. 36. MATTHIAS HERRMANN.  
*XX Porfolio 1.*



Fig. 37. MATTHIAS HERRMANN.  
*Pig piece 3.*

## 8. PRODUCCIÓN ARTÍSTICA PERSONAL

El proyecto personal consta de catorce carteles realizados con la técnica del collage y editados posteriormente en Photoshop, equilibrando las luces y añadiendo los eslóganes que acompañan a la campaña. Las imágenes utilizadas han sido extraídas del imaginario de la pornografía y de otros carteles que se han realizado en los últimos años. La intención de la campaña es la concienciación de la realización de prácticas seguras, a través del uso del preservativo o de jeringas nuevas para inyectarse drogas. Los carteles están dirigidos a cuatro grupos específico: HSH, MSM, heterosexuales y toxicómanos. Tienen un formato A3 y el proceso creativo ha sido intuitivo, reuniendo todos los recortes y componiéndolos de manera estética con módulos de diferentes colores, intentando así desvirtualizar los colores de la pandemia, como el rojo o el rosa, utilizando una gama muy amplia de azules, verdes, amarillos, etc. A las imágenes se les ha dotado de un carácter de ilustración con la línea que contornea los cuerpos. Además, todas las caras están descontextualizadas de la fotografía original, los ojos, tanto de hombres como de mujeres, tienen unas pestañas larguísimas y son iguales. Todos los órganos genitales están cubiertos con un método de protección como el condón o el cuadrado de látex. Por otra parte, los eslóganes han sido pensados como elementos directos que no generan confusión y son claros en cuanto a su objetivo: realizar prácticas seguras.

### 8.1 HETEROSEXUAL



Fig. 37. Vía Pornopoke.



Fig. 38. Vía Pornopoke.

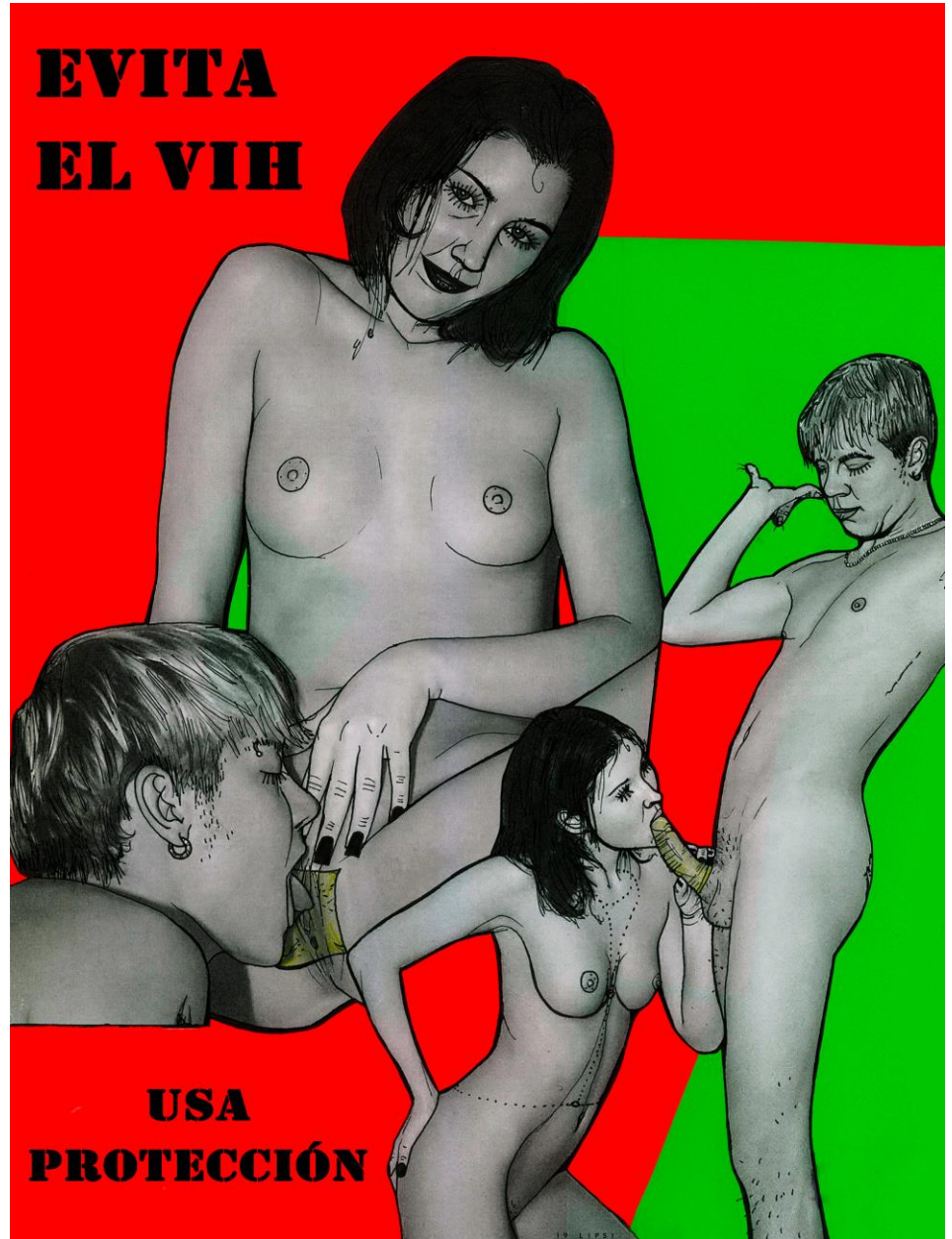


Fig. 39. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Heterosexuales 1.





Fig. 40. Vía Pornofotos.



Fig. 41. Vía Pornopoke.



Fig. 42. Vía Pornopoke.

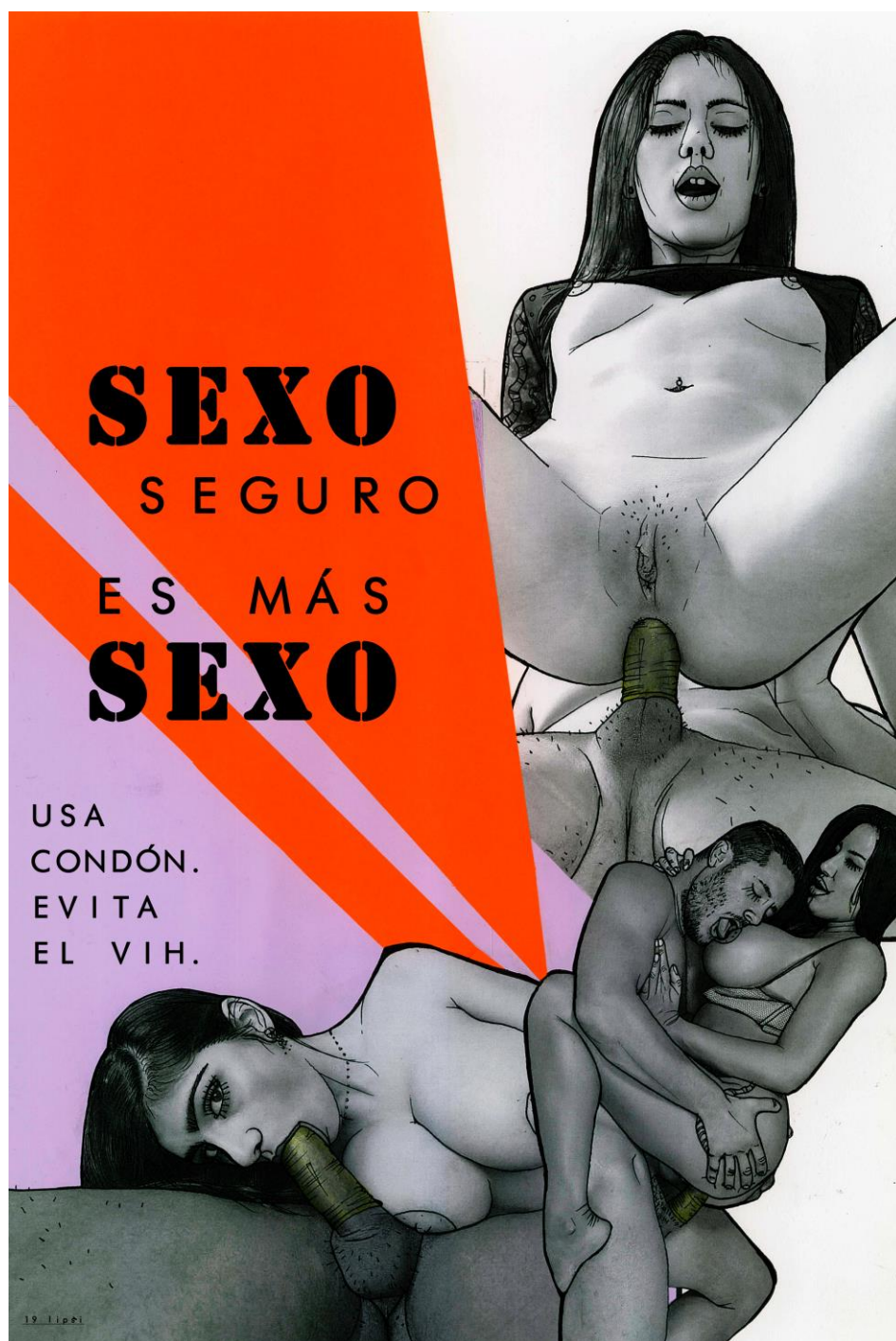


Fig. 43. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Heterosexuales 2.



Fig. 44. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Heterosexuales 3.



Fig. 45. Vía Pornopoke.





Fig. 46. Vía Pornopoke.



Fig. 47. Vía Pornopoke.

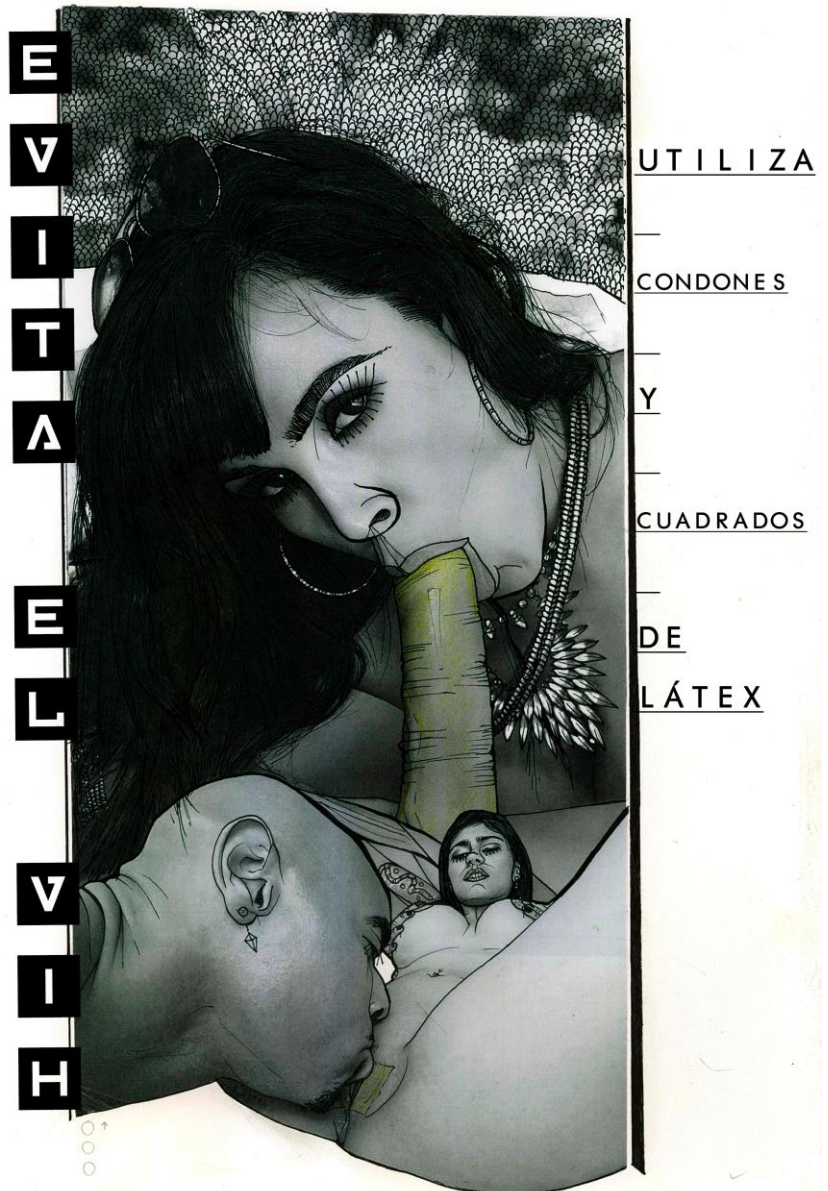


Fig. 48. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Heterosexuales 4.

## 8.2. HSH



Fig. 49. LALIBERTÉ, ROBERT (1989)  
*The pleasure of latex.*



Fig. 50. Vía Morbototal.



Fig. 51. Vía Morbototal.

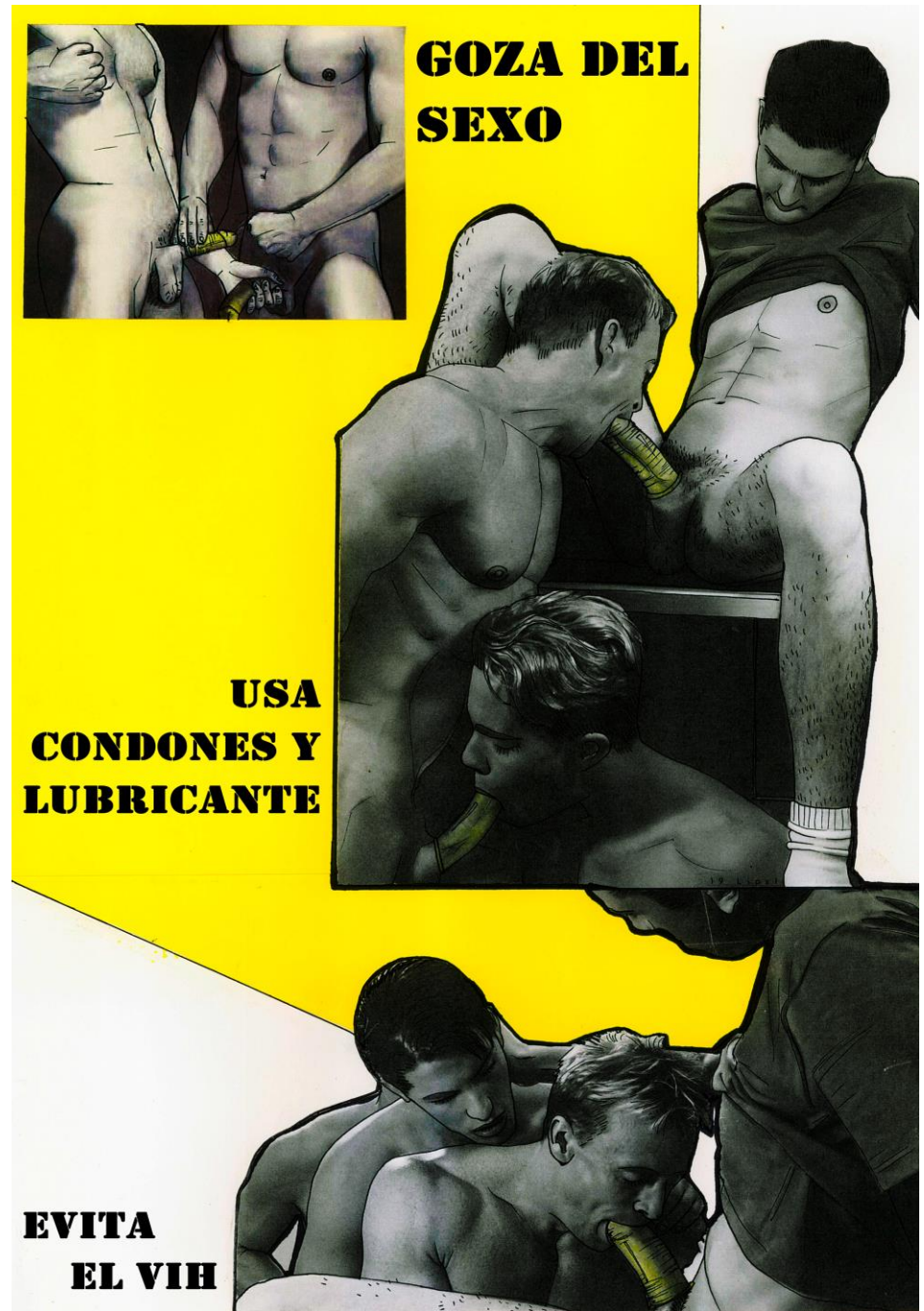


Fig. 52. MEDINA, PAULA (2019) *Cartel VIH: HSH 1.*





Fig. 53. Vía Morbototal.



Fig. 55. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 2.



Fig. 54. Vía Morbototal.





Fig. 56. Vía Morbototal.



Fig. 57. Vía Morbototal.



Fig. 58. THE CORE PROGRAM (USA, 1994)  
*Dishwasher safe.*

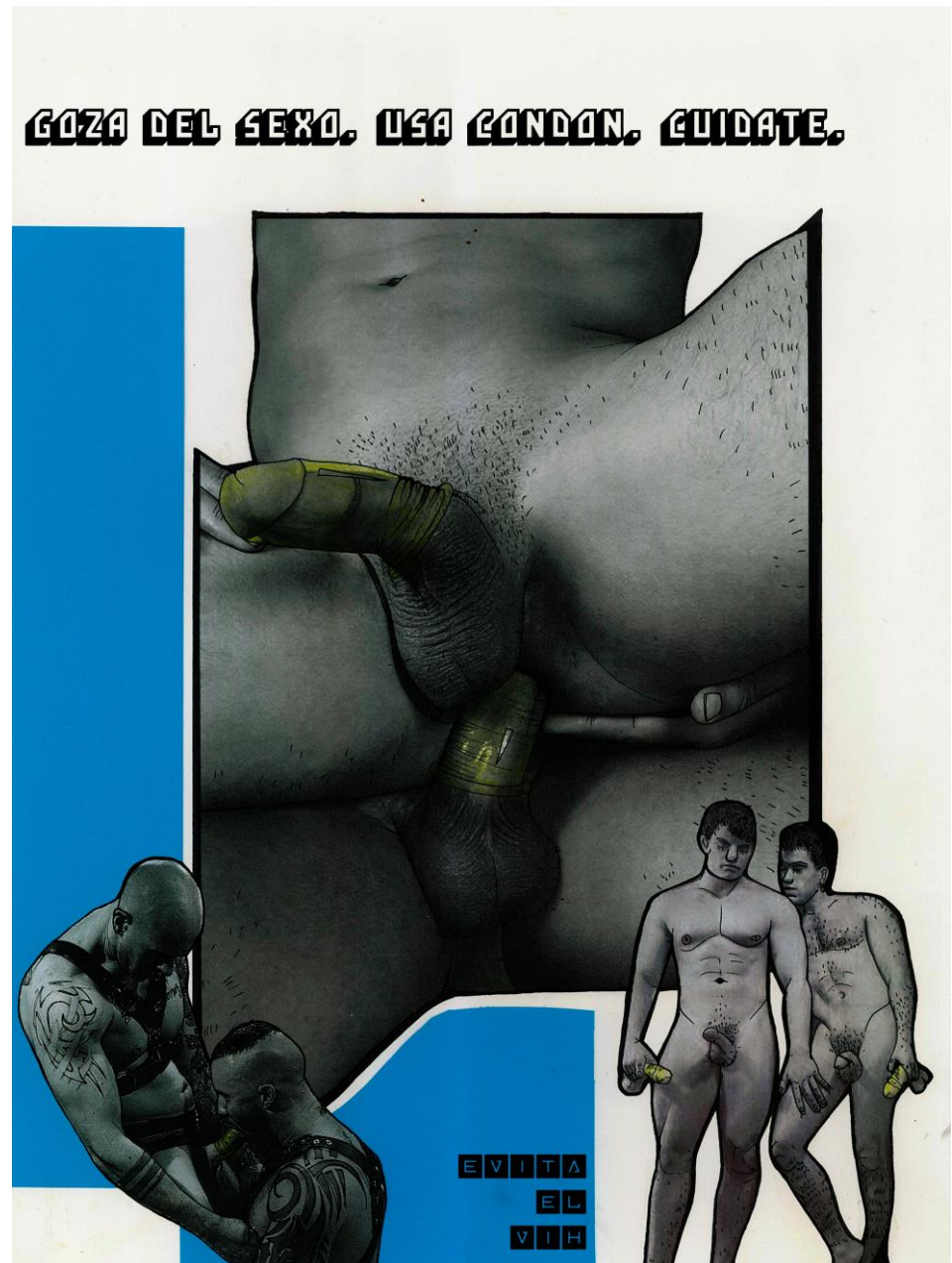


Fig. 59. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 3.



Fig. 60. Vía Morbototal.



Fig. 61. Vía Morbototal.



Fig. 62. Vía Morbototal.



Fig. 63. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 4.





Fig. 64. Vía Morbototal.



Fig. 65. Vía Morbototal.

Fig. 66. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 5.



Fig. 67. Vía Pornofotos.



Fig. 68. Vía Pornofotos.

### 8.3 MSM

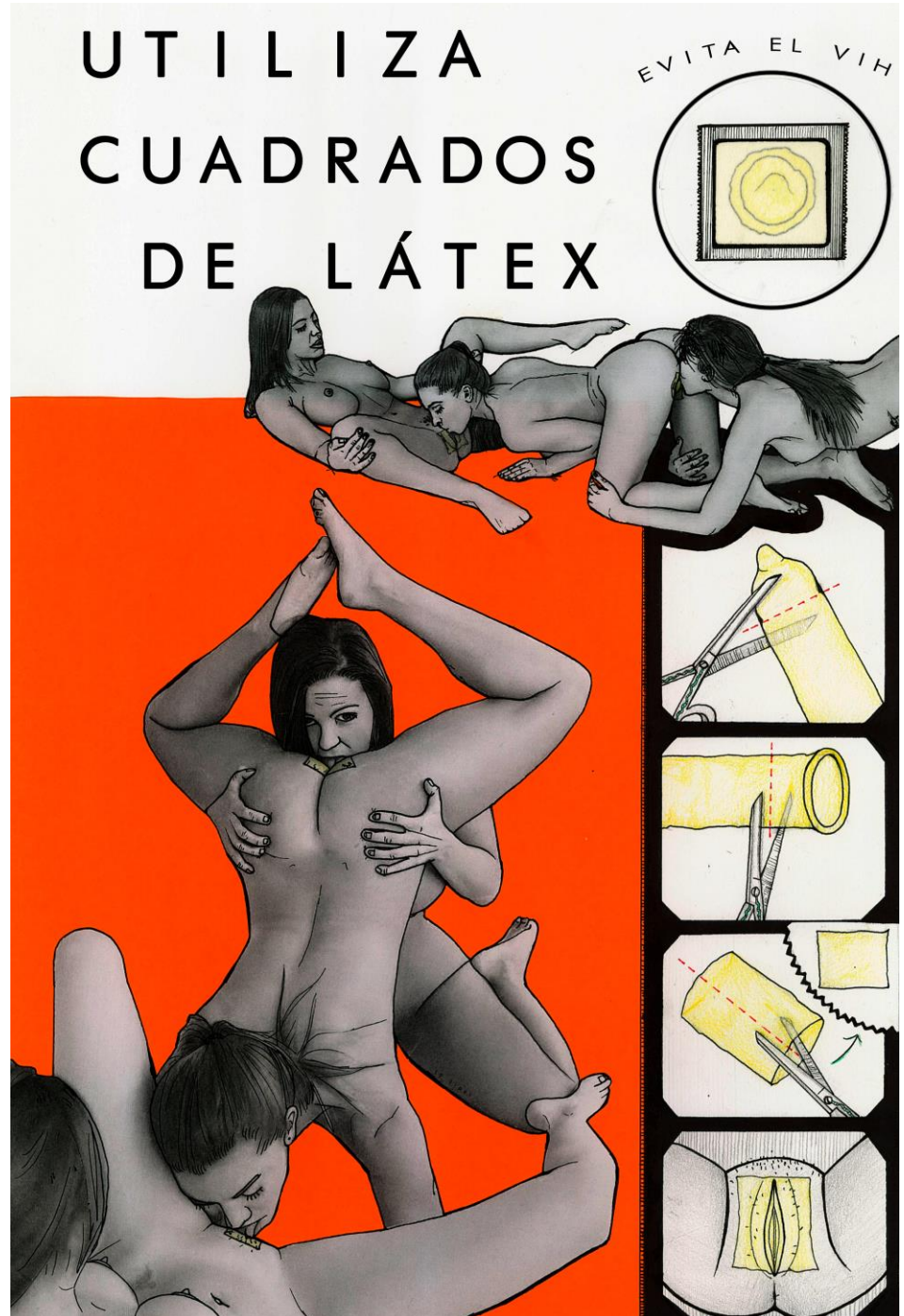


Fig. 69. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: MSM 1.





Fig. 70. Vía Pornofotos.



Fig. 71. Vía Pornofotos.



Fig. 72. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: MSM 2.

### 8.4. TOXICÓMANOS



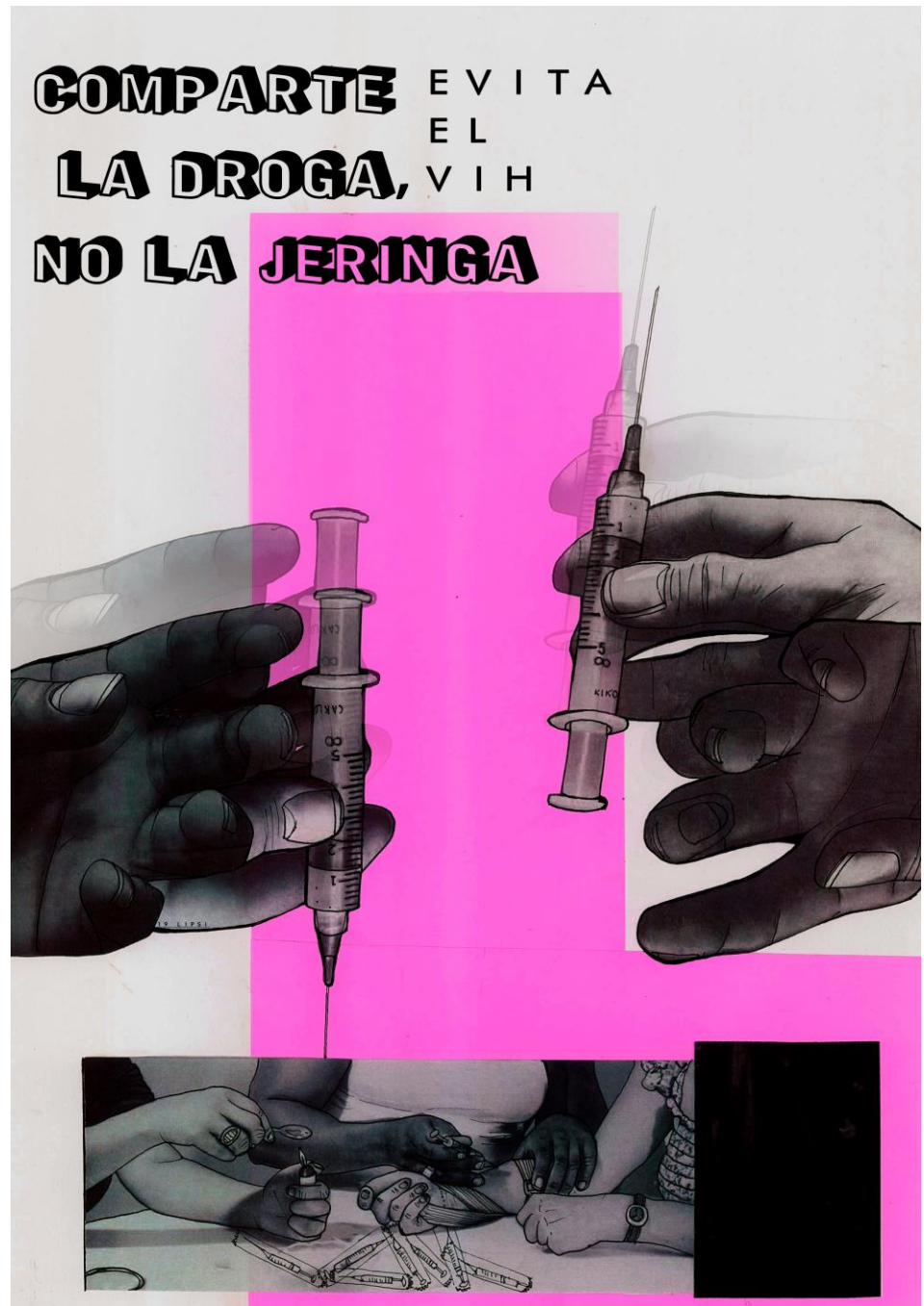
**Fig. 73. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (USA)**  
*Sharing needles can get you more than high. It can get you AIDS.*



**Fig. 74. NEW JERSEY. DIVISION OF AIDS CONTROL AND PREVENTION (USA, 1989)**  
*Sharing works can get you more than high. It can get you AIDS.*



**Fig. 75. COPASA (USA)**  
*You may think this is chill but AIDS really kill. Don't share death.*



**Fig. 76. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Toxicómanos 1.**



Fig. 77. SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION (USA, 1989)  
*Don't fuck with a user.*



Fig. 78. MAURITIUS MINISTRY OF HEALTH (ISLAS MAURICIO)  
*Le SIDA se transmet aussi de cette façon*



Fig. 79. MEDINA, PAULA (2019) *Cartel VIH: Toxicómanos 2.*

## 9. CONCLUSIÓN

La campaña de prevención que se ha realizado ha tratado de informar cuales son las vías de transmisión y las herramientas de prevención. Esta información se ha transmitido mediante un mensaje directo y sencillo, de manera personalizada para según a que colectivo nos estemos dirigiendo. Los carteles han sido el fruto de un profundo análisis e investigación de los recursos que se han utilizado para luchar contra el sida. Por lo tanto, los objetivos planteados al principio del proyecto han sido cumplidos en la teoría. La práctica, o sea la difusión de los carteles, continuará de aquí en adelante. Difundir estos carteles actualmente en España es muy complicado, debido a que, tanto de manera online como física, la pornografía suele estar prohibida. Por ejemplo, en Instagram las fotos que enseñen cualquier órgano reproductor o pezón femenino son reportadas (que el pezón masculino si esté permitido es una muestra más de la sociedad heteropatriarcal en la que nos encontramos, esto dificulta aún más las cosas).

Para concluir, hagamos una reflexión sobre la prevención del VIH en nuestro país. Las campañas realizadas los últimos años siguen siendo poco audaces. Se necesita constancia, no basta con difundir información cada 1 de diciembre. El VIH no descansa, relevemos a los que han caído en la lucha. Seamos valientes y hablemos de las cosas tal cual existen: sexo, drogas, lesbianas, gays, heterosexuales, bisexuales, transexuales, putas, putos, BDSM, tríos, orgías y poliamor. Hablemos de la realidad y frenemos la epidemia.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

### MONOGRAFÍAS

- ALIAGA, JUAN VICENTE Y G. CORTÉS, JOSÉ MIGUEL (1993). *De amor y rabia. Acerca del arte y el SIDA*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.
- BAKER, ROB. (1994) *The art of AIDS: from the stigma to conscience*. New York: Continuum Pub.
- BALLARD, JAMES G. (2002). *La llegada del inconsciente*. Barcelona: Editorial Minotauro.
- CRIMP, DOUGLAS. (2005). *Posiciones críticas*. Madrid: Ackal.
- FOCALUT, MICHEL. (2005). *La Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones Endymión.
- GUASH, A.M. (2000). *El arte último del s.XX. Del posmodernismo a los multicultural*. Madrid: Alianza.
- GUASH, OSCAR. (1991) *La sociedad rosa*. Barcelona: Anagrama Editorial S.L.
- MARTÍNEZ OLIVA, JESÚS (1998) *Sujeciones*. Valencia: La Galera.
- MIRALLES, PEPE. (2003). *Names Project Quilt: Un medio creativo para recordar a las personas desaparecidas a causa del SIDA, y apoyar a sus seres queridos*. En: AAVV, *Arte, terapia y educación*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.
- MIRALLES, PEPE. (2001). "(Chico seropositivo busca...) Sobre la sexualidad y el sida". En: ALIAGA, J. V. *Miradas sobre la sexualidad en el arte y la literatura del siglo XX en Francia y España*. Valencia: Universidad de Valencia.
- TRUJILLO, GRACIA. (2005) *Desde los márgenes. Prácticas y representaciones de grupos queer en el Estado Español*. En: ROMERO BACHILLER, CARMEN; GARCÍA DAUDER, SILVIA; BARGUEIRAS MARTÍNEZ, CARLOS; *GtQ. El eje del mal es heterosexual*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- SÁNCHEZ-OCAÑA, RAMÓN. (2001) *SIDA lo que deber saber*. Barcelona: Nihil Obstat Ediciones.
- SLOTERDJK, PETER. (1988). *Critique of cynical reason*. USA: University of Minnesota Press

### ARCHIVOS VISUALES

- THE BLOODY TRUHT (Documental: La cruenta verdad: el origen del SIDA. Dir. Carl Gierstorfer ). Anthje Bohemert. 2014.
- THE EIGHTIES (Temp. 1, cap. 3: "The fight against AIDS"). Herzog & Company. 2016.

### PÁGINAS WEB

- <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/58/medicamentos-contr-el-vih-autorizados-por-la-fda> [Consulta: 10 de mayo de 2019].

## TESIS

- MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2010). *El cuerpo enfermo: Arte y VIH/SIDA en España*. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

## ARTICULOS EN REVISTA

- MARTÍN HERNÁNDEZ, RUT (2009) “El sida ante la opinión pública: el papel de la prensa y las campañas de prevención estatales en la representación social del sida en España”.  
<http://www.spunk.org/texts/groups/taragona/sp000494.txt> [Consulta: 15 de junio de 2019].

## 11. ÍNDICE DE FIGURAS

- Fig. 1. NANCY BURSON.(2000) *The Difference between Positive and Negative Thought*.
- Fig. 2. CARL TANDATNICK. (1993) AIDS Virus - White close up and Epidemiology
- Fig. 3. DUANE MICHALS. (1986) *All things mellow in the mind*.
- Fig. 4. LEX MIDDELTON. (1992) *Gay beauty myth*.
- Fig. 5. ROSA VON PRAUNHEIM, PHIL ZWICLER Y DAVID WOJNAROWICZ. (1990). *Silence = Death*.
- Fig. 6. MENDEL, GIDEON. (1980). *The Ward*.
- Fig. 7. NIXON, NICHOLAS (1988) *Tony Masterilli, Mansfield, Massachusetts, June 1988*.
- Fig. 8. AIDS Memorial Quilt en la Alameda Nacional de Washington (1996)
- Fig. 9. GRAN FURY (1987). *"LET THE RECORD SHOW..."*
- Fig. 10. GERHARTER, RICH. (1993). *ACT UP demonstrators*.
- Fig. 11. GRAN FURY (1988-91). *CARTEL: "El gobierno tiene sangre en las manos"*
- Fig. 12. GRAN FURY (1990) *Sexism Rears Its Unprotected Head Installation*.
- Fig. 13. AIDS Project Arizona. (Arizona, USA). *Show him how to use his head*.
- Fig. 14. SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION. (San Francisco, USA, 1996). *Bottoms up!*
- Fig. 15. TERRENCE HIGGINS TRUST (London, United Kingdom). *Anytime, anyplace, anyone. Safer sex is the only way*.
- Fig. 16. BAUMANN, PETER. (Viena, Austria, 1989). *Schutz aus Liebe*.
- Fig. 17. BAUMANN, PETER. (Viena, Austria, 1989). *Schutz aus Liebe*.
- Fig. 18. DUREX. (England, 1996). *Smarter girls carry condoms*.
- Fig. 19. MASSACHUSETTS, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. (Massachusetts, USA, 1994). *AIDS kills people who shoot drugs*.
- Fig. 20. VICTORIANS AIDS COUNCIL. (Victoria, Australia. 1994) *Sex and drugs go together*.
- Fig. 21. PROYECTO 1 DE DICIEMBRE. (Valencia, España. 1992) *Cartel*.
- Fig. 22. LSD. *Soy lesbiana sexualmente activa*.
- Fig. 23. RADICAL GAY. *Así es el machismo al desnudo*.
- Fig. 21. RADICAL GAY. *Así es la vida*.
- Fig. 24. SOMOSLGTB+ (Aragón, España. 2018)
- Fig. 25. PROYECTO DELS NOMS-HISPANOSIDA. (Barcelona, España. 2017)
- Fig. 26. ASIMA (Málaga, España. 2017)
- Fig. 27. SUE WILLIAMSON. *A few South Africans*.
- Fig. 28. SUE WILLIAMSON. *A few South Africans*.
- Fig. 29. SUE WILLIAMSON. *A few South Africans*.
- Fig. 30. MAX GREENBERG. (2001) *Bondage*.
- Fig. 31. MAX GREENBERG. (2001) *Suck Don't Shallow*.
- Fig. 33. MASAMI TERAOKA. (1992) *Eclipse woman*.
- Fig. 34. MASAMI TERAOKA (1989) *Mates*.
- Fig. 31. MATTHIAS HERRMANN. *Molinier 3*.
- Fig. 35. MATTHIAS HERRMANN. *XX Porfolio 1*.
- Fig. 36. MATTHIAS HERRMANN. *Pig piece 3*.
- Fig. 37. <https://pornopoke.com/pareja-follando-en-el-bano/>
- Fig. 38. <https://pornopoke.com/pareja-follando-en-el-bano/>
- Fig. 39. MEDINA, PAULA (2019) *Cartel VIH: Heterosexuales 1*.
- Fig. 40. <https://www.pornofotos.org/follada-anal-para-una-jovencita-hambrienta-de-polla/>
- Fig. 41. <https://pornopoke.com/secretaria-mia-khalifa-tetuda-follando/>
- Fig. 42. <https://pornopoke.com/tetuda-guarra-corrída-a-chorros/>
- Fig. 43. MEDINA, PAULA (2019) *Cartel VIH: Heterosexuales 2*.
- Fig. 44. MEDINA, PAULA (2019) *Cartel VIH: Heterosexuales 3*.

- Fig. 45. <https://www.pornofotos.org/dos-negras-lesbianas-comparten-buen-rabo/#images>
- Fig. 46. <https://pornopoke.com/madura-hace-las-mejores-mamadas-suaves/>
- Fig. 47. <https://pornopoke.com/secretaria-mia-khalifa-tetuda-follando/>
- Fig. 48. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Heterosexuales 4.
- Fig. 49. LALIBERTÉ, ROBERT (1989) *The pleasure of latex.*
- Fig. 50. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 51. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 52. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 1.
- Fig. 53. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 54. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 55. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 2.
- Fig. 56. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 57. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay2/fetichismo\\_porno\\_gay.html](http://www.morbototal.com/porno_gay2/fetichismo_porno_gay.html)
- Fig. 58. THE CORE PROGRAM (USA, 1994) *Dishwasher safe.*
- Fig. 59. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 3.
- Fig. 60. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 61. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 62. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 63. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 4.
- Fig. 64. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay/galerias\\_fotos\\_gratis\\_folladas.html](http://www.morbototal.com/porno_gay/galerias_fotos_gratis_folladas.html)
- Fig. 65. [http://www.morbototal.com/porno\\_gay2/fetichismo\\_porno\\_gay.html](http://www.morbototal.com/porno_gay2/fetichismo_porno_gay.html)
- Fig. 66. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: HSH 5.
- Fig. 67. <https://www.pornofotos.org/abigail-mac-junto-a-dos-jovencitas-lesbianas/>
- Fig. 68. <https://www.pornofotos.org/abigail-mac-junto-a-dos-jovencitas-lesbianas/>
- Fig. 69. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: MSM 1.
- Fig. 70. <https://www.pornofotos.org/sodomizando-una-morenita-buscona/#images>
- Fig. 71. <https://www.pornofotos.org/jovencitas-lesbianas-muy-cachondas/>
- Fig. 72. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: MSM 2.
- Fig. 73. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (USA) *Sharing needles can get you more than high. It can get you AIDS.*
- Fig. 74. NEW JERSEY. DIVISION OF AIDS CONTROL AND PREVENTION (USA, 1989) *Sharing works can get you more than high. It can get you AIDS.*
- Fig. 75. COPASA (USA) *You may think this is chill but AIDS really kill. Don't share death.*
- Fig. 76. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Toxicómanos 1.
- Fig. 77. SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION (USA, 1989) *Don't fuck with a user.*
- Fig. 78. MAURITIUS MINISTRY OF HEALTH (ISLAS MAURICIO) *Le SIDA se transmet aussi de cette façon.*
- Fig. 79. MEDINA, PAULA (2019) Cartel VIH: Toxicómanos 2.

