

ETNOGRAFÍA, REALIDAD Y FICCIÓN EN LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS EN LAS SERIES DE TELEVISIÓN¹

Josep M. Comelles

Medical Anthropology Research Center - MARC

Universitat Rovira i Virgili

Josepmaria.comelles@urv.cat

Serena Brigidi

Medical Anthropology Research Center - MARC

Universitat Rovira i Virgili

serenabrigidi@gmail.com

Resumen: Paul Valéry habló del cine como de un *divertissement pour ilotes*. Nosotros hablábamos de la televisión como la *silly box*. La caja se ha hecho mayor y se ha convertido en un espejo con el que dialogamos, un día sí y otro también, una suerte de amigo invisible que acompaña nuestra soledad y vela por nuestros malestares (y que también sabe definirlos e identificarlos). Por esto nos proponemos investigar los *medical dramas* que no pueden ni deben reducirse a la condición de entretenimiento, incluso en aquellos casos en que la representación resulta menos válida. Lo poroso en los límites entre ficción y realidad invita a ser muy prudentes. Materiales poco rigurosos pero con un lenguaje simplista pueden tener un impacto muy superior a narrativas mucho más sofisticadas situadas en el límite del documental también en la docencia. Sin embargo, la etnografía en los *medical dramas* abre perspectivas de investigación en la construcción del proceso salud, enfermedad y atención y de la experiencia personal y colectiva. Tiene desde muchos puntos de vista una función *cognoscitiva* y *formativa* porque crea reflexiones, debates y permite criticar e interpretar la realidad sanitaria en la que vivimos. Si es difícil que alguien pueda convertirse en Jack Bauer, en el Almirante Adama todos los espectadores de *medical dramas*, tropezamos con una realidad que puede ser la

¹ Ver también COMELLES, J. y BRIGIDI, S. (2014).

nuestra, como profesionales de la salud y como pacientes. Así que reconocemos a Gregory House o a Nurse Jackie o aspectos de los hospitales y CAPs a los que acudimos.

Palabras clave: perspectiva etnográfica; medical dramas; proceso de salud, enfermedad y atención; profesionales de la salud; función educativa

Abstract: Paul Valery spoke of film as a *divertissement pour ilotes*. We used to call television the *silly box*. The box has grown up and it has become a mirror with which we talk, day in and day out, a kind of invisible friend that is a companion for our loneliness and watches over our discomforts (also defining and identifying them). Thus, our aim is to investigate medical dramas that cannot be reduced to the status of entertainment, even in cases where representations are less compelling. Boundaries between fiction and reality are porous and so require caution. Little rigorous productions with a simplistic language can have a much higher impact, also for teaching, than much more sophisticated narratives located on the boundaries of documentary films. However, ethnographic approaches applied to medical dramas opens research perspectives regarding the construction of health, disease and care processes as well as concerning personal and collective experiences. Such approach has, from many points of view, a cognitive and educational function that creates reflections and debates, while allows criticizing and interpreting the health context in which we live. If it is difficult for anyone to become Jack Bauer or Admiral Adama, all viewers of medical dramas bump into a reality that can be ours, as health professionals and as patients. So we recognize Gregory House or Nurse Jackie or features of hospitals and Primary Care Centers where we go.

Keywords: ethnographic approaches; medical dramas; health, disease and care processes; health professionals; educational function

De las series médicas

Entre el 2004 y el 2012 y hasta su reciente cancelación, el canal de cable norteamericano Fox ha emitido ocho temporadas del *medical drama*² *House M.D.*³ El culebrón *General Hospital*⁴ se compone de más de 12.000 episodios desde 1963 y el de la BBC *Casualty*⁵ se emite desde 1986. *E.R.* (*Urgencias*)⁶ se compone de quince temporadas; *Bodies*,⁷ de la BBC, tiene diecisiete episodios en tres temporadas, *Grey's Anatomy*⁸ lleva nueve y *Hospital Central*,⁹ de Telecinco, renovó su vigesimoprimer temporada. Tras el estreno de *E.R.* en 1994, la producción de *medical dramas* ha aumentado, mientras el tema médico es hoy excepcional en el cine. Su éxito tiene que ver con la temática y con la relación entre el espectador y la pantalla (BACHTIN, 1988; TUROW, 1989a), y habría influido en la formación de los profesionales de la salud¹⁰ y en debates sobre ética profesional (WICCLAIR, 2008) o bioética (ARAWI, 2010). En Francia, *E.R.* dio lugar a un debate sobre las urgencias hospitalarias (CHALVON-DEMERSAY, 1999); la prensa médica ha discutido los riesgos de su influencia sobre las conductas de los espectadores y ha llamado la atención sobre la responsabilidad de los productores, creadores y guionistas (BECA y SALAS, 2004; DOUGLAS, 2007)¹¹ en relación con el *embodiment* de sus contenidos por los espectadores. Si suele criticarse el exceso de violencia o el sexo explícito en televisión, el éxito paradójico de las series de tema médico debe tener raíces distintas,

2 La temática de los *medical dramas* gira en torno a médicos, hospitales, médicos de medicina general, paramédicos y enfermeras. Una excepción relativa es *Medical Investigation*, sobre casos de salud pública, y, sobre todo, *Polseres vermelles*, desde la perspectiva de los pacientes.

3 Citamos las series en la lengua de producción, mediante su página en IMDB (*Internet Movie Database*), tanto la serie completa como los episodios singulares. *Wikipedia* en inglés es mucho mejor fuente que las páginas web oficiales, porque incluye bibliografía, *rankings*, audiencias y bibliografía. <http://www.imdb.com/title/tt0412142/?ref_=fn_al_tt_1>.

4 <http://www.imdb.com/title/tt0056758/?ref_=fn_al_tt_1>

5 <<http://www.imdb.com/title/tt0096555/>>

6 <http://www.imdb.com/title/tt0108757/?ref_=fn_al_tt_1>

7 <http://www.imdb.com/title/tt0398427/?ref_=fn_al_tt_1>

8 <http://www.imdb.com/title/tt0413573/?ref_=nv_sr_2>.

9 <http://www.imdb.com/title/tt0297174/?ref_=fn_al_tt_1>.

10 Ver LAIT (1987); O'CONNOR (1998); MIKULENCAK (1995) y CZARNY, FADEN, NOLAN, BODENSIEK y SUGARMAN (2008), entre otros.

11 Las series son creaciones colectivas: productores ejecutivos y guionistas son determinantes. El papel de los directores es secundario.

aunque en *Grey's Anatomy* o *Nip/Tuck*¹² haya mucho sexo y, en esta última, algo de violencia. ¿Cuáles son las razones de tal éxito? ¿Por qué son tan bien aceptadas desde hace más de medio siglo?

El proceso de medicalización, de la escritura a la televisión

La producción audiovisual sobre salud desde principios del siglo xx —en forma de documentales y de ficción cinematográfica y luego de televisión (TUROW, 1989a)— jugó un papel probablemente significativo en la construcción de la hegemonía del *modelo médico* y en el proceso de medicalización, aunque no necesariamente haya sido tenida muy en cuenta por los teóricos (Menéndez, 2005). En la primera y segunda fase del proceso de medicalización, los textos de divulgación o popularización (PERDIGUERO-GIL y CASTEJÓN-BOLEA, 2010), la literatura de ficción o la destinada a legitimar a la medicina, y a un prototipo ideal de médico, jugaron un papel relativamente importante (COMELLES, 2007), que esquematizamos en la tabla 1:

Periodo	Economía política	Temas dominantes	Comunicación
Siglos XIII a XIX	La ciudad (<i>polis</i>) como responsable.	Las epidemias	Regimientos de la peste. Geografías y topografías médicas.
Siglo XVIII a 1970	El estado responsable de la higiene y sanidad y, más adelante, del cuidado y terapéutica (estado de bienestar).	Higiene y sanidad Accidentes de trabajo Enfermedades agudas Epidemias y endemias	Novelas, informes médico-sociales, topografías médicas, folkmedicina, periódicos, anuncios de remedios y de profesionales, cine, radio, televisión analógica.
1970-2012	La medicalización es una dimensión estructural en la cultura global. El sector de la salud queda limitado a diagnóstico, terapéutica y cuidado en determinadas enfermedades.	La hegemonía del cuidado del cuerpo como ámbito global. La gestión concreta de enfermedades crónicas, agudas o accidentes.	Televisión: <i>reality shows</i> , publicidad, documentales, ficción televisiva: series, culebrones, docudramas. Internet: web, blogs, foros, vídeo en <i>streaming</i> , redes sociales, etc., publicidad.

Tabla 1. El proceso de medicalización y la divulgación (elaboración propia).

12 <http://www.imdb.com/title/tt0361217/?ref_=nv_sr_1>.

En la tabla hemos distinguido tres fases desiguales en el proceso de medicalización. En la segunda, hay dos subetapas en referencia al significado de la imagen: una inicial donde lo visual son estampas, grabados, daguerrotipos o fotografías y, en la tercera, ya en el siglo xx, las revistas gráficas, los folletos publicitarios ilustrados, la radio, el documental o la ficción cinematográfica —y, entre 1950 y 1990, la televisión analógica clásica— tuvieron un papel significativo. Esta última, como fenómeno de masas, se desarrolló desde 1950 en los Estados Unidos y, una década más tarde, en Europa, y su prestigio cultural hubo de esperar al siglo xxi. Entre los *medical dramas* del cine y los de la televisión hubo inicialmente continuidad con una estrecha supervisión por parte de la corporación médica (TUROW, 1989a). El cine «de médicos» se componía de películas de un mínimo de 80 minutos o de cortos o medimétrajes documentales. La televisión recuperó para sus seriales el medimétraje de 30 a 60 minutos, que se había desarrollado en tiempos del cine mudo y, más tarde, en las radio-novelas. Podían emitirse en directo en estudio o rodarse en 16 milímetros para abaratar la producción. Su exhibición en pantallas de poco más de 20 pulgadas exigía cambios narrativos, pocos planos generales y exteriores, interiores en estudio que se aprovechaban para docenas de episodios,¹³ o rodajes en geografías muy próximas. Salvo los culebrones (*soap operas*) que se emiten a veces durante décadas, como *General Hospital*, las series actuales en soporte cinematográfico o en vídeo de alta definición oscilan entre un mínimo de 8 o 12 episodios a 22 o 24 por temporada.¹⁴ La mayor parte adoptan el formato *procedimental*, episodios independientes con un historia para cada uno, cuya continuidad corresponde a un elenco fijo, con una línea argumental que los relaciona a largo plazo.

Entre 1950 y 1985, solo se produjeron algo más de una docena de *medical dramas*, la mayoría sobre hospitales urbanos —*Dr. Kildare*,¹⁵ *Ben*

13 *House M.D.* es un buen ejemplo actual de serie con decorados de estudio simples y baratos.

14 Las series anteriores a 1990 podían tener más episodios por año. Sin embargo, en las dos últimas décadas lo habitual son de 8 a 12 episodios por temporada y algunos procedimentales de 22 a 24, solo en los casos emitidos por cadenas generalistas en abierto. Las miniseries de dos a cinco episodios no han sido utilizadas para los seriales médicos. En las producciones británicas son frecuentes formatos de 6 episodios por temporada.

15 <http://www.imdb.com/title/tt4562002/?ref_=fn_al_tt_1>.

Casey,¹⁶ *Medical Center*,¹⁷ entre otros—, la singularidad de *M.A.S.H.*,¹⁸ sobre un hospital de campaña, una serie sobre enfermeras (*The Nurses*),¹⁹ otra sobre un médico de medicina general, *Marcus Welby*,²⁰ y, a principios de los ochenta, el *show* coral *St. Elsewhere*,²¹ relativamente innovador (TUROW, 1989a). En esta etapa, describen la transición en la organización, la tecnología hospitalaria y los roles de los profesionales «desde dentro». En cambio, desde los noventa, ponen de relieve la transición definitiva a una tercera fase del proceso de medicalización que se corresponde con los cambios tecnológicos y con la diversificación del mercado de la salud, especialmente en los Estados Unidos. Corresponden a la multiplicidad de cadenas derivadas de la implantación de la televisión por cable y, desde el 2005, del vídeo en *streaming*.

¿Es posible una antropología médica de los *medical dramas*?

El interés de los *medical dramas* es notable para la antropología médica. Desde el punto de vista de la docencia, ofrecen infinitos ejemplos que pueden emplearse en los cursos o como puntos de partida de debates muy diversos. Pensamos que la visión de fragmentos seleccionados de *medical dramas* fundamenta nuevas posibilidades de innovación didáctica y una variante metodológica en el modelo de enseñanza-aprendizaje activos en ciencias de la salud. También permite discutir los límites entre ficción, virtualidad y realidad en el mundo actual. Asimismo, el visionado de los cientos de situaciones presentadas en los *medical dramas* puede considerarse como una reelaboración del *role-playing* o de otros tipos de dramatizaciones y simulaciones. El visionado crítico favorece un trabajo de análisis y reflexión por parte de los estudiantes basado en el estudio, desarrollo y resolución de situaciones o casos clínicos recreados en la pantalla. Análogamente, el visionado de las series induce a la gestión de la esfera emotiva personal y experiencial. Las artes o, en este caso específico, el cine

16 <http://www.imdb.com/title/tt0054519/?ref_=nv_sr_1>.

17 <http://www.imdb.com/title/tt0063928/?ref_=nv_sr_1>.

18 <http://www.imdb.com/title/tt0068098/?ref_=nv_sr_1>.

19 <http://www.imdb.com/title/tt0058833/?ref_=fn_al_tt_2>.

20 <http://www.imdb.com/title/tt0063927/?ref_=nv_sr_5>.

21 <http://www.imdb.com/title/tt0083483/?ref_=nv_sr_1>.

permiten una identificación automática con los personajes, y devuelven la autenticidad compleja y el contexto social y cultural del caso clínico. A partir de nuestra experiencia en la didáctica de la antropología médica en ciencias de la salud y en ciencias humanas y sociales, podemos afirmar que los clips permiten al estudiante revivir «dramáticamente» situaciones: pueden empatizar, «ponerse en lugar» (STEIN, 1995) del profesional de la salud, el paciente y/o la situación representada y comprenderlo sin asimilarlo, utilizando los mecanismos propios de la exotopía (BACTHIN, 1988; SCLAVI, 2003; BRIGIDI, 2009)²² para llamar la atención sobre la complejidad del mundo de la salud. Mediante fragmentos seleccionados de *medical dramas* se puedan trabajar conceptos como la identidad, la diversidad, la libertad y la responsabilidad, además de fomentar capacidades comunicativas y explicativas, actitud de observación y registro, consciencia de las propias emociones frente a una situación (más concretamente, rabia, frustración, pasividad, deseo, ganas de irse, abandonar la situación, llanto, risa, etc.), así como mostrar situaciones problemáticas e integrarlas con la experiencia de cada uno y, también, desarrollar habilidades de crítica, capacidad de tomar decisiones y de escucha activa hacia los demás. Utilizamos diferentes metodologías para proponer vídeos o fragmentos de series de televisión durante las clases. Podemos introducir el temario y seguidamente utilizar el vídeo para complementar una explicación y mostrar la complejidad y la diversidad en el campo de la salud. O bien, como efecto sorpresa: el recurso audio-visual es lo primero que los estudiantes ven y escuchan sobre un tema concreto y, a partir de ello, se empiezan a trabajar las reflexiones y análisis de los alumnos para luego definir, delimitar y diseñar el problema. En la mayoría de casos, los estudiantes sorprenden por su capacidad analítica y permiten descubrir nuevos temas latentes que el *medical drama* conserva.

Desde el punto de vista de la investigación, las series médicas ofrecen también perspectivas atractivas y básicamente inexploradas. La principal, a nuestro entender, sería la relación que se establece entre el espectador y

22 «Non si può intendere la comprensione come empatia e trasferimento di sé al posto altrui (perdita del proprio posto). (...) non si può comprendere la comprensione come traduzione da una lingua altrui» (BACTHIN, 1988: 359). «Per “exotopia” (o “extralocalità”) si intende una *tensione dialogica* in cui l’empatia gioca un ruolo transitorio minore, dominata invece dal continuo ricostruire l’altro come portatore di una *prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra*» (SCLAVI, 2003: 172).

el relato de las prácticas que presentan los episodios centrados en casos de enfermedades concretas, procesos de toma de decisiones, debates éticos o conflictos entre profesionales, o entre ellos y los pacientes o sus redes sociales. El espectador puede «vivirlas y «compartirlas», y eso resulta interesante desde el punto de vista del proceso de salud, enfermedad y atención. Cuando MENÉNDEZ (2005) propuso el concepto de *modelo médico hegemónico*, a principios de los ochenta, no podíamos imaginar el escenario visual que es posible contemplar hoy. Según ese modelo, la experiencia sobre el proceso se construía sobre la base de una serie de experiencias próximas a las enfermedades más comunes en un *ethnoscape* determinado. En el momento presente, el espectador podría incorporar a su experiencia la amplísima casuística presentada en las series, parte de la cual corresponde también a las patologías médicas y quirúrgicas más comunes. Hasta aquí, los datos de audiencia son relativamente poco interesantes, salvo la respuesta de la cohortes demográficas analizadas por las empresas de control de audiencias, pero, aun con esos datos, en las series médicas no solo las prácticas médicas son determinantes en su aceptación, sino que en algunas series de éxito, como *Grey's Anatomy*, el atractivo procede de las peripecias amorosas y sexuales de sus protagonistas. Aun en estos casos, el «decorado» médico, por las razones a las que aludiremos, puede ser *embodied* por el espectador, si en algún punto del argumento puede articularse con su propia experiencia.

Nuestra hipótesis tiene que ver con el carácter universal del proceso de medicalización que lleva a un conocimiento popular —por utilizar una expresión quizás incómoda pero útil— notable de la terminología y las prácticas médicas. Aunque la producción sea norteamericana, británica, alemana o española, su emisión y su recepción configuran una *dialéctica local* —y a menudo *individual*— con un producto global —que representa una realidad también *local*—. Aunque Gregory House trabaje en la costa este de los Estados Unidos, el personaje es reconocible en otros países, con lo cual el espectador puede establecer intuitivamente comparaciones entre las prácticas representadas en una serie y las que conoce de primera mano. Incluso puede desear tener un médico o una enfermera como él. Siempre hay elementos comunes precisamente por la universalidad del proceso de medicalización. En la medida en que las experiencias narradas en los seriales combinan patologías a veces muy poco frecuentes con otros casos que corresponden a enfermedades o situaciones relativamente comunes en los actuales modelos de provisión de servicios sanitarios, siempre hay

un trasfondo compartible. TVE emitió durante el tardofranquismo *Dr. Kildare* y *Medical Center* —el Doctor Gannon— en *prime time*. Eran series sobre médicos hospitalarios y con una presencia muy explícita de las innovaciones quirúrgicas. Sus audiencias fueron enormes —solo había una cadena—. En cambio, *Marcus Welby*, un procedimental de extraordinario éxito en los Estados Unidos, centrada en un médico de medicina general de barrio de clase media en California y que TVE emitió a principios de los setenta, no tuvo éxito y pasó a la minoritaria segunda cadena (UHF). Las dos primeras mostraban los hospitales y médicos americanos que habían inspirado desde los años cuarenta a la Seguridad Social del franquismo (DE-LA-CAMARA, 1948) y que correspondían, más o menos, a lo que los ciudadanos podían conocer de la nueva red de *residencias sanitarias* construidas hasta entonces. Emitirlas fue una estrategia de propaganda subliminal de la obra sanitaria del franquismo, puesto que la representación de los hospitales poco tenía que ver con los viejos hospitales provinciales de beneficencia. Los casos de *Marcus Welby*, en cambio, estaban muy lejos de la experiencia de la atención primaria en España incluso entre las clases medias, y sus episodios no conectaron con la audiencia española.

Aunque no hemos encontrado estudios específicos sobre la influencia de las series de «hospitales» en el proceso de salud, enfermedad y atención en la España de Franco, nuestro hospitalocentrismo cultural pudo tener alguna de sus raíces en aquella representación televisiva de los hospitales y de la eficacia resolutoria de los médicos. Dos décadas más tarde, *E.R.* fracasó en España y pasó a horarios de madrugada, a pesar de que TVE fue comprando temporadas, quizás porque la imagen que ofrecía del servicio de urgencias de un hospital público ya estaba lejos del perfil que podía ofrecer el modesto estado de bienestar español.²³ En cambio, su copia española *Hospital Central* lleva emitiéndose 21 temporadas.²⁴

Asumir que puede existir empatía de los ciudadanos con las representaciones que las series hacen del sector de la salud nos lleva a pensar en

23 En Francia, en cambio, dio lugar a un debate nacional sobre las urgencias hospitalarias.

24 En Catalunya, el hospital jerarquizado se había implantado desde 1969-75, *St. Elsewhere*, emitida por el canal público de televisión TV3, tuvo un éxito colosal durante los ochenta y ha dado lugar a dos series médicas con voluntad de servicio público, un docudrama, *Bellvitge Hospital*, condescendiente con el prototipo ideal de profesional y de institución, y *Polseres vermells*, un experimento de serie con niños y adolescentes afectados por enfermedades oncológicas.

su valor etnográfico, un factor clave para que el público y los estudiantes puedan reconocerse en la casuística y reconocer los escenarios médicos a partir de sus experiencias individuales o colectivas. Esto las convierte en un tema apasionante para el antropólogo médico. A diferencia de los *thrillers*, la ciencia ficción o las series de acción como *24*, donde se permiten todo tipo de inverosimilitudes, en las representaciones del sector de la salud —como en bastantes *medical dramas* u otros géneros— lo sanitario *debe ajustarse a la realidad*, puesto que, de no hacerlo, puede cuestionarse la imagen de los profesionales o pueden, en teoría, inducirse errores médicos. En relación con lo primero, y hasta los ochenta, las productoras incorporaban «comisarios políticos» de la American Medical Association y cuidaban un realismo idealizado en las escenas en escenarios naturales o en estudio (TUROW, 1989b). Hoy las autoridades sanitarias supervisan contenidos para evitar incitar conductas peligrosas o prácticas no conformes con los criterios científicos (TUROW y GANS, 2002),²⁵ o alientan que en los guiones se incorporen mensajes sobre hábitos saludables como no fumar, o actitudes y prácticas positivas en relación con la salud (WEBER y SILK, 2007), con problemáticas específicas y, no la menor, la supervivencia (VAN DEN BULCK, 2002), puesto que algunos se han preguntado si lo que ofrecen los *shows* puede contribuir a salvar vidas (EISENMAN, RUSETSKI, ZOHAR, AVITAL y STOLERO, 2005).²⁶

A pesar de las presiones corporativas que podrían interpretarse como formas de censura (TUROW, 1989a), desde el estreno de *E.R.* la dimensión y el valor etnográfico de las series ha dado un salto cualitativo desde el realismo al naturalismo. En primer lugar, por la reducción de costes de producción que significó abandonar el 16 milímetros y adoptar el vídeo y la edición digital, lo que supone el abaratamiento de costes y ampliar posibilidades de emplear espacios naturales para rodar, que favoreció el uso de la *steady cam* y, con ello, una proximidad al documentalismo de los noticieros. COLLEE (1999), en un editorial del *British Medical Journal*, comparó la claridad moral y científica de *Doctor Kildare*, con la ya voluntaria expresión de la complejidad presente en series como *E.R.* o la británica

25 MILLA-SANTOS (2001) aprovechó la emisión de *E.R.* en España para discutir la situación de las urgencias. Parece citar de oídas, pues parte de lo que cuestiona lo describe la serie.

26 Sin embargo, HETHER, HUANG, BECK, MURPHY y VALENTE (2008) observaron que la representación de cánceres de mama en *E.R.* o *Grey's Anatomy* tenían poco impacto real entre las mujeres.

Casualty, cuyo naturalismo y mayor profundidad en la exposición cinematográfica exigían una mayor concentración al espectador y respondían a una mayor exigencia de calidad.

E.R. es el primer *medical drama* que debe ubicarse con los clásicos del lenguaje de televisión como *The Sopranos*²⁷ o *The Wire*,²⁸ por su calidad documental y valor etnográfico. Tanto es así que su narrativa se inscribe en un fenómeno característico de la nueva televisión, como es la destrucción voluntaria de los límites entre realidad y ficción, que daría lugar a un nivel de realidad distinto, el «efecto de realidad» (GLEVAREC, 2010), muy diferente del que había manejado la escritura realista o naturalista digamos de Balzac a Leopoldo Alas, pero también el realismo o el naturalismo etnográficos. En términos de cinematografía realista y naturalista, puede observarse lo mismo. La cinematografía etnográfica clásica, como en Flaherty o el neorealismo italiano, podían compartir un valor etnográfico en la medida en que las condiciones de producción y exhibición las concebían como productos singulares destinados a un público parecido. En cambio, los *medical dramas* actuales se conciben para un público muy segmentado, nada universal *a priori* y se sitúan no como productos singulares, sino como géneros que conviven necesariamente con los noticiarios, los programas de entretenimiento o los *reality shows* donde aparecen enfermos y *frikis* deslumbrantes. La toma de distancia que implicó la exhibición cinematográfica clásica puede desaparecer en la televisión, puesto que la adhesión a los programas no tiene el carácter ritual que tuvo siempre «ir al cine». La ficción serializada convive con la realidad ficcional de los *reality shows*, o con los juegos de espejos presentes en los noticiarios televisados. Por eso, las series refuerzan en muchos casos su dimensión documental y, por tanto, su valor etnográfico.²⁹

El valor etnográfico de la cinematografía de los *medical dramas* sería indispensable para fijar a los espectadores, al ofrecerles una *representación* de situaciones que *pueden formar parte de su experiencia personal o colectiva* con médicos, enfermeros, auxiliares y hospitales, u obtener respuestas a sus inquietudes, necesidades o curiosidades de información sobre temas

27 <http://www.imdb.com/title/tt0141842/?ref_=nv_sr_1>.

28 <http://www.imdb.com/title/tt0306414/?ref_=fn_al_tt_4>.

29 Un buen ejemplo es *Southland*, una serie de policías en Los Angeles, construida como un docudrama del día a día de los patrulleros y que emplea estrategias de filmación de cámara doméstica e incluso en tratamiento del color.

de salud. Tanto es así que una revisión cronológica de las series pone de relieve la evolución de los dispositivos sanitarios, de las representaciones y narrativas de la enfermedad en el último medio siglo,³⁰ en ningún caso —quizás con la excepción de *House M.D.*, mucho más centrada en evocar el razonamiento diagnóstico—, yendo más allá del registro realista o naturalista.³¹ Los episodios muestran casos, debates diagnósticos y deliberaciones terapéuticas, y los espectadores asisten a controversias y dilemas éticos presentes en la cultura global.³² Su universalidad sitúa los *medical dramas* en una tesitura distinta a los *thrillers*, la ciencia ficción, los géneros fantásticos o las comedias o dramas realistas o naturalistas, como *Desperate Housewives* o la española *Cuéntame*, que son productos idiosincrásicos desde el punto de vista cultural. En cambio, *E.R.* puede ser norteamericana, *Hospital Central*, española, y *Bodies*, británica, pero comparten rasgos comunes de la cultura organizacional de la salud. *Everwood*³³ articula lo médico con un argumento de relaciones paternofiliales muy norteamericano, pero en lo relativo a la salud presenta dilemas éticos globales que quedan matizados por el muy conservador contexto cultural en el que se inscribe la acción. Los *medical dramas* europeos se distancian de los norteamericanos o canadienses,³⁴ describen perfiles específicos de medicalización en entornos culturales distintos (ESPANHA, 2002) y relacionan temáticas específicas y contextos culturales locales (STRAUSS y MARZO-ORTEGA, 2002).

30 Algunos hacen referencia a la fiabilidad técnica de la representación, ver por ejemplo el estudio sobre la reanimación cardiopulmonar en las series británicas de los ochenta y noventa (GORDON, WILLIAMSON y LAWLER, 1998) title: "As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas," page: "780-3", "volume": "317", "container-title": "BMJ (Clinical research ed.).

31 Puede verse la evolución del prototipo ideal de médico desde *Dr. Kildare* (1960) a *Gregory House* (2004), pasando por los médicos de medicina general, desde *Marcus Welby* a los doctores Abbott y Brown de *Everwood* de los hospitales, desde *Ben Casey* (1965) a *E.R.* (1995) o *Grey's Anatomy* (2005), del médico de medicina general, desde *Marcus Welby* a *Private practice*, o el desarrollo del mercado privado. Lo mismo vale por el rol de la enfermera desde asistente, acompañante, casi invisible en muchas de las series citadas, hasta convertirse en el rol principal y autoritario en *Hawthorne*, *Nurse Jackie*, *Bodies* o *Mercy*.

32 DAVIN (2003) comparó la percepción diferencial de los espectadores entre series, *soap operas* y documentales.

33 <http://www.imdb.com/title/tt0318883/?ref_=fn_al_tt_1>.

34 Aunque la producción de muchas series USA han sido externalizadas a Canadá, la ambientación refleja los Estados Unidos, no la sanidad pública canadiense.

At the last but not the least, como en el pasado sucediera con la literatura de popularización, la ficción literaria o el cine, los *medical dramas* intervienen en la producción cultural de prototipos ideales de profesionales (STRAUMAN y GOODIER, 2011), instituciones y de sus formas de organización del espacio y de los rituales (LEPOFSKY, NASH, KASERMAN y GESLER, 2006), y representan la concepción hegemónica de la salud y la enfermedad.³⁵ Sin embargo, hay una evolución desde las series primitivas muy personalizadas en médicos varones a productos muy corales, en los que los equipos asistenciales tienen una enorme diversidad ética y de género (YE y WARD, 2010) con relaciones más horizontales entre médicos y enfermería³⁶ y donde las relaciones de género no se limitan al sexo o al amor, sino que ponen de relieve las (re)distribuciones de tareas, un papel creciente de mujeres protagonistas, y el despliegue de la gestión de la diversidad cultural y social a través de temas como la migración, las amputaciones voluntarias (HURTADO, 2012) o las intersexualidades (GREGORI, 2011). Las imágenes de los médicos son menos positivas que antaño e influyen aparentemente en las relaciones médico-paciente (STINSON y HEISCHMIDT, 2012). En cambio, el pluralismo asistencial suele ser tratado con displicencia, puesto que, como veremos, podría rebasar determinados límites.³⁷

El prototipo ideal del buen doctor

Los protagonistas de los *medical dramas* son, sobre todo, médicos o enfermeras hospitalarios y, con menor frecuencia, médicos de medicina general. No cabe duda de que entre estos últimos la referencia fundamental fue el procedimental *Marcus Welby*, que en los Estados Unidos sigue siendo hoy la referencia del prototipo ideal de buen doctor en los debates políticos sobre la atención profesional. Welby representa una tradición cuyas raíces se hallan en la ética neohipocrática y en la necesidad de legitimar la

35 Ver también REAGAN, L J.; TOMES, N; TREICHLER (2007) y la segunda edición ampliada de TUROW (2010), así como DANS (2000).

36 Tanto *Nurse Jackie* o la enfermera Hathaway de *E.R.* muestran su autoridad por encima de los médicos. En *Grey's Anatomy*, Nurse Debbie se venga de Cristina Yang por su falta de respeto a las enfermeras pasándole solo los buscas de cuidado. Sobre el valor etnográfico de las series en enfermería ver MIKULENCAK (1995).

37 Prácticas alternativas aparecen en *Private practice*, *Everwood* y *Northern Exposure*.

profesión médica en el estado moderno, y cuya teoría de la relación con el paciente sistematizaría LAÍN-ENTRALGO (1964), aunque el modelo se construya durante el siglo XIX y Welby no fuese, ya en su tiempo, el epígono del médico enciclopédico, amigo de sus enfermos, brillante en el diagnóstico, con capacidad humana y esencialmente solitario, representado en la novela (WICCLAIR, 2008) y en la cinematografía (COMELLES, 2007; 2008). Cada caso —que resuelve en su despacho, a domicilio o en el hospital al que lleva a sus enfermos con un ayudante y una enfermera— ofrecía un panorama de lo que eran las inquietudes de salud y los malestares de la clase media norteamericana de finales de los sesenta. Su práctica debió ser chocante en la España franquista, donde la demanda tenía poco que ver con la suya, puesto que no era «un médico de mutua» ni del «seguro», ni representaba la atención primaria según Alma-Ata. Sus casos de entonces, sin embargo, y quizás por esto se mantiene su memoria, sí revelaban una rápida transición de una medicina «heroica» a una medicina de malestares urbanos y cotidianos y reflejaban la demanda social de atención para todo tipo de problemas, desde enfermedades somáticas convencionales, a problemas sociosanitarios en todas las generaciones, casuísticas que planteaban dilemas éticos, controversias morales, o crisis relacionales que desbordaban el soporte social de los grupos primarios.³⁸

El médico presentado en *Northern Exposure* (Doctor en Alaska) significa una cierta ruptura con el modelo Welby. El protagonista es un médico judío, joven y neoyorkino que, una vez terminada su residencia, debe aceptar un empleo de médico de pueblo en Alaska, y quedar expuesto ante el juicio de sus vecinos en un entorno que no entiende y que tardará en entenderlo. Aunque el argumento se centra mucho más en el contraste ciudad y campo remoto, la serie describe razonablemente bien la incapacidad inicial del nuevo médico formado en universidades de primera fila para entender y adaptarse al contexto social y cultural en el que se encuentra, y que era algo normal en la práctica de Welby.

Una década más tarde, el doctor Brown, un neurocirujano neoyorkino muy prestigioso, rico y recientemente enviudado, se exilia como médico de pueblo a *Everwood*. Orientada a un público familiar, la serie contiene una amplísima casuística y muchos apuntes etnográficos referidos a un nuevo perfil de profesional con un trasfondo técnico sofisticado de me-

38 Tras Marcus Welby la novela de Winckler y Caro diario (MORETTI, 1993)

dicina de alta tecnología. Los guionistas introdujeron elementos críticos de debate desde la problemática del pago por visita a una amplia panoplia de temas polémicos en los que se adivina la voluntad de debatir algunas cuestiones cruciales en la sociedad norteamericana, como el sexo adolescente, los abortos o, en un episodio memorable, los implantes de pecho de una *cheerleader* adolescente, o si deben darse antidepresivos a una menor de edad o Ritaline a los escolares. Asimismo, uno de los arcos argumentales es el contraste ideológico y la rivalidad profesional entre el Dr. Abbott —médico de pueblo republicano que nunca ha salido de este—, el Dr. Brown —un liberal— y, en la segunda temporada, la Dra. Abbott —hermana del primero que procede de la medicina de cooperación internacional y que emplea medicinas complementarias—. Esto no conduce a una actitud maniquea por parte de los *showrunners*, sino que, por el contrario, pone de relieve cómo los prototipos ideales son mucho más fluidos e intercambiables en un contexto de pluralismo asistencial. Desde este punto de vista, *Everwood*, una serie «familiar» de adolescentes, que puede producir inicialmente cierto rechazo, contiene en su interior suficientes elementos etnográficos críticos como para que merezca alguna atención.

No nos cabe ninguna duda de que, más recientemente, Gregory House³⁹ —o *Nurse Jackie*— se ubican en un proceso de deconstrucción del prototipo ideal de médico y de enfermera. Si el Dr. Brown en *Everwood* es un personaje atormentado, que comete errores, en buena parte como consecuencia de sus orígenes como cirujano de élite, el cinismo de House se asocia a una gran eficacia resolutive. Frente a sus antecesores, gentes que dudan, conocedoras de sus limitaciones, House es un director de orquesta —que no prescinde de su experiencia y ojo clínico—, pero necesita un dispositivo diagnóstico carísimo. Todos los médicos de familia citados viven en un contexto que deben conocer, comprender y aprender a manejar,⁴⁰ House vive en un decorado hospitalario minimalista, puesto que el proceso intelectual que le lleva al diagnóstico ocupa el centro absoluto y no da valor al contexto.

Nurse Jackie, presentada como una secuela de *House M.D.*, es otra cosa, especialmente en su primera y segunda temporada, en las que los

39 House ha dado lugar a una inmensa bibliografía.

40 Véase especialmente el episodio en el que se discute el aborto de una adolescente y en el que se sintetizan las contradicciones de unos y otros, o el episodio relativo a la plantación de marihuana en el pueblo, que la florista cultiva para ofrecerla a los enfermos de cáncer.

guionistas consiguen, sobre la base de un naturalismo crítico, una reivindicación de la profesionalidad de la enfermería de altísimo nivel a partir de una serie de situaciones perfectamente descritas que ponen de relieve las interacciones entre médicos, enfermeras y pacientes en torno a una serie de episodios críticos.

Hospitales norteamericanos, británicos y españoles

Con el objeto de discutir brevemente las relaciones entre la universalización de los *medical dramas* y sus dimensiones culturales idiosincrásicas, hemos escogido los primeros episodios de las primeras temporadas de *E.R.*, *Hospital Central*, *Bodies* y *Grey's Anatomy*, todas ambientadas en hospitales, las tres primeras en servicios de urgencias y la última en un servicio de tocoginecología que incorpora urgencias.⁴¹ *E.R.* y *Bodies* fueron escritas por autores con formación sanitaria. *Hospital Central* deriva de *E.R.*, tanto en sus guiones como en sus personajes. *E.R.* y *Bodies* se filmaron en escenarios naturales, las otras dos, en estudio.

E.R. tuvo vocación documental sobre las urgencias de un hospital público norteamericano y sus condiciones extremas de trabajo. Los espacios del servicio, salas de espera, salas de trabajos de los médicos y de descanso y los boxes para los enfermos se describen bajo una óptica naturalista. No hay casi exteriores y el conjunto es claustrofóbico.⁴² Las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes se representan a partir del sentido común, y hay un muy buen trabajo para distinguir las jergas profesionales de las relaciones con pacientes y familiares. En general, los médicos y las enfermeras — incluido un George Clooney entonces desconocido— son gente normal de aspecto vulgar, en ningún caso dioses o diosas, y que

41 Dos norteamericanas separadas por diez años, una española directamente inspirada en *E.R.* y una británica, *Casualty*, no estaba disponible aunque también está ubicada en urgencias.

42 Véase el episodio piloto de *E.R.* 1x01, los primeros 5 minutos, por ejemplo.

deben asumir costes familiares,⁴³ opciones personales⁴⁴ o económicas,⁴⁵ ritmos de trabajo duros con ganancias bajas. Hay constantes referencias a la organización del servicio, a su funcionamiento cotidiano y a las formas de socialización y aprendizaje de los novatos.⁴⁶ El personal está descrito como un equipo, con un equilibrio de roles que rompe con los estereotipos de series anteriores. Las enfermeras pertenecen a estratos generacionales distintos, se visten y peinan como la gente de la calle. El papel de la enfermería es muy importante en numerosos procesos de mediación con los enfermos y sus familiares. Hay numerosos apuntes respecto al problema de la financiación de la estancia, incluso en la fase de admisión de los enfermos, así como una cierta consideración por parte de las enfermeras del contexto del paciente, de los problemas de atención en las salas de espera e interpretaciones brillantes sobre la epidemiología social y cultural de la demanda.

Hospital Central se emitió cinco años más tarde, encargada por una cadena privada española del grupo Mediaset. Filmada en plató, y a pesar del diseño de producción, los espacios están mucho más vacíos, hay una obvia limitación de detalles, de tal modo que, para el espectador español, si *E.R.* muestra un servicio de urgencias muy parecido al de los hospitales públicos europeos, el diseño de producción de *Hospital Central* corres-

43 Dr. Greene tiene hasta el día de su separación problemas con su mujer por los horarios infernales y el sueldo. Hay numerosas quejas de los profesionales de urgencias sobre la cantidad de trabajo, la falta de horas de sueño a causa de los turnos (los personajes ni tienen tiempo de salir un momento o mirar por la ventana para saber si nieva o hace sol), así como sobre su retribución a pesar de lo que opina la sociedad del trabajo de un médico. La visita que el Dr. Greene hace al estudio médico privado organizado por su mujer (32'20" a 34'35" de 1x01) destaca las diferencias entre una atención privada (el mundo descrito en *Private Practice*) y la de urgencias en un hospital público. La familia, la conciliación entre vida profesional, personal y familiar, es un tema muy presente en los diálogos entre profesionales de *E.R.*

44 El paciente pregunta a la Dra. Susan Lewis: «usted es guapa doctora... ¿está casada?» Dra. Lewis: «No, soy médica» 7'46" a 7'51" de 1x01.

45 El Dr. Benton, en un enfrentamiento con la enfermera jefa, Carol Hathaway, en la sala de descanso, subraya: «[...] 36 horas de trabajo por 8 horas de descanso; 90 horas por 52 semanas al año por 23.739 dólares brutos...» 11'33" a 11'57" y 12'14 a 12'40" de 1x01.

46 De alto valor etnográfico es la breve descripción del Dr. Benton a Carter (15'03" a 16') sobre cómo funciona un servicio de urgencias, que incluye también detalles como: «Este es Tym, no le deis la mano que tiene miedo a los contagios», así como consejos de estrategias de comunicación con los pacientes (17'49" a 17'51") o como cuando se le explica al estudiante que debe comer cuando se lo digan porque luego no sabe si va a tener tiempo para cenar (30'18" a 30'43").

ponde más bien a los hospitales privados españoles, aunque las tonalidades blancas y azules dominantes la vinculen al azul que identifica los servicios de salud públicos españoles. Aunque el primer episodio narra los efectos de un accidente masivo, su representación es menos voluntariamente caótica que en *E.R.*, con el objeto de dar una imagen positiva de los modelos de organización de las crisis. La descripción de los profesionales es más jerárquica y las enfermeras corresponden a estereotipos clásicos: mujeres guapas, jóvenes y subordinadas. Es la única de las cuatro series donde enfermeras y pacientes se tocan y bromean no solo durante las prácticas de cuidados, algo cómico, y un segundo que limita de dos niveles de censura: uno el impuesto por los ideal type de m con pacientes y familiares. En en las instituciones españolas. La serie rezuma dos niveles de censura: uno, el impuesto por los prototipos ideales de médicos a partir de supervisores corporativos, y el negarse a un registro naturalista que probablemente hubiese implicado presiones políticas en caso de tratar la situación de los hospitales públicos en la clave crítica que adopta *Bodies* de la BBC. Aunque existe una indefinición buscada sobre el carácter público o privado del hospital, algunas de las anécdotas relacionales ponen de relieve rasgos culturales propios de la cultura organizacional de la Seguridad Social en España⁴⁷ y las referencias a lo económico, a diferencia de *E.R.*, nunca tienen que ver con los seguros individuales de los pacientes, sino con la provisión de recursos a la institución. *Hospital Central* se inscribe rígidamente en el modelo médico hegemónico. El sentido común desaparece, «no se baja al suelo» y los discursos médicos «son discursos médicos» sin salirse de las pautas, de modo que tienen una menor espontaneidad y limitan el valor etnográfico del conjunto.⁴⁸

47 El orden de prioridades se explica al espectador durante el primer episodio de la primera temporada. Un paciente acude a urgencias quejándose de un problema no urgente, la enfermera y el médico responsables del triaje le aconsejan presentarse a otro centro médico, ya que el hospital está atendiendo el accidente del autobús escolar. El paciente insiste: «lo mío es grave» (21'48" a 22'10"). O bien, cuando el Dr. Santiago Bernal explica al padre de un paciente ingresado por un gesto suicida los tiempos de urgencias, es decir, que hay poco espacio para poder hablar de los problemas con los pacientes (53'55" a 54'11").

48 Resaltamos en el segundo episodio de la primera temporada la afirmación del médico responsable de urgencias, el Dr. Santiago Bernal: «Como médico separo completamente lo profesional de lo personal» (22'54" a 22'57"). Perfecto ejemplo del modelo médico hegemónico. Asimismo, en el episodio tercero, cuando el Dr. Santiago Bernal reprocha a la pediatra por su falta de criterio, de responsabilidad y error de evaluación cuando deriva a una paciente embarazada a la sala de rayos X porque ha dado más importancia al diagnóstico elaborado por

Bodies, producida por la BBC, deriva de un libro y la serie tenía un desarrollo cerrado en diecisiete episodios sin vocación de continuidad, a diferencia de las otras que tienen una estructura procedimental abierta. Sus guiones están muy cuidados y su cinematografía es más sofisticada y menos funcional que la de las series norteamericanas o españolas. Se filmó en un hospital público y tiene voluntad documental y etnográfica en consonancia con el libro del que procede. La narrativa de los espacios y la narrativa de las relaciones sociales, personales y profesionales están extremadamente cuidados, los roles profesionales y estamentales quedan muy bien definidos con un especial interés por mostrar no solo la cotidianidad como en las otras series, sino muy especialmente los efectos de los modelos organizacionales⁴⁹ y de los conflictos estamentales en la salud de los enfermos, así como los silencios corporativos en torno a los errores médicos.⁵⁰

Pone de relieve los roles de los médicos de distinto nivel: jefes de servicio, residentes, etc. y de la enfermería, y la complejidad de funcionamiento de un hospital universitario, que debe sostener investigación para financiarse,⁵¹ y ofrecer resultados para recibir la financiación básica dentro del *public managed care*. Los guiones presentan errores médicos, éxitos, imposiciones administrativas y aquellas que llegan de los pacientes⁵² en los procesos de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, incluso

la propia paciente que a los hechos científicos. Allí le recuerda duramente que la medicina que se aplica es «solo lo que vemos». Otro principio clave del MMH (13'45" 14'20" a 14'32").

49 Valga como ejemplo cuando las enfermeras llevan el desayuno a una paciente que quedó paralizada tras una cesárea de emergencia con muerte fetal. Ninguna de estas piensa o recuerda que la mujer necesita ayuda para comer ya que el marido, el cuidador principal de ella, no está presente. Cuando el marido vuelve se pone como una furia por la falta de atención y cuidado a su mujer (40'26" a 44'03" del 1x02).

50 Véase en el primer episodio de la primera temporada la equivocación de nombres en la sala de operación entre dos pacientes o la muerte de una mujer a causa de la inhabilidad del interno al practicar una tricotomía (30'46" a 31'32").

51 Dr. Tony Whitman recuerda a la Dra. Polly Grey el dinero que les llega de la industria farmacéutica y, a pesar de que ella todavía no tenga los datos suficientes para entregar la investigación, insiste en que empiece ya el ensayo clínico sobre TSF (trastorno sexual femenino) (1'13" a 2'08" de 1x02).

52 Una paciente insiste en que quiere una cesárea durante las fases de inicio del parto, la Dra. Polly le explica que operarse tiene riesgos y que todo procede bien, por tanto, será un parto natural. La paciente se pone agresiva y le dice que el marido es abogado y que si le pasa algo a ella o al bebé la denunciará. Polly cede y procede con una cesárea (1'20" a 1'44" de 1x03).

corrupción,⁵³ y, como en *E.R.*, todos los personajes tienen el carácter de gente de la calle en un esfuerzo riguroso de naturalismo etnográfico.⁵⁴ Con una estructura menos coral que las otras, describe de modo impecable escenas de práctica clínica cotidiana. La etnografía del hospital se ajusta razonablemente bien a los modelos de gestión del sector público, y a los modelos de carrera profesional europeos.

Grey's Anatomy es algo distinto, coetánea de *House* en el 2004, su diseño de producción y sus líneas argumentales la acercan más a *Hospital Central* que a las demás. Se centra en las relaciones personales y privadas de los protagonistas con el telón de fondo de un servicio de cirugía donde reina la competitividad y en una concepción fuertemente endiosada de la especialidad.⁵⁵ Aunque la representación de lo que hace referencia a la salud es correcta, como en *Hospital Central*, muchos de sus rasgos recuerdan las relaciones sociales descritas en los *TV shows* para adolescentes, con la diferencia de una mayor permisividad en las escenas de sexo. Si en *House* la presencia de los profesionales no médicos (enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) es prácticamente nula, en *Grey's Anatomy* se les utiliza

53 Dr. Tony Whitman explica al Dr. Rob Lake que los médicos tienen el deber de «cubrirse entre ellos» (6'00" a 6'50" de 1x02) y a veces el sistema falla, por tanto, acaban encubriendo a personas no competentes como el Dr. Roger Hurley. Del mismo tema se habla en el episodio 3: 44'10" a 45'.

54 También en el primer episodio de la primera temporada, tras el fallecimiento de la paciente, el médico residente reconforta a su interno subrayando el hecho de que un médico se puede equivocar: «no somos máquinas [...] error aislados, accidentes [...] no tienes la culpa», el Dr. Roger Hurley al Dr. Rob.

55 La charla inicial del Dr. Weber a los nuevos residentes contiene un mensaje muy claro: la cirugía no es para todos, concepto que se va a repetir muchas veces durante el primer episodio de forma más o menos explícita. Esta idea fundamenta y justifica la dura formación (horario *non stop*) y la falta de respeto que los residentes tienen por sus internos: «Sois unos don nadies», dice la Dra. Baile a los cuatro internos, «Eres idiota», dice en la sala de operaciones el Dr. Burke a George. También el Dr. Burke afirma tras la muerte de un paciente también en la sala de operaciones que solo Dios puede decidir o prometer algo aunque «nunca le ha visto coger un bisturí en las manos» (28'62" a 29'18" de 1x01), parece casi afirmar que el cirujano hace algo que tampoco Dios ha hecho: operar. Mitificación de la especialización. Muchas veces, en los episodios sucesivos hay bromas sobre las otras especializaciones, en particular urgencias, psiquiatría y obstetricia, para subrayar que como la cirugía no hay nada (la más difícil, la más compleja, etc.). En esta misma línea se inscribe también la reunión que organiza el Dr. Shepherd para solucionar el caso de una joven paciente, en perfecto estilo *House* (pidiendo un diagnóstico diferencial a sus internos), donde afirma: «algo raro para un cirujano», como diciendo que pedir ayuda no entra dentro de las funciones del buen cirujano.

para evidenciar sus relaciones amorosas con los médicos, recuperando un viejo estereotipo sobre las enfermeras, pero en este caso, tanto médicos como médicas, ligan con el personal no médico. El papel de enfermera (aquí sí, siempre femenino), se emplea en forma despreciativa para subrayar una vez más el rol de poder de los cirujanos respecto a las otras profesiones sanitarias.⁵⁶ En *Hospital Central* el modelo propuesto es hegemónico, está presente el prototipo ideal de médico capaz de controlar y gestionar sus emociones frente a los pacientes, el sufrimiento y la muerte.⁵⁷

A pesar de los elementos comunes a las cuatro, que podríamos calificar de mínimo común denominador internacional, las diferencias son notables e interesantes. *E.R.* y *Bodies* comparten una explícita voluntad documental, pero desde dos perspectivas etnográficas distintas: *E.R.* correspondería a la *clinically applied anthropology*, una mirada relativista que pretende mostrar antes que juzgar, mientras que la perspectiva etnográfica de *Bodies* se aproxima a la *critically applied anthropology*. Esta distinción no es irrelevante, ya que los materiales con valor etnográfico de ambas pueden emplearse en la formación de sanitarios y antropólogos médicos por su calidad documental. Ahora bien, donde difieren ambas es en la estrategia interpretativa de los datos etnográficos: donde *E.R.* muestra y deja la interpretación en manos del espectador que debe intuir el contexto económico político, *Bodies* lo incorpora explícitamente. En ambos casos se pretende, no únicamente el entretenimiento, sino una toma de conciencia muy explícita, pero muy sesgada culturalmente, y que diferencia a los Estados Unidos del Reino Unido.

Paradójicamente, *Hospital Central* y *Grey's Anatomy* tienen bastantes puntos en común. No tienen una explícita voluntad etnográfica, sino la de emplear el sector de la salud como la arena de un *storyline* folletinesco, muy lejos de buscar la complicidad del espectador para crear conciencia civil. Las diferencias entre la norteamericana y la española sí se sitúan en los modos como los géneros de la comedia o del folletín se registran en

56 Una paciente a la Dra. Meredith Grey: «Me atendió alguien más competente y era solo una enfermera». En un enfrentamiento, Alex, otro especialista, llama «enfermera» a Meredith (17'60" a 18'28" de 1x01).

57 Al final del primer episodio, Meredith, después de una situación en la que tiene que actuar con prisa para salvar a su paciente, sale corriendo fuera del hospital y vomita. Cristina la sigue y Meredith le comenta, sin mirarla a la cara: «no se lo digas a nadie». O bien en el episodio 3 de la primera temporada, cuando Cristina le dice a Izzy: «piensa como un médico» en referencia al paciente en coma irreversible (8'00" a 8'18").

ambas producciones, en *Grey's Anatomy* con el tipo de comedia popular destinada a adolescentes o públicos jóvenes, en *Hospital Central* enlazando con la *comedia madrileña*, un género costumbrista presente en el cine español desde el periodo franquista, injertado de influencias de la comedia cinematográfica italiana de derechas. Aun así, marginalmente, ambas aportan algunos rasgos etnográficos.

La medicalización de los malestares

Si la evolución mayoritaria de los *medical dramas* tiene lugar en el hospital y en unos prototipos ideales de médico y personal sanitario, que, aunque humanos, tienen un perfil razonablemente positivo, la tercera fase del proceso de medicalización alumbró dimensiones inéditas relacionadas con las transformaciones del negocio sanitario, especialmente en la sociedad norteamericana. Se trata de un sector que queda fuera de la cobertura de los sistemas de seguro social europeos y que tiene que ver menos con la enfermedad que con determinadas concepciones de la salud, y con la posibilidad, por la vía de lo privado, de recibir determinados estilos asistenciales que incluyen no solo la atención técnica, sino algo más. Vamos a emplear para ello dos ejemplos particularmente interesantes, *Nip/Tuck* y *Private Practice*, aunque cabría introducir asimismo el caso singular de *In Treatment*. *Nip/Tuck* parte de una premisa: el éxito de la cirugía estética como herramienta de modelado del cuerpo. Sus dos protagonistas inician la mayor parte de episodios con un «qué no le gusta de su cuerpo» y, a partir de ello, la serie presenta una casuística enorme que sospechamos que deriva de casos reales en la mayoría de ocasiones. Desde el punto de vista narrativo, la serie presenta la cirugía plástica como una especialidad extremadamente agresiva, pero los debates sobre los casos, especialmente en las tres primeras temporadas, tienen mucho interés, puesto que reflejan modos de percepción del propio cuerpo, de su integridad y género particularmente interesantes, aunque en general no tratados desde una perspectiva naturalista, sino casi esperpéntica. La serie explota la condición cínica inherente a este tipo de clínicas, pero con independencia de la situación personal de los protagonistas, el tratamiento de muchos de los pacientes es particularmente interesante porque representan muy bien el contexto económico, cultural, social y personal en el que se inserta el negocio de la salud. La imagen de los médicos se aleja del prototipo ideal en

la medida en que son los simples ejecutores de los deseos de los pacientes, por eso, en toda la serie, el negocio está muy presente y, aunque los dos socios aparezcan como dos polos, no lo son, sino que pueden tener actitudes intercambiables.

Private practice —Sin cita previa en España— fue un *spin-off* de *Grey's Anatomy*. El punto de interés es la medicina singularizada, cómo en la práctica privada y a un coste exorbitante puede existir una clientela que exija un nivel de atención singular, privado, una expectativa acorde con el desarrollo de un nuevo mercado de servicios de salud. En ella se intercalan historias de sexo entre los personajes con los padecimientos de una clase específica de pacientes. Generalmente acuden parejas con problemas de fertilidad, donde los temas éticos siempre determinan la originalidad de las historias,⁵⁸ familias que necesitan una atención pediátrica o situaciones que requieren el auxilio de dos psiquiatras psicoterapeutas. La narración se desarrolla alrededor del papel ideal de un médico, el centro de cada episodio es la discusión acerca del límite de las intervenciones, de las manipulaciones, de cuándo y cómo interferir, ayudar, abandonar o conseguir la voluntad del paciente. Todo envuelto de una moral burguesa, conservadora y muy norteamericana. El caso o los casos clínicos los abordan simultáneamente los terapeutas, aplicando el lema del cuidado holístico al paciente (y a sus familiares), incluyendo profesionales alternativos, expertos en medicinas tradicionales y enfermedades infecciosas, que usan acupuntura y hierbas para aliviar los dolores del parto o reducir los efectos de la quimioterapia. La serie tiene una doble cara: una central, alternativa, holística, caracterizada por el trabajo de equipo, con una atención individualizada y de alta calidad en la que las historias se articulan en el Ocean Side, el nombre del centro médico privado en Santa Mónica, cerca de la playa, donde el estilo de vida californiano contagia incluso al administrativo (que durante las pausas laborales sale en bañador para practicar surf). La otra, estrechamente biomédica, rodada en una sala de urgencias y en los quirófanos de un hospital donde cada miembro del Ocean Side completa su horario laboral, vuelve a la bata y opera, trasplanta órganos, utiliza fármacos y es una alternativa a la masificación de la atención sanitaria.

58 Un trío sentimental que buscan un hijo, una abuela que dona su útero a la sobrina, etc.

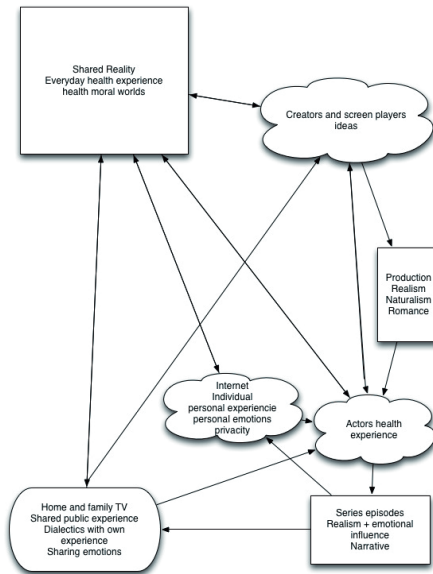
Los medical dramas y el proceso de salud, enfermedad y atención

Apuntado el valor etnográfico presente en estos —pero también en otros *medical dramas*, especialmente los que muestran a los médicos de medicina general, *Marcus Welby, Everwood* o *Northern Exposure*—, nos queda abordar su significado en la construcción cultural de los procesos de salud, enfermedad y atención de los espectadores. ¿Hasta qué punto estos, contruidos sobre la suma de experiencias cotidianas, básicamente en relaciones cara a cara compartidas entre los ciudadanos y profesionales, no se transforman por el papel que, en la intimidad de nuestro domicilio, juega la pantalla del televisor? Hemos pensado que la etnografía como instrumento de representación de la realidad ha tenido siempre la capacidad de evocar en el lector —ahora en el espectador— dramas humanos con independencia de las diferencias culturales. La etnografía es un maravilloso instrumento reflexivo para repensar la cultura biomédica (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2006; BRIGIDI, 2009). Es una práctica orientada al compromiso social, en un sentido más hipocrático (COMELLES, 1998), y puede representar un método de evaluación al servicio de los dispositivos sanitarios. En ella se observa y escucha a todos los actores presentes en el escenario. La etnografía en el contexto sanitario evidencia las discordancias, las etiquetas locales de cada uno de los sujetos, la manera de concebir los malestares, las prácticas y los cuidados (BRIGIDI, 2009); la dimensión etnográfica de los *medical dramas* también, por malos que sean. Durante décadas, una única pantalla congregó una audiencia familiar o vecinal —los teleclubs españoles de los sesenta por ejemplo—.⁵⁹ Más tarde, esta dimensión se ha ido disgregando con proliferación de receptores en las casas y más seccionada demográficamente.⁶⁰ Esas experiencias colectivas estaban condicionadas por los horarios de emisión y el limitado número de canales. La contención narrativa de *Dr. Kildare*, *Ben Casey* o *Marcus Welby* se movía en las coordenadas del buen cine realista, capaz de controlar las emociones por la voluntad educativa subyacente en producciones aptas para cualquier edad y que correspondía al principio de la divulgación de las bondades de la medicina hegemónica.

59 Recuperados por el uso colectivo de la televisión en bares para ver partidos y acontecimientos deportivos. Este espacio sigue vivo en la producción de series: productos como el *medical drama* *Everwood* (2002-2006) se describen como *family shows* y se emiten en horarios familiares con la intención de atraer un público lo más amplio posible al existir tres arcos argumentales generacionales: adolescentes, padres y abuelos.

60 Incluso en los Estados Unidos donde NBC, CBS y ABC copaban las audiencias mediante la sindicación con las emisoras locales.

Esto ha cambiado. La globalización, cuya punta de lanza es la atomización del mercado audiovisual, ha conducido a la especialización mediante todo tipo de criterios, de género, culturales o demográficos. Las tórridas raciones de sexo de *Grey's Anatomy*, *Nip/Tuck*, *Private Practice* o *Nurse Jackie* son posibles por la posibilidad de visión a la carta, independiente de horarios, en ordenadores portátiles, teléfonos inteligentes, iPods o tabletas.⁶¹ No solo representan una mayor permisividad moral —que sería la explicación sencilla—, sino que son necesarias para aproximarlas al universo de los *reality shows* donde los límites entre realidad y ficción se difuminan. La experiencia derivada de lo visto individualmente no da espacio a la discusión o al comentario con los pares —salvo en la esfera de las redes virtuales donde reinan las quimeras—, sino a partir de la exclusiva experiencia individual. Y esto plantea algunas cuestiones que nos parecen relevantes en relación con la construcción del proceso de salud, enfermedad y atención, que hemos representado en el diagrama de la figura 1:



61 El cine basado en salas de exhibición no tenía la cotidianeidad ni la ubicuidad que va a tener la televisión, ni mucho menos el papel hegemónico que esta ha jugado entre 1950-60 y el fin de siglo. Internet no emite masivamente vídeo. Sobre formatos de vídeo ver CUADRA-COLMENARES y LÓPEZ-YEBES (2008).

El blanco del papel es la arena social en la que se construye el proceso de salud, enfermedad y atención. Las interacciones entre los actores sociales, desde los creadores y guionistas a los actores y los espectadores, constituyen un espacio complejo con distintos niveles de interpretación y de *playing*. La amplitud de los elencos de las series corales busca en sí misma ampliar el espectro de la comunicación con los espectadores, puesto que solo la difusión masiva de los *medical dramas*, en cadenas lo más generalistas posibles, garantiza la viabilidad de los productos.

A modo de conclusiones

Tenemos más preguntas que respuestas, más hipótesis que tesis. Era importante poner de relieve ante todo que los *medical dramas* no pueden —ni deben— reducirse a la condición de entretenimiento, incluso en aquellos casos en los que la representación resulta menos válida por parte de la antropología médica. Lo poroso en los límites entre ficción y realidad invita a ser muy prudentes. Materiales poco rigurosos, pero con un lenguaje simplista, pueden tener un impacto muy superior a narrativas mucho más sofisticadas situadas en el límite del documental, también en la docencia.

En segundo lugar, la etnografía en los *medical dramas* abre perspectivas de investigación en la construcción del proceso de salud, enfermedad y atención y de la experiencia personal y colectiva en contextos culturales —*ethnoscapes*— actuales. Tiene, desde muchos puntos de vista, una función *cognoscitiva* y *formativa* porque crea reflexiones, debates y permite criticar e interpretar la realidad sanitaria en la que vivimos. Mientras es difícil que alguien pueda convertirse en Jack Bauer, en el Almirante Adama o en el detective Mc Nulty, todos los espectadores de *medical dramas* tropezamos con una realidad que puede ser la nuestra, reconocemos a Gregory House o a *Nurse Jackie* o aspectos de los hospitales a los que acudimos. Reconocemos las discusiones relativas a la toma de decisiones, o nos identificamos con un sufrimiento ajeno que en algún momento de nuestra vida también fue nuestro. Paul Valéry habló del cine como un *divertissement pour ilotes*. Nosotros hablábamos de la televisión como la *silly box*. La caja se ha hecho mayor y se ha convertido en un espejo con el que dialogamos, un día sí y otro también, en una suerte de amigo invisible que acompaña nuestra soledad y vela por nuestros malestares (y que también sabe definirlos e identificarlos).

Filmografía

- MOSER, J. E. (1961-1966) *Ben Casey*. Estados Unidos. (TV Series).
MERCURIO, J. (2004-2006) *Bodies*. Reino Unido. (TV Series).
BROCK J. y UNWIN P. (2006-2009) *Casualty*. Reino Unido. (TV Series).
KOMACK, J. (1961-1966) *Doctor Kildare*. Estados Unidos. (TV Series).
CRICHTON, M. (1994-2009) *E.R.* Estados Unidos. (TV Series).
VICTOR, D. (1969-1976) *Marcus Welby*. Estados Unidos. (TV Series).
BRAND, J. y FALSEY, J. (1990-1995) *Northern Exposure*. Estados Unidos. (TV Series).
BRIXIUS, L.; DUNSKY, E. y WALLEM, L. (2009-actual) *Nurse Jackie*. Estados Unidos. (TV Series).
MURPHY, R. (2003-2010) *Nip/Tuck*. Estados Unidos. (TV Series).
RHIMES, S. (2007-2013) *Private practice*. Estados Unidos. (TV Series).
CHASE, D. (1999-2007) *The Sopranos*. Estados Unidos. (TV Series).
SIMON, D. (2002-2008) *The Wire*. Estados Unidos. (TV Series).
RHIMES, S. (2005-2014) *Grey's Anatomy*. Estados Unidos. (TV Series).
HURSLEY, D. y HURSLEY, F. (1963-Presente) *General Hospital*. Estados Unidos. (TV Series).
BERLANTI, G. (2002-2006) *Everwood*. Estados Unidos. (TV Series).
WARD, A.C. y GLICKSMAN, F. (1969-1979) *Medical Center*. Estados Unidos. (TV Series).
GELBART, L. (1972-1983) *M.A.S.H.* Estados Unidos. (TV Series).
HERDERT, B. (1965-1967) *The Nurses*. Estados Unidos. (TV Series).
BRAND, J.; FALSEY, J.; MASIUS, J. y TINKER, M. (1982-1988) *St Elsewhere*. Estados Unidos. (TV Series).
MASIUS, J. (2009-2011) *Hawthorne*. Estados Unidos. (TV Series).
BERLANTI, G. (2002-2006) *Everwood*. Estados Unidos. (TV Series).
DÍAZ POLO, J. (2000-2012) *Hospital Central*. España. (TV Series).
SHORE, D. (2004-2012) *House M.D.* Estados Unidos. (TV Series).

Bibliografía

- ALTMAN, L.K.; HORTON, R.; NELKIN, D.; SEMIR V. DE; TURNEY, J.; TUROW, J.; RADFORD, T. y WILKIE, T. (1997) *Medicina y Medios de comunicación*. *The Lancet*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- ARAWI, T. (2010) «Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students». *Medical teacher*, 32(5): 205-10.
- BACHTIN, M. M. (1988) *L'Autore e l'eroe: teoria letteraria e scienze umane*. Turin: Einaudi.
- BECA, J. P., y SALAS, S. P. (2004) «Medicina en Televisión: ¿un problema ético?». *Revista médica de Chile*, 132(7): 881-885.
- BRIGIDI, S. (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración Latina en Barcelona y Génova*. Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.
- BRIGIDI, S. y COMELLES, J.M. (2014) «La mirada (auto)etnográfica de tres comadronas y su traducción (cinemato)gráfica. Los vericuetos del yo autor». *Revista de Medicina y Cine*, 10(4), pp. 174-182.
- COLLEE, J. (1999) «Medical fiction». *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7189): 955-6.
- COMELLES, J. M. (2007a) «De Marcus Welby a Georges House: les ambivalences de la pratique médicale au tournant du siècle». En G. OBADIHA, Lionel; CARRET (Coord.), *Représenter, classer, nommer. Regards croisés sur la médecine*. EME, 111-128.
- (2007b) «Feelings, distance and emotions in medical practice». En E. DONGEN y R. KUTALEK (Coord.), *Facing distress. Distance and proximity in times of illness*. Wien: Lit Verlag, 104-133.
- (2015) «Series de televisió i la evolució de la pràctica mèdica». *Galens. Revista del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona*, 190 (Juny), p. 32.
- COMELLES, J. M. y BRIGIDI, S. (2014) «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in medical tv shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 7:17-34.
- CUADRA-COLMENARES, E. y LÓPEZ-YEBES, A. (2008) «Cine, fotografía, radio y televisión en la red: formatos multimedia». *Temaria: revistas digitales de biblioteconomía y documentación*, 69-84.
- CZARNY, M. J.; FADEN, R. R.; NOLAN, M. T.; BODENSIEK, E., y SUGARMAN, J. (2008) «Response to open peer commentaries on Medical and nursing students' television viewing habits: potential implications

- for bioethics». *The American journal of bioethics: AJOB*, 8(12), W1. doi:10.1080/15265160802595074.
- DE-LA-CAMARA, J. (1948) *Fisonomía y vida del Hospital Americano. Es-tampas de un viaje de estudio*. Madrid: Instituto Nacional de Previ-sión.
- DOUGLAS, P. (2007) *Writing the TV Drama Series: How to Succeed as a Professional Writer in TV*. Michael Wiese Productions.
- EISENMAN, A.; RUSSETSKI, V.; ZOHAR, Z.; AVITAL, D. y STOLERO, J. (2005) «Can popular TV medical dramas save real life?». *Medical hypotheses*, 64(4): 885.
- ESPANHA, R. (2002) «Ficció televisiva i construcció de les representacions sobre salut a Portugal». *Portal de la comunicació INCom-UAB*, 11.
- GLEVAREC, H. (2010) «Trouble dans la fiction. Effets du réel dans les sé-ries télévisées contemporaines et post-television». *Questions de com-munication*, 18: 215-238. Presses Universitaires de Nancy.
- GORDON, P. N.; WILLIAMSON, S. y LAWLER, P. G. (1998) «As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British tele-vision medical dramas». *BMJ (Clinical research ed.)*, 317(7161): 780-3.
- GREGORI, N. (2015) «De lo soñado a lo posible: las nuevas voces de la intersexualidad». En BRIGIDI, Serena (Coord.) *Cultura, salud y cine*. Tarragona: Publicacions URV (este volumen).
- HETHER, H. J.; HUANG, G. C.; BECK, V.; MURPHY, S. T. y VALENTE, T. W. (2008) «Entertainment-education in a media-saturated environment: examining the impact of single and multiple exposures to breast cancer storylines on two popular medical dramas». *Journal of health communication*, 13(8): 808-23.
- HURTADO, I. (2015) «Cuerpos impropios: amputaciones voluntarias y re-flejos mediáticos». En BRIGIDI, Serena (Coord.) *Cultura, salud y cine*. Tarragona: Publicacions URV (este volumen).
- LAIT, M. (1987) «The use of soap operas in nurse education». *Nursing standard (Royal College of Nursing)*, 14(29), 38-40.
- LAÍN-ENTRALGO, P. (1964) *La relación médico enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- LEPOFSKY, J.; NASH, S.; KASERMAN, B. y GESLER, W. (2006) «I'm not a doctor but I play one on TV: E.R. and the place of contemporary health care in fixing crisis». *Health & place*, 12(2), 180-94.
- MENÉNDEZ, E. L. (2005) «El modelo médico y la salud de los trabajado-res». *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. SciELO Argentina.

- MIKULENCAK, M. (1995) «Fact or fiction? Nursing and realism on TV's newest medical dramas». *The American nurse*, 27(2), 31.
- MILLA-SANTOS, J. (2001) «Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva». *Medicina Clínica*, 117(8), 295-296.
- O'CONNOR, M. M. (1998) «The role of the television drama ER in medical student life: entertainment or socialization?» *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 280(9), 854-5.
- PERDIGUERO-GIL, E. y CASTEJÓN-BOLEA, R. (2010) «Popularizing right food and feeding practices in Spain (1847-1950). The handbooks of domestic economy». *Dynamis* (Granada, Spain), 30, 141-65.
- REAGAN, L. J.; TOMES, N. y TREICHLER, P. (Coord.) (2007) *Medicine's Moving Pictures: Medicine, Health and Bodies in American Film and Television. Social History of Medicine*. Nueva York: University of Rochester Press.
- SCLAVI, M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milán: Le Vespe.
- STEIN, E. (1995) *Sobre el problema de la empatía*. Lomas de Santa Fe: Universidad Iberoamericana.
- STINSON, M. E. y HEISCHMIDT, K. (2012) «Patients' perceptions of physicians: a pilot study of the influence of prime-time fictional medical shows». *Health marketing quarterly*, 29(1), 66-81.
- STRAUMAN, E. C. y GOODIER, B. C. (2011) «The doctor(s) in house: an analysis of the evolution of the television doctor-hero». *The Journal of medical humanities*, 32(1), 31-46.
- STRAUSS, R. M. y MARZO-ORTEGA, H. (2002) «TV medical dramas - British or American: which approach do you prefer?». *European journal of emergency medicine*, 9(2), 183.
- TUROW, J. (1989a) *Playing doctor: television, storytelling, and medical power* (p. 315). Oxford University Press.
- (1989b) *Playing doctor: television, storytelling, and medical power*. Oxford: Oxford University Press.
- TUROW, J. y GANS, R. (2002) *As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas: a Report to the Kaiser Family Foundation*. Menlo Park: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- TUROW, S. (2010) *Playing Doctor: Television, Storytelling, and Medical Power*. University of Michigan Press.
- VAN DEN BULCK, J. J. M. (2002) «The impact of television fiction on public expectations of survival following in-hospital cardiopulmonary

- resuscitation by medical professionals». *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 9(4), 325-9.
- WEBER, C. M. y SILK, H. (2007) «Movies and medicine: an elective using film to reflect on the patient, family, and illness». *Family medicine*, 39(5), 317-9.
- WICCLAIR, M. R. (2008) «The pedagogical value of House, M.D. Can a fictional unethical physician be used to teach ethics?» *The American journal of bioethics: AJOB*, 8(12), 16-7.
- YE, Y. y WARD, K. E. (2010) «The depiction of illness and related matters in two top-ranked primetime network medical dramas in the United States: a content analysis». *Journal of health communication*, 15(5): 555-70.