

Entre etnografía y didáctica. La construcción de la experiencia sobre el proceso salud, enfermedad y atención en los *medical dramas**

Serena Brigidi** y Josep M. Comelles***

Resumen: En este artículo queremos realizar una discusión en torno a tres dimensiones relevantes en los *medical dramas*. En primer lugar se quiere resaltar el valor etnográfico de las series de televisión médicas, así como su credibilidad. Estas reflexiones implican también explorar las relaciones entre ficción y no-ficción y se abordan a partir de algunos ejemplos procedentes de *Bodies*, *ER*, *Grey's Anatomy*, etc. La segunda dimensión remite a cómo se establece la relación entre el espectador y la narrativa etnográfica a la que se confronta y a su papel en la construcción de experiencia y saberes *folk* sobre la enfermedad. Finalmente se desarrollan unas reflexiones acerca de su potencial didáctico en las aulas de ciencias de la salud y ciencias sociales.

Palabras clave: construcción de la experiencia, didáctica en las ciencias de la salud y sociales, *medical dramas*, valor y narrativa etnográfica.

From ethnography to education: The construction of experience in the health / illness / treatment cycle in medical dramas

Abstract: In this article, we wish to discuss three dimensions of medical dramas. First, we wish to highlight the ethnographic value of medical television series, along with their credibility. These reflections include an exploration of the relationships between fiction and nonfiction, using examples from *Bodies*, *ER*, *Grey's Anatomy*, and other series. The second dimension refers to how the relationship between the viewer and the ethnographic narrative they are faced with is established, and its role in the construction of experience and folklore on illness. Finally, we reflect on their potential educational value in health science and social science classes.

Key words: construction of experience, ethnographic value and narrative, health science and social science education, medical dramas.

Panace@ 2015; 16 (42): 165-176

Recibido: 22.IX.2015. Aceptado: 1.X.2015

1. Introducción

En la Internet Movie Database (IMDb) a la palabra *medical* le corresponden 1467 referencias entre películas de cine, series y películas para televisión y documentales. *Hospital* remite a 6876 referencias y *Country Doctor*, a 123¹, todo ello de producción comercial. Desde el nacimiento del *streaming* en Vimeo, YouTube o Dailymotion, ha aumentado la oferta de documentos visuales sobre el proceso «salud, enfermedad y atención» (Menéndez, 1989), y, desde el *Health 2.0*², los «hospitales líquidos»³ incluyen estrategias y productos audiovisuales y digitales para que los pacientes aprendan a gestionar sus enfermedades⁴. Estos últimos representan una reelaboración en clave 2.0 —por lo tanto, al alcance de una infinidad de personas— de la literatura multivocal elaborada

por Ogawa y Malen (1991) y que estaba presente en documentos escritos de ficción y de no ficción con anterioridad.

Tal cantidad de material y su impacto social necesitan reflexión crítica, pues no han sido aún objeto de demasiada investigación en ciencias sociales y humanas⁵. Para abordarlo vamos a limitarnos a un caso específico, los *medical dramas*⁶ que surgieron en los albores de la televisión (Turow, 1989; Radford, 1997) y son actualmente en un género prolífico, con amplias audiencias por su temática (Davin, 2003), como observa una creciente producción académica (v. Comelles y Brigidi, 2014). En segundo lugar, debido a su accesibilidad, que permite incorporarlos a la docencia formal (Castillo y Fabbro De Nazábal, 2013), a la formación continuada de profesiones sanitarias y afines (Arawi, 2010; Menéndez Navarro, 2011;

* Este artículo deriva de dos proyectos actualmente en curso financiados por el MECD: «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)» (HAR2012-3488) y «La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social» (CSO2009-07683).

** Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona (España) y Facultat de Ciències de la Salut i Benestar de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (España). Dirección para correspondencia: serenabrigidi@gmail.com.

*** Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona (España). Dirección para correspondencia: josepmaria.comelles@urv.cat.

Alted Vigil, 2013; O'Connor, 1998)⁷ y a la educación para la salud, aunque no sin controversias respecto a eventuales riesgos (Florensa *et al.*, 2014; Kennedy y Wilson-Genderson, 2011).

En este artículo discutimos tres dimensiones relevantes en los *medical dramas*. El primero, su valor etnográfico, su credibilidad (Llamero, 2014 y 2015), que exige discutir las relaciones entre ficción y no ficción que abordaremos a partir de ejemplos. El segundo remite a cómo se establece la relación entre el espectador y la narrativa etnográfica a la que se confronta y a su papel en la construcción de experiencia y saberes *folk* sobre la enfermedad⁸. Finalmente desarrollaremos unas reflexiones en torno a su potencial didáctico.

2. Apuntes sobre la etnografía

La etnografía es un método de observación y una técnica narrativa que permite trasladar lo observado —y lo escuchado, tocado, palpado, olido o degustado— a un relato que puede ser indistintamente escrito —la etnografía propiamente dicha—, también audible —la fonografía⁹—, o visual, que incluye la (foto)grafía (Brisset, 2002) y las técnicas (cinemato)gráficas o (video)gráficas (Comelles, 2012). La narrativa escrita tiene orígenes muy lejanos (Comelles, 1998 y 2000), las demás son recientes y tanto la fonografía como la videografía actuales ya son impensables sin internet.

Clifford Geertz (1985/2003 y 1998) definió al etnógrafo como alguien que «inscribe discursos sociales, los pone por escrito, los redacta. Al hacerlo, se aparta del hecho pasajero que existe sólo en el momento que se da y pasa a una relación de ese hecho que existe en su escritura y que puede volver a ser consultada» (Geertz 1985/2003: 31). La (fono)grafía y la (cinemato)grafía¹⁰ responden al mismo principio¹¹, que también puede aplicarse al documentalismo y a la ficción audiovisual (Clifford, 1998) a partir de las claves realistas o naturalistas en las respectivas narrativas, aunque algunos autores mantienen reservas al respecto (Chalvon-Demersay, 1999). Los novelistas lo reconocen¹². Lo mismo sucede con el (neo)realismo y el naturalismo cinematográfico (Hallam y Marshment, 2000), y se ha transportado directamente, como veremos, a las series de televisión en general —por ejemplo en *The Wire* o *Treme*— y a las médicas en particular, aunque no sin controversias (Hether *et al.*, 2008).

Consideramos la etnografía como un maravilloso instrumento reflexivo, extremadamente útil para repensar la cultura biomédica (Martínez-Hernández, 2006), puesto que la propia medicina lo había asumido como herramienta de conocimiento (Comelles, 2000). En particular, debido a que consiste en 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 (Brigidi, 2009). En ella se observa y escucha a todos los actores presentes en el escenario. Basta visualizar las primeras temporadas de *ER*, *The Knick*, *Call the Midwife* y *Bodies* para darse cuenta de que no pueden ser más que fruto de etnografías atentas.

3. Medical dramas y etnografía

«...Y no somos gente cualquiera. Somos supernovas programadas para acertar», dice el doctor Harding Hooten, jefe

de personal, hablando sobre sus cirujanos, al comienzo del cuarto capítulo de la primera temporada de *Monday Mornings*. Y el doctor Preston Burke, de la serie *Grey's Anatomy*, dice en el primer capítulo de la primera temporada: «Solo Dios puede decidir o prometer algo... y nunca le he visto con un bisturí en las manos».

Los *medical dramas*, un género en plena expansión, ocupan un nicho singular en el entretenimiento. Remitiendo a la salud, enfermedad y atención sus contenidos actúan sobre audiencias (Ostherr, 2013) que tienen experiencia previa con la enfermedad en ellos mismos o en sus respectivas redes sociales (Davin, 2003; Comelles y Brigidi 2014). Por eso, las narrativas audiovisuales sobre esta problemática —salvo la ciencia ficción— no pueden alejarse de la realidad sanitaria (Collee, 1999) ni obviar sus implicaciones éticas ni su papel en procesos de educación o promoción de la salud (Eisenman *et al.*, 2005), tanto formales como informales (Boon, 2005).

En los documentales (Boon, 2008), ajustarse a la realidad forma parte de la propia naturaleza del producto. Para obviar los límites del documental clásico se han desarrollado fórmulas, como el docudrama, que se sitúan en el límite entre el documental y la ficción, como es el caso de la serie *Polseres vermelles*¹³, o de docudramas hospitalarios como *Bellvitge Hospital*, basados en casos reales (Ubeda, 2014).

La inmensa mayoría de los *medical dramas* se ubican en la ficción. Esto es necesario para no traspasar los límites de la privacidad de los casos clínicos que suelen exponer y que son la base de los argumentos de muchos episodios. Nos parece evidente que guionistas y *showrunners* trabajan sobre casos clínicos reales que se representan mediante actores. La veracidad y la credibilidad de lo que se muestra dependen del ajuste de la interpretación a la clínica. La clínica de la depresión bipolar de Carrie Mathison en *Homeland* es, desde el punto de vista clínico, impecable. Ninguna autoridad sanitaria aceptaría que se mostrasen casos clínicos y etiquetas diagnósticas que no correspondan a la nosología médica, ni que se representasen prácticas diagnósticas, terapéuticas o preventivas que no se ajusten a parámetros científicos validados para evitar falsas esperanzas, alentar demandas infundadas o engendrar preocupaciones en los ciudadanos¹⁴. Por eso la clave narrativa en que se inscribe la casuística oscila entre el realismo y el naturalismo (Weber y Silk, 2007; Ye y Ward, 2010), aunque hasta 1990 dominaba un realismo idealizado, como en *Dr. Kildare* o *Marcus Welby* (Turow, 1989). El naturalismo tuvo su primera gran referencia en *ER* (1994) (Millá-Santos, 2001) y una notable continuidad posterior (Padilla-Castillo, 2010) con la particularidad de *House M.D.*, mucho más centrada en la construcción del conocimiento médico y en la ética y menos en una descripción realista de los espacios sanitarios (Ormart y Fariña, 2012; Wicclair, 2008).

La variedad de contenidos es enorme tanto en términos diacrónicos como sincrónicos. La periodización de las series desde los cincuenta hasta ahora permite reconstruir la evolución de la medicina desde la II Guerra Mundial, y recientes series históricas como *The Knick* y otras recrean el mundo hospitalario de principios del siglo XX. Las numerosas series producidas en distintos países desde 1990 permiten docu-

mentar aspectos muy diversos del proceso salud, enfermedad y atención, aunque reflejan especialmente la evolución de la práctica médica en las instituciones: el acceso de los pacientes a los servicios, las formas de derivarlos, la gestión del cuidado, la implicación de los profesionales y las estrategias de diagnóstico y tratamiento, las relaciones entre profesionales y pacientes (Strauman y Goodier, 2011; Stinson y Heischmidt, 2012; Summers y Summers, 2009), los mecanismos administrativos, burocráticos y el papel de las empresas farmacéuticas, así como problemas bioéticos y éticos (White, 2008; Wicclair, 2008; Czarny *et al.*, 2008), problemas relativos a la gestión de la diversidad cultural de género, étnica, de clases (Weber y Silk, 2007), del pluralismo asistencial o de las concepciones locales de la salud que quieren reflejar (Turow y Gans, 2002). Incluyen casos problemáticos, como los roles y las relaciones profesionales. Las relaciones entre profesionales, pacientes y familias y entre estas en general aportan enfoques que incluyen el tratamiento de la diversidad e incluso el pluralismo asistencial y las políticas públicas de salud.

La mayoría de series organizan un número variable de episodios en forma de «procedimentales» (*procedurals*), de entre 40 y 60 minutos independientes entre sí —autoconclusivos—, aunque el núcleo del elenco sea el mismo y, ocasionalmente, un arco argumental enlace los casos presentados en cada episodio con la evolución de los protagonistas. Este es el caso de *Dr. Kildare*, *Hospital Central* o *ER* entre muchas otras. Una tendencia creciente conduce a reforzar esos arcos argumentales evolutivos para fidelizar las audiencias, como en *Grey's Anatomy*, *Hospital Central* o *The Mob Doctor*. Algunas series con temporadas cortas, en cambio, forman una única historia, como en *Bodies*, *Call the Midwife* o *The Knick*.

La inmensa mayoría de ellas emplean casos clínicos como clave argumental, muchas abordan problemas profesionales y algunas aportan datos sobre la cultura de la salud¹⁵, pero siempre desde la perspectiva de la provisión de servicios y prácticas biomédicas sobre la enfermedad. Son mucho más numerosas las series «de hospitales y quirófanos» que las que se centran en la práctica primaria, pese a la referencia fundacional de *Marcus Welby* (Comelles, 2007^a) y sus continuadoras *Northern Exposure*, *Everwood* o *Hart of Dixie*.

Antes de 1990, la representación del mundo médico sanitario tendía, con algunas excepciones como *St. Elsewhere*, a ser idealista y optimista: la guerra contra la enfermedad podía ganarse. Narrativas realistas —no naturalistas— mostraban cambios tecnológicos en manos de médicos blancos que sabían y mandaban, y donde enfermeras y pacientes obedecían. *Dr. Kildare*¹⁶, *Dr. Gannon*¹⁷, *Dr. Westphall*¹⁸ y las comadronas y el ginecólogo representados hoy en *Call the Midwife* (Brigidi y Comelles, 2014)¹⁹ invocaban la eficacia resolutoria de la medicina y de los hospitales, su estructura jerárquica, funcional e higiénica, los avances farmacológicos y con unos cirujanos estrella. Las producciones las supervisaban «comisarios asesores» enviados por los colegios profesionales y en las revistas médicas se publicaban editoriales y artículos ante los posibles efectos sobre la población o los estudiantes de lo que se mostraba (Comelles y Brigidi, 2014). Esta inquietud reflejaba la credibilidad asociada a una representación

realista de espacios, profesionales, instituciones o prácticas como las reanimaciones (Van den Bulck, 2002). Desde *ER*, han adoptado una clave naturalista inspirada en los documentales y los noticiarios. Rodadas en espacios sanitarios y no en estudio, muchos episodios reflejan ahora dimensiones conflictivas de las relaciones entre profesionales, las actuaciones terapéuticas y diagnósticas, los conflictos éticos o morales, o la necesidad de adaptarse a entornos culturales diversos, como en *Grey's Anatomy*, *Hospital Central*, *The Mob Doctor*, *Monday Mornings*, *The Night Shift* o *Monroe*. En general los argumentos se centran en la clínica y eluden o minimizan su contexto social y cultural (Comelles, 2007^b). En muchos *medical dramas* la vida privada fuera del hospital no existe. Si son recurrentes las problemáticas profesionales derivadas de los ritmos de trabajo, la conciliación de la vida familiar y la competición, ambición y subordinación entre los distintos profesionales, así como las relaciones amorosas y sexuales entre pares¹⁹: «Necesitas estar con un cirujano... al final del día todos necesitamos alguien con quien hablar»²⁰.

Ni las especialidades médicas ni los otros colectivos profesionales —como la enfermería— tienen la misma concentración, habilidad ni tenacidad que los cirujanos: «No intiméis con los de urgencias, que no saben diferenciar su brazo de su esófago», dice la doctora Miranda Bailey a sus internos²¹ en *Grey's Anatomy*. «Los cirujanos intentamos ayudar de verdad a la gente, no solo cobrarles», le explica el doctor Benton al joven doctor Carter refiriéndose a dos especialidades «elegantes» como la dermatología y la psiquiatría²². «Somos mecánicos. Abrimos cerebros y extirpamos tumores. Somos mecánicos y con lo que hemos topados, me temo, no estamos cualificados», comenta el brillante neurocirujano a la exesposa de un paciente que llevaba años desaparecido y con un severo trastorno mental y que, de repente, tras la operación, vuelve a ser como antes²³. Por eso Max Green le dice a su colega Carter²⁴:

Hay dos clases de médicos: los médicos que se libran de sus sentimientos y los que los conservan. Si vas a conservar tus sentimientos vomitarás de vez en cuando: así son las cosas... La gente que viene aquí está enferma, sangrando, moribunda y necesitan nuestra ayuda, y ayudarles es más importante que nuestros sentimientos. Sin embargo, a veces es una putada. Hay momentos en lo que me gustaría dejar esto y dedicarme a otra cosa.

No lo hará, pero en una serie centrada en una sala de urgencias proliferan las escenas de reanimaciones en casos límite con riesgo de muerte, con todas sus contradicciones epistemológicas y matices²⁵: muerte cerebral, trasplantes de órganos e ambigüedad de la información otorgada al donante²⁶, tratados en general con un razonable rigor de puesta en escena. En cambio, solo ocasionalmente se introducen las situaciones relativas a la muerte digna y el papel activo del paciente que elige la calidad frente a la cantidad de años vividos²⁷.

El primer episodio de *ER* fue en sí mismo una declaración de intenciones sobre su perfil (cinemato)gráfico. Se rodó en el Hospital Linda Vista en Los Ángeles, recientemente cerrado,

pero que permitía reconstruir la sala de emergencias y las adyacentes con un carácter documental²⁸ sobre los tiempos, las esperas, los espacios y las conductas. Aunque Sabine Chalvon-Demersay (1999) la consideró realista e idealizada en su momento, hoy es posible tomar una perspectiva más distanciada. Llama la atención el realismo crítico con que se representa a unos profesionales, personas terriblemente corrientes, que ejercen un oficio mal retribuido y con un pésimo horario: «Trabajamos 36 horas seguidas con 18 horas de descanso, es decir, 90 horas a la semana, 52 semanas al año por 23 739 dólares, sin contar los impuestos, y tenemos también que prepararnos los cafés» (dice el doctor Benton)²⁹. Sueldos bajos y horarios malos frente a la imagen idealizada de los hospitales americanos de primer nivel que caracterizan muchas series, así como la exclusividad de la labor médica y la necesidad de una dedicación absoluta: «Es usted preciosa... ¿está casada?», le pregunta un paciente a la doctora Susan Lewis: «No, soy médica»³⁰. En *ER* hacen constantes referencias al clima para subrayar que no tienen tiempo de salir o de mirar por la ventana, que dejan pasar la vida en los pasillos del hospital. La familia, en general, o el exterior es un tema presente en los diálogos entre profesionales, pero el diseño de producción es claustrofóbico. Casi nunca se graban escenas fuera del hospital. Por el contrario, en *House*, *M.D.*, *Grey's Anatomy* o *Monday Mornings*, los médicos parecen tener, inicialmente, una vida además de la del hospital.

El registro etnográfico de *ER* se basa un *set* de rodaje muy bien reconstruido y en una minuciosa representación etnográfica —próxima al interaccionismo simbólico— de las relaciones y prácticas sociales y profesionales en una sala de emergencias. Posibilidades, formas de acceso a los espacios, distribución del mismo, espacios libres de personal de bata blanca (Tosal *et al.*, 2015), espacios compartidos por pacientes y profesionales, presencia de los acompañantes y relaciones muy bien calibradas entre todos los estamentos profesionales. La visualización de los espacios incluye las salas de reposo y los despachos de los profesionales, la disposición de las camas, sillas, puntos informativos, máquinas de café —y cómo hacerlas funcionar— o la capilla, donde se destacan los límites de la privacidad, como corresponde a un servicio de esas características. El episodio «24 horas» se abre con el doctor Greene, que, despertado por la enfermera, se levanta de una camilla para atender a su amigo, el doctor Ross, que quiere «dormir la mona»³¹. Luego la cámara lleva al espectador en un *tour* por el servicio entre pasillos, profesionales, boxes y pacientes, al que sigue una secuencia en la que el doctor Benton explica al médico recién llegado cómo funciona el servicio de urgencias³², y que incluye detalles sobre los propios profesionales («Esto es Tym [enfermero del traje], no le dé la mano, que tiene miedo a los contagios»), o aclaraciones como que «los pacientes ya saben que la lidocaína se llama novocaína»³³, o cuando le indica que coma cuando se lo digan porque luego nadie sabe si va a tener tiempo para cenar³⁴. En efecto, *ER* nace de la experiencia real de Michael Crichton, el guionista de la serie, durante sus años como estudiante de medicina, pero también como antropólogo que es por la Escuela de Harvard. Tiene por lo tanto una triple faceta: médico, escritor y cineasta.

Desde una perspectiva historiográfica no cabe duda de que *Casualty 1900s*, *Call the Midwife*, *The Knick* y bastantes secuencias de *Masters of Sex* son reconstrucciones históricas que buscan reconstruir una etnografía *ex post facto* de la práctica médica entre 1900 y 1960. La comparación entre las series datadas entre los cincuenta y los sesenta y las producidas en esos mismos años, como *Dr. Kildare*, pone de relieve cómo el esfuerzo de representación fidedigna es casi mejor en las actuales que en aquellas, rodadas indefectiblemente en estudios. En efecto, el uso de documentación visual y el acceso a los archivos permiten un rigor muy elevado en la representación, que alcanza límites casi insuperables en *Casualty 1900s* y *The Knick*. La perspectiva naturalista es inevitable en estos casos, puesto que las condiciones de vida no eran las mismas entonces que hoy: la reconstrucción de las viviendas obreras en los cincuenta en el *East End* de Londres en *Call the Midwife* y de Nueva York en *The Knick* a principios de siglo se corresponden con las durísimas condiciones de vida de las clases populares. La mirada naturalista es más cómoda desde una perspectiva histórica que en la representación de situaciones actuales, en donde las audiencias de clase media enmarcan esas series dentro de un tipo de entretenimiento en el que los guionistas prefieren presentar dramas individuales asociados a la propia enfermedad que los contextos en que estas se producen.

Probablemente el ejemplo más singular y más ambicioso de *medical drama* de estética naturalista y ambientado en la actualidad es *Bodies*, serie producida por la BBC basada en una novela realista sobre el National Health Service y ambientada en un servicio de teco-ginecología. Se trata del intento más serio y crítico de abordar la complejidad económica, social, cultural y científica del sector de la salud en el marco del estado de bienestar europeo. Narra los tres años de residencia en ginecología y obstetricia del doctor Rob Lake y es fruto de un libro, probablemente autobiográfico, de Jed Mercurio, que, como Crichton, era médico³⁵, y del que se dijo:

[...] painted a truer and more terrifying picture of the NHS than we had ever seen before – or have seen since. Medical misdiagnoses? Fact of life. Arrogant and incompetent doctors? Strewn with a liberal hand through every department and protected by the system at every turn. Idealism and professional ethics? Choked by lack of funds – compromised care costs so much less – and crushed under the weight of internal, pettifogging bureaucracy³⁶.

Su tratamiento visual es muy riguroso desde el punto de vista etnográfico y destaca no solo su dimensión visual, sino el cuidadoso tratamiento del paisaje sonoro del hospital. Este rigor es perceptible en los procedimientos quirúrgicos, de los cuales se ofrecen detalles sin restricciones o censuras: abortos, sufrimientos, episiotomías, cesáreas, dilataciones y muertes fetales y postnatales y en los rituales propios de las salas de hospital. Todo representado carnalmente, sin la finalidad de conmover al espectador. Pero, al mismo tiempo, la vida del servicio está documentada muy rigurosamente, por ello hay que trabajar «sin levantar la voz, sin asomar demasiado la cabeza,

así se sobrevive», le dice la enfermera Donna Rix a Rob Lake³⁷ el día que este llega al servicio que dirige Hurley, quien a su vez le comenta a Lake, tras la muerte de su paciente, que ellos no son máquinas, que existen errores aislados, accidentes y que él no tiene la culpa del fallecimiento de la paciente³⁸. Esta actitud exculpatoria permite un muy fino análisis de los mecanismos de poder profesional y académico y una descripción muy atinada sobre el control de los sentimientos y las emociones.

El epicentro de la serie son las negligencias de los médicos, su forma de encubrirse y protegerse los uno a los otros —«Es el sistema que te protege a ti y a mí [...], pero, de vez en cuando, algo se tuerce y sin saberlo acabamos por proteger a personas como el doctor Roger Hurley»³⁹— y el peso de la administración y de las empresas farmacéuticas en la gestión asistencial y científica y en el negocio (público) de la salud. Un mundo opaco, deprimente pero auténtico⁴⁰, donde una mujer fallece en la planta de obstetricia porque no había sido derivada antes, o donde se dan errores por confusión entre pacientes en el quirófano: una mujer que requería esterilización y otra, laparoscopia exploratoria para quedarse embarazada. O el caso de la muerte de una mujer a causa de la inhabilidad del interno en el practicar una tricotomía⁴¹. En *Bodies* no se habla de camaradería, sino de juegos de poder —«ciertos médicos pactan entre ellos»; «en esta unidad nos cuidamos mutuamente»⁴²—, de la ley del silencio (*omertà*), y se muestra una y otra vez cómo las decisiones médicas y asistenciales, muchas veces, dependen de imposiciones administrativas: «Si no se cumplen objetivos, menos dinero», explica la administrativa Mary Dodd. Se habla del miedo a no cumplir esos objetivos: «Les destroza las estadísticas tener pacientes amontonados», comenta Tim, interno de urgencias. Por eso enseña a su compañera estrategias para engañar las estadísticas, como mover la camilla del paciente hasta la puerta de urgencias, o: «Si a la camilla le quitas las ruedas, es una cama»⁴³. O el terror de las «buenas estadísticas» de mortalidad y morbilidad que los responsables médicos tienen que entregar todos los meses: «Retoca los factores de riesgo para que los resultados parezcan mejores. Los fumadores tienen mayor riesgo de complicaciones... Bien, codifica más pacientes como fumadores para que también crezca el número de complicaciones previstas y los números reales parezcan mejor en comparación» (Dr. Whitman)⁴⁴. «Mala suerte», le dice la doctora Polly Grey al médico jefe tras el fallecimiento de la paciente. «¿Qué ocurre?», pregunta un compañero de urgencias. «Mortalidad postoperatoria, si supera el primer mes no se contabilizará», explica ella.

El hospital de *Bodies* es notablemente parecido a los hospitales públicos españoles y se distancia de los quirófanos luminosos de *Grey's Anatomy*, *House* o *Black Box*⁴⁵. En él, los pacientes vomitan, se atreven a fallecer, sin vergüenza, en la sala. En general, se observa un trato humano a los pacientes, los profesionales se presentan y explican con paciencia los procedimientos y los riesgos. El paciente tiene autonomía, a menudo voz propia: «No seas paternalista», regaña una joven mujer a su ginecólogo⁴⁶. Siempre están acompañados por una enfermera que tiene un papel activo, autónomo.

La serie aborda también el espinoso tema de la investigación médica, las estrategias de publicación⁴⁷, su papel en la

financiación de los hospitales y la atracción de pacientes⁴⁸, el éxito profesional a pesar de su faltas asistenciales, y el cómo aumentar el prestigio de una institución sanitaria. En *Bodies*, además de la reunión semanal en torno a la morbilidad/mortalidad, estrategia retomada también en *Monday Mornings*, se presentan ponencias relativas a las investigaciones en curso. El peso de la investigación es relevante, al contrario que en la mayoría de series, donde apenas se menciona.

Tampoco esquiva las polémicas relativas a los ensayos clínicos y a los intereses farmacéuticos. El equipo del doctor Whitman trabaja en el controvertido tema del trastorno sexual femenino (Forçades, 1995). En el cuarto episodio de la primera temporada, se habla de la influencia de las empresas para obligar a los investigadores a manipular datos y los resultados de las entrevistas: «Las personas que responden bien [...] tendrán prioridad para la segunda prueba», comenta la doctora Polly Grey a su informante. «¿Me pagarán para que vuelva a tomar el medicamento?», pregunta ella. «El ensayo será más importante, le pagarán más», responde la médica.

De la calidad etnográfica de estas series no cabe duda. Es esta calidad documental la que permite que *ER* fuese el primer *medical drama* que puede alinearse con los clásicos del lenguaje de la televisión como *The Sopranos* o *The Wire*, pero que debe ubicarse en un contexto específico histórico y cultural estadounidense. Si bien entre *ER* y *Bodies* hay elementos comunes derivados de la vocación universal de la biomedicina, su modo de narrar y sus distintos niveles críticos son el producto de aproximaciones distintas, desde los Estados Unidos a Europa. Lo mismo sucede con la menos rigurosa *Hospital Central*, que debe entenderse en el contexto de las audiencias españolas (Comelles y Brigidi, 2014). Los *medical dramas* europeos se distancian de los estadounidenses o canadienses⁴⁹, describen perfiles idiosincrásicos de la medicalización en entornos culturales distintos (Espanha, 2002) y relacionan temáticas específicas y contextos culturales locales (Strauss y Marzo-Ortega, 2002).

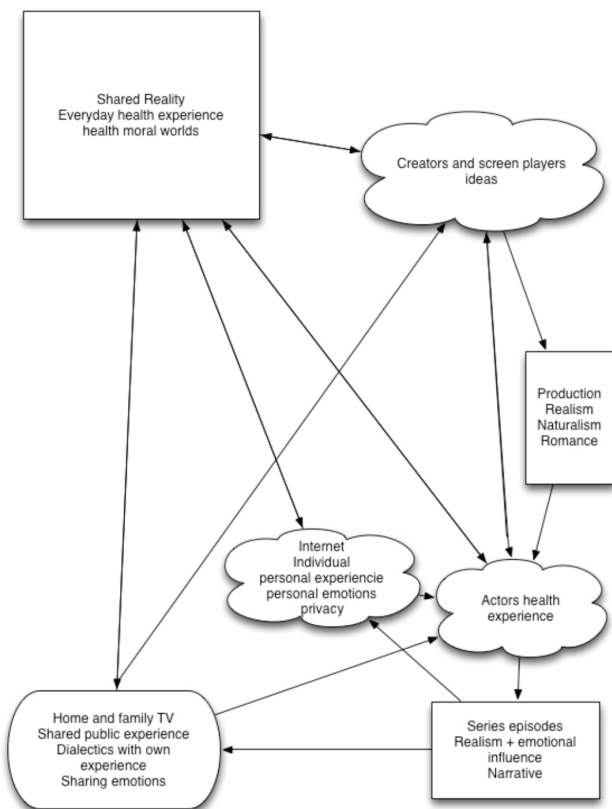
Los *medical dramas* actuales se conciben para un público muy segmentado, nada universal *a priori*, y conviven con los noticiarios, los programas de entretenimiento o los *reality shows* donde aparecen enfermos y *freaks* deslumbrantes. La toma de distancia que implicó siempre la exhibición cinematográfica 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 etnográfica⁵⁰. Esta 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 de salud⁵¹. Su especificidad les distancia de los *thrillers*, la ciencia ficción, los géneros fantásticos, las comedias o los dramas realistas o naturalistas.

Por último, como sucediera con la literatura de popularización, la ficción literaria o el cine, intervienen en la producción cultural de los estereotipos ideales —*ideal types*— de profesio-

nales (Strauman y Goodier, 2011), instituciones y de sus formas de organización del espacio y de los rituales (Lepofsky *et al.*, 2006) y representan la concepción hegemónica de la salud y la enfermedad⁵². Sin embargo, ha habido cambios: de las series primitivas muy personalizadas en médicos varones y guapísimos se pasa a representar a equipos asistenciales con gran diversidad étnica o de género (Ye y Ward, 2010), con relaciones más horizontales⁵³, y donde las relaciones de género no se limitan al sexo o al amor, sino que van hasta la (re)distribución de tareas, el papel de la mujer como protagonista, la gestión de la diversidad cultural y social. 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 ante el temor de que pueda influir negativamente en las audiencias⁵⁴.

4. La construcción de la experiencia

Durante décadas, una única pantalla congregó una audiencia familiar o vecinal —los teleclubes españoles en la España de los sesenta por ejemplo⁵⁵—. Más tarde ver televisión se ha ido convirtiendo en una experiencia individual por la proliferación de receptores en las casas y se ha seccionado demográficamente⁵⁶. Las primeras experiencias colectivas derivaban en general en la interacción entre los espectadores, como sigue sucediendo con el fútbol. La experiencia derivada de lo visto individualmente no da lugar al debate o al comentario con los pares, salvo en la esfera de las redes virtuales, donde reinan las quimeras. Y esto plantea algunas cuestiones que nos parecen relevantes en relación con la construcción del proceso salud, enfermedad y atención y que hemos representado en el siguiente diagrama.



Sintetizamos la arena social en la que se construye el proceso 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 representación. Todos ellos, guionistas, productores, directores, actores y audiencias, comparten y proyectan su propia experiencia sobre el proceso salud, enfermedad y atención, puesto que, aunque puedan distanciarse del mismo —tanto desde el lado de la producción como desde la audiencia—, las narrativas de enfermedad reflejan mundos morales, emociones y sensibilidades que no pueden ser eludidos si se pretende ser fiel a la realidad o bien influir en un sentido positivo —toma de conciencia o construcción de nueva experiencia—.

No estamos diciendo que los guionistas se sitúen en la perspectiva de un antropólogo médico, aunque en algunos casos estamos tentados a pensar en asesoramiento a ese nivel. En la literatura acerca del proceso salud, enfermedad y atención, producida sobre todo desde el campo de la antropología médica, se pone de manifiesto que la construcción de la experiencia relativa a la enfermedad por los grupos sociales se construye en buena parte a partir de la repetición de las experiencias de forma colectiva, de modo que participan tanto los pacientes como sus redes sociales y los profesionales. La mayoría de las veces esto ocurre en torno a las patologías o procesos de malestar local más frecuentes. No obstante, en determinados casos, se realiza en torno a experiencias más singulares o excepcionales de enfermedades crónicas, de baja prevalencia o de accidentes, como las situaciones de intersexualidad tratadas en muchos de los *medical dramas* mencionados (Gregori, en prensa) o de los *wannabes*⁵⁷, personas que deciden automutilarse una extremidad (Hurtado, en prensa).

De las investigaciones recientes sobre la credibilidad en internet y sobre la construcción específica del conocimiento médico por parte de los pacientes crónicos (Allué, 2013) se desprende que ha nacido una nueva etapa en la que la mediación a través de internet por parte del paciente da lugar a formas de construcción de experiencia destinadas a asegurar su autonomía. Aunque los recursos clásicos, como el libro, desempeñan un papel no desdeñable, los medios audiovisuales siguen teniendo una importancia significativa en un contexto en que lo audiovisual es cada vez más ubicuo. Este papel, incluso en medios aparentemente pasivos, se ha ido transformando y la pantalla de la televisión o del ordenador se convierte en un interlocutor, y de esa dialéctica se construye, indudablemente, experiencia, puesto que el registro etnográfico presente en las series tiene el particular valor de transmitir no solo datos, sino emociones y sentimientos del mismo modo que la experiencia compartida alrededor de un enfermo próximo lo hace. En la actualidad, el espectador puede incorporar a su experiencia la casuística presentada en las series, puesto que a menudo la serie puede ser completada con recursos de la web 2.0, chats, Twitter o Facebook, lo que permite ir más allá de la visualización pasiva (Llamero, 2015).

El carácter universal del proceso de medicalización lleva a un conocimiento popular notable de la terminología y las

prácticas médicas. Aunque la producción sea norteamericana, británica, alemana o española, su emisión y su recepción se sitúan en un espacio comunicativo global, aunque represente una realidad local. Gregory House trabaja en la costa este de los Estados Unidos, pero el personaje es reconocible en Europa, y eso permite que el espectador compare su práctica en la serie y las que vive de primera mano en sus visitas médicas o sus estancias en el hospital. Incluso puede desear tener un médico o una enfermera como él y buscar su perfil en su vida real. En esta experiencia compartida se incluyen prácticas, conocimientos adquiridos, referentes simbólicos y emocionales que se inscriben en *ethnoscapes* culturales específicos.

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 *background* común. TVE emitió durante el tardofranquismo *Dr. Kildare* y *Medical Center* en horario de máxima audiencia. 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*, una serie de las consideradas «procedimentales», de extraordinario éxito en los Estados Unidos, centrada en un médico de atención primaria de un barrio de clase media en California y que TVE emitió en los primeros años setenta, no tuvo éxito y pasó a la minoritaria Segunda cadena (UHF). Las dos primeras mostraban los hospitales y a los médicos americanos que habían inspirado desde los años cuarenta a la Seguridad Social del franquismo y que se correspondían, más o menos, con 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 su influencia en el proceso salud, enfermedad y atención en España, nuestro hospitalcentrismo 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, *ER* 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 español⁵⁸. En cambio, su copia española *Hospital Central* lleva emitiéndose veintiuna temporadas⁵⁹.

Asumir que puede existir empatía en los ciudadanos con las representaciones que las series hacen del sector salud deriva de su valor etnográfico. Esto las convierte en apasionantes para el antropólogo médico, y es a la vez motivo de interés para el sector salud, que, en ocasiones, ve riesgos en tanto realismo. Por eso actualmente las autoridades sanitarias supervisan los contenidos, a fin de no incitar a conductas peligrosas o

a prácticas no conformes con los criterios científicos (Turow y Grans, 2002)⁶⁰, o animan a que en los guiones se incorporen hábitos saludables como no fumar, o actitudes y prácticas positivas relativas a la salud (Weber y Silk, 2007), con problemáticas específicas, y, por supuesto, la supervivencia (Van den Bulck, 2002), puesto que algunos se han preguntado si lo que ofrecen los *shows* pueden contribuir a salvar vidas (Eisenman *et al.*, 2005). Sin embargo, Hether *et al.* (2008) observaron que la representación de cánceres de mama en *ER* o *Grey's Anatomy* tenía poco impacto real entre las mujeres.

5. Los *medical dramas* en la didáctica

Desde hace unos años utilizamos los *medical dramas* en presentaciones públicas: clases, conferencias, mesas redondas, etc. Para ello utilizamos los episodios como una fuente etnográfica o histórica según los casos.

Nuestra experiencia ha tenido altibajos, puesto que a algunas audiencias les cuesta asumir el valor heurístico de estas fuentes, ya que las ven con el prejuicio de pensar que son ficción. En otros casos, porque les cuesta aceptar el naturalismo crítico de muchos documentos en relación con el prototipo ideal de profesional que se han creado ellos mismos. Sin embargo, el balance de más de un lustro es claramente positivo y nos lleva a exponer algunas consideraciones y recomendaciones.

En primer lugar, los fragmentos que ofrecemos a los estudiantes tienen un valor didáctico y heurístico que los distingue de los que se pueden emplear en una conferencia o en un aula —virtual o física—. Es decir, utilizamos clips o documentos de no más de quince minutos de duración en clase, pero preferentemente citas de cinco minutos como máximo que insertamos en el relato de la clase magistral y que dan pie a un ejercicio de debate. Estos materiales son distintos a los que los estudiantes han de utilizar en casa, que pueden tener cualquier extensión.

Hay diferencias en nuestra experiencia según se trate de público general, estudiantes de ciencias sociales y humanas o estudiantes de ciencias de la salud. Para el público general utilizamos sobre todo estos materiales a fin de mostrar la evolución de la práctica médica. Según los perfiles demográficos, para los mayores se trata de un ejercicio de recuperación de su memoria visual y a los más jóvenes les causa cierta sorpresa poder contemplar formas de comportamiento con las que ya no están familiarizados.

En el caso de los estudiantes de ciencias sociales y humanas de nivel de máster y que están habituados a las clases magistrales, el clip debe insertarse en el relato, y el *role-playing* de la clase magistral permite hacer pausas y crear climas emocionales distintos en la audiencia habitualmente ávida de productos audiovisuales. Exige disponer de una amplia biblioteca de recursos no solo procedentes de los *medical dramas*, sino también de documentales e, incluso, de publicidad.

Los clips permiten, además, nuevas técnicas de innovación didáctica y una variante metodológica en el modelo de enseñanza-aprendizaje activo dentro de las ciencias de la salud. De alguna forma la observación de los *medical dramas* se puede considerar como una reelaboración del *role-playing*

o de dramatizaciones y simulaciones. Concretamente, la visión y sus sucesivas fases exhortan tanto a un trabajo de análisis y reflexión llevado a cabo por un grupo de estudiantes basado en el estudio, análisis, desarrollo y resolución de situaciones o de un caso clínico determinado recreadas por medio de la pantalla como a la gestión de la esfera emotiva personal y experiencial.

Las artes, o en este caso específico el cine, permiten una identificación automática con los personajes, y restituyen al estudiante el caso clínico o la situación como auténtico. Así, según la experiencia llevada a cabo en estos años en la didáctica de la antropología médica en ciencias de la salud, podemos afirmar que el estudiante revive dramáticamente la situación propuesta. Puede así empatizar, «ponerse en lugar de» (Stein, 2004), tanto del profesional de la salud como del paciente (y/o la situación representada), comprenderle sin asimilarse, utilizando los mecanismos propios de la exotopía (Bachtin, 1988; Sclavi, 2003; Brigidi, 2009) para llevar la atención sobre la complejidad del escenario en salud.

Por medio de la visión de fragmentos seleccionados de *medical dramas* pensamos que se puedan trabajar perfectamente conceptos como la identidad, la diversidad, la libertad y la responsabilidad, además de fomentar las capacidades comunicativas y explicativas, de observación y registro, ser conscientes de las propias emociones ante una situación dada —rabia, frustración, pasividad, deseos, ganas de irse, abandonar la situación, llanto, risa, etc.—, mostrar situaciones problemáticas e integrarlas en la experiencia vital de cada uno, desarrollar habilidades críticas, capacidad de decisión y de escucha activa hacia los otros.

Utilizamos una diferente metodología para proponer vídeos o fragmentos de series de TV durante las clases. Podemos introducir el temario y a continuación utilizar el vídeo para complementar una explicación y mostrar la complejidad y la variedad en el campo de la salud. O bien emplearlo como efecto sorpresa. Es decir, el recurso audiovisual es lo primero que los estudiantes ven/escuchan sobre un tema concreto y desde ahí se empieza a trabajar en conjunto con las reflexiones y análisis de los alumnos para luego definir, delimitar y diseñar el problema. La mayoría de las veces, en ambos casos, los estudiantes sorprenden por su capacidad analítica y permiten descubrir nuevos temas latentes que el *medical drama* contiene.

6. Conclusiones

Consideramos que los dramas médicos no pueden, y de hecho no deben, ser reducidos solo a la condición de entretenimiento, incluso cuando la representación de la salud, la enfermedad y el proceso de atención es menos rigurosa. Las fronteras porosas entre ficción y realidad exigen prudencia en este sentido, especialmente en el campo de la educación. Aunque no pocas veces un contenido menos riguroso y simplista ofrece una síntesis que no siempre se consigue por otros medios. Consideramos que la visión de fragmentos seleccionados aporta nuevas posibilidades de innovación didáctica y una variante metodológica en el modelo de enseñanza-aprendizaje activo en ciencias de la salud. Debido a que, ante todo, permi-

te discutir los límites entre ficción, virtualidad y realidad en el mundo actual, también 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.

En segundo lugar, la dimensión etnográfica de los *medical dramas* permite abordar cuestiones muy sustanciales en la forma en que algunos medios contribuyen a la producción de experiencia —de base etnográfica— sobre el proceso salud, enfermedad y atención en contextos culturales distintos. Tanto en términos de enfermedades concretas, en general las más comunes, como cáncer, ictus, accidentes, etc., como en la construcción de criterios de uso de las instituciones y profesionales sanitarios por parte de las audiencias.

Finalmente, y en la línea de lo sugerido, estas obras médicas pueden, en cierto sentido, ayudar a mejorar la autonomía del paciente, incluso dar pistas para enseñar cómo se convirtió en un buen paciente en los términos que Marta Allué sugiere (2013). Asimismo, el contraste entre la mirada literaria inmediata, la diferida y la reconstrucción visual de las dimensiones etnográficas de un relato, como en el caso observado de *Call the Midwife*, puede contribuir a situar críticamente la serie de televisión y su potencial como material histórico y didáctico, ya que representa un documento abierto al análisis hermenéutico, pero también como aportación a la reconstrucción de la memoria colectiva de las clases populares.

Notas

1. Búsqueda realizada el 1 de agosto de 2015.
2. Un ejemplo es el proyecto **DIPEX** —hay un **DIPEX España**—, entornos basados en clips en los que pacientes o familiares hablan sobre su experiencia con enfermedades específicas. V. también Watson (2012).
3. El Hospital pediátrico de San Juan de Deu en Barcelona o Children's Hospital en Boston, y también el Clalit Health Services (CHS) en Israel desarrollan programas de *e-health*.
4. Sobre el uso y la credibilidad de esos recursos en este campo es indispensable Llamero (2015).
5. V., entre otros, Bignell y Lacey, 2005; Boon, 2005 y 2008; Comelles y Brigidi, 2014; Espanha, 2002; Florensa *et al.*, 2014; Glevarec, 2010; Taberero Holgado y Perdiguero-Gil, 2011.
6. Ver Brigidi (en prensa); Brigidi y Comelles, 2014; Brigidi, 2014^a y 2014^b; Comelles y Brigidi, 2014. Utilizamos el término *medical drama* para distinguir las series de TV del cine y de los documentales, y para distinguirlos también de los *thrillers* o de la ciencia ficción. Se definen como programas de televisión cuyo argumento se centra en un hospital, un equipo de socorros (*paramedics*) o cualquier entorno médico, basados en casos independientes aunque haya continuidad en los equipos actorales. Para las referencias de las series empleamos IMDb cuando se trata de la serie en conjunto. Para episodios concretos incluimos la ficha específica. Una lista de

- series está en <<http://www.imdb.com/list/nPfu5DezHw4/>> [consulta: 1.VIII.2015].
7. V. también los contenidos de la *Revista de Medicina y Cine*.
 8. Por saberes *folk* nos referimos al conocimiento que la ciudadanía construye sobre el proceso de salud, enfermedad y atención y corresponde al nivel de autoatención (Menéndez, 1991 y 2004; Comelles, 1997).
 9. Sobre la fonografía y sus métodos, v. Comelles Allué (2009 y 2013).
 10. Nos referimos al público en general, que no tiene por qué manejar la conceptualización y los debates académicos de la *Visual Anthropology* que se ocupa de esa problemática.
 11. Una discusión sobre la (cinemato)grafía puede encontrarse en Comelles (2012).
 12. Se conservan anotaciones de campo de Emile Zola y Narcís Oller.
 13. Y su *remake* estadounidense *The Red Band Society* (2014).
 14. Sí se acepta en ciencia ficción. Un caso interesante es la serie británica *In the Flesh*, donde los muertos vivientes se suponen afectados por un «síndrome de muerte parcial» tratable.
 15. Por regla general, las series se ocupan poco de salud pública siguiendo la tónica del cine (Taberero Holgado y Perdiguero-Gil, 2011; Moratal-Ibáñez, 2012). *Medical Investigation* es una de las escasas excepciones.
 16. <http://www.imdb.com/title/tt0054535/?ref_=fn_al_tt_1> [consulta: 1.VIII.2015].
 17. Intérprete de la serie *Centro Médico*: <http://www.imdb.com/title/tt0761941/?ref_=fn_al_tt_1> [consulta: 1.VIII.2015].
 18. Intérprete de la serie *St. Elsewhere*: <http://www.imdb.com/title/tt0083483/?ref_=fn_al_tt_1> [consulta: 1.VIII.2015].
 19. Son frecuentes los lios amorosos entre enfermeras y médicos —en escasas ocasiones sucede lo contrario—, pero casi siempre se ha solucionado de modo que, o bien representaban para el/la médico/a tan solo una distracción del verdadero amor representado por un compañero/a o bien ella o él acaban estudiando medicina y de esta forma la relación se convertía entre pares.
 20. De 25 min 8 s a 25 min 19 s del 1x04 *Monday Mornings*.
 21. De 3 min 13 s a 3 min 16 s del 1x03 de *Grey's Anatomy*.
 22. De 15 min 4 s a 15 min 44 s del 1x01 de *ER*.
 23. De 26 min 30 s a 26 min 38 s del 1x03 *Monday Mornings*.
 24. De 57 min 14 s a 58 min 38 s del 1x01 de *ER*.
 25. Nos referimos a la definición de muerte tras el informe emitido por el Committee of the Harvard Medical School. En este sentido véanse los capítulos de Fantini, B. y F. Rufo (2014): «La morte prima di Harvard. La ridefinizione epistemologica del xx secolo» y también Borgo, M.; M. Picozzi y G. Armocida (2014): «La morte dopo Harvard. Il dibattito medico negli ultimo quarant'anni: uno sguardo di sintesi», ambos en De Ceglie (ed.) (2014).
 26. V. episodio 1x10 de *Monday Mornings*.
 27. Un ejemplo didáctico es el documental *La dama y la muerte*.
 28. Véase la etnografía en las urgencias de *Ospedali Galliera* de Génova, Italia (Brigidi, 2009) y Ubeda (2014).
 29. De 12 min 14 s a 12 min 27 s del 1x01 de *ER*.
 30. De 7 min 44s a 7 min 52 s del 1x01 de *ER*.
 31. Un expediente que será utilizado también en *Grey's Anatomy* cuando Meredith no resulta elegida por Derek.
 32. De 15 min 3 s a 16 min.
 33. De 17 min 49 s a 17 min 51 s.
 34. De 30 min 18 s a 30 m 43 s.
 35. Fue también el guionista de la serie médica *Cardiac Arrest* (1994-1996) y el autor de la novela en que se basa la serie.
 36. <<http://www.theguardian.com/tv-and-radio/2010/jan/12/50-best-tv-drama-west-wing>> [consulta: 1.VIII.2015].
 37. De 1x04 de *Bodies*.
 38. 1x01.
 39. Dr. Tony Whitman al Dr. Rob Lake en *Bodies*.
 40. *The Guardian* observa que incluso el romance entre la enfermera Donna y el médico Rob es escuálido, deprimente, nada a que ver con la perfección de las historias representadas en otras series.
 41. De 30 min 46 s a 31 min 32 s del 1x01.
 42. Son frases comentadas por el Dr. Whitman y el Dr. Hurley al Dr. Lake durante el cuarto episodio de la primera temporada.
 43. Dr. Tim Sibley, residente de urgencias. 1x04.
 44. De 2 min 68 s a 3 min 80 s del 1x04 de *Bodies*.
 45. <http://www.imdb.com/title/tt2968404/?ref_=fn_al_tt_1> [consulta: 1.VIII.2015].
 46. 1x01.
 47. Herramientas para medir el prestigio en la red.
 48. Un ejemplo lo tenemos también en *Masters of Sex*, donde el Dr. Masters, por su prestigio y éxito en estudios sobre infertilidad, atrae a pacientes gozando de privilegios que no tienen los otros médicos.
 49. Aunque la producción de muchas series estadounidenses ha sido externalizada a Canadá, la ambientación refleja los Estados Unidos, no la sanidad pública canadiense.
 50. Un buen ejemplo es *Southland*, una serie sobre el día a día de los policías en Los Ángeles, que emplea estrategias de filmación de cámara doméstica e incluso en tratamiento del color.
 51. Davin (2003) comparó la percepción diferencial de los espectadores entre series, *soap operas* y documentales.
 52. V. también Reagan *et al.* (2007).
 53. Tanto la enfermera de la serie *Nurse Jackie* como la enfermera Hathaway de *ER* muestran su autoridad por encima de los médicos. En *Grey's Anatomy* la enfermera *Debbie* se venga de Cristina Yang por su falta de respeto a las enfermeras pasándole solo los buscas más problemáticos. Sobre el valor etnográfico de las series en enfermería, v. Mikulencak (1995).
 54. Aparecen prácticas alternativas en *Private Practice*, *Everwood* y *Northern Exposure*.
 55. La serie médica *Everwood* (2002-2006), un *family show*, se emite en horarios familiares para atraer a un público lo más amplio posible mediante arcos argumentales generacionales: adolescentes, padres y abuelos.
 56. Incluso en Estados Unidos, donde la NBC, la CBS y la ABC copaban las audiencias mediante la sindicación con las emisoras locales.
 57. El término *wannabe* en esta acepción se encuentra recogido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. El primer caso documentado sobre el deseo de amputación data de 1785 (Lawrence, 2006), y ya en 1994 se produce el primer reportaje televisivo dedicado íntegramente a los llamados *wannabes*. Desde entonces el tema ha sido abordado en distintos formatos y géneros: serie televisiva, reportaje, cortometraje, largometraje, cine negro, documental, comedia o drama. Véase Hurtado (en prensa).
 58. En Francia, en cambio, dio lugar a un debate nacional sobre las urgencias hospitalarias.

59. En Cataluña el hospital jerarquizado se había comenzado a implantar en el período 1969-1975. *St. Elsewhere*, emitida por el canal público de televisión, tuvo un éxito colosal durante los ochenta y ha dado lugar a dos series médicas con voluntad de servicio público: el docudrama *Bellvitge Hospital*, condescendiente con el estereotipo ideal del profesional y de la institución, y *Polseres vermelles*, un experimento de serie con niños y adolescentes afectados por enfermedades oncológicas.
60. Millá-Santos (2001) aprovechó la emisión de *ER* en España para discutir la situación de las urgencias. Parece citar de oídas, pues parte de lo que cuestiona lo describe la serie.

Referencias bibliográficas

- Allué, M. (2013): *El paciente inquieto*. Barcelona: Bellaterra.
- Alted Vigil, A. (2013): «Presentación: en torno al cine educativo», *Cahiers de civilisation espagnole contemporaine*, 11(automne): 1-5.
- Arawi, T. (2010): «Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students», *Medical Teacher*, 32 (5): 205-210.
- Bachtin, M. (1988): *L'Autore e l'eroe: teoria letteraria e scienze umane*. Turín: Einaudi.
- Bignell, J. y S. Lacey (2005): *Popular Television Drama: Critical Perspectives*. Manchester: Manchester University Press.
- Boon, T. (2005): «Health education films in Britain, 1919-39: production, genres and audiences», en G. Harper y A. Moor (eds.): *Signs of Life: Cinema and Medicine*. Londres: Wallflower Press, pp. 45-58.
- Boon, T. (2008): *Films of Fact: a History of Science in Documentary Films and Television*. Londres: Wallflower Press.
- Brigidi, Serena (2009): *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*. Tesis doctoral. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <<http://www.tdx.cat/handle/10803/8433>> [consulta: 24.I.2015].
- Brigidi, Serena (2014^a): «Observaciones audiovisuales referentes a los significados de prevención, seguridad, riesgo y (re)presión en el embarazo y parto», *Actas del XIII Congreso de antropología «Periferias fronterizas y diálogos»*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, pp. 4239-4249. <<http://www.fundacio.urv.cat/congres-antropologia/>> [consulta: 24.I.2015].
- Brigidi, Serena (2014^b): «Experiencias encarnadas. Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es)», *Revista de Medicina y Cine*, 10 (3): 118-126.
- Brigidi, Serena (ed.) (en prensa): *Cultura, salud y cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Brigidi, Serena y Josep M. Comelles (2014): «La mirada (auto)etnográfica de tres comadronas y su traducción cinematográfica. Los vericuetos del yo autor», *Revista de Medicina y Cine*, 10 (4): 174-162.
- Brisset, D. (2002): «Acerca de la fotografía etnográfica», *Gaceta antropológica*, 15: 1-18.
- Castillo, S. y G. Fabbro De Nazábal (2013): «Ficción audiovisual y procesos de percepción en estudiantes universitarios de Argentina y España. Una investigación empírica», *Historia y comunicación social*, 18: 677-687.
- Chalvon-Demersay, S. (1999): «La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgences», *Reseaux*, 17 (95): 235-283.
- Clifford, J. (1988): *The Predicament of Culture. Twentieth-Century Ethnography, Literature and Art*. Cambridge: Harvard University Press.
- Collee, J. (1999): «Medical Fiction», *British Medical Journal*, 318 (7189): 955-956.
- Comelles Allué, E. (2009): *Walking compositions. A site specific sound walk*. Trabajo de máster. Edimburgo: University of Edinburgh.
- Comelles Allué, E. (2013): *Emplazar la escucha/Emplazar sonido. Un acercamiento a las prácticas de difusión y exposición del paisaje sonoro*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Comelles, Josep M. (1997): «De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11: 32-43.
- Comelles, Josep M. (1998): «From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary state», en C. J. Greenhouse (ed.): *Democracy and ethnography: constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press, pp. 233-253.
- Comelles, Josep M. (2000): «The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (1): 41-75.
- Comelles, Josep M. (2007^a): «De Marcus Welby à Gregory House. Les ambivalences des images de la pratique médicale au tournant du siècle», en G. Obadia y L. Carret (eds.): *Représenter, classer, nommer. Regards croisés sur la médecine*. Fernelmont: Éditions Modulaires Européennes, pp. 111-128.
- Comelles, Josep M. (2007^b): «Feelings, distance and emotions in medical practice», en E. van Dongen y R. Kutalek (eds.): *Facing Distress: Distance and Proximity in Times of Illness*. Viena: Lit, pp. 117-151.
- Comelles, Josep M. (2012): «Rocieros i bojos. De l'etnografia a la cinematografia», en J. Contreras, J. J. Pujadas y J. Roca (eds.): *Pels camins de l'etnografia. Un homenatge a Joan Prat*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, p. 364.
- Comelles, Josep M. y Serena Brigidi (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*, 12 (7): 17-34. DOI: 10.2436/20.2006.01.182 [consulta: 14.VII.2015].
- Czarny, M. J.; R. R. Faden, M. T. Nolan, E. Bodensiek y J. Sugarman (2008): «Response to open peer commentaries on "medical and nursing students' television viewing habits: potential implications for bioethics"», *The American Journal of Bioethics*, 8 (12): W1.
- Davin, S. (2003): «Healthy viewing: the reception of medical narratives», *Sociology of Health & Illness*, 25 (6): 662-679.
- De Ceglia, Francesco Paolo (ed.) (2014): *Storia della definizione di nor-te*. Milán: Franco Angeli.
- Eisenman, A.; V. Rusetski, Z. Zohar, D. Avital y J. Stoler (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.
- Espanha, R. (2009): *Projectos de autonomia numa sociedade em transição: os media e a saúde*. Tesis doctoral. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Florensa, C.; O. Hochadel y C. Taberero Holgado (2014): «Science on television: Audiences, markets and authority. Some conclusions», *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 12 (7): 127-136. DOI: 10.2436/20.2006.01.182 [consulta: 14.VII.2015].
- Geertz, C. (1989): *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Geertz, C. (1985/2003): *La interpretación de las culturas*. Barcelona: GEDISA. Traducción de Alberto L. Bixio.

- Glevarec, H. (2010): «Trouble dans la fiction. Effets du réel dans les séries télévisées contemporaines et post-television», *Questions de communication*, 18: 215-238.
- Gregori, N. (en prensa): «Cuerpos y subjetividades intersex», en Serena Brigidi (ed.): *Cultura, salud y cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Hallam, J. y M. Marshment (2000): *Realism and Popular Cinema*. Manchester: University Press.
- Hether, H. J.; G. C. Huang, V. Beck, S. Murphy y T. W. Valente (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): 808-823.
- Hurtado, I. (en prensa): «Cuerpos impropios: amputaciones electivas y el papel de la medicina en los malestares contemporáneos», en Serena Brigidi (ed.): *Cultura, salud y cine. Comunicación científica, formación y recursos audiovisuales*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Kennedy, M. G. y M. Wilson-Genderson (2011): «Are medical dramas a public health hazard?», *Public Health Reports*, 126 (1): 150-159.
- Lawrence, A. (2006): «Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder», *Archives of Sexual Behaviour*, 35 (3): 263-278.
- Lepofsky, J.; S. Nash, B. Kaserman y W. Gesler (2006): «I'm not a doctor but I play one on TV: ER and the place of contemporary health care in fixing crisis», *Health Place*, 12 (2): 180-194.
- Llameró, L. (2014): «Hipertextualitat, context i temps són factors clau de construcció de credibilitat i autoritat cognitiva a Internet», *Comunicació: Revista de Recerca i anàlisi*, 28 (1): 105-125.
- Llameró, L. (2015): *La credibilitat connectada*. Tesis doctoral. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <www.tdx.cat/bitstream/10803/314384/1/Tesi%20Maria%20Llameró.pdf> [consulta: 24.I.2015].
- Martínez-Hernández, Á. (2006): «Cuando las hormigas corren por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural», *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (11): 2269-2280.
- Menéndez Navarro, A. (2011): «El reto de la introducción del cine en la enseñanza de las ciencias biosanitarias», *Revista de Medicina y Cine*, 6 (1): 1-2.
- Menéndez, E. (1989): *Autoatención de la enfermedad. La automedicación como primer nivel de atención*. México, D. F.: CIESAS.
- Menéndez, E. (1991): «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes», en M. Menéndez (ed.): *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, pp. 165-203.
- Menéndez, E. (2004): «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos», *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.
- Mikulencak, M. (1995): «Fact or fiction? Nursing and realism on TV's newest medical dramas», *The American Nurse*, 27 (2): 31.
- Millá-Santos, J. (2001): «Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva», *Medicina Clínica* (Barcelona), 117 (8): 295-296.
- Moratal Ibáñez, L. (2012): «El impacto social de las series médicas», *Revista de Medicina y Cine*, 8 (3): 87-88.
- O'Connor, M. M. (1998): «The Role of the television drama ER in medical student life: Entertainment or socialization?», *The Journal of the American Medical Association*, 280 (9): 854-855.
- Ormart, E. y J. Fariña (2012): «Dr. House: ética médica y responsabilidad subjetiva», *Revista de Medicina y Cine*, 8 (3): 98-107.
- Osther, K. (2013): *Medical Visions: Producing the Patient Through Film, Television, and Imaging Technologies*. Oxford: Oxford University Press.
- Ogawa, R. T. y B. Malen (1991): «Towards rigor in reviews of multivocal literature: Applying the exploratory case study methodology», *Review of Educational Research*, 61 (3): 265-286.
- Padilla-Castillo, G. (2010): *Las series de televisión sobre médicos (1990-2010): tres enfoques. Comunicación interpersonal; comunicación institucional; relaciones entre ética, moral y política*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Radford, T. (1997): «Influencia y poder de los medios de comunicación», en VV.AA. (1997): *Medicina y medios de comunicación. Traducción al español de una serie publicada en la revista The Lancet*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, pp. 79-81.
- Reagan, L. J.; N. Tomes y P. Treichler (eds.) (2007): *Medicine's moving pictures: Medicine, health and bodies in American film and television*. Rochester: 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. (2004): *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta.
- Stinson, M. E. y K. Heischmidt (2012): «Patients' perceptions of physicians: A pilot study of the influence of prime-time fictional medical shows», *Health Marketing Quarterly*, 2 (1): 66-81.
- Strauman, E. C. y B. C. Goodier (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 H. Marzo-Ortega (2002): «TV Medical Dramas - British or American: Which approach do you prefer?», *European Journal of Emergency Medicine*, 9 (2): 183.
- Summers, S. y H. Summers (2009): *Saving lives: Why the media's portrayal of nurses puts us all at risk*. Wokingham: Kaplan Publishing.
- Taberero Holgado, C. y E. Perdiguero-Gil (2011): «El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad», *Revista de Medicina y Cine*, 7 (2): 44-53.
- Tosal, B.; Serena Brigidi e I. Hurtado (2015): «Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas en el trabajo etnográfico en hospitales», en Oriol Romani: *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili, pp. 191-221.
- Turow, J. (1989): *Playing doctor: Television, storytelling, and medical power*. Oxford: Oxford University Press.
- Turow, J. y R. Gans (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. (1989): *Playing Doctor: Television, storytelling, and medical power*. Ann Arbor: University Of Michigan Press.
- Ubeda, J. (2014): «Creative strategies for scientific documentaries», *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 7: 71-88.
- Van den Bulck, J. J. M. (2002): «The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals», *European Journal of Emergency Medicine*, 9 (4): 325-329.
- VV.AA. (1997): *Medicina y medios de comunicación. Traducción al español de una serie publicada en la revista The Lancet*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.

- Watson, A. (2012): «Film Clips that Illustrate the Patient's Perspective in a Medical Interview», *Revista de Medicina y Cine*, 8 (3): 115-122.
- Weber, C. M. y H. Silk (2007): «Movies and Medicine: An elective using film to reflect on the patient, family, and illness», *Family Medicine*, 39 (5): 317-319.
- White, G. (2008): «Capturing the ethics education value of television medical dramas», *The American Journal of Bioethics*, 8 (12): 13-14.
- 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*, 8 (12): 16-17.
- Ye, Y. y K. E. Ward (2010): «The depiction of illness and related matters in two top-ranked primetime medical dramas in the United States: A content analysis», *Journal of Health Communication*, 15 (5): 555-570.

