
Las series televisivas y el debate sobre la sanidad norteamericana

J. Turow

Introducción

Algunos expertos sobre medios de comunicación opinan que el entretenimiento puede ser más eficaz que las noticias a la hora de dar a conocer algunas instituciones, como por ejemplo la medicina. Las series televisivas norteamericanas protagonizadas por médicos gozan de gran popularidad. En las primeras series, que se inician en 1952 con *City Hospital*, el médico aparecía como un héroe todopoderoso que trabajaba en un centro sanitario de gran actividad; en ellas, la medicina se veía como un recurso gratuito al alcance de todo el mundo. Los programas empezaron a cambiar en los años setenta. Los argumentos se centraron más en los problemas personales de los médicos que en los pacientes, pero seguían sin tratarse adecuadamente los temas económicos y de política sanitaria. Al final, los televidentes han acabado haciéndose falsas esperanzas y, frecuentemente, culpan a los médicos por decisiones tomadas y defendidas por otros.

Los políticos, los observadores académicos y los periodistas de los EE.UU. se convencieron hace tiempo de que el periodismo desempeña un papel fundamental en la comprensión pública de la sanidad. Esta tesis ha servido de justificación a los que pretenden utilizar la imprenta y la prensa electrónica para inculcar buenos hábitos sanitarios a niños y a adultos¹⁻³. El polémico debate sobre salud pública de 1990 indujo a grupos representativos de médicos, ciudadanos de edad avanzada, hospitales, centros de investigación y otros, a intentar influir sobre los artículos médicos de la prensa

con fines políticos. Su objetivo es modelar la visión que el público tiene sobre el reparto de la sanidad en un sistema que ellos y las autoridades gubernamentales consideran que está «en crisis».

En una atmósfera tan cargada, llevar a cabo un seguimiento gráfico de la guerra es parte del reportaje. Los periodistas reconocen que los debates públicos sobre medicina son forzosamente políticos, es decir, que tratan, en última instancia, sobre el ejercicio del poder social. La difusión de las intrigas que modelan las descripciones de los problemas sanitarios que hacen los políticos ha llegado a un extremo que preocupa a los observadores académicos⁴. Temen que el análisis periodístico de las estrategias utilizadas por los grupos para influir sobre la prensa, el público y el gobierno en temas de política sanitaria esté desviando la atención del centro del debate.

Los periodistas y los analistas académicos utilizan la vivaz retórica sanitaria como armas de un acalorado debate, pero, en la práctica, ignoran la relación de esta retórica con la imagen popular de la medicina ofrecida por las series televisivas. Este hecho es desafortunado, ya que los programas médicos de televisión de gran audiencia cuentan con una importancia política que debería valorarse al mismo tiempo que las noticias. Al igual que los debates teóricos sobre medicina en las noticias, series como *ER*, *Dr Quinn: Medicine woman*, *Diagnosis: Murder* y *Chicago Hope* tratan, en última instancia, de poder. Cada semana, expresan ideas sobre la capacidad del sistema médico para definir, prevenir y tratar la enfermedad.

De hecho, algunos estudiosos de los medios de comunicación⁵⁻⁹ consideran que el entretenimiento es un medio más eficaz que las noticias para dar a conocer instituciones como la medicina. Un motivo para ello es que los dramas y las comedias de ficción permiten que la audiencia perciba entre líneas situaciones vivi-

Traducción del artículo: Turow J, *Television entertainment and the US health-care debate. The Lancet* 1996; 347: 1.240-1.243. Con permiso de The Lancet Ltd. y de Ediciones Doyma, S.A.

das por los trabajadores de la sanidad que raramente conocería en artículos periodísticos cortos y que son, frecuentemente, de gran realismo. Presentando con gran credibilidad historias de vida y muerte, de competencia e incompetencia y de moralidad e inmoralidad, la ficción televisiva sobre sanidad plasma escenarios convincentes de lo que puede y debe hacer el personal sanitario cuando enferman diferentes tipos de personas.

El aumento de la investigación escrita sobre el «cultivo» televisivo de las ideas que se hace la audiencia sobre el mundo apoya esta tesis^{10,11}. Aunque raramente tratan de la sanidad, los investigadores de este «cultivo» apoyan una teoría muy arraigada sobre la manera en que la televisión ayuda a las personas a relacionarse con las instituciones de su entorno, incluida la sanidad. Afirman que la naturaleza estereotipada de las imágenes de televisión, con frecuencia contempladas en el contexto de la vida de la gente, conduce a que muchas personas se formen ideas preconcebidas de aquellas instituciones que se parecen a las de la televisión. Añaden que la televisión es un medio especialmente influyente para modelar la idea que tiene la audiencia de una institución con la que ha tenido pocas relaciones personales.

Aplicadas al campo de la medicina, estas generalizaciones destacan el poder del entretenimiento de la televisión para influir sobre la audiencia, que se forma ideas preconcebidas de las normas por las que se rigen los diferentes tipos de médicos, enfermeras, técnicos o administrativos a la hora de estar a favor o en contra de un tratamiento. Para dar un ejemplo de las imágenes dominantes de la sanidad que llegan a los televidentes en forma de entretenimiento, repasaremos las series sobre médicos emitidas en la franja horaria de mayor audiencia:

Las series sobre médicos son dramas o comedias semanales protagonizados por médicos¹³⁻¹⁶. Desde 1952, con el estreno de *City Hospital*, hasta 1995, cuando *ER* fue líder de audiencia, se han emitido más de 60 series sobre médicos por la noche (hora de máxima audiencia) en las principales cadenas de televisión. Muchas de ellas han cruzado el Atlántico para emitirse en televisiones europeas. A lo largo de los años, las series sobre médicos han introducido en los hogares las escenas más directas, más populares y más emotivas sobre las normas que guían el tratamiento profesional de la enfermedad. Este comentario

permite extraer conclusiones sobre los programas y sobre las fuerzas que los moldean de más de 100 entrevistas a productores, escritores, directores y ejecutivos de la comunicación que los supervisan; del visionado de varios episodios de la mayoría de las series, y de la lectura de los guiones y de material de archivo relacionado con los programas¹⁷.

Una conclusión importante es que la imagen de la sanidad que transmiten los programas médicos no coincide con las ideas que los legisladores del gobierno y del ramo de la medicina han apoyado durante la mayor parte del fin de este siglo.

La fórmula establecida

Durante las décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, los políticos y los creadores de los programas televisivos médicos, transmitían expectativas comunes sobre el sistema sanitario. Pensaban servir mejor a la sociedad americana divulgando una medicina especializada, hospitalaria, de alta tecnología, al alcance de todos. Al final de la Segunda Guerra Mundial, las penicilinas, las sulfamidas, las mejores vacunas y una higiene mejorada parecían haber vencido a la fiebre amarilla, la disentería, el tífus, el tétanos, la neumonía y la meningitis. Los riesgos quirúrgicos habían disminuido gracias a la mayor disponibilidad de plasma y de sangre para transfusiones^{18,19}. En 1955, se aprobó una vacuna para la poliomielitis. Para describir la euforia nacional, un observador escribió que «más que un logro científico, la vacuna fue una victoria del pueblo».

En un contexto en el que los dirigentes políticos y la prensa trataban los avances médicos como si fueran victorias del pueblo, no es sorprendente que los guionistas de relatos televisivos compartieran la visión de los líderes médicos sobre su profesión. Se basaban en fórmulas del cine o de la radio, en las que el Dr. Kildare o el Dr. Christian hacían el papel de médico-héroe dedicado en cuerpo y alma a sus pacientes. Los creadores de ambas series procuraron presentar al médico como miembro de una elite joven con gran autoridad sobre sus pacientes. En la imagen que transmitían, los hospitales aparecían como fortines donde el científico ejercía su deber. Las enfermeras y demás personal obedecían sus órdenes.

City Hall fue la primera serie sobre médicos de la televisión americana, pero las primeras

que consiguieron la audiencia con la que cuenta actualmente *ER* fueron *Ben Casey* y una versión televisiva de *Dr. Kildare*. Ambas se estrenaron en 1960 y se situaron rápidamente en los primeros puestos de las listas de audiencia. En 1966 dejaron de emitirse en horas de máxima audiencia, pero habían causado tal impresión entre los productores y los ejecutivos del medio que se utilizaron los escenarios, los personajes y los argumentos de las series sobre médicos durante muchos años.

El escenario era el hospital, representado como un centro bullicioso de curación. Los personajes solían ser un médico joven de sexo masculino, su mentor (también de sexo masculino), un paciente y doctores varios, enfermeras y asistentes. Los médicos-que-curaban eran generalmente especialistas y eran, además, quienes tomaban las decisiones en su hospital. No aparecían o carecían de importancia los administradores médicos preocupados por los costes sanitarios. De hecho, estos programas transmitían la imagen de una medicina hospitalaria, especializada y de alta tecnología, sin limitaciones económicas. Raramente se rodaron escenas en las que se discutiera el coste del tratamiento médico. Los televidentes sabían poco incluso de los médicos que seguían en la serie semana tras semana. El médico representaba el papel de *deus ex machina*. El argumento central de cada episodio giraba en torno a la enfermedad del paciente, que consistía, típicamente, en una combinación de problemas físicos y de dificultades emocionales o sociales. Los trastornos físicos eran casi siempre agudos, en vez de crónicos; esto permitía que la trama culminara al final de cada episodio con un suceso dramático (generalmente, una operación) gracias al cual el paciente se curaba o, muy raramente, moría.

Las dificultades emocionales o sociales permitieron que los productores trataran las series como una antología dramática gracias a la cual podían abordar otros temas. Por ejemplo, en un episodio, el Dr. Ben Cassey se ocupó de una niña que resultó ser maltratada por su padre –una oportunidad para tratar el tema de los niños maltratados–. Del mismo modo, el Dr. Kildare trató a un hombre de mediana edad en fase terminal cuyo hermano era retrasado mental –una oportunidad para abordar la problemática de los deficientes mentales.

La *American Medical Association* (AMA) alentó estos argumentos. Los productores y ejecutivos de la televisión se esforzaban por no

enfrentarse con la clase médica y perseguían la publicidad beneficiosa derivada de su beneplácito. En compensación por mostrar el logotipo de su asociación al final de cada episodio, miembros de la AMA exigieron el derecho a leer todos los guiones y a hacer rectificaciones en favor de la exactitud. Sin embargo, exactitud también significaba, para ellos, una correcta imagen del médico. En los años sesenta, cuando se encontraba en la cúspide de su poder, el Comité de Asesoramiento para la Televisión y los Largometrajes de la AMA se aseguró de que, salvo en escasas excepciones, los médicos que aparecían en las series fueran la encarnación de expertos inteligentes, de moral intachable y extremadamente atentos. Los médicos de la AMA insistían incluso en los coches que conducían sus colegas de ficción (no demasiado caros), en la manera de dirigirse a los pacientes (un médico no podía nunca sentarse ni en los pies de la cama de una paciente) y en los errores que cometían (que debían ser muy poco frecuentes). Aunque la mayoría de los programas sobre médicos emitidos en horas de máxima audiencia que siguieron a *Dr. Kildare* y a *Ben Casey* copiaron este planteamiento, algunos de ellos, en los años sesenta –*The nurses*, *The Eleventh Hour* y *The Breaking Point*– fueron dramas que giraban, además, en torno a enfermeras y psicólogos. Las organizaciones de médicos expresaron su ira al entender que estas series situaban a las enfermeras y a los psicólogos a la misma altura que los médicos. Estas polémicas, junto con la baja audiencia de los programas, reforzaron la creencia de los programadores televisivos de que, para tener éxito, las series de médicos debían centrarse en doctores que pudieran tratar enfermedades médicas en un entorno hospitalario.

«Los productores y ejecutivos de la televisión se esforzaban por no enfrentarse con la clase médica...»

Para los creadores de nuevas series, el reto era encontrar una variación de la fórmula «probada y acertada» que la hiciera parecer algo diferente y, con suerte, más convincente para los televidentes que las versiones anteriores. Dos de las series de médicos más populares de los años setenta fueron *Marcus Welby, MD.* y *Medical Center*. Ambas series, y las que siguieron en los años sesenta, intentaron ser consideradas de gran «relevancia» (palabra de moda en la televisión de los setenta) sin levan-

tar demasiada polémica. *The bold ones*, *Emergency!* y *Code R* son algunas de las que se centraron en tecnología médica sofisticada –las técnicas diagnósticas más modernas, los procedimientos médicos de emergencia más avanzados, cirugía experimental, transporte en helicóptero–. Algunas series incluyeron mujeres y afroamericanos en la plantilla médica. El protagonista de *Quincy* era un patólogo policía muy elegante, experto en resolver crímenes.

Cambio de fórmula

Estas pequeñas variaciones de la fórmula no reflejaron los importantes cambios que estaban produciéndose en la política sanitaria. A mitad de los años setenta, numerosos expertos en salud pública expusieron su preocupación porque el elevado coste de la sanidad aumentaba desproporcionadamente en relación al producto interior bruto. Las empresas privadas empezaron a quejarse de que el gasto de asegurar a sus empleados aumentaba el precio de sus productos, que perdían competitividad frente a los productos no americanos. Se plantearon numerosas preguntas sobre cómo debía financiarse la sanidad pública y si era sostenible la imagen tradicional de la medicina.

La divergencia entre la realidad política y las imágenes televisivas aumentó. Además, cuando se produjo el cambio sustancial de las series televisivas, la transformación siguió sin reflejar la realidad social, para ajustarse a las necesidades de los empresarios preocupados por la audiencia. El cambio de dirección más destacable de la nueva fórmula empezó en los años setenta y se aceleró en los ochenta hasta llegar a los noventa. Se centró en la imagen de los profesionales médicos. En los programas tradicionales, los médicos eran personajes con autoridad dedicados a tratar a pacientes con problemas. Tras el cambio, los problemas de los médicos, más que de los pacientes, fueron el argumento central.

Desde *M.A.S.H.* hasta comedias como *House Calls*, *A.E.S. Hudson Street* y *E/R* (no el éxito de los noventa, sino una comedia que se desarrollaba en la sala de urgencias y que duró poco) y dramas como *St. Elsewhere*, *Kay O'Brien*, *Heartbeat* y *Northern Exposure*, los pacientes servían de vehículo para que la personalidad de los médicos emergiese en momentos de gran tensión. Los directivos televisivos resaltaban la superioridad de los médicos sobre los pacientes. Se imaginaban series como *St. Elsewhere* entrando en los hogares de

las familias numerosas prósperas aficionadas a identificarse con profesionales con problemas con los que identificarse. En entrevistas mantenidas para elaborar este artículo, los directivos y los productores de estos programas opinaron que plasmar la realidad económica de la sanidad sería aburrir innecesariamente a la audiencia.

En 1983 junto con Coe demostramos que la imagen tradicional de la medicina dependió de las series médicas pero también de los programas televisivos de entretenimiento en general y de las noticias de televisión (véase el panel)²¹. Desgraciadamente, no se ha continuado la investigación para cuantificar la diferencia entre la televisión actual y la de principios de los ochenta en lo relativo a las presentaciones de salud. Sin embargo, si se estudian detalladamente los programas de entretenimiento y los noticieros de televisión, se observa que son iguales en muchos aspectos –médicos como centro de atención, enfermedades agudas, alta tecnología e ingreso en un hospital–. Hay una diferencia importante en relación con los debates de política sanitaria. En 1983, las noticias y los programas de entretenimiento omitían las consideraciones económicas que, sin embargo, eran tema de debate en el Congreso y en el sector privado. Cuando Bill Clinton elevó la estructura de la sanidad pública a problema nacional durante la campaña presidencial de 1992, la imagen de la medicina como bien escaso penetró súbitamente en el ámbito del periodismo televisivo⁴. Actualmente continúa apareciendo este tema en las noticias, aunque el tiempo que se le dedica oscila en función de la política del momento.

Series médicas y el debate sanitario

Sin embargo, el debate sobre la financiación y el reparto de la salud pública casi nunca se trata en los programas de entretenimiento. En algunas series médicas, se diría que los productores han diseñado su programa para evitar abordar estos temas. En *Dr. Quinn* evitan este problema por completo al situar la serie en el oeste de los EE.UU. a principios de siglo. En *Diagnosis: Murder*, protagonizada por un patólogo forense, no es necesario desarrollar tramas sobre los cuidados que preceden a la muerte. *ER* también esquiva el problema al situar el argumento en una sala de urgencias, donde el debate entre la vida y la muerte domina cualquier otro aspecto. Cuando los pacientes ingresan en el hospital, el personal de

Panel: Análisis de la programación de televisión en los EE.UU. en 1983

Analizamos 90,5 horas de programación norteamericana durante 14 días. Un hallazgo fundamental fue que, en las series y en las noticias, la enfermedad se describe, mayoritariamente, como un acontecimiento agudo que necesita ser tratado por especialistas en un hospital. Siempre se hace hincapié en la corta duración de la enfermedad. La manera de sobrellevar la enfermedad se trata poco (más en las noticias y las series de la tarde que en horas de máxima audiencia), y tampoco se habla de los planes a largo plazo del paciente para reintegrarse en la sociedad, incluso cuando se menciona el tema. En el mundo de la televisión, la curación se consigue rápidamente con fármacos y máquinas, presentados como métodos ubicuos de curación. Los médicos son profesionales sanitarios preparadísimos (el 70% de los 214 que aparecieron) y, además, brillantes, con sólo un 3% de diagnósticos incorrectos.

De los 64 trabajadores sanitarios restantes, el 13% son enfermeras y el 16% lo compone una plantilla variada que incluye conductores de ambulancias, paramédicos, dietistas y técnicos de radiología. No aparecieron nunca en televisión enfermeras en prácticas o asistentes de médicos, dos categorías profesionales que generaban polémica y eran, entonces, relativamente nuevas, y que estaban modificando la estructura de la atención primaria norteamericana. De hecho, no había casi ningún argumento político sobre la organización de la sanidad. Las únicas excepciones estaban relacionadas con el tratamiento de los pacientes que se debatían entre la vida y la muerte. Nuestra conclusión es que la programación televisiva en todas sus franjas no refleja las batallas políticas y económicas reales entre las personas que legislan la sanidad pública y que modifican el contorno de la institución médica. «Las noticias, las series televisivas y la publicidad transmiten la idea de que la atención médica es un recurso ilimitado y apolítico, al alcance de todos a través de fármacos de acción muy rápida o de hospitales económicamente estables para las dolencias agudas.»²¹

admisión no les pide la cartilla del seguro. Tampoco se muestran hospitales desviando ambulancias para que los clientes insolventes no lleguen a sus salas de urgencias. En el programa, el sistema sanitario que aparece es completamente diferente al que permitiría mostrar escenas reales vividas en una sala de urgencias.

Cuando se abordan temas de precariedad del sistema sanitario, son invariablemente desdeñados como producto exclusivo de la codicia y totalmente irrelevantes para el buen trato médico, como si se tratara de preocupaciones que los buenos médicos deben descartar y descartan. En un episodio de *Chicago Hope*, cuando los administradores de una organización sanitaria privada intentan imponer moderación a un cirujano de un hospital, el cirujano y el abogado del hospital ponen fríamente en su lugar a los representantes, a pesar de las cuantiosas pérdidas económicas que esta acción puede representar para el cirujano y el hospital. En *Picket Fences* se adopta la misma actitud en una trama secundaria de la temporada 1995-1996, en la que un ejecutivo agresivo de la sanidad convence a una pediatra de una pequeña ciudad (personaje habitual en la serie) de que debe afiliarse a la organización sanitaria privada para sobrevivir. La pediatra cede pero, en el clímax de esta subtrama, descubre que la enfermera/directora que le asigna el ejecutivo es una burócrata endemoniada. En primer lugar, la enfermera

da horas tan seguidas a los pacientes que la pediatra no da abasto y, además, limita el número de depresores linguales que puede utilizar para evitar que se los dé a los niños para jugar. Al final, la médico, exhausta y muy enfadada, se enfrenta a la ejecutiva de la organización sanitaria privada (también de sexo femenino) y airadamente la amenaza con abandonar la organización si no cambian las cosas. Finalmente, gana la pediatra.

«Semana tras semana, lo que cuenta es un quirófano reluciente donde médicos preparadísimos... utilizan equipos de tecnología punta para hacer progresar la ciencia...»

La subtrama de *Picket Fences* presenta los cuidados controlados y los argumentos de precariedad como actos de codicia perpetrados por personas a las que puede hacerse volver atrás. Lo mismo sucede en el episodio de *Chicago Hope* en el que el desdén de los médicos y un juez parece destruir la legitimidad de los argumentos a favor del control de los cuidados. El hospital de *Chicago Hope* en sí mismo puede considerarse la «prueba» de que la moderación en el gasto médico no es un problema social real. Fuera del escenario, los médicos nunca se quejan de falta de medios. Semana tras semana, lo que cuenta es un quirófano reluciente donde médicos preparadísimos y otros profesionales de la salud (que

a menudo despiertan un interés sentimental en el médico) utilizan equipos de tecnología punta para hacer progresar la ciencia y comentar sus problemas personales. Además, aunque los médicos que aparecen en *Chicago Hope* cometen errores, se muestran orgullosos y exitosamente independientes de sus prerrogativas médicas. Esta actitud se extiende a las influencias políticas externas.

Es difícil determinar si los guiones que ignoran las implicaciones de precariedad y los que las desdeñan reflejan una toma de postura ideológica de los creadores y los productores de las series en el debate sobre salud pública. Sin embargo, es más probable que los argumentos se deriven de la larga tradición de series de trama médica, desde *Ben Casey* hasta *The Bold Ones*, desde *Emergency!* hasta *M.A.S.H.* y *St. Elsewhere*. A pesar de todo, incluso, si por lo general no consideran los cambios de la medicina —o quizás precisamente porque generalmente no los consideran—, las series médicas toman partido por una posición homogénea frente al debate actual sobre salud pública. Se trata de una posición de conservación de los valores, en la que los médicos deben continuar controlando la sanidad y en la que cualquier tipo de atención médica, incluyendo la tecnología punta, debe estar rápidamente al alcance de todos los que la necesitan.

Percepción pública

No se ha realizado ningún estudio sobre los mensajes que los televidentes de diferentes estratos sociales captan de estos programas cuando las noticias y su experiencia personal los enfrentan a una realidad muy diferente. Una posibilidad es que la imagen televisiva que tienen de la medicina los frustre y los amargue, puesto que la versión dramática es más atractiva que la situación «real» pero está fuera de su alcance. Otra posibilidad, que puede darse junto con la anterior, es que la imagen televisiva de la medicina dificulte la comprensión de la gente del debate sobre salud pública. Las personas pueden sentirse confundidas por sus propias experiencias, distintas a la familiaridad de décadas de imágenes televisivas. También es posible que las imágenes médicas de la televisión empujen a algunos televidentes a no permitir que los políticos o los médicos aleguen falta de medios para disminuir la calidad de los cuidados. Podrían utilizar a los médicos de la televisión y a la atención médica como norma

ante la que responsabilizar a la clase médica, y podrían decidir forzar a los dirigentes a hallar soluciones que adecuaran los recursos a dicha norma.

El comportamiento de la AMA parece indicar que ha apostado por esta última posibilidad. El poder director de la AMA sobre los guiones de las series médicas desapareció a principios de los setenta. Sin embargo, los programas siguen basándose en médicos especialistas y, por diferentes motivos, los líderes de la organización no han intentado influir sobre ellos ni sobre los productores para llevar las nuevas realidades hasta los hogares. Quizás los directivos de la AMA opinen que las imágenes utópicas de autoridad médica de las series ayudan a los doctores de carne y hueso en sus intentos por conservar el poder político y económico en el nuevo mundo médico. Éste podría ser el caso a corto plazo. A largo plazo, sin embargo, el mundo subyacente que perciben los televidentes en la ficción podría hacer que otorgaran a los médicos más poder sobre la salud pública del que realmente tienen. Al carecer de conocimientos sobre los entresijos de la política y la estructura de la sanidad, el público podría acabar culpando a los médicos de las decisiones que otros toman e imponen.

El tiempo dirá si el comportamiento pasivo de la medicina organizada frente al entretenimiento televisivo ayuda o perjudica a los médicos. Mientras tanto, todo el personal sanitario debería ser consciente de que, frecuentemente, los pacientes llegan a sus consultas con la cabeza llena de muchos años de visionar historias dramáticas o comedias sobre médicos. En los primeros encuentros con los pacientes, el personal sanitario debería intentar determinar si dichas historias influyen sobre los «guiones» mentales que se hace la gente, y de qué manera. Si, en el primer encuentro, se plantean algunas preguntas sobre cómo han influido las noticias y las series en las expectativas profesionales que se ha hecho el paciente de los profesionales sanitarios, podría establecerse un nuevo acercamiento a los temores y esperanzas de los pacientes frente a una institución que está sufriendo profundas transformaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamberg B, Pierce C. Television and health: introductory comments. En: Pearl D, Bouthelet L, Lazar J, editores. *Television and behavior*. Vol. 2. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1982.

2. Solomon D. Health campaigns on television. En: Pearls D, Bouthelet L, editores. *Television and behavior*. Vol. 2. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1982.
3. Kreps G, Thornton B. *Health communication: theory and practice* (2.^a ed.). Prospect Heights: Waveland Press, 1992.
4. Jamieson K, Cappella J. *Media in the middle: fairness and accuracy in the 1994 health care reform debate*. Philadelphia: Annenberg Public Policy Center, 1995.
5. Atkin C, Arkin EB. *Issues and initiatives in communicating health information to the public*. En: Atkin C, Wallack L, editores. *Mass communication and public health: complexities and conflicts*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990; 13-40.
6. Gerbner G. *Teacher image in mass culture: symbolic functions of the hidden curriculum*. En: Olsen D, editor. *Media and symbols*. Parte I. Chicago: National Society for the Study of Education, 1974.
7. Giddens A. *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press, 1991.
8. Meyrowitz J. *No sense of place: the impact of electronic media on social behavior*. Nueva York: Oxford University Press, 1985.
9. Pfau M, Mullen L, Garrow K. *The influence of television viewing on public perceptions of physicians*. *J Broadcast* 1995; 39: 441-458.
10. Gerbner G, Gross L, Morgan M, Signorelli N. *The «mainstreaming» of America*. *J Communication* 1980; 30: 10-29.
11. Morgan M, Signorelli N, editores. *Cultivation analysis: New directions in media effects research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
12. Gerbner G, Gross L, Morgan M, Signorelli N. *Special report: health and medicine on television*. *N Engl J Med* 1981; 305: 901-904.
13. Alley R. *Medical melodrama*. En: Rose BG, editor. *TV genres: a handbook and reference guide*. Westport CT: Greenwood Press, 1984; 73-90.
14. Turow J. *Playing doctor: television, storytelling and medical power*. Nueva York: Oxford University Press, 1989.
15. Turow J. *James Dean in a surgical gown: making TV's medical formula*. En: Spigel T, Curtain M, editores. *The revolution that wasn't televised*. Nueva York: Routledge, 1996.
16. Kalisch P, Kalisch B. *Images of nurses on television*. Nueva York: Springer Publishing, 1983.
17. *Playing doctor: television, storytelling and medical power*. Nueva York: Oxford University Press, 1989.
18. Starr P. *The social transformation of American medicine*. Nueva York: Basic Books, 1983; 336.
19. Stevens R. *American medicine and the public interest*. New Haven: Yale University Press, 1971.
20. Starr P. *The social transformation of American medicine*. Nueva York: Basic Books, 1983; 347.
21. Turow J, Coe L. *Curing television's ills: the portrayal of health care*. *J Communication* 1985; 36-51.