

LA PROPAGACIÓN DEL ÉBOLA

CÓMO LA RETÓRICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CONTRIBUYÓ A LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS

CELESTE CONDIT

La tragedia de la epidemia de ébola de 2014 en África occidental empeoró por culpa de la retórica que empleó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que mostraba al personal médico como los salvadores de una población irracional e impulsiva. Esta retórica generalizada se basa en una imagen engañosa del conocimiento científico que presenta a sus artífices como una comunidad con poderes e inmunidades especiales. Este análisis muestra cómo una retórica de estas características cegó a la comunidad internacional frente a la posibilidad de que las instalaciones sanitarias y sus trabajadores se convirtieran en vectores de transmisión de la enfermedad. Este caso ilustra por qué el análisis retórico ha de formar parte de un enfoque científico completo que permita adquirir, compartir e implantar conocimiento.

Palabras clave: ébola, retórica de la ciencia, comunicación de la salud, comunicación de la ciencia, Organización Mundial de la Salud.

A finales de octubre de 2014, más de quinientos profesionales sanitarios se habían infectado con el virus del Ébola en África occidental; más de la mitad habían muerto. No fue la retórica lo que mató a estas personas; fue el *Ebolavirus*. Sin embargo, la retórica utilizada en este caso por la Organización Mundial de la Salud (OMS) obstaculizó la contención de la epidemia porque representaba al personal médico como salvadores especializados en lugar de hacerlo como vectores de la enfermedad. Este trágico caso revela una vez más que, para controlar una epidemia, entender la retórica utilizada por el personal sanitario es en ocasiones tan importante como entender el propio virus.

El análisis de las dimensiones retóricas de cualquier discurso humano requiere una atención minuciosa a la forma en que su planteamiento empuja a un público diverso a visualizar sus relaciones con otros y, por lo tanto, a actuar de una determinada manera. Todo uso complejo del lenguaje incluye inevitablemente dimensiones retóricas, y muchos académicos han comenzado a analizar

recientemente la dimensión narrativa y metafórica de los discursos en el campo de la salud, incluyendo los de epidemias como la gripe, el ébola y el VIH (Leach, Scoones y Sterling, 2010; Wallis y Nerlich, 2005).

Si queremos cortar de raíz sucesos similares en el futuro, el presente análisis indica que los profesionales de la sanidad deberían evitar la tentación de caer

en una retórica que represente de forma generalizada y vívida al personal médico como salvador de un público irracional, ignorante e impulsivo. Esta retórica se basa en una perspectiva implícita incorrecta que entiende el conocimiento científico como un ente que aglutina a sus miembros en una comunidad con poderes e inmunidades especiales. Para demostrarlo y sugerir modos discursivos más terapéuticos, este artículo examina la retórica de

**«PARA CONTROLAR UNA
EPIDEMIA, ENTENDER LA
RETÓRICA UTILIZADA POR
EL PERSONAL SANITARIO
ES, EN OCASIONES,
TAN IMPORTANTE COMO
ENTENDER EL PROPIO
VIRUS»**

la OMS con respecto a los trabajadores sanitarios y el ébola hasta mediados de octubre de 2014. Se han incluido en el análisis todos los discursos publicados durante este periodo en las páginas web de la OMS sobre el ébola, para identificar cómo representaban es-

tos textos la relación entre los trabajadores sanitarios, la población y el virus. El objetivo del análisis no es criticar a la OMS por sus carencias. Es una organización con financiación insuficiente entorpecida por las relaciones internacionales, pero lo suficientemente importante como para participar en el proceso continuo de mejora de nuestras prácticas sanitarias.

■ LA CLAVE QUE LA RETÓRICA DE LA OMS ESQUIVÓ

Durante los primeros meses del brote, las pruebas indicaban claramente que las instalaciones y el personal médico eran núcleos importantes en la propagación del ébola. Sin embargo, los sanitarios disfrutaron de exenciones en los procedimientos de vigilancia, se ocultó su papel como vector en la literatura científica y la retórica pública de la OMS los presentó como víctimas de un público irracional. Existen multitud de pruebas que demuestran la incongruencia de cada una de estas acciones.

El personal médico extendió el ébola

Hay pruebas disponibles de la contribución de los trabajadores e instalaciones sanitarios a la propagación del ébola gracias a anteriores brotes. Una publicación financiada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE UU (CDC) ya había apuntado en junio que «la transmisión relacionada con la atención sanitaria ha contribuido a la transmisión en brotes anteriores» (Dixon y Schafer, 2014, p. 548; Fasina, 2014, p. 6). En octubre, la OMS (World Health Organization [WHO], 2014a) admitió que el 8 % de los afectados por este brote eran profesionales sanitarios. Estas revelaciones se centraban en el riesgo que afrontaban los sanitarios y en los problemas que esto causaba para mantener un suministro suficiente de personal médico. Normalmente no se preguntaban si los sanitarios y las instalaciones eran, en sí mismos, focos problemáticos de infección. Había pruebas irrefutables disponibles.

Testimonios muy diversos indicaban que las precauciones que se habían tomado en la mayoría de instalaciones sanitarias eran inadecuadas para proteger a los trabajadores y a sus pacientes debido a las enormes dificultades de mantener una protección absoluta en unas condiciones depauperadas (Fink, 2014). Los profesionales sanitarios se movían, además, de una unidad antiébola a otra para tratar a pacientes, algunos de los cuales creaban riesgos de exposición porque eran casos no diagnosticados de ébola. Las cifras de contactos de personal sanitario infectado eran potencialmente impactantes. Se confirmó que un solo sanitario de Nigeria tuvo contacto con 526 personas (Fasina, 2014, p. 1).



A finales de octubre de 2014, más de quinientos profesionales sanitarios se habían contaminado con el virus del ébola en África occidental. En la imagen, personal sanitario se viste con el traje de protección en Guinea.

«EL OBJETIVO DEL ANÁLISIS NO ES CRITICAR A LA OMS POR SUS CARENCIAS. ES UNA ORGANIZACIÓN CON FINANCIACIÓN INSUFICIENTE ENTORPECIDA POR LAS RELACIONES INTERNACIONALES»



EC/ECHO/Anouk Delafortrie

La Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Instituto Nacional de la Salud de los EEUU y otros han hecho especial hincapié en que se necesita más personal. Han reconocido la necesidad de emplear más manos, ojos y oídos para llevar a cabo tantas y tantas tareas. En la imagen, primer plano de un miembro del equipo encargado del entierro de una de las personas fallecidas por el virus del ébola en Sierra Leona.

instrucciones de los manuales de epidemias previas, que hacían hincapié en la especial vulnerabilidad de los profesionales sanitarios y los centros de salud. Por ejemplo, la guía *Travel and transport risk assessment* (“Evaluación de riesgo del viaje y el transporte”) segregaba a los profesionales sanitarios de la población con niveles similares de exposición, argumentando que el riesgo que afrontaban «se puede considerar bajo» (WHO, 2014c, p. 3). El manual añadía una nota: «a no ser que no se respeten las medidas adecuadas de control y prevención de infecciones (como el uso de agua y jabón limpios o de gel alcohólico, equipamiento personal de protección, prácticas seguras de inyección y una correcta gestión de los residuos)». Pero este apunte vicia completamente la sugerencia de que se puede tratar a los sanitarios como personal de bajo riesgo, dada la demostrada dificultad de mantener medidas de prevención y control completas y constantes en la práctica (Forrester et al., 2014, p. 929).

La investigación también ocultó el papel potencial de los profesionales y de los centros como vectores de la enfermedad. Solo dos publicaciones médicas especializadas abordaron la cuestión, y las dos restaron importancia al riesgo. Fitzpatrick et al. (2014) exploraron la posibilidad de que los centros de salud fueran fuentes de infección entrevistando en un centro de salud a gente que había dado negativo en ébola al principio, pero a los que se había readmitido por un positivo tras el periodo de seguridad de veintidós días de incubación del virus. Descubrieron que todos estos casos habían sufrido otras exposiciones potenciales en su comunidad, por lo que utilizaron este dato para exonerar a los profesionales sanitarios. Un análisis im-

Mientras tanto, se mantenía a los pacientes analizados para confirmar casos de ébola en los centros de salud por un periodo de hasta dos días, en áreas que no estaban libres de ébola ni seguían los rigurosos protocolos de desinfección para pacientes confirmados de ébola. Si resultabas ser uno de los afortunados cuyos síntomas no los causaba el virus del Ébola, podías contraerlo durante tu estancia en aquellas unidades diagnósticas (WHO, 2014b). Si se te hospitalizaba con ébola, probablemente morirías allí.

Minimización del papel de los sanitarios y de las instalaciones como vectores

A pesar de las pruebas, las declaraciones y recomendaciones de la OMS hasta octubre contradijeron las

parcial no habría descartado el centro de salud como fuente solo porque había otras fuentes potenciales. Incluso a finales de octubre, cuando la OMS empezó a considerar el papel transmisor de los centros de salud, intentaron restar importancia al problema, insistiendo en que, para los trabajadores sanitarios, «una parte sustancial de las infecciones ocurrieron fuera del contexto del tratamiento y cuidado de enfermos de ébola» (WHO, 2014d, p. 2). Obviamente, este no era el caso para los profesionales sanitarios infectados en los Estados Unidos.

El segundo análisis científico publicado simplemente asumía que los trabajadores, aunque eran una fuente de transmisión, no eran preocupantes porque presentaban una tasa de transmisión por debajo del límite crítico para contener la epidemia. Meltzer et al. (2014, p. 3) indicaron que «el riesgo medio diario de transmisión es mayor que cero en estas instalaciones (es decir, que se produce la transmisión), pero el riesgo es menor que una persona infectada por un paciente infeccioso».

Los médicos se veían como salvadores, en lugar de como vectores, siguiendo la lógica de la salud pública. Por el contrario, la población general siguió una máxima razonable: evitar el contacto con fuentes obvias de transmisión. Algunos miembros de la población general se dieron cuenta de que los profesionales médicos y los centros de salud eran transmisores potenciales de la enfermedad. Además, no vieron en los rudimentarios centros de salud unas posibilidades mucho mayores de sobrevivir al ébola. La propia OMS (WHO, 2014e, p. 11) dijo: «No supone un enorme beneficio de supervivencia.» Así que algunas personas actuaban de forma razonable cuando trataban de evitar estas localizaciones infectadas. Siguiendo esta lógica, a veces también se unían para excluir por la fuerza a estos vectores de sus comunidades.

La OMS, contra la lógica sanitaria pública

La OMS y los altos cargos de otras organizaciones médicas presentaron estos comportamientos tan razonables como ataques irracionales o arrebatos de pánico. Por ejemplo, un informe de la OMS se lamentaba:

La semana pasada, trabajadores sanitarios de varias partes del país fueron atacados violentamente por masas enfurecidas, que obligaron a algunos equipos médicos a huir para salvar sus vidas. Un equipo tuvo que esconderse en un arbusto durante más de un día. Otros sufrieron daños en sus vehículos, o la multitud recogió y quemó sus medicinas y equipamiento, como si tales actos pudieran servir como ritual «purificador».

(WHO, 2014f)

Seis meses después del brote, una directora general de la OMS acosada, la doctora Margaret Chan



Leasmhar

A pesar de las pruebas, las declaraciones y recomendaciones de la OMS hasta octubre contradijeron las instrucciones de los manuales de epidemias previas, que hacían hincapié en la especial vulnerabilidad de los profesionales sanitarios y los centros de salud. Arriba, imagen del centro hospitalario de Kenema, en Sierra Leona, una de las zonas afectadas por el brote del ébola.

**«HABÍA PRUEBAS DISPONIBLES SOBRE
LA CONTRIBUCIÓN DE LOS
TRABAJADORES E INSTALACIONES
SANITARIOS A LA PROPAGACIÓN DEL
ÉBOLA GRACIAS A ANTERIORES BROTES»**



(WHO, 2014g) presentó de forma similar la reacción irracional de la gente como un obstáculo para el trabajo de los expertos profesionales médicos: «Los rumores y el pánico se están extendiendo más rápidamente que el virus. Y esto cuesta dinero. El ébola provoca un miedo prácticamente generalizado. El miedo amplifica en gran medida las perturbaciones sociales.»

Estas interpretaciones, que contraponen a unos agentes tan bien informados como los de la ciencia médica con una población impulsiva, estaban motivadas por una variedad de factores: la defensa del estatus, la valoración de conocimiento adquirido mediante el trabajo y también la tristeza ante la tragedia que se estaba produciendo. Pero se equivocan profundamente; el miedo al ébola no es irracional. No es irra-

**«LOS MÉDICOS SE VEÍAN
COMO SALVADORES, EN
LUGAR DE COMO VECTORES,
SIGUIENDO LA LÓGICA
DE LA SALUD PÚBLICA»**

cional temer que te contagie de ébola un doctor que se enfrenta día y noche a docenas de pacientes trágicamente enfermos. No es irracional oponerse a un montón de extraños con trajes espaciales que invaden tu pueblo y se llevan a tus seres queridos para morir. No es irracional evitar un centro de triaje en el que se te confinará durante dos días con otros pacientes «sospechosos» que podrían infectarte. Acudir a estos centros puede ayudar a cumplir el objetivo público racional de controlar la epidemia –incluso con controles de infección imperfectos– pero la resistencia a ofrecerse como sacrificio personal para un objetivo superior no es irracional. El conocimiento médico sobre el ébola no proporciona a los profesionales sanitarios inmunidad al virus, y llegó incluso a ser una amenaza cuando los responsables públicos sanitarios trataron de usarlo para justificar el control de otros en contra de sus intereses personales.

■ ¿POR QUÉ LA OMS NO CONSIDERÓ VECTORES A LOS MÉDICOS?

Existen muchas razones por las que la OMS pudo haber tratado de soslayar el papel de los centros de salud y sus profesionales como vectores de infección. Las dificultades prácticas de tratar a todo el personal médico como «sospechoso» son obvias, los controles apropiados harían demasiado difícil reclutar a trabajadores sanitarios y se han reconocido problemas de imagen pública (Forrester et al., 2014, p. 927). Pero si el personal médico es, en efecto, un vector, entonces estas dificultades prácticas no pueden negar los hechos

si es que queremos parar el avance de la enfermedad «mientras minimizamos el riesgo para las personas».

La amplitud de este error retórico se extiende más allá del ébola. Mi análisis previo de la gestión de la OMS durante la «supergripe» también mostró esta tendencia a representar a los científicos como ungidos por la «verdad», que les

da poder de decisión frente a una población asustada. Por eso, comencé esta investigación con la predicción de que la retórica cegaría a la OMS en sus propias limitaciones, y los datos extraídos de sus informes confirman esta preocupación. El análisis retórico puede ser, por lo tanto, predictivo. Es decir, ya es hora de que los científicos amplíen su comprensión de lo que requiere hacer ciencia: para alcanzar la máxima «objetividad», la ciencia tiene que entender e incorporar la retórica, en lugar de oponerse a ella.

Los datos ignorados por la ciencia

Los promotores de la ciencia tienden a negar u omitir que la ciencia depende de sistemas simbólicos. Pero si los sistemas simbólicos son un componente crucial de la ciencia, analizar nuestras propias palabras debe ser una parte crucial de un método científico ideal. Nunca ha habido ni puede haber ciencia sin argumentación verbal. La complejidad del mundo natural y las gloriosas capacidades de la humanidad para enfrentarse a sistemas simbólicos sofisticados son cruciales para corregir argumentos, pero no bastan para articularlos. Los métodos de observación, cuantificación y experimentación rigurosa añaden, en efecto, algo importante a las técnicas antiguas de argumentación, pero no pueden eliminar el papel de la argumentación en la búsqueda de la verdad. Esto es incluso más evidente cuando dejamos la torre de marfil y tratamos de resolver los retos importantes de nuestro mundo.

En cierta medida, la OMS ha reconocido la importancia del lenguaje. Acudieron a expertos culturales para intentar traducir «su» lenguaje en acciones públicas. Y en octubre de 2014 comenzaron a publicitar los éxitos de aquellos que utilizaban una perspectiva comunitaria en la contención de la epidemia de ébola (WHO, 2014h) y a admitir el papel de la gente en el control de la epidemia (WHO, 2014e, p. 4, 7). En noviembre, también se vieron destellos de cambio en su retórica acerca de la transmisión. Aunque no admitió explícitamente que los profesionales y centros sanitarios eran vectores, comenzaron a incluir sistemáticamente casos de trabajadores sanitarios en sus informes de situación, como parte de la investigación que realizaban para explorar las fuentes de exposición de los profesionales sanitarios. Es revelador que en el informe del día 5 de noviembre (WHO, 2014i), la sección referente a la infección de trabajadores sanitarios, cada vez más extensa, dejó de centrarse únicamente en el bienestar de dichos trabajadores («para asegurar que todos los profesionales sanitarios estén expuestos al mínimo nivel de riesgo posible», por ejemplo, el 29 de octubre [WHO, 2014e, p. 6]) para reconocer el riesgo de los trabajadores sanitarios como vectores de infección («para la protección de los profesionales sanitarios y de los pacientes» [(WHO, 2014i, p. 4]).

Sin embargo, hay que profundizar más en estas reflexiones. El sistema sanitario no debería haber tardado más que el público general en entender esto. Y el error retórico fundamental provocará nuevos errores en contextos diferentes si no entendemos el principio que subyace. Además de tener cuidado al traducir sus conocimientos al lenguaje, los responsables sanitarios tienen que reflexionar sobre cómo se representan a sí mismos. El conocimiento científico no es una bala má-



CDC Global Health

En cierta medida, la OMS ha reconocido la importancia del lenguaje. Acudieron a expertos culturales para intentar traducir «su» lenguaje en acciones públicas. En la fotografía, un coche en Monrovia, Liberia, muestra el siguiente mensaje: «El ébola está aquí. Paremos la propagación del ébola».

**«NO ES IRRACIONAL TEMER QUE
TE CONTAGIE ÉBOLA UN DOCTOR
QUE SE ENFRENTA DÍA Y NOCHE
A DOCENAS DE PACIENTES
TRÁGICAMENTE ENFERMOS»**

gica que proporciona poderes e inmunidades especiales a los cuerpos humanos que disponen de él. Como los estudios han demostrado una y otra vez, la gente tiene otros elementos de conocimiento aplicado que se deben respetar y poner en práctica, en lugar de descartarlos por irracionales o producto del pánico, si buscamos acciones continuas basadas en una comprensión completa (Wynne, 2006).

Un enfoque que respete el conocimiento de todo el mundo tendría beneficios incluso para el sistema sanitario. La OMS, los CDC, el NIH (Instituto Nacional de la Salud de los EEUU) y otros han hecho especial hincapié en que necesitamos más personal. Han reconocido la necesidad de emplear más manos, ojos y oídos para llevar a cabo tantas y tantas tareas. Al proclamarse como únicos expertos facultados para controlar y dirigir una población que actúa de forma irracional, las organizaciones sanitarias se desconectan de esas fuentes de ojos, oídos y manos, así como de ideas e imaginación. He sugerido anteriormente que la OMS podría usar Internet para incorporar conocimiento multidisciplinario y multinacional para fomentar el desarrollo de políticas sanitarias (Condit, 2014). Otros modelos existentes (WHO, 2014h) se podrían expandir y se podrían desarrollar posibilidades adicionales para mejorar el control de epidemias una vez que los expertos en sanidad adopten una postura más consciente sobre sus autorrepresentaciones. Una retórica más terapéutica nos representaría a todos como seres un poco racionales, un poco impulsivos y con algo de conocimiento –aunque no con el suficiente. ☺

REFERENCIAS

- Condit, C. M. (2014). Insufficient fear of the “super-flu”? The World Health Organization’s global decision-making for health. *Poroi*, 10(1). doi: 10.13008/2151-2957.1149
- Dixon, M. G., & Schafer, I. J. (2014). Ebola viral disease outbreak — West Africa, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(25), 548–551. Consultado en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6325a4.htm>
- Fasina, F. O. (2014). Transmission dynamics and control of Ebola virus disease outbreak in Nigeria, July to September 2014. *Euro Surveillance*, 19(40), pii=20920. Consultado en <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20920>
- Fink, S. (2014, 16 de octubre). In Layers of gear, offering healing hand to Ebola patients in Liberia. *The New York Times*. Consultado en <http://nyti.ms/1rh6o07>
- Fitzpatrick, G., Vogt, F., Moi Gbabei, O. B., Black, B., Santantonio, M., Folkesson, E., ...Van Herp, M. (2014). Describing readmissions to an Ebola case management centre (CMC), Sierra Leone, 2014. *Euro Surveillance*, 19(40), pii=20924. Consultado en <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20924>

Forrester, J. D., Hunter, J. C., Pillai, S. K., Arwady, A., Ayscue, P., Matanock, A., ... De Cock, K. M. (2014). Cluster of Ebola cases among Liberian and U.S. health care workers in an Ebola treatment unit and adjacent hospital — Liberia, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(41), 925–929. Consultado en http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6341a3.htm?s_cid=mm6341a3_w

Leach, M., Scoones, I., & Sterling, A. (2010). Governing epidemics in an age of complexity: Narratives, politics, and pathways to sustainability. *Global Environmental Change*, 20, 369–377. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2009.11.008

Meltzer, M. I., Atkins, C. Y., Santibanez, S., Knust, B., Petersen, B. W., Ervin, E. D., ... Washington, M. L. (2014). Estimating the future number of cases in the Ebola epidemic — Liberia and Sierra Leone, 2014–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(03), 1–14. Consultado en http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s_cid=su6303a1_w

Wallis, P., & Nerlich, B. (2005). Disease metaphors in new epidemics: The UK media framing of the 2003 SARS epidemic. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2629–2639. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.031

World Health Organization. (2014a). *A fast-moving epidemic full of tragic surprises*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/surprises/en>

World Health Organization. (2014b). *Urgently needed: Rapid, sensitive, safe and simple Ebola diagnostic tests*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/18-november-2014-diagnostics/en>

World Health Organization. (2014c). *Travel and transport risk assessment: Interim guidance for public health authorities and the transport sector*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/travel-guidance/en>

World Health Organization. (2014d). *Ebola response roadmap situation report. 31 October*. Ginebra, Suiza. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137424/1/roadmapsitrep_31Oct2014_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2014e). *WHO virtual press conference on Ebola response*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/multimedia/vpc-29-october-2014.pdf>

World Health Organization. (2014f). *Ground zero in Guinea: The outbreak smoulders – undetected – for more than 3 months*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/guinea/en>

World Health Organization. (2014g). *What this – the largest Ebola outbreak in history – tells the world*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/csr/disease/ebola/ebola-6-months/lessons/en>

World Health Organization. (2014h). *Liberia: Working with communities is the key to stopping Ebola*. Ginebra, Suiza. Consultado en <http://www.who.int/features/2014/liberia-stopping-ebola/en>

World Health Organization. (2014i). *Ebola response roadmap situation report. 5 november*. Ginebra, Suiza. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137510/1/roadmapsitrep_5Nov14_eng.pdf

Wynne, B. (2006). Public engagement as a means of restoring trust in science—Hitting the notes, but missing the music? *Community Genetics*, 9, 211–220. doi: 10.1159/000092659

World Health Organization. (2014j). *Ebola response roadmap situation report. 5 november*. Ginebra, Suiza. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137510/1/roadmapsitrep_5Nov14_eng.pdf

Wynne, B. (2006). Public engagement as a means of restoring trust in science—Hitting the notes, but missing the music? *Community Genetics*, 9, 211–220. doi: 10.1159/000092659

Celeste Condit. Doctora por la Universidad de Iowa y profesora investigadora distinguida del departamento de Estudios de la Comunicación de la Universidad de Georgia (EEUU). Actualmente estudia el papel de la emoción en el discurso público, especialmente en el ámbito global. Ha trabajado como coeditora de *Women’s Studies in Communication* y de *Critical Studies in Media Communication* (en ambos casos junto con Bonnie J. Dow).