

# LA PROPAGACIÓ DE L'EBOLA

## COM LA RETÒRICA DE L'ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT VA CONTRIBUÏR A LA TRANSMISSIÓ DEL VIRUS

CELESTE CONDIT

La tragèdia de l'epidèmia d'ebola de 2014 a l'Àfrica occidental va empitjorar per culpa de la retòrica que va fer servir l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que mostrava el personal mèdic com els salvadors d'una població irracional i impulsiva. Aquesta retòrica generalitzada es basa en una imatge enganyosa del coneixement científic que presenta els seus artífexs com una comunitat amb poders i immunitats especials. Aquesta anàlisi mostra que una retòrica d'aquestes característiques va cegar la comunitat internacional, que no va veure el risc que les instal·lacions sanitàries i els seus treballadors es convertiren en vectors de transmissió de la malaltia. Aquest cas il·lustra per què l'anàlisi retòrica ha de formar part d'un enfocament científic complet que permeta adquirir, compartir i implantar coneixement.

Paraules clau: ebola, retòrica de la ciència, comunicació de la salut, comunicació de la ciència, Organització Mundial de la Salut.

A finals d'octubre de 2014, més de cinc-cents professionals sanitaris s'havien infectat amb el virus de l'ebola a l'Àfrica occidental; més de la meitat havien mort. No va ser la retòrica el que va matar aquestes persones; va ser l'*Ebolavirus*. No obstant això, la retòrica utilitzada en aquest cas per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va obstaculitzar la contenció de l'epidèmia perquè presentava el personal mèdic com a salvadors especialitzats en compte de fer-ho com a vectors de la malaltia. Aquest cas tan tràgic revela una vegada més que, per controlar una epidèmia, entendre la retòrica utilitzada pel personal sanitari és de vegades tan important com entendre el virus mateix.

L'anàlisi de les dimensions retòriques de qualsevol discurs humà requereix una atenció minuciosa a la forma com el seu plantejament encoratja un públic divers a visualitzar les seues relacions amb els altres i, per tant, a actuar d'una determinada manera. Tot ús complex del llenguatge inclou inevitablement dimensions retòriques, i molts acadèmics han començat a analitzar recentment la dimensió narrativa i metafòrica dels discursos en el camp de la salut, in-

cloent-hi els d'epidèmies com la grip, l'ebola i el VIH (Leach, Scoones i Sterling, 2010; Wallis i Nerlich, 2005).

Si volem tallar d'arrel successos semblants en el futur, la present anàlisi indica que els professionals de la sanitat haurien d'evitar la temptació de caure en una retòrica que represente de manera generalitzada i vívida el personal mèdic com a salvador d'un públic irracional, ignorant i impulsiu. Aquesta

retòrica es basa en una perspectiva implícita incorrecta que entén el coneixement científic com un ens que aglutina els seus membres en una comunitat amb poders i immunitats especials. Per demostrar-ho i suggerir models discursius més terapèutics, aquest article examina la retòrica que ha seguit l'OMS respecte als treballadors sanitaris i l'ebola fins mitjan d'octubre de 2014. Es van incloure

en l'anàlisi tots els discursos publicats durant aquest període en les pàgines web de l'OMS sobre l'ebola, per identificar com representaven aquests textos la relació entre els treballadors sanitaris, la població i el virus. L'objectiu de l'anàlisi no és criticar l'OMS per les seues mancances. És una organització amb finançament in-

**«PER A CONTROLAR UNA  
EPIDÈMIA, ENTENDRE LA  
RETÒRICA UTILITZADA PEL  
PERSONAL SANITARI ÉS, DE  
VEGADES, TAN IMPORTANT  
COM ENTENDRE EL VIRUS  
MATEIX»**

suficient entrebancada per les relacions internacionals, però prou important per participar en el procés continu de millora de les nostres pràctiques sanitàries.

#### ■ LA CLAU QUE LA RETÒRICA DE L'OMS VA ESQUIVAR

Durant els primers mesos del brot, les proves indicaven clarament que les instal·lacions i el personal mèdic eren nòduls importants en la propagació de l'ebola. No obstant això, els sanitaris van gaudir d'exempcions en els procediments de vigilància, es va ocultar el seu paper com a vector en la literatura científica i la retòrica pública de l'OMS els va presentar com a víctimes d'un públic irracional. Hi ha multitud de proves que demostren la incongruència de cadascuna d'aquestes accions.

#### *El personal mèdic va estendre l'ebola*

Hi havia proves disponibles de la contribució dels treballadors i de les instal·lacions sanitaris a la propagació de l'ebola gràcies a brots anteriors. Una publicació finançada pels Centres per al Control i la Prevenció de Malalties dels EUA (CDC) ja havia apuntat al juny que «la transmissió relacionada amb l'atenció sanitària ha contribuït a la transmissió en brots anteriors» (Dixon i Schafer, 2014, p. 548; Fasina, 2014, p. 6). A l'octubre, l'OMS (World Health Organization [WHO], 2014a) va admetre que el 8% dels afectats per aquest brot eren professionals sanitaris. Aquestes revelacions se centren en el risc que afrontaven els sanitaris i en els problemes que això causava per a mantenir un subministrament suficient de personal mèdic. Normalment no es preguntaven si els sanitaris i les instal·lacions eren, en si mateixos, focus problemàtics d'infecció. Hi havia proves irrefutables disponibles.

Testimonis molt diversos indicaven que les precaucions que s'havien pres en la majoria d'instal·lacions sanitàries eren inadequades per a protegir els treballadors i els seus pacients a causa de les enormes dificultats de mantenir una protecció absoluta en unes condicions depauperades (Fink, 2014). Els professionals sanitaris es movien, a més, d'una unitat antiebola a una altra per tractar pacients, alguns dels quals creaven riscos d'exposició perquè eren casos no diagnosticats d'ebola. Les xifres de contactes de personal sanitari infectat eren potencialment impactants. Es va confirmar que un sol sanitari de Nigèria va tenir contacte amb 526 persones (Fasina, 2014, p. 1). Mentrestant, els pacients analitzats per a confirmar si estaven infectats d'ebola es mantenien en els centres de salut per un període de fins a dos dies, en àrees que no estaven lliures d'ebola ni seguien els rigorosos protocols de desinfecció per a pacients confirmats d'ebola. Si resultaves ser un dels



A finals d'octubre de 2014, més de cinc-cents professionals sanitaris s'havien contaminat amb el virus de l'Ebola a l'Àfrica occidental. En la imatge, personal sanitari es posa el vestit de protecció a Guinea.

**«L'OBJECTIU DE L'ANÀLISI NO ÉS  
CRITICAR L'OMS PER LES SEUES  
MANCANCES. ÉS UNA ORGANITZACIÓ  
AMB FINANÇAMENT INSUFICIENT  
ENTREBANCADA PER LES RELACIONS  
INTERNACIONALS»**



EC/ECHO/Anouk Delafortrie

L'Organització Mundial de la Salut, els Centres per al Control i la Prevenció de Malalties dels EUA, l'Institut Nacional de la Salut dels EUA i altres han insistit reiteradament a dir que es necessita més personal. Han reconegut la necessitat d'emprar més mans, ells i oïdes per a dur a terme tantes i tantes tasques. En la imatge, primer pla d'un membre de l'equip encarregat del soterrament d'una de les persones mortes pel virus de l'Ebola a Sierra Leone.

tant que el risc que afrontaven «es pot considerar baix» (WHO, 2014c, p. 3). El manual afegia una nota: «llevat que no es respecten les mesures adequades de control i prevenció d'infeccions (com l'ús d'aigua i sabó nets o de gel alcohòlic, equipament personal de protecció, pràctiques segures d'injecció i una correcta gestió dels residus)». Però aquest apunt vicia completament el suggeriment que es pot tractar els sanitaris com a personal de baix risc, atesa la demostrada dificultat de mantenir mesures de prevenció i control completes i constants en la pràctica (Forrester et al., 2014, p. 929).

La investigació també va ocultar el paper potencial dels professionals i dels centres com a vectors de la malaltia. Només dues publicacions mèdiques especialitzades van abordar la qüestió, i totes dues van restar importància al risc. Fitzpatrick et al. (2014) van explorar la possibilitat que els centres de salut foren fonts d'infecció entrevistant en un centre de salut gent que havia donat negatiu en ebola al començament, però als quals s'havia readmès per un positiu després del període de seguretat de vint-i-un dies d'incubació del virus. Van descobrir que tots aquests casos havien patit altres exposicions potencials en la seua comunitat, per la qual cosa van aprofitar aquesta dada per a exonerar els professionals sanitaris. Una anàlisi imparcial no hauria descartat el centre de salut com a font només perquè hi havia altres fonts potencials. Fins i tot a finals d'octubre, quan l'OMS va començar a considerar el paper transmissor dels centres de salut, van intentar restar importància al problema, insistint a dir que, en el cas dels treballadors sanitaris, «una part substancial de les infeccions van ocórrer fora del context del tractament i atenció de malalts d'ebola» (WHO, 2014d, p. 2).

afortunats amb símptomes que no eren deguts al virus de l'ebola, podies contraure'l durant la teua estada en aquelles unitats diagnòstiques (WHO, 2014b). Si t'hospitalitzaven amb ebola, probablement moriries allí.

#### *Minimització del paper dels sanitaris i de les instal·lacions com a vectors*

A pesar de les proves, les declaracions i recomanacions de l'OMS fins a octubre van contradir les instruccions dels manuals d'epidèmies prèvies, que insistien en l'especial vulnerabilitat dels professionals sanitaris i dels centres de salut. Per exemple, la guia *Travel and transport risk assessment* ("Avaluació de risc del viatge i el transport") segregava els professionals sanitaris de la població amb nivells semblants d'exposició, argumen-

Òbviament, aquest no era el cas per als professionals sanitaris infectats als Estats Units.

La segona anàlisi científica publicada simplement considerava que els treballadors, encara que eren una font de transmissió, no eren preocupants perquè presentaven una taxa de transmissió per sota del límit crític per a contenir l'epidèmia. Meltzer et al. (2014, p. 3) van indicar que «el risc mitjà diari de transmissió és major que zero en aquestes instal·lacions (és a dir, que es produeix la transmissió), però el risc és menor que una persona infectada per un pacient infecciós».

Els metges es veien com a salvadors, en compte de veure's com a vectors, seguint la lògica de la salut pública. Al contrari, la població general va seguir una màxima raonable: evitar el contacte amb fonts òbvies de transmissió. Alguns membres de la població general es van adonar que els professionals mèdics i els centres de salut eren transmissors potencials de la malaltia. A més, no van veure en els rudimentaris centres de salut unes possibilitats molt majors de sobreviure a l'ebola. La mateixa OMS (WHO, 2014e, p. 11) va dir: «No representa un enorme benefici de supervivència.»

**«HI HAVIA PROVES DISPONIBLES  
SOBRE LA CONTRIBUCIÓ DELS  
TREBALLADORS I INSTAL·LACIONS  
SANITARIS A LA PROPAGACIÓ DE L'EBOLA  
GRÀCIES A BROTS ANTERIORS»**

Així doncs, algunes persones actuaven de manera raonable quan tractaven d'evitar aquestes localitzacions infectades. Seguint aquesta lògica, a vegades també s'ajuntaven per a excloure per la força aquests vectors de les seues comunitats.

***L'OMS, contra la lògica sanitària pública***

L'OMS i els alts càrrecs d'altres organitzacions mèdiques van presentar aquests comportaments tan raonables com a atacs irracionals o rampells de pànic. Per exemple, un informe de l'OMS es lamentava:

La setmana passada, treballadors sanitaris d'unes quantes parts del país van ser atacats violentament per masses enrabades, que van obligar alguns equips mèdics a fugir per salvar les seues vides. Un equip va haver d'amagar-se en un arbust durant més d'un dia. Altres van patir danys en els seus vehicles, o la multitud va arreplegar i va cremar les seues medicines i equipament, com si aquests actes pogueren servir de ritual «purificador.»

(WHO, 2014f)



Leasmhar

A pesar de les proves, les declaracions i recomanacions de l'OMS fins a octubre van contradir les instruccions dels manuals d'epidèmies prèvies, que insistien en l'especial vulnerabilitat dels professionals sanitaris i els centres de salut. Dalt, imatge del centre hospitalari de Kenema, a Sierra Leone, una de les zones afectades pel brot de l'ebola.

**«TESTIMONIS MOLT DIVERSOS INDICAVEN  
QUE LES PRECAUCIONS QUE S'HAVIEN  
PRES EN LA MAJORIA D'INSTAL·LACIONS  
SANITÀRIES EREN INADEQUADES  
PER A PROTEGIR ELS TREBALLADORS  
I ELS SEUS PACIENTS»**



Sis mesos després del brot, una directora general de l'OMS assetjada, la doctora Margaret Chan (WHO, 2014g), va representar de manera semblant el públic irracional com un obstacle per als esforços dels experts professionals mèdics: «Els rumors i el pànic s'estan estenent més ràpidament que el virus. I això costa diners.

L'ebola provoca una por pràcticament generalitzada. La por amplifica en gran manera els avalots.»

Aquestes interpretacions, que contraposen uns agents tan ben informats com els de la ciència mèdica amb una població impulsiva, estaven motivades per una varietat de factors: la defensa de l'estatus, la valoració dels coneixements adquirits mitjançant el treball i també la tristesa davant de la tragèdia que s'estava

**«ELS METGES ES VEIEN  
COM A SALVADORS,  
EN COMPTE DE COM  
A VECTORS, SEGUINT  
LA LòGICA DE LA SALUT  
PÚBLICA»**

produït. Però s'equivoquen profundament; la por a l'ebola no és irracional. No és irracional témer que t'encomane l'ebola un doctor que s'enfronta nit i dia a desenes de pacients tràgicament malalts. No és irracional oposar-se a un munt d'estranyes amb vestits espacials que envaeixen el teu poble i s'emporten els teus éssers estimats condemnats a morir. No és irracional evitar un centre de triatge en què se't confinarà durant dos dies amb altres pacients «sospitosos» que podrien infectar-te. Acudir a aquests centres pot ajudar a complir l'objectiu públic racional de controlar l'epidèmia –fins i tot amb controls d'infecció imperfectes– però la resistència a oferir-se com a sacrifici personal per a un objectiu superior no és irracional. El coneixement mèdic sobre l'ebola no proporciona als professionals sanitaris immunitat al virus, i va arribar fins i tot a ser una amenaça quan els responsables públics sanitaris van tractar d'usar-lo per a justificar el control d'altres en contra dels seus interessos personals.

#### ■ PER QUÈ L'OMS NO VA CONSIDERAR VECTORS ELS METGES?

Hi ha moltes raons per les quals l'OMS potser va tractar d'ignorar el paper dels centres de salut i els seus professionals com a vectors d'infecció. Les dificultats pràctiques de tractar tot el personal mèdic com a «sospitosos» són òbvies, els controls apropiats farien massa difícil reclutar treballadors sanitaris i s'han reconegut problemes d'imatge pública (Forrester et al., 2014, p. 927). Però si el personal mèdic és, en efecte, un vector, llavors aquestes dificultats pràctiques no poden negar els fets si és que volem parar l'avanç de la malaltia «mentre minimitzem el risc per a les persones».

L'amplitud d'aquest error retòric s'estén més enllà de l'ebola. La meua anàlisi prèvia de la gestió de l'OMS durant la «supergrip» també va mostrar aquesta tendència a representar els científics com un gits per la «veritat», que els dona poder de decisió enfront d'una població espantada. Per això, vaig començar aquesta investigació

amb la predicció que la retòrica cegaria l'OMS en les seues pròpies limitacions, i les dades extretes dels seus informes confirmen aquesta preocupació. L'anàlisi retòrica pot ser, per tant, predictiva. És a dir, ja és hora que els científics amplien la seua comprensió del que fer ciència requereix: per a aconseguir la màxima «objectivitat», la ciència ha d'entendre i incorporar la retòrica, en compte d'oposar-s'hi.

### Les dades ignorades per la ciència

Els promotors de la ciència tendeixen a refusar o ometre que la ciència depèn de sistemes simbòlics. Però si els sistemes simbòlics són un component crucial de la ciència, analitzar les nostres pròpies paraules ha de ser una part crucial d'un mètode científic ideal. Mai no hi ha hagut ni pot haver-hi ciència sense argumentació verbal. La complexitat del món natural i les glorioses capacitats de la humanitat per a enfrontar-se a sistemes simbòlics sofisticats són crucials per a corregir arguments, però no basten per a articular-los. Els mètodes d'observació, quantificació i experimentació rigorosa afegixen, en efecte, quelcom d'important a les tècniques antigues d'argumentació, però no poden eliminar el paper de l'argumentació en la cerca de la veritat. Això és fins i tot més evident quan deixem la torre de marfil i tractem de resoldre els reptes importants del nostre món.

En certa manera, l'OMS ha reconegut la importància del llenguatge. Van acudir a experts culturals per a intentar traduir «el seu» llenguatge en accions públiques. I a l'octubre de 2014 van començar a publicitar els èxits d'aquells que utilitzaven una perspectiva comunitària

**«NO ÉS IRRACIONAL TÈMER QUE  
T'ENCOMANE L'EBOLA UN DOCTOR QUE  
S'ENFRONTA DIA I NIT A DESENES DE  
PACIENTS TRÀGICAMENT MALALTS»**

en la contenció de l'epidèmia d'ebola (WHO, 2014h) i a admetre el paper de la gent en el control de l'epidèmia (WHO, 2014e, p. 4, 7). Al novembre, també es van veure signes de canvi en la seua retòrica sobre la transmissió. Encara que no va admetre explícitament que els professionals i centres sanitaris eren vectors, van començar a incloure sistemàticament casos de treballadors sanitaris en els seus informes de situació, com a part de la investigació que realitzaven per a explorar les fonts d'exposició dels professionals sanitaris. És revelador que en l'informe del dia 5 de novembre (WHO, 2014i), la secció referent a la infecció de treballadors sanitaris, cada vegada més extensa, va deixar de centrar-se únicament en el benestar d'aquests treballadors («per a assegurar que tots els professionals sanitaris estiguen exposats al mínim nivell de risc possible», per exemple, el 29 d'octubre [WHO, 2014e, p. 6]) per a reconèixer el risc dels treballadors sanitaris com a vectors d'infecció («per a la protecció dels professionals sanitaris i dels pacients» [(WHO, 2014i, p. 4)].



En certa manera, l'OMS ha reconegut la importància del llenguatge. Van acudir a experts culturals per a intentar traduir «el seu» llenguatge en accions públiques. En la fotografia, un cotxe a Monròvia, Libèria, mostra el missatge següent: «L'ebola és aquí. Parem la propagació de l'ebola.»

**«NO ÉS IRRACIONAL TÈMER  
QUE T'ENCOMANE EBOLA UN DOCTOR  
QUE S'ENFRONTA NIT I DIA A DESENES  
DE PACIENTS TRÀGICAMENT MALALTS»**

No obstant això, cal aprofundir més en aquestes reflexions. El sistema sanitari no hauria d'haver tardat més que el públic general a entendre-ho. I l'error retòric fonamental provocarà nous errors en contextos diferents si no entenem el principi que hi subjau. A més de parar atenció a traduir els seus coneixements al llenguatge, els responsables sanitaris han de reflexionar sobre com es representen a si mateixos. El coneixement científic no és una bala màgica que proporciona poders i immunitats especials als cossos humans que en disposen. Com els estudis han demostrat una vegada darrere l'altra, la gent té altres elements de coneixement aplicat que s'han de respectar i posar en pràctica, en compte de descartar-los per irracionals o producte del pànic, si busquem accions contínues basades en una comprensió completa (Wynne, 2006).

Un enfocament que respecte el coneixement de tot el món tindria beneficis fins i tot per al sistema sanitari. L'OMS, els CDC, el NIH (Institut Nacional de la Salut dels EUA) i altres han insistit reiteradament a dir que necessitem més personal. Han reconegut la necessitat d'emprar més mans, ulls i oïdes per dur a terme tantes i tantes tasques. En proclamar-se com a únics experts facultats per a controlar i dirigir una població que actua de manera irracional, les organitzacions sanitàries es desconnecten d'aquestes fonts d'ulls, oïdes i mans, així com d'idees i imaginació. He suggerit anteriorment que l'OMS podria usar internet per incorporar coneixement multidisciplinari i multinacional per fomentar el desenvolupament de polítiques sanitàries (Condit, 2014). Altres models existents (WHO, 2014h) es podrien expandir i es podrien desenvolupar possibilitats addicionals per millorar el control d'epidèmies una vegada que els experts en sanitat adopten una posició més conscient sobre les seues autorepresentacions. Una retòrica més terapèutica ens representaria a tots com a éssers un poc racionals, un poc impulsius i amb una mica de seny, —encara que potser no amb el suficient. Ⓢ

#### REFERÈNCIES

- 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., i Schafer, I. J. (2014). Ebola viral disease outbreak — West Africa, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(25), 548-551. Consultat 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. Consultat en <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20920>
- Fink, S. (2014, 16 d'octubre). In Layers of gear, offering healing hand to Ebola patients in Liberia. *The New York Times*. Consultat 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. Consultat 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. Consultat en [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6341a3.htm?s\\_cid=mm6341a3\\_w](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. Consultat en [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s\\_cid=su6303a1\\_w](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, Suïssa. Consultat 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, Suïssa. Consultat 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, Suïssa. Consultat en <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/travel-guidance/en>
- World Health Organization. (2014d). *Ebola response roadmap situation report. 31 October*. Ginebra, Suïssa. Consultat en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137424/1/roadmapsitre\\_31Oct2014\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137424/1/roadmapsitre_31Oct2014_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2014e). *WHO virtual press conference on Ebola response*. Ginebra, Suïssa. Consultat 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, Suïssa. Consultat 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, Suïssa. Consultat 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, Suïssa. Consultat en <http://www.who.int/features/2014/liberia-stopping-ebola/en>
- World Health Organization. (2014i). *Ebola response roadmap situation report. 5 November*. Ginebra, Suïssa. Consultat en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137510/1/roadmapsitre\\_5Nov14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137510/1/roadmapsitre_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 per la Universitat de Iowa i professora investigadora distingida del departament d'Estudis de la Comunicació de la Universitat de Geòrgia (EUA). Actualment estudia el paper de l'emoció en el discurs públic, especialment en l'àmbit global. Ha treballat com a coeditora de *Women's Studies in Communication* i de *Critical Studies in Media Communication* (en ambdós casos junt amb Bonnie J. Dow).