

Ocho mitos persistentes del COVID-19 y por qué algunas personas aún creen en ellos

Desde un virus creado por humanos hasta teorías de conspiración de vacunas, Tanya Lewis, editora asociada de la revista *Scientific American* reúne las afirmaciones falsas más insidiosas sobre la pandemia¹. El mundo está luchando además contra un tipo diferente de epidemia: la desinformación. Esta “infodemia”, tan dañina como el propio COVID-19, lleva a las personas a minimizar la gravedad de la enfermedad, y a ignorar los consejos de salud pública, en favor de tratamientos o “curas” no comprobados.

Tanya Lewis, menciona una encuesta reciente de la Fundación John S. y James L. Knight y Gallup (una fundación estadounidense sin fines de lucro dedicada a fomentar comunidades informadas y comprometidas) según la cual cuatro de cada cinco estadounidenses dicen que la difusión de información errónea *online* es el mayor problema que enfrentan los medios de comunicación¹. Incluso con evidencia ampliamente disponible que indique lo contrario, las creencias son difíciles de cambiar. Estas son algunas de las falsedades más insidiosas sobre la pandemia y por qué están equivocadas. Lewis centra su artículo en EE.UU., no obstante, las similitudes en otras latitudes son asombrosas, lo que motiva la reproducción de su artículo en algunos de sus pasajes más relevantes y el agregado de citas bibliográficas que reflejan la preocupación sobre el tema en nuestro medio^{2,3}.

1. El virus fue el resultado de ingeniería en un laboratorio en China

Como sabemos, el patógeno surgió por primera vez en Wuhan, China. El presidente Donald Trump y otros han afirmado, sin evidencia, que comenzó en un laboratorio allí, y algunos creen que fue diseñado como un arma biológica¹.

Por qué es falso: Las agencias de inteligencia de EE.UU. han negado categóricamente la posibilidad de que el virus haya sido diseñado en un laboratorio. Esto está de acuerdo con el amplio consenso científico de que el COVID-19 no fue creado por el hombre ni modificado genéticamente.

Por qué algunos lo creen: Se busca un chivo expiatorio por el inmenso sufrimiento y las consecuencias económicas causadas por el COVID-19, y China, un país extranjero y competidor de EE.UU., es un blanco fácil. Debido a que las liberaciones accidentales de patógenos en el laboratorio son poco probables, pero no imposibles, esto proporciona la legitimidad suficiente para respaldar la narrativa de que China diseñó intencionalmente el virus para desencadenar la pandemia¹.

2. COVID-19 no es peor que la gripe estacional

También esta fue una afirmación de D. Trump, que minimizaba la gravedad del COVID-19¹.

Por qué es falso: La tasa precisa de mortalidad por infección de COVID-19 es difícil de medir, pero los epidemiólogos sospechan que es mucho más alta que la de la gripe: entre 0.5 y 1% en comparación con el 0.1% de la gripe influenza estacional. Los CDC estiman que esta última produce entre 12 000 a 61 000 muertes por año en los EE.UU. En contraste, hasta mediados de septiembre, COVID-19 había causado ya 200 000 muertes en ese país. El coronavirus no es “*solo una gripe*”.

Por qué algunos lo creen: Porque ciertos “líderes de opinión” lo siguen diciendo, aunque la realidad lo desmienta. Por el contrario, es probable que las muertes comunicadas por COVID-19 estén subestimadas¹.

3. No es necesario usar máscara

A pesar de un fuerte consenso entre las autoridades de salud pública de que las máscaras limitan la transmisión del coronavirus, muchas personas se han negado a usarlas¹.

Por qué es falso: Se sabe desde hace mucho tiempo que las mascarillas faciales son un medio eficaz para lo que los epidemiólogos llaman control de fuentes. Un artículo publicado en *The Lancet* analizó más de 170 estudios y concluyó que las mascarillas (barbijos) pueden prevenir la infección por COVID-19⁴. También se ha establecido ampliamente que las personas pueden infectarse y propagar COVID-19 sin desarrollar síntomas, por lo que usar una máscara puede evitar que las personas asintomáticas transmitan el virus⁵.

Por qué alguna gente lo cree: La orientación inicial sobre las máscaras fue confusa e inconsistente, lo que sugería que el público en general no necesitaba usar máscaras a menos que tuviera síntomas de una infección. La escasez de mascarillas quirúrgicas y N95 de alta calidad, impulsó en parte la idea de que éstas deberían reservarse para los trabajadores de la salud. A pesar de que las máscaras faciales ahora son especialmente recomendadas u obligatorias, hay quienes aún se niegan a usarlas porque lo consideran castrador o una violación de sus libertades civiles¹.

De acuerdo a *BBC News*, ya sea por necesidad económica o por cansancio del encierro, los argentinos dejaron de acatar las órdenes de aislamiento y distanciamiento recomendadas por el gobierno. Las autoridades y sus críticos se acusan mutuamente por este relajamiento. Los primeros apuntan especialmente contra los grupos “anticuarentena”, y los segundos organizaron protestas por la falta de libertad y lo que algunos llaman una “infectadura”^{6,7}.

4. En EE.UU. las elites ricas están utilizando el virus para lucrar con las vacunas

En el libro y en la película *Plandemic*, Judy Mikovits, afirma, sin fundamento, que el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, Anthony Fauci y el cofundador de Microsoft, Bill Gates, podrían estar usando su poder para beneficiarse de una vacuna COVID-19. Sin aportar evidencias, *Plandemic* afirma que el virus fue creado en un laboratorio y que el uso de máscaras “activa su propio virus”. Diversos grupos anti-vacunas compartieron el video de un tramo de la película que fue visto más de ocho millones de veces en *YouTube*, *Facebook*, *Twitter* e *Instagram* antes de ser eliminado⁸.

Por qué es falso: Porque no hay evidencias al respecto. De hecho, Fauci ha advertido sobre los riesgos del virus y Gates tiene una larga historia de filantropía orientada a eliminar las enfermedades transmisibles. Las afirmaciones de Mikovits sobre el origen del virus y la eficacia de las máscaras tampoco tienen respaldo científico¹.

Por qué alguna gente lo cree: Las figuras ricas o influyentes suelen ser el objetivo de las teorías de la conspiración. También en nuestras latitudes hay acusaciones de ese tipo, con blanco en quienes dirigen u orientan las medidas sanitarias contra el COVID-19, y que solo contribuyen a causar más daño.

5. La hidroxiclороquina es un tratamiento efectivo

Todo comenzó cuando un pequeño estudio en Francia sugirió que la hidroxiclороquina podría ser eficaz para tratar la enfermedad. Algunas personas han continuado promocionando el medicamento no obstante la creciente evidencia de que no beneficia a los pacientes con COVID-19¹.

Por qué es falso: Varios estudios han demostrado que la hidroxiclороquina no protege contra el COVID-19 en quienes están expuestos. La FDA inicialmente autorizó su uso de emergencia, pero luego advirtió contra su uso debido al riesgo de problemas cardíacos y finalmente revocó su autorización. En

junio, los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. detuvieron su ensayo clínico, afirmando que, aunque no era perjudicial para los pacientes, no brindaba ningún beneficio.

Por qué alguna gente lo cree: Porque los informes iniciales sugirieron que la hidroxiclороquina podría ser un fármaco potencialmente prometedor y es probable que muchas personas crean lo primero que aprenden sobre un tema, un fenómeno llamado sesgo de anclaje¹. La hidroxiclороquina no tiene ningún rol terapéutico en pacientes con COVID-19.

6. El aumento de los casos en EE.UU. son el resultado del aumento de los tests

Por qué es falso: Porque las hospitalizaciones y las muertes en EE.UU. aumentaron junto con la detección de casos, lo que proporciona evidencia de que el aumento de las pruebas positivas refleja un aumento real de casos¹.

Por qué alguna gente lo cree: Parecería lógico preguntarse si simplemente se están detectando más casos porque se prueba más. Sin embargo, la evolución de la pandemia en EE.UU. muestra una relación directa entre proporción de pruebas positivas, las tasas de hospitalización y mortalidad. Tendencias similares son informadas oficialmente en AMBA respecto de la relación entre los casos confirmados y los fallecidos⁹.

Hay evidencia suficiente que “testear y testear” no es el camino. Testear sí, pero ¿a quiénes, con qué tipo de test, y con qué objeto?¹⁰. En nuestro medio, el plan Detectar se orienta justamente a detectar los casos entre los contactos de un caso confirmado, a fin de aislarlos/tratarlos, y “cortar la cadena de transmisión”. Posiblemente ha habido una aplicación insuficiente del plan Detectar, pero eso no se mejoraría universalizando los tests, que además tienen un costo relativamente alto, y que, al generalizarse, disminuyen su valor predictivo.

7. La inmunidad de rebaño nos protegerá si dejamos que el virus se propague por la población

Al principio de la pandemia, algunos especularon que el Reino Unido y Suecia estaban planeando dejar que el coronavirus circulara a través de sus poblaciones hasta que alcanzaran la inmunidad colectiva, el punto en el que suficientes personas son inmunes al virus y ya no pueden propagarse. Esto fue negado como estrategia oficial por los gobiernos de ambas naciones¹.

Por qué es falso: Hay una falla fundamental en este enfoque: los expertos estiman que aproximadamente entre el 60 a 70% de la población necesitaría infectarse por el COVID-19 para que la inmunidad colectiva fuera posible. Pero dada la alta tasa de mortalidad de la enfermedad, dejar que infecte a muchas personas podría provocar millones de muertes. Es lo que sucedió durante la pandemia de influenza de 1918, en la que se estima que murieron al menos 50 millones de personas. La tasa de mortalidad por COVID-19 en el Reino Unido se encuentra entre las más altas del mundo. Suecia, por su parte, ha tenido significativamente más muertes que los países vecinos, y su economía se ha resentido a pesar de la falta de un cierre, lo que ahora se está reviendo.

Por qué alguna gente lo cree: Porque quieren volver a la vida normal, y sin una vacuna COVID-19 ampliamente disponible, la única forma de lograr la inmunidad colectiva es dejar que una cantidad sustancial de personas se enferme. Algunos han especulado que es posible que ya hayamos logrado la inmunidad colectiva, pero los estudios de anticuerpos en la población han demostrado que incluso las regiones más afectadas están lejos de ese umbral¹.

8. Una vacuna COVID-19 no será segura

Han surgido informes preocupantes de que muchas personas pueden negarse a recibir una vacuna COVID-19 una vez que esté disponible. Las teorías de conspiración sobre posibles vacunas han circulado entre los grupos antivacunas y en videos virales. En *Plandemic*, Mikovits⁸ afirma falsamente que cualquier vacuna COVID-19 “matará a millones” y que otras vacunas lo han hecho. La mayoría de la población apoya la vacunación, pero hay algunas voces, con difusión a través de las redes sociales, que hacen pública oposición a las vacunas (y no solo a la de COVID-19). Aunque los grupos de antivacunas en las redes son más pequeños que los grupos pro vacunación, están más interconectados y con capacidad de influenciar a las personas indecisas.

Por qué es falso: Porque las vacunas salvan millones de vidas cada año. De acuerdo a la OMS y a las agencias responsables de EE.UU. y de la mayoría de los países europeos, una vacuna propuesta debe pasar por tres fases de pruebas experimentales y clínicas en un gran número de personas para demostrar que es segura y eficaz, antes de ser aprobada¹¹⁻¹³. Las principales vacunas candidatas para COVID-19 se están probando actualmente en ensayos a gran escala en decenas de miles de personas.

Por qué alguna gente lo cree: Hay buenas razones para tener cuidado con la seguridad de cualquier nueva vacuna o tratamiento. Sin embargo, los ensayos de seguridad previos de las principales vacunas candidatas no encontraron efectos adversos importantes y actualmente se están realizando ensayos más amplios de seguridad y eficacia. Nueve compañías farmacéuticas que desarrollan vacunas se han comprometido a “apoyar la ciencia” y no lanzar una a menos que se haya demostrado que es segura y eficaz¹.

Antes de la pandemia el tema ya estaba instalado. Por un lado, están los que sostienen que hay que negar el movimiento antivacuna para no fortalecerlo; y del otro los que dicen que llegó el momento de combatirlo para concientizar. Hay un hecho incontrovertible: *“Las vacunas fueron y son, después del agua potable, los elementos más importantes para la reducción de las enfermedades y muertes”*¹⁴.

Las similitudes entre lo comentado por Lewis¹ y lo que ocurre en nuestra región no deberían sorprender. Obsérvese también que algo tan neutro como una vacuna tiene diferentes vertientes de opinión según la posición política previa. Dejando de lado las posiciones de los líderes del mundo, el sociólogo Ernesto Calvo¹⁵ demuestra que este sesgo llega incluso a una dimensión tan íntima como la percepción del riesgo. Para demostrarlo cita encuestas que muestran que los votantes de los presidentes que minimizaron el coronavirus (Trump, Bolsonaro, López Obrador) perciben menos posibilidades de enfermarse que aquellos que votaron a la oposición, y más chances de quedarse sin trabajo. En cambio, los seguidores de los presidentes que desplegaron políticas sanitarias responsables le temen más al virus que a la desocupación. Tal como dice Calvo, una cosa es no creer en el cambio climático y otra no sentir calor¹⁴. Nuevamente, un público preparado, atento, educado, difícil, auténticamente culto, se resistirá a las maniobras del manipulador. De ahí la importancia de la cultura, de ahí la importancia de la conciencia crítica de la sociedad³.

Eduardo L. De Vito

Servicio de Neumonología

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, UBA, Buenos Aires, Argentina

e-mail: eldevito@gmail.com

1. Lewis T. Nine COVID-19 myths that just won't go away. *Scientific American*. August 2020. En: <https://www.scientificamerican.com/article/nine-covid-19-myths-that-just-wont-go-away/>; consultado octubre 2020.
2. De Vito EL, Catalano HN. Infodemia y desinformación. ¿Qué sabemos de la efectividad y la eficacia de la vacuna contra/para SARS-CoV-2/COVID? *Medicina (B Aires)* 2020. En: https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol80-20/destacado/editorial_7358.pdf; consultado octubre 2020.
3. Comité de Redacción Revista Medicina (Buenos Aires). Sobre las posibles curas del COVID-19 mediante terapias no validadas científicamente. *Medicina (B Aires)* 2020. En: https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol80-20/destacado/editorial_7379.pdf; consultado octubre 2020.
4. Chu OK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; 395: 1973-87.
5. Schünemann HJ, Akl EA, Chou R, et al. Use of facemasks during the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med* 2020; 8: 954-5.
6. BBC News. Coronavirus en Argentina: 4 motivos por los que el país llegó al millón de infectados de covid-19 a pesar de haber impuesto la cuarentena más larga del mundo. En: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54622859>; consultado octubre 2020.
7. Natanson J. Los usos del odio. *Le Monde Diplomatique*, edición septiembre de 2020. En: <https://www.eldiplo.org/255-el-odio-como-arma-politica/los-usos-del-odio/>; consultado octubre 2020.
8. Plandemic. The Hidden Agenda Behind Covid-19. En: <https://en.wikipedia.org/wiki/Plandemic>; consultado octubre 2020.
9. Casos Confirmados y fallecidos en AMBA. En https://www.clarin.com/politica/alberto-fernandez-regreso-filminas-anuncio-nuevas-medidas-coronavirus_0_rDLsLM0IV.html; consultado octubre 2020.
10. Kantor IN, Ritacco V. Sobre los testeos poblacionales para detectar anticuerpos anti-SARS-CoV-2. *Medicina (B Aires)* 2020; Vol. 80 (Supl. III): 87-8.
11. Kantor I. La bioseguridad de las vacunas anti-COVID-19. *Medicina (B Aires)* 2020. En: https://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol80-20/destacado/editorial_7362.pdf; consultado octubre 2020.
12. Lipsitch M, Dean NE. Understanding COVID-19 vaccine efficacy. *Science* 2020; eabe5938. doi: 10.1126/science.abe5938. Online ahead of print.
13. Patel MM, Jackson ML, Ferdinands J. Postlicensure evaluation of COVID-19 vaccines. *JAMA* 2020. doi: 10.1001/jama.2020.19328. Online ahead of print.
14. Blanco D. ¿Qué hacemos con el movimiento antivacunas que está resquebrajando la salud pública mundial y tiene a Donald Trump entre sus militantes?. *Infobae*, 12 abril 2019. En: <https://www.infobae.com/tendencias/2019/04/12/que-hacemos-con-el-movimiento-antivacunas-que-esta-resquebrajando-la-salud-publica-mundial-y-tiene-a-donald-trump-entre-sus-militantes/>; consultado octubre 2020.
15. Calvo E. Enfermos de polarización. *Le Monde Diplomatique*, edición julio de 2020. En: <https://www.eldiplo.org/253-la-grieta-regresa/enfermos-de-polarizacion/>; consultado octubre 2020.