

JOSÉ R. LOAYSSA & ARIEL PETRUCCELLI

CRÓNICA DE UNA PANDEMIA, AÑO III UN VIRUS A LOMOS DE LOS GOBIERNOS, SUS POLÍTICAS Y SUS VACUNAS

¿Cómo será la siguiente pandemia? Esta pregunta ronda en la mente de todos. Porque la habrá, incluso aunque no la haya (paradoja insuperable). La siguiente pandemia tendrá que suceder porque así lo han anunciado todos, porque así lo esperan todos. Eso es lo importante: en esta época la capacidad de prognosis supera a la realidad objetiva (no olvidar nunca esto).

Carlos Herrera de la Fuente¹

En 2022, los gobiernos dieron por concluida la pandemia, oficial u oficiosamente, declarando que la covid-19 ya es endémica. Ha sido una decisión un tanto precipitada. Un intento de relegar el problema con bastante ligereza y, sobre todo, sin un balance claro y contrastado de la pandemia y de la gestión realizada. Pero no está claro que los daños que sigue ocasionando la covid-19 se encuentren al nivel que sería esperable en un virus respiratorio endemizado, como los que hemos conocido hasta ahora. Y el exceso de mortalidad en la mayor parte de los países continúa muy por encima de los niveles pre-pandémicos. De hecho, en enero de 2023 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió mantener el nivel máximo de alerta pandémica. Tres años después de que esta misma organización declarara a la enfermedad “urgencia de salud pública internacional”, para la burocracia sanitaria mundial la situación sigue siendo, en los papeles, la misma. Alerta máxima en 2020, alerta máxima en 2023. Sin embargo, hace tres años esa noticia contribuyó a una ola de pánico e histeria sin igual. Hoy, la noticia ha pasado casi completamente desapercibida. Aunque los medios de comunicación no han reparado en ello, y aunque los gobiernos y la industria farmacéutica mantuvieron un estruendoso silencio, la decisión de la OMS de mantener –luego de tres años– el estado de máxima alerta, en un contexto de emergencia sanitaria mundial, tiene dos implicaciones muy importantes. La primera es que se trata de la pandemia de virus respiratorio más prolongada de la que tengamos noticia. Hasta el momento, las pandemias de este tipo viral duraban entre uno y dos años. La más letal de todas ellas, la de 1918, se extinguió en 18 meses. ¿Por qué ha durado más la pandemia de covid-19? ¿No tendrá ello algo que ver con el tipo de respuestas, sin precedentes, que dieron los estados? La segunda implicancia es el reconocimiento implícito de la ineficacia de las vacunas. Aunque se repita día y noche en los medios que las vacunas son seguras y eficaces, la decisión tomada por la OMS es

¹ Carlos Herrera de la Fuente, *Consideraciones pandémicas*, México, Fides, 2023, p. 22.

un desmentido indirecto, al menos, de la segunda parte de esta pieza de fe: eficaces, decididamente no lo son. Pero más allá de lo que diga o declare la OMS, en las publicaciones científicas se acumulan estudios que ponen en duda no solo la eficacia de estos productos, sino, sobre todo, su seguridad. La cantidad de efectos adversos reportados supera ampliamente a la de cualquier vacuna comercializada en el pasado, a pesar de las múltiples presiones para que el personal médico no denuncie los daños eventuales, o para que se hable lo menos posible sobre ellos. Y lo más preocupante de todo: el exceso de mortalidad registrado durante 2020 en buena parte de los países (la mayor parte de los de Europa son casos paradigmáticos) no disminuyó en 2021 ni en 2022, y no es evidente que lo esté haciendo en 2023. Para ser claros: ni en 2020 vivimos la catástrofe sanitaria que nos contaron, ni ahora estamos en una situación sanitaria «normal», equiparable a 2019.

Hipocresía política y mediática

Ni la ratificación por parte de la OMS de la emergencia sanitaria, ni los numerosos estudios que constatan una gran cantidad de efectos adversos asociados a las vacunas anti-covid (y su rápida pérdida de eficacia), han concitado atención mediática. Incluso obscenas declaraciones que, en otros tiempos, con democracias más saludables, hubieran provocado escándalos políticos y renunciadas en altas esferas, han pasado sin pena ni gloria. Janine Small, presidenta de mercados internacionales de Pfizer, declaró el 10 de octubre de 2022 al Parlamento Europeo que Pfizer no sabía si su vacuna covid-19 prevendría la transmisión del virus *antes* de que ingresara al mercado, hacia diciembre de 2020. Lo dijo lo más campante: las autoridades que coaccionaron a sus poblaciones a aplicarse esos productos experimentales, impusieron pases sanitarios, sanciones a las personas no vacunadas y montaron masivas campañas asegurando que las vacunas cortarían la transmisión, no tenían mucho interés en ahondar en el tema. Tampoco los medios que incentivaron a las poblaciones a *poner el hombro* a las vacunas y silenciaron –e incluso vilipendiaron– a las voces críticas. Pero la conclusión es obvia: durante las campañas de vacunación impulsadas por los gobiernos,² y respaldadas por los medios, se mintió a la población. No había ninguna prueba de que las vacunas cortarían la transmisión (y de hecho no la cortaron), ni de que la ecuación coste/beneficio fuera favorable para toda franja de edad. A esta altura, parece claro que los daños superan a los beneficios en casi todas las franjas etarias, salvo quizás en las personas de edad muy avanzada, como parecen reconocer a regañadientes gobiernos como el del Reino Unido, que ha suspendido, en la práctica, las dosis de refuerzo en la población británica menor de 50 años.³

Lo que sí tuvo una amplia recepción política y mediática durante las últimas semanas de 2022 fueron las protestas masivas en China contra los confinamientos y la política de *covid-cero*. La cosa no debería sorprender: en Occidente, cualquier suceso que deje mal parada a China –o al menos a sus autoridades– siempre tiene amplia cobertura. Pero estas protestas descolocaron a casi todo el mundo. Con una hipocresía a prueba de balas, muchos medios y figuras políticas condenaron el autoritarismo chino, como si esas medidas no fueran semejantes a las que se aplicaron en casi todos los países occidentales. El hecho de que esas protestas fueran inequívocamente protagonizadas en gran parte por trabajadores fabriles, a su vez, dejó sin argumentos a quienes, desde posiciones de izquierda, avalaron el *talibanismo sanitario* y las políticas de restricciones: aquí no era gente de clase media, ni empresarios, ni trumpistas, ni «antivacunas» o *terrapiplanistas* quienes protestaban. Eran trabajadores y proletarios –en el más estricto sentido de la palabra– del nuevo *taller mundial*.

² Con algunas excepciones al menos parciales, como la de Japón y Suecia, que montaron campañas menos coactivas y más informadas.

³ La noticia fue difundida el 25 de enero de 2023, aunque los medios le dieron poca difusión. *Vid.*, por ej., “UK Government Ending COVID-19 Vaccine Boosters for Health y People Under 50”, en *The Epoch Times*, disponible en https://www.theepochtimes.com/uk-government-ending-covid-19-vaccine-boosters-for-healthy-people-under-50_5010804.html?utm_source=share-btn-copylink.

Las «explicaciones» del persistente recurso a confinamientos y restricciones por parte del gobierno chino que ofrecieron muchos medios en nuestros países mueven a risa: se dijo, sin la más mínima prueba, que ello se debía a la ineficacia de las vacunas chinas. La realidad es que todas las vacunas han demostrado escasa eficiencia, y la epidemia en China sigue en cotas que están por debajo de otros países. Mientras los medios anunciaban un crecimiento exponencial y catastrófico de los contagios y los decesos en China tras el abandono de la política de covid-cero (que nunca se produjo), Japón experimentaba un importante brote, del que nadie se enteró. La pronosticada catástrofe china era sobre todo un «deseo» de los gobiernos occidentales, que intentaron crearla mediáticamente aprovechando la fama de falta de transparencia del gobierno chino (fama cierta, lo que no significa que no sea compartida por los países donde nos situamos). La posibilidad de decenas de miles de muertos no es descartable, pero estamos en un país de 1.200 millones de habitantes, en el que cada año mueren cerca de diez millones de personas.⁴ En realidad, la evolución del virus en China luego de la suspensión de las medidas más severas es una prueba postrera de que no estamos ante el virus tremendamente asesino que nos han intentado vender una y otra vez. En cualquier caso, con o sin China en los titulares, la manipulación mediática no ha cambiado ni un ápice. Los medios masivos han demostrado hasta la saciedad su falta de honestidad y de ética, y su vocación de ser voz de sus amos.

Forzado por las protestas, el gobierno chino desistió finalmente de su insensata política de covid-cero, al igual que las autoridades australianas y neozelandesas, que, confiando ingenuamente en su carácter insular, creyeron que podrían evitar indefinidamente la circulación en su territorio de un virus esparcido por el resto del mundo. Les llevó tres años darse cuenta de lo que, hasta 2019, era un presupuesto que nadie discutía seriamente en epidemiología: que los virus respiratorios no son bloqueables de manera eficiente por medios físicos, y que ningún virus con alta tasa de mutabilidad es eliminable con los medios conocidos.⁵ Hasta el momento, solo un virus ha podido ser erradicado por acción humana con una vacuna: la viruela. Y en este caso se contó con la muy favorable circunstancia –inexistente en los coronavirus– de que carece de reservorio animal. Otro virus respiratorio, el sarampión, ha sido controlado de manera efectiva de la misma manera. La rubeola se ha beneficiado también de la vacuna. Pero son virus con una característica destacada: crean inmunidad permanente y no mutan de forma apreciable. Justamente lo contrario que los coronavirus y otros virus catarrales y de la gripe.

A comienzos de 2022, las noticias centradas en la covid-19 fueron desalojadas de los titulares por las que llegaban tras la invasión rusa de Ucrania, y ya nunca regresarían a primer plano, aunque sigamos en “alerta máxima”, y aunque el exceso de mortalidad se empeña en no disminuir. Desplazadas a un segundo plano, las noticias referidas a la pandemia oscilan entre renovados discursos aterradoros sobre nuevas variantes, que pasan sin pena ni gloria ante una población que ha perdido el miedo y ya no es proclive a entrar en pánico (al menos no por el otrora tan temido virus SARS-CoV-2), y anuncios milagrosamente esperanzadores sobre las bondades de nuevos productos proporcionados por la industria farmacéutica: la vacunas bivalentes (covid-19/gripe) han sido la última estrella. Pero como sucediera con todas las precedentes vacunas anti-covid, la eficacia de estas nuevas vacunas ya es sensiblemente menor que lo que pregona la propaganda, y de hecho, se puede hablar de fracaso total.⁶ La confianza del público ante todos estos productos se desmorona. En

⁴ Al respecto, resulta muy interesante la intervención de Louis-Vincent Gave, “The truth about China’s reopening”, disponible en <https://unherd.com/thepost/louis-vincent-gave-the-truth-about-chinas-reopening>.

⁵ Un documento de la OMS lo dejaba muy claro en 2019: “Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza”, disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>. La más reciente revisión sistemática ha refrendado lo que ya se sabía antes sobre las mascarillas: su muy escasa efectividad para evitar contagios de virus respiratorios. Un conocimiento ignorado por todas las autoridades que obligaron a sus poblaciones a emplear mascarillas incluso al aire libre. Véase Tom Jefferson *et. al.*, “Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses”, en *Cochrane reviews*, enero 2023, disponible en <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub6>. A la ineficacia de los confinamientos le dedicaremos un apartado más adelante.

⁶ Véase Nabin K. Shrestha *et. al.*, “Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Bivalent Vaccine”, en *MedRxiv*, diciembre de 2022, disponible en <https://doi.org/10.1101/2022.12.17.22283625>.

todos los países se registran disminuciones significativas, dosis tras dosis. La desconfianza de la población está perfectamente justificada. Como muestran numerosos estudios, la eficacia de las vacunas disminuye en pocas semanas de manera notable. A esto se agrega que la población con dos o tres dosis parece ser más proclive a contraer la enfermedad que la población no vacunada. Al menos esto es lo que arrojan los datos del Reino Unido.⁷ El resultado, al menos allí, es que los riesgos de la población vacunada con una, dos y tres dosis son mayores que los de la población no vacunada. Sólo está en mejor situación la población con cuatro dosis, pero su situación empeorará con el paso del tiempo, a no ser que se aplique una nueva dosis, y así sucesivamente. Esto significa que para tener una protección ligeramente superior a quienes no se han inoculado deberíamos inyectarnos cada tres meses. Sin embargo, la covid-19 no es la única enfermedad, y las inoculaciones vacunales (especialmente las de ARN-m) están provocando un número inaudito de efectos adversos. Estas consecuencias negativas se asocian con el exceso de mortalidad observable en población joven y sana. Los defensores de las vacunas han dicho desde hace meses que las mismas incidían positivamente sobre hospitalizaciones y muertes por covid-19, pero incluso esta idea ha sido puesta en cuestión,⁸ y en todo caso la protección ofrecida por estos productos es de breve duración: pocos meses o incluso solo algunas semanas.

Una pandemia de desinformación

Pese a todo, la tendencia social más general (incentivada por medios y gobiernos, pero irreductible a sus manipulaciones) es la de *pasar página*. La gente muestra, en general, ya poco interés en hablar de la pandemia. Aunque la inmensa mayoría vivió meses de verdadero horror y mantuvo virtualmente su vida en suspenso por uno o dos años, se observa poca voluntad para reflexionar sobre lo vivido. El fenómeno en sí es comprensible: la conjunción de un estado bastante generalizado de *shock* y la escasa voluntad por parte de medios de comunicación de masas y autoridades políticas para analizar y discutir lo sucedido, explican suficientemente bien la actitud de pasar página. Sin embargo, el evento pandémico fue un fenómeno absolutamente sin precedentes, y su desarrollo y consecuencias poco tienen que ver con lo que se afirma en los distintos –pero esencialmente idénticos– discursos oficiales u oficiosos. Dado el alcance y la magnitud de lo vivido, y debido a sus potenciales efectos a futuro, debemos seguir hablando, investigando y reflexionado sobre una pandemia que aún no termina.

Son varios los yerros, mitos o mentiras descaradas (dependiendo de los casos o según como se lo quiera ver) que permearon el abordaje de la pandemia y permanecen aún, debilitados pero operantes, en el discurso dominante de la ortodoxia covidiana: 1) la extrema letalidad del SARS-CoV-2 y la amenaza indiscriminada que representaba; 2) la capacidad de las medidas de aislamiento social/confinamiento para mitigar la expansión viral y la mortalidad general; 3) las escasas consecuencias negativas –sanitarias, sociales y económicas– de tales medidas; 4) la eficacia de las vacunas para reducir contagios y decesos; y 5) los limitados efectos adversos de la vacunación universal anti-covid.

Reconsiderando la letalidad del virus

La estimación de las muertes por covid-19, y la propia letalidad del virus, han sido un tema central durante toda la pandemia. Pero la discusión al respecto fue virtualmente eliminada del espacio público por una combinación de silenciamiento y descalificación de aquellas voces que postulaban que el terrorífico abordaje

⁷ https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.12.17.22283625v1.full?utm_source=substack&utm_medium=email#T1.

⁸ <https://www.preprints.org/manuscript/202301.0204/v3>.

social de esta enfermedad poca relación guardaba con su real amenaza. Desde los distintos medios de comunicación –tanto públicos como privados– se la presentó como una tormenta devastadora. Se transmitió la idea o la sensación de que estábamos ante una patología con una tasa enorme de letalidad, sin comparación con otras con las que nos enfrentamos año tras año; y ello fue la piedra basal para justificar restricciones masivas primero, y una política de vacunación universal de emergencia después. Las cifras alarmantes de los primeros momentos, junto con las imágenes truculentas de los hospitales saturados y los muertos casi apilados, sirvieron para sembrar el pánico en la población y justificar unas medidas restrictivas no solo desmesuradas, sino también –como veremos luego– fundamentalmente contraproducentes. Sin embargo, un estudio recientemente publicado, pone las cosas en su sitio y corrobora lo que encontraron otros estudios previos realizados en los primeros meses de la pandemia.⁹ En el estudio al que nos referimos, se analizan 40 investigaciones de seroprevalencia nacionales en 38 países, llevadas a cabo *antes* de las campañas de vacunación. En aquellos países (29) donde existían datos de prevalencia y de mortalidad por edad, la letalidad entre 0 y 59 años es del 0,03 (IQR, 0,013 – 0,056%). Si no se tiene en cuenta el fenómeno de la seroreversión (positivo cuyo nivel de anticuerpos desciende y se seronegativiza con el paso del tiempo) que la disminuiría, la tasa de letalidad de los infectados entre 0 y 69 años es de 0,095 %. Si las desglosamos por edad, las tasas serían las de la siguiente tabla:

LETALIDAD POR INFECTADO E INTERVALO DE EDAD. ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA NACIONALES

Cohorte de edad	Tasa de letalidad (cada 100.000)	Tasa de letalidad (porcentaje)	Sobrevivencia (porcentaje)
0-19 años	0,3	0,0003	99,99
20-29 años	3	0,003	99,97
30-39 años	11	0,011	99,89
40-49 años	35	0,035	99,65
50-59 años	129	0,129	98,69
60-69 años	501	0,501	94,99

Estos datos muestran unas tasas de letalidad sustancialmente inferiores a las que se sugirieron al principio. Y son tasas anteriores a que variantes menos letales empezaran a circular. Aunque cambian mucho de país a país y de región a región, lo cierto es que, a nivel mundial, el impacto de la covid-19 ha sido limitado. Afecta de manera significativa solo a la población anciana y a segmentos muy reducidos de la juventud con determinadas patologías previas. Cabe recordar que el 94% de la población mundial es menor de 70 años, el 91% menor de 65, y el 86% menor de 60; y solo las personas mayores de 70 presentaban una alta probabilidad de morir si se infectaban con el SARS-CoV-2. Contrariamente a lo que mucha gente cree o asume implícitamente, en 2020 la covid-19 no fue la principal causa de muerte en ningún país del mundo. Infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares y afecciones relacionadas con la contaminación ambiental provocaron un número sustancialmente mayor de decesos. En tanto que la desnutrición y el cólera ocasionaron parecidas cantidades de muertes, con el agravante de que se trata mayormente de población infantil.

Sin embargo, toda la gestión sanitaria del covid se ha basado en estimaciones mucho más elevadas de la letalidad de virus, y bajo la presunción –implícita o explícita– de que el riesgo era igual para todos, por lo que las medidas tuvieron un carácter entre indiscriminado (confinamientos, mascarillas) o altamente general (vacunación), además de coactivo. Las estimaciones que invocaron los gobiernos para justificar sus medidas,

⁹ John Ioannidis *et. al.*, “Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly informed from pre-vaccination national seroprevalence studies”, en *MedRxiv*, 13 de octubre de 2022, disponible en <https://doi.org/10.1101/2022.10.11.22280963>.

como la del famoso estudio de Ferguson y el Imperial College –que fue tomado como referencia para decretar el confinamiento– ya han sido rotundamente desmentidas por la evidencia acumulada.¹⁰ Pero quienes sostenemos que la letalidad del virus es enormemente inferior a la que se adujo a la hora de adoptar –y mantener– las medidas sanitarias, no hablamos con “el diario del lunes”. En marzo/abril de 2020 ya había estudios confiables que mostraban suficientemente, al igual que los datos ofrecidos por la infección masiva en el crucero *Diamond Princess*, que la letalidad del virus era alta, pero no excepcional, y muy claramente sesgada hacia la población anciana. Esto sirvió para que Ioannidis –quizá el científico de salud pública más reputado del mundo– pidiera contención y mesura a los gobiernos, y alertara sobre los efectos dañinos de los confinamientos.¹¹

Combatir un virus a martillazos

Instalada la sensación de una amenaza mortal indiscriminada e inminente, la loca idea de combatir al virus por medio de encierros masivos de toda la población (inicialmente de una ciudad, luego de países enteros) fue adoptada primero por las autoridades chinas, para ser poco después imitada por la mayor parte de los estados. Las denuncias de la brutalidad de medidas adoptadas por un gobierno dictatorial dieron rápidamente lugar a su exaltación como la única protección posible. Sorprendentemente, sociedades que presumen de su libertad, e incluso de su rebeldía ante las arbitrariedades del poder, aceptaron con generalizada sumisión un «arresto» domiciliario masivo. Al ver en febrero las imágenes de una Wuhan con sus calles desiertas, transitadas únicamente por fuerzas militares, muchas personas pensaron en Europa y en América Latina: *aquí ni en broma nos podrían encerrar así*. En marzo, sin embargo, esas mismas personas estaban igualmente encerradas: algunas con entusiasmo, muchas con resignación, pocas con recelo, casi todas con miedo.

La desmesurada reacción ante el nuevo virus pudo haber estado condicionada por la «sospecha» de que se trataba de un escape de laboratorio. Aunque política y mediáticamente se afirmó que su origen era un salto zoonótico¹² y se censuró como desinformación las argumentaciones en favor de un origen artificial, todavía hoy el origen del SARS-Cov-2 sigue siendo poco claro. Pero las probabilidades de un origen de laboratorio se han incrementado con el paso del tiempo, apuntaladas por nuevas informaciones (sobre todo cuando vemos que no existe voluntad de una verdadera investigación).¹³ De todos modos, el origen concreto del virus no es, o no debería ser, un factor decisivo en el tratamiento epidemiológico del problema sanitario (aunque la experimentación con virus peligrosos debería ser seriamente reconsiderada, sea cual sea el origen de este virus: son actividades de alto riesgo, en pos de beneficios ilusorios para la mayoría de la población, pero que ofrecen pingües ganancias para los laboratorios privados).

Cuando el SARS-CoV-2 fue detectado en China, el gobierno de este país primero ocultó el asunto y censuró a los médicos que advirtieron sobre una nueva “neumonía atípica”. Poco después, pasó del silencio (las primeras noticias llegaron al resto del mundo desde la vecina Taiwán) a adoptar drásticas medidas de confinamiento en la ciudad de Wuhan, que fueron observadas con sorpresa y estupor en el resto del mundo.

¹⁰ El estudio se encuentra disponible en <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/news--wuhan-coronavirus>. En nuestro libro *Una pandemia sin ciencia ni ética* (Ed. El Salmón, 2022, pp. 182-185), analizamos los muchos yerros y pocos aciertos de este trabajo.

¹¹ John Ioannidis, “A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data”, *Stat*, 17 de marzo de 2020, disponible en <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data>.

¹² Esta fue la hipótesis a la que atribuimos mayores chances en nuestro primer libro –coescrito con Paz Francés y otros autores– *Covid-19: la respuesta autoritaria y la estrategia del miedo*, España, Ed. El Salmón, 2021.

¹³ Smiriti Mallapaty, “Who abandons plans for crucial second phase of COVID-origins investigation”, en *Nature*, 14 de febrero de 2023, disponible en <https://www.nature.com/articles/d41586-023-00283-y>

Durante varias semanas, los demás estados permanecieron mayormente pasivos, aunque algunos –como Japón y Corea– tomaron tempranas medidas de detección. En verdad no había mucho que se pudiera hacer, salvo tratar de detectar contagiados (sin pruebas específicas al inicio) y poner en cuarentena a los pasajeros que procedieran de Wuhan, en su gran mayoría gente adinerada y altos ejecutivos de empresas internacionales. Acaso porque las autoridades eran reticentes a incomodar con «medidas medievales» (reservadas para el pueblo llano) a gente tan importante e influyente, las cuarentenas a quienes procedían de la región inicial del brote se implantaron muy tardíamente, cuando el virus ya se hallaba ampliamente esparcido. Pero no es seguro, y acaso ni siquiera probable, que medidas de ese tenor hubieran podido detener al virus y conseguir erradicarlo. En el pasado nunca se lo logró. Y hay que tener en cuenta el panorama mundial: aunque en algún sitio se lo frene, si en otros se expande, tarde o temprano llegará a todos lados, salvo que se ejerza con eficacia un casi imposible control de fronteras de manera ilimitada. Podría haber excepciones, como países insulares, pero a la larga el virus llegará a todos lados (como lo hizo, en general, al cabo de pocas semanas). Por lo demás, y como ya vimos, muchos estudios –incluyendo un documento de la OMS publicado en 2019– concluían que las medidas no farmacológicas, empleadas hasta entonces a escala mucho menor, eran ineficaces para detener la transmisión de virus respiratorios, además de socialmente costosas y éticamente discutibles.

El interrogante sobre si los confinamientos y cierres de fronteras hubieran sido efectivos si se hubieran aplicado tempranamente y de modo más drástico, sin embargo, ha sobrevolado la discusión durante toda la pandemia. ¿Qué se puede decir al respecto?

Se puede especular que, durante enero y principios de febrero de 2020, una acción coordinada podría haber tenido una pequeñísima posibilidad de éxito, aislando a los primeros contagiados. Pero esto es muy improbable, debido a que es casi seguro que el virus circuló mucho antes de ser detectado. Hay indicios de que habría estado circulando fuera de China antes de lo que se pensaba.¹⁴ De hecho, en España, el primer muerto confirmado es del 13 de febrero del 2020, lo que hace presuponer que se contagió hacia finales de enero. Todas las experiencias previas, por lo demás, indican que los virus nuevos son detectados luego de que han circulado de manera silente por un tiempo relativamente prolongado. Y dada la incierta virulencia del virus (la gravedad de la enfermedad era desconocida) y la velocidad de la diseminación del SARS-CoV-2 (sumamente rápida), el periodo mínimo para reaccionar era sumamente escaso: coordinar una acción internacional en tales circunstancias parece una quimera. Pero aun cuando ello no tuviera altas probabilidades de erradicar al virus (las probabilidades eran pocas, conociendo lo que conocemos de experiencias pasadas, confirmadas ampliamente por la presente), la pregunta es si valía la pena intentarlo debido a su bajo impacto: sólo afectaría a un pequeñísimo número de personas. En ese momento, sin embargo, los estados estuvieron a la expectativa y no hicieron nada. Luego, cuando el virus ya estaba suficientemente esparcido y su impacto letal se hizo sentir en Europa, sobreaccionaron en el sentido inverso, imponiendo confinamientos no solo a las personas contagiadas o con sospechas ciertas de estarlo, sino a toda la población, afectando la vida de miles de millones de hombres y mujeres. Los confinamientos, por lo demás, parecen haber propiciado contagios con alta carga viral (que son los que se dan, en general, entre convivientes, y que tienden a producir los cuadros más severos), al tiempo que minimizaban los contagios con menos carga viral (que ocurren en encuentros circunstanciales). De este modo, la política de confinamiento ralentizó el desarrollo de la inmunidad natural, al tiempo que favoreció los contagios más peligrosos. La verdadera catástrofe que vivieron las residencias de ancianos es prueba suficiente de que el encierro era, por varias razones, un arma de doble filo.

Los confinamientos fueron un desastre social. No lograron suprimir el virus. Además, su incidencia a la hora de reducir la circulación viral fue baja en el corto plazo, y nula en el largo. Ni siquiera es seguro que hayan

¹⁴ Vid. Jesse Bloom, “Recovery of Deleted Deep Sequencing Data Sheds More Light on the Early Wuhan SARS-CoV-2 Epidemic”, en *Molecular Biology and Evolution*, feb. 2023, disponible en <https://academic.oup.com/mbe/article/38/12/5211/6353034>.

evitado saturaciones hospitalarias en momentos puntuales. En paralelo, la salud física y mental de la población se vio deteriorada por estas medidas, la economía de muchas familias fue negativamente afectada, aumentó el desempleo, quebraron numerosas pequeñas empresas, la educación (debido a los cierres escolares) sufrió evidentes retrocesos (paliados solo en parte, y en parte agravados, con el pase a la mentada *virtualidad*). Según datos de *Oxfam*, durante los dos primeros años de la pandemia los diez hombres más ricos del mundo duplicaron su fortuna, en tanto que los ingresos de la mayor parte de la población mundial mermaron, y unos 160 millones de personas cayeron en la pobreza.

A esta altura, cuando los campeones de las medidas de covid-cero y confinamiento las han abandonado, criticar una política sanitaria que se ha quedado casi sin defensores parece baladí. Sin embargo, los daños ocasionados por dicha política son ingentes, y no está de más recordar la absoluta seguridad con que se la aplicó, imponiendo no solo obligaciones indiscriminadas a la población, sino también sanciones –a veces severas– a quienes las incumplieran. En el capítulo VI de *Covid-19: la respuesta autoritaria y la estrategia del miedo*, titulado “¿Ha salvado vidas el confinamiento?”, hemos ofrecido una respuesta negativa basada en investigaciones históricas, análisis comparativos, ensayos clínicos, e incluso modelizaciones matemáticas. Luego de la publicación de nuestro trabajo, salieron a la luz otros estudios que muestran la ineficacia de tales medidas para cortar la transmisión viral. Aunque ahora reconozcan que los confinamientos provocaron grandes efectos negativos y no lograron frenar la expansión viral, quienes en su momento los defendieron suelen excusarse argumentando que entonces *no se sabía*. Sin embargo, existían numerosos estudios que concluían que las medidas físicas son ineficaces para detener a un virus respiratorio. En todo caso, no hablamos *a toro pasado* o con el *diario del lunes*.¹⁵

Buscar en el encierro y en las mascarillas la contención de un virus respiratorio era una idea absurda: ningún estudio científico avalaba esa creencia. Y no era necesario ser Mandrake para prever que un encierro generalizado y prolongado tendría necesariamente consecuencias dañinas. ¿Cómo pudo una idea absurda convertirse en verdad incuestionable? En nuestros dos libros brindamos una explicación detallada y matizada, que distingue entre condiciones de posibilidad, desencadenantes y motores de la continuidad.¹⁶ Pero, para simplificar (y simplificamos mucho), digamos que el estado de pánico social fue fundamental, ayudado e incentivado por el oportunismo de la dirigencia política, la mendacidad de los medios de comunicación, la poca criticidad de la mayor parte del personal médico-científico y las presiones de los tres sectores hegemónicos –altamente entrelazados– del capital que se beneficiarían con el tipo de medidas adoptadas: la industria farmacológica, las empresas de tecnología digital y el sector financiero.

Un exceso de mortalidad persistente

El exceso de mortalidad por todas las causas ha permanecido en Europa –el continente del que se poseen datos más amplios, fiables y actualizados– en niveles casi idénticos durante 2020, 2021 y 2022. Y aún no se observa un claro descenso, un «regreso a la normalidad», en lo que va de 2023. El pánico del primer año, sin embargo, contrasta con la casi completa despreocupación de los últimos. Pero la cantidad de gente que ha muerto –y que sigue muriendo– es semejante, y bastante superior a los niveles prepandémicos. Con un agravante: tras la vacunación masiva, el exceso de mortalidad en población joven se ha incrementado significativamente. Por otra parte, en todo este período, la covid-19 no ha podido explicar la totalidad de los

¹⁵ Para muestra, un par de pepinos de la propia cosecha: José R. Loayssa, “¿Hay alternativa al estado de alarma y al confinamiento?”, en *El Salto*, 27 de marzo de 2020; y “Confinamiento total: un golpe brutal e injustificado”, también en *El Salto*, pero con fecha 6 de abril de 2020.

¹⁶ P. Francés, J. Loayssa y A. Petruccelli, *Covid-19...*, ob. cit., cap. XIII, pp. 353-378; y J. Loayssa y A. Petruccelli, *Una pandemia sin ciencia ni ética*, ob. cit., cap. XI, pp. 169-188.

decesos excesivos. De hecho, a nivel mundial, nunca explicó más que la tercera parte. Y en 2022, un porcentaje menor. El exceso de mortalidad luego del primer año pandémico llama mucho la atención: habitualmente, un periodo de elevación excepcional de la mortalidad debido a causas que inciden especialmente en población de edad avanzada y frágil es seguido de un periodo de mortalidad por debajo de la media. La razón de ese fenómeno es que una enfermedad o evento de carácter excepcional elimina a muchas personas que probablemente morirían por otras causas a corto plazo (lo que en epidemiología se denomina *efecto cosecha*). Pero eso no sucedió: el exceso de mortalidad permaneció elevado de manera constante.

¿Cuáles son las causas de las muertes excesivas no atribuibles a la covid-19? Aunque es este un terreno sumamente escabroso y en buena medida especulativo, algunas cosas sabemos y algunas presunciones tienen sólido sustento. En principio cabe apuntar que el problema con el *exceso de mortalidad* como variable sanitaria es que siempre existen varios factores que pueden contribuir a producirlo. Existen no solo potenciales causas, sino posibles variables de confusión que deben ser elucidadas. Se necesita una epidemiología minuciosa, una evaluación de los factores de confusión y la determinación de la causalidad en base a estudios sólidos. Para ello, se precisan datos que solo los gobiernos tienen. Pero, salvo excepciones, los estados no los están facilitando, ni mucho menos apadrinan investigaciones transparentes. Para arrojar luz sobre lo que ha sucedido durante esta crisis, y sobre lo que continúa sucediendo, el primer paso sería determinar la contribución relativa del propio virus SARS-CoV 2 y la enfermedad asociada a este, tanto directamente de forma aguda y a largo plazo (*covid prolongado*), como creando las condiciones para que otros factores patógenos actúen produciendo daños que conduzcan a la muerte. Otro orden de causas serían aquellas relacionadas con las secuelas de la acción de gobiernos e instituciones oficiales, y con el comportamiento de la población derivado tanto de la pandemia como de las medidas político-sanitarias implementadas.

Debemos ser críticos con las explicaciones que están utilizando las autoridades políticas y sanitarias, que curiosamente prefieren «defender» las propias medidas adoptadas –o respaldadas por ellas– que esclarecer científicamente lo ocurrido. Su máximo interés, ahora, es exculpar a las vacunas –que se siguen administrando– de toda posible contribución al exceso de mortalidad registrado (por medio de efectos adversos graves). Lo hacen, incluso, a costa de cuestionar su propia actuación previa y las restricciones que impusieron. Por ejemplo, se ha vuelto corriente, tanto a nivel político como mediático, señalar a los confinamientos –y al clima creado por estos– como los causantes del abandono de tratamientos crónicos, o la renuencia de las personas a recurrir a los servicios sanitarios; y que ello podría explicar al menos una parte del exceso de mortalidad de los últimos dos años. El grado de hipocresía de estas declaraciones es apabullante: las mismas autoridades y los mismos medios que en 2020 minimizaban los «efectos adversos» de los confinamientos y descalificaban a quienes se atrevían a advertir sobre ellos como peligrosos «negacionistas», ahora reconocen esos daños y desestiman, con igual seguridad, que las vacunas tengan algo que ver con el presente aumento de la mortalidad. Los confinamientos, que en 2020 fueron impuestos como la única manera de protegernos, son apuntados ahora como causantes de un exceso de mortalidad sorpresivo.

No se puede negar la contribución del SARS-CoV-2 al aumento de la mortalidad durante la crisis. Pero tampoco se puede negar que coadyuvaron a eso medidas como el confinamiento o la prioridad absoluta otorgada durante meses a los «casos covid», lo mismo que –para decirlo todo– el papel de los efectos indirectos del virus a largo plazo. No obstante, sería muy importante echar luz sobre su incidencia relativa. En un artículo publicado en enero de este año, Carl Henneghan y Tom Jefferson ha resumido las posibles causas del elevado número de muertes en relación a las esperables.¹⁷ Ofrecen una lista de hasta ocho posibles

¹⁷ Carl Henneghan y Tom Jefferson, “Excess deaths - time to stop the headlines and do the serious work”, disponible en https://open.substack.com/pub/trusttheevidence/p/excess-deaths-time-to-stop-the-headlines?utm_campaign=post&utm_medium=email.

contribuyentes, que no son mutuamente excluyentes. Citan las consecuencias del tratamiento y atención inadecuados recibidos durante los períodos de restricciones, y también las consecuencias de los tratamientos no recibidos, especialmente por pacientes en condiciones crónicas o con enfermedades graves en evolución con una historia natural que tiende a producir la muerte, como por ejemplo el cáncer. También anotan el aumento del riesgo cardiovascular debido al sedentarismo y al aumento del consumo de alimentos y alcohol, así como el impacto de la pandemia en el personal sanitario, en términos de fatiga y otras consecuencias profesionales que afectan la estructura y el funcionamiento de la sanidad. El retraso en personarse en servicios sanitarios, especialmente de urgencias, está documentado en algunos países, como lo está el retraso de los servicios de atención urgente vital de acudir cuando se les ha solicitado. En el mismo sentido, se han constatado dificultades en el acceso a la atención primaria y a otros servicios preventivos. Pero estos autores no se conforman con esos factores, aceptables por la «historia oficial». No niegan su incidencia real, pero les parece que resultan completamente insuficientes para explicar un exceso de mortalidad tan elevado y persistente a lo largo de casi dos años. Añaden, pues, la posibilidad de una intervención no identificada, exposición inesperada o lesiones a nivel de la población, sin precisar más. En realidad, parecen señalar al posible culpable, sin nombrarlo. No postular la hipótesis de que las vacunas hayan podido contribuir al exceso de mortalidad es un sarcasmo de los autores. O una manera de evitar la censura abierta o solapada que ha recrudecido en las publicaciones científicas. Parecen hablar el lenguaje de Esopo. Ciertamente que, a buen entendedor, pocas palabras... Así y todo, el hecho de que hipótesis completamente razonables deban enunciarse *entre líneas*, algo nos dice del estado actual de la ciencia. El caso, desde luego, dista de ser excepcional.

La posibilidad de que las vacunas sean responsables de muertes inesperadas es recibida con hostilidad no disimulada por todo el sector oficial, por todos aquellos que han declarado –sin fundamento en ningún estudio contrastable– que las vacunas eran efectivas, seguras y cortaban la transmisión viral. Siguiendo con su tendencia a ignorar los procedimientos científicos para llevar a cabo afirmaciones sobre el impacto de intervenciones médicas y sanitarias, descartan sin evidencias que las vacunas sean parte contributiva en el exceso de mortalidad que hemos vivido y estamos viviendo. Es una opinión sin ninguna rigurosidad. En primer lugar, los argumentos que asocian las vacunas covid-19 con daños extensos en la salud de los que las reciben están justificados en razones de plausibilidad biológica. Se han publicado hipótesis razonadas de la posible acción de las vacunas ARN-m a nivel biomolecular dentro de las células.¹⁸ Otros estudios han identificado los mecanismos causales de algunos de los problemas que se han asociado a las vacunas.¹⁹ Podríamos añadir más artículos en esta línea, pero por razones de espacio creemos que estos son suficientes.

Si existe plausibilidad biológica de determinados efectos, otro dato a considerar es si se están produciendo daños en la población vacunada compatibles con esos mecanismos biomoleculares identificados. La miocarditis en jóvenes ha sido –precisamente por afectar a una población en general sana– uno de los efectos secundarios identificados más allá de cualquier duda razonable. Se ha constatado que la miocarditis, así como otros daños cardiovasculares, está detrás de casos de muerte repentina.²⁰ La propia OMS ha reconocido la asociación de esta afección con las vacunas, aunque añadiendo –eso sí– que siguen teniendo un costo-beneficio favorable (algo que, sin embargo, no es cierto). Pero la miocarditis dista mucho de ser el único daño identificado, asociado a las vacunas. Los cuadros neurológicos detectados son múltiples y con una

¹⁸ K. Acevedo-Whitehouse y R. Bruno, “Potential health risks of mRNA-based vaccine therapy: A hypothesis”, en *National Library of Medicine*, 25 de enero de 2023, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9876036>.

¹⁹ Yiran E. Lee *et al.*, “Clinical cardiovascular emergencies and the cellular basis of COVID-19 vaccination: from dream to reality?”, en *National Library of Medicine*, noviembre de 2022, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36075372>.

²⁰ Constantin Schwab *et al.*, “Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination”, en *Springer Link*, 22 de noviembre de 2022, disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-022-02129-5#Sec3>.

frecuencia en absoluto desdeñable.²¹ Los datos de los sistemas oficiales de declaración de efectos secundarios, como el VAERS, han recibido en menos de dos años un récord de reportes de daños asociados temporalmente con la vacuna, que sobrepasan ampliamente el número de declaraciones recibidas relacionadas con *todo* el resto de vacunas en el curso de *cuatro décadas*. La curva de aumento de estos reportes se ha disparado de manera increíble: una verdadera epidemia de denuncia de efectos adversos. Como ejemplo paradigmático están los datos de Florida, cuyo gobierno los ha publicado y exigido al gobierno federal de los EE.UU. una investigación seria sobre el impacto de la vacunación.²² Por lo demás, este registro es altamente probable que esté subvalorando el impacto real, debido a que tales sistemas están lastrados por una infradeclaración significativa, debida a su carácter pasivo: las denuncias son voluntarias y no se busca activamente detectar posibles casos. No se los puede comparar con sistemas basados en la búsqueda activa de casos, que se deberían haber implementado para monitorear estas nuevas vacunas sin probar. Un estudio muy importante, por lo demás, encontró que en el propio ensayo en fase de las vacunas ARNm, había un mayor número de efectos secundarios de especial preocupación que cuadros graves de covid evitados.²³

El tercer indicio de la posible relación entre vacunas y exceso de mortalidad es la asociación entre el porcentaje de población vacunada en una determinada zona y la dimensión del exceso de mortalidad allí registrado. Pero no hay que olvidar que los datos observacionales en población no controlada están expuestos a sesgos, y que su calidad, en muchos casos, se encuentra por debajo de lo deseable. Con frecuencia, los datos sobre el número respectivo de vacunados y no vacunados son confusos, incluso en países con sistemas de salud sólidos, como el Reino Unido.²⁴ Cuando los datos se refieren a muchos países, con distintos criterios y calidad en la recogida de datos, diferentes vacunas, en diversos periodos temporales, etc., pueden producirse errores importantes. Uno de ellos es la conocida *paradoja de Simpson*: los resultados o tendencias observadas a nivel agregado cambian de signo cuando el grupo general se divide en otros más pequeños. Por todo ello, la asociación entre el porcentaje de vacunados y la tasa de mortalidad por todas las causas debe considerarse un indicio, más no una prueba de causalidad. Pero ya son muchos los estudios que muestran cierta correlación positiva entre dosis de vacunas administradas y exceso de mortalidad constatable. A esto hay que añadir que, si bien algunos estudios encuentran una correlación entre esas magnitudes, tal correlación explicaría el 27% de la variación si se considera la pauta inicial de dos dosis, y el 48 % si se contempla el refuerzo.²⁵ Pero no hay que precipitarse a extraer conclusiones: la propia existencia de países con una alta tasa de vacunación y un exceso de mortalidad inexistente o muy bajo, pone en cuestión que la vacuna sea la causa única, o incluso principal. Tal es el caso de Suecia, que parece empeñarse en ser el cisne negro de Popper en esta crisis. Habiendo evitado el confinamiento de su población y la suspensión de clases, Suecia fue el ejemplo más claro de que había otras maneras de afrontar la crisis, y que ello no implicaba una mortalidad mayor. De hecho, Suecia experimentó en 2020 un exceso de mortalidad significativo, pero muy inferior al registrado en países que fueron campeones del confinamiento, como España, Francia o el Reino Unido. La disonante política sanitaria sueca de 2020, empero, no se mantuvo en 2021: Suecia se plegó a la campaña de vacunación, aunque sin ejercer presión ni imponer sanciones a quienes optaran por no inocularse, pese a lo cual tuvo una elevada tasa de población vacunada. En 2022, Suecia –a diferencia de la mayor parte de los estados europeos– no tuvo ningún exceso de mortalidad. Esto no significa que las vacunas

²¹ M. Samim *et al.*, “Co-VAN study: COVID-19 vaccine associated neurological diseases- an experience from an apex neurosciences centre and review of the literature”, en *Journal of Clinical Neuroscience*, feb. 2023, disponible en [https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868\(22\)00485-4/fulltext](https://www.jocn-journal.com/article/S0967-5868(22)00485-4/fulltext).

²² Para mayor información al respecto, *vid.* <https://www.floridahealth.gov/newsroom/2023/02/20230215-updated-health-alert.pr.html>.

²³ Joseph Fraiman *et al.*, “Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults”, en *National Library of Medicine*, ago. 2022, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36055877>.

²⁴ Al respecto, vale la pena leer el artículo periodístico de Martin Neil y Thomas Fenton, “The latest ONS data on deaths by covid vaccination status”, disponible en <https://wherearethenumbers.substack.com/p/the-latest-ons-data-on-deaths-by>.

²⁵ Igor Chudov ha compilado en su blog una importante cantidad de artículos científicos en relación a esto. Véase <https://igorchudov.substack.com/p/a-guide-to-my-excess-mortality-articles>.

no produzcan efectos adversos mortales. Pero, para que esto tenga un impacto estadísticamente apreciable, parece necesario que haya factores asociados. Asimismo, la evolución temporal del exceso de mortalidad (con varios ascensos y descensos) dificulta establecer una asociación entre los efectos de las vacunas y las ondas de exceso de mortalidad, tanto si se consideran efectos a corto plazo como si se incorporan efectos a mediano plazo o acumulativos. Esto ha llevado a algunos autores a proponer la hipótesis de que la vacuna facilita la acción de otros patógenos, incluido el propio SARS-CoV-2, y que las ondas de mortalidad estarían relacionadas con infecciones no detectadas de la covid-19, como se hipotetizó que podía suceder.²⁶ También podrían ocasionar un incremento de la susceptibilidad a otros virus de transmisión en brotes.

Como conclusión, cabe señalar que el alarmante exceso de mortalidad observado es altamente improbable que se relacione con los efectos directos del virus. Existe con toda probabilidad un conjunto de factores, muchos de ellos relacionados con la gestión de la pandemia, que juegan un papel. Las propias vacunas anti-covid no parecen inocentes, sino un contribuyente más, aunque su peso específico no lo podamos establecer con precisión.

Las vacunas anti-covid: el fiasco de un experimento global. Del sueño a la pesadilla

Ahora, cuando ya nadie defiende confinamientos y restricciones indiscriminadas, las vacunas, especialmente las llamadas génicas (ARN-m y vectores virales), se han convertido en el centro de la polémica. A pesar que, desde un principio, muchos científicos señalaron los peligros potenciales de estos productos experimentales con los que no había experiencia previa, se inició con fe ciega una vacunación global masiva. Decir que se trata de un «experimento global» no es una alucinación conspiranoica. Es la expresión que empleó nada menos que Joan Ramón Laporte Roselló en su alocución ante una comisión del parlamento español. Puede defenderse la necesidad o pertinencia de tal experimento. Lo que no se puede hacer con honestidad es negar que se trata de eso, de un experimento. No había ni podía haber estudios que demostraran el grado de efectividad de tales productos, ni mucho menos sus posibles efectos adversos a corto, mediano y largo plazo. Ni siquiera se sabía si cortaban la transmisión viral, aunque desde el comienzo –al ser vacunas inyectadas– era improbable. No se trataba de productos probados en ensayos rigurosos y con el tiempo debido. En tales condiciones, toda la población vacunada participó del proceso de experimentación vacunal. Pero –y esto es decisivo– a nadie se le dijo que participaba de un experimento: por el contrario, se aseguró que las vacunas evitaban muertes y hospitalizaciones, cortaban la transmisión y causaban mínimos efectos adversos.

Hubo científicos que alertaron sobre las muchas incertidumbres y los probables riesgos en relación a estos productos. Estos científicos cuestionaron su aplicación masiva (sobre todo, tratándose de una enfermedad tan poco letal para la mayor parte de la población), pero aceptaron su utilización en la población de riesgo. Sin embargo, los gobiernos cerraron los ojos a dichas advertencias y pusieron todo su empeño en no recabar (incluso ocultar) datos fiables que permitieran establecer un balance costo-beneficio sólido y preciso. Las razones por las que actuaron así son altamente sospechosas. Incluso, permitieron el desmantelamiento precoz de los ensayos en fase III que debían servir para autorizar las vacunas, cuando el número total de muertes era similar en el grupo de intervención y en el de control.²⁷ Posteriormente, se han negado a poner en marcha ensayos clínicos para conocer la efectividad y los daños asociados a las vacunas. Ni siquiera los refuerzos con las vacunas de la variante original, o la nueva y fracasada vacuna bivalente, tenían el respaldo de los estudios recomendados. A esto se añade una falta de diligencia en el seguimiento de los efectos secundarios. Hemos dicho que los sistemas de vigilancia basados en declaraciones voluntarias de profesionales y

²⁶ Geert Vanden Bossche, “The Inescapable Immune Escape Pandemic”, en *Voice For Science and Solidarity*, 18 de febrero de 2023, disponible en <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-inescapable-immune-escape-pandemic>.

²⁷ Vid. <https://www.canadiancovidcarealliance.org/media-resources/the-pfizer-inoculations-for-covid-19-more-harm-than-good->.

población son poco exhaustivos, especialmente si, como en este caso que nos ocupa, los profesionales son cómplices –voluntarios o coaccionados– del intento de garantizar a toda costa el «éxito» de la vacunación. Por primera vez en la historia de esos registros, las declaraciones de los ciudadanos superan a las de los profesionales de forma destacada, especialmente en los primeros meses de la aplicación de la vacuna, los más importantes. Posteriormente, y a pesar de la ausencia de una búsqueda activa de efectos secundarios (como requería la circunstancia de tratarse de un producto nuevo e inexperimentado), comenzaron a aparecer una plétora de efectos secundarios diferentes, algunos de ellos con una frecuencia preocupante. Entre ellos, cabe destacar la miocarditis. No solo por su frecuencia, sino por afectar de forma notoria a jóvenes sin riesgo de covid-19 severo.²⁸ A esto hay que añadir que la miocarditis puede estar detrás de los casos de muerte súbita que se han denunciado, y que tampoco los gobiernos han querido investigar.²⁹

La reacción de los gobiernos y las instituciones sanitarias, inicialmente, fue negar que estos problemas estuvieran relacionados con las vacunas. Luego, cuando mantener esta negación era imposible a la luz de los datos, los menospreciaron y dijeron que eran raros, y que las vacunas proporcionaban más beneficios que perjuicios, pero sin presentar estudios sólidos para respaldar esa conclusión. Asimismo, sin datos o con datos manipulados, dijeron que la frecuencia de los daños específicos de la vacuna era substancialmente menor de la producida por el virus. Esta reclamación ha sido en algún caso ya desmentida.³⁰ El amplio espectro de los efectos secundarios de la vacunas contrasta con su discutible efectividad. Parece que podrían tener efectividad frente a consecuencias graves de la infección natural en la población vulnerable que no haya sufrido la infección previamente. Pero esa efectividad es clara y rápidamente menguante. Además, el intento de superar esta volatilidad de la protección mediante la multiplicación de dosis es un camino peligroso: podría favorecer el «pecado original antigénico» y el agotamiento de la inmunidad celular.³¹ A esto hay que añadir que las vacunas no impiden la transmisión, o sólo lo hacen parcialmente, durante un corto periodo de tiempo; y después, como hemos visto, pueden incluso facilitar el contagio. Esto se ve favorecido porque la vacuna no crea anticuerpos en la mucosa respiratoria, que es la puerta de entrada.³²

El que las vacunas no impidan la transmisión tiene una gran importancia epidemiológica: se facilita el escape inmunitario. Las vacunas, pues, contribuyen a seleccionar de forma intensa las variantes y subvariantes que escapan a los anticuerpos presentes.³³ Se trata de una carrera contra el virus y la propia biología evolutiva. Una carrera que siempre vamos a perder. Decíamos al principio de este texto que asistimos a la pandemia de virus respiratorio más prolongada de la historia. Esto se relaciona con una tasa de mutación muy elevada (incluso comparada con otros virus semejantes), que ocasiona la emergencia de nuevas variantes dominantes cada pocos meses, y una cantidad de recontagiados sin precedentes. El interrogante es si esto se debe exclusivamente a las características del SARS-CoV-2, o si es un fenómeno que se ve provocado total o parcialmente por unas vacunas que tanto propician como orientan las mutaciones, favoreciendo la aparición de nuevas variantes dominantes a una velocidad desconocida en el pasado. Hay sólidos indicios en favor de la segunda hipótesis, y es un juego peligroso confiar en que algunas de las nuevas variantes no resulten más patógenas que las previas. Si esto sucediera, las consecuencias pueden ser graves; y la responsabilidad de los

²⁸ Steven Gundry, “Observational Findings of PULS Cardiac Test Findings for Inflammatory Markers in Patients Receiving mRNA Vaccines”, en *Circulation*, 8 de noviembre de 2021, disponible en https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712.

²⁹ Constantin Schwab *et al.*, “Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination”, en *Springer Link*, 27 de noviembre de 2022, disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-022-02129-5#Sec3>.

³⁰ Ortal Tuvali *et al.*, “The Incidence of Myocarditis and Pericarditis in Post COVID-19 Unvaccinated Patients-A Large Population-Based Study”, en *National Library of Medicine*, 15 de abril de 2022, disponible en <https://doi.org/10.3390/jcm11082219>.

³¹ P. Chevairsrakul *et al.*, “Hybrid and herd immunity 6 months after SARS-CoV-2 exposure among individuals from a community treatment program”, en *Scientific Reports*, 14 de enero de 2023, disponible en <https://www.nature.com/articles/s41598-023-28101-5>.

³² Joei Ming Er Lim *et al.*, “SARS-CoV-2 breakthrough infection in vaccinees induces virus-specific nasal-resident CD8⁺ and CD4⁺ T cells of broad specificity”, en *Journal of Experimental Medicine*, 16 de agosto de 2022, disponible en <https://rupress.org/jem/article/219/10/e20220780/213399/SARS-CoV-2-breakthrough-infection-in-vaccinees>.

³³ Alan Kwan *et al.*, “Apparent risks of postural orthostatic tachycardia syndrome diagnoses after COVID-19 vaccination and SARS-Cov-2 Infection”, 12 de diciembre de 2022, disponible en <https://www.nature.com/articles/s44161-022-00177-8#data-availability>.

gobiernos, inmensa. Una responsabilidad que no solo se deriva de las consecuencias sanitarias negativas que la gestión de la pandemia ha ocasionado, sino de la propia naturaleza de la respuesta desde un punto de vista político, social, cultural e ideológico. La vulneración de derechos tan importantes como el de decisión informada ante intervenciones médicas no debe quedar impune. La información manipulada, llena de deformaciones y sesgos, dirigida a crear una situación generalizada de miedo, entre otras cuestiones, es algo muy grave.

Conclusión: todo lo actuado gubernamentalmente en relación a las vacunas es de una desprolijidad –por emplear un lenguaje suave– casi increíble: se aprobó su distribución violando normas bien establecidas, en nombre de la urgencia; se permitió a las empresas suspender los ensayos clínicos, cuando no surgía de los mismos ninguna conclusión inequívocamente favorable al empleo de estos productos en toda la población; se aseguró, sin pruebas, que cortarían la transmisión; se exageró su eficacia omitiendo la distinción (epidemiológicamente más que relevante) entre riesgo absoluto y riesgo relativo, y tomando como definitivos los resultados a corto plazo; se coaccionó a la población para que se aplique productos experimentales; se negaron o relativizaron, sistemáticamente, los efectos adversos; se pasó sin transiciones, ni estudios de ningún tipo, de sostener que no podían mezclarse dosis de diferentes marcas, a afirmar que podían mezclarse sin ningún riesgo; aún hoy no hay estudios comparativos amplios y rigurosos entre diferentes vacunas. En prácticamente todos los países, el ofrecimiento de vacunas se hizo sin estudios comparativos y con recomendaciones cambiantes nunca fundamentadas, un verdadero *cambalache* que generó escenas grotescas, como la que describe Eduardo Wolovelsky: “La gran pregunta en la fila del vacunatorio era con qué nos iban a vacunar. Cual si fuese el plato del día promocionado en un restaurante, la respuesta no se hizo esperar: *Hoy hay Sputnik*”.³⁴

¿Por qué debemos seguir hablando de la pandemia?

Como apuntáramos al inicio de este trabajo, la inmensa mayoría de las personas ya no quiere hablar de la pandemia. La ven como un mal trago que es preferible olvidar, una fatalidad ante la que no hay mucho que hacer, un momento doloroso que hay que superar. Y, sin embargo, debemos hablar sobre lo sucedido. Debemos hacerlo no solo por las enormes consecuencias sociales y políticas que ha engendrado, sino por el peligroso precedente que ha establecido de cara a los fantásticos desafíos que, como humanidad, deberemos afrontar en el siglo XXI, el *siglo de la gran prueba*, al decir de Jorge Riechmann. La crisis pandémica dejó al desnudo varias cosas. Una de ellas es el poder político del miedo. Cuando sienten miedo, las personas son capaces de hacer o aceptar lo que en otras circunstancias les resultaría inaceptable. A decir verdad, esto no es nuevo; de hecho, es algo muy viejo. Pero la escala que alcanzó el miedo pandémico, y la velocidad con que se diseminó, no tienen precedentes ni remotamente cercanos. La segunda cosa que esta crisis dejó al desnudo es la capacidad de las élites políticas, y sobre todo económicas, para beneficiarse de cualquier evento. Nuevamente, esto no es nuevo, pero la magnitud no tiene parangón. Naomi Klein ya había alertado sobre la “doctrina del *shock*”: el aprovechamiento de crisis reales, por parte de las élites económicas, para imponer «recetas» muy favorables a ellas y socialmente desastrosas. En nombre de la urgencia, las masas aceptaban ponerse la soga al cuello. Pero los ejemplos clásicos del uso de la doctrina del *shock* –de la hiperinflación en la Argentina del 89 a la devastadora inundación de Nueva Orleans en 2005– parecen un juego de niños en comparación con lo acontecido durante la pandemia. Otra cosa que ha quedado al desnudo es la capacidad performativa de los nuevos medios de comunicación y de las redes sociales. No es que no haya habido una pandemia, pero se la vivió con un horror que poco tenía que ver con la realidad sanitaria; para pasar luego,

³⁴ Eduardo Wolovelsky, “Nuestros cuerpos, nuestras decisiones”, en *Perfil*, 8 de agosto de 2021, disponible en <https://www.perfil.com/noticias/opinion/nuestros-cuerpos-nuestras-decisiones.phtml>.

casi sin transiciones, a una sensación de «normalidad» cuando la situación sanitaria, medida en mortalidad y exceso de mortalidad, poco se había modificado. El *relato* de la pandemia tuvo un impacto muy superior a su *realidad epidemiológica*. Y el relato vino acompañado de viejas y nuevas formas de censura, que fueron aceptadas casi sin protestas en las que –se suponía– eran democracias que colocaban a la autonomía personal, el derecho a la información y la libertad de expresión como pilares fundamentales. De manera insólita, reconocer la fragilidad y la incertidumbre de la vida fue masivamente asociado con un pensamiento de derecha. Y para muchas personas de pensamiento «progresista», incluso la libertad quedó bajo sospecha. Entre libertad y seguridad, la mayoría eligió la seguridad: ¿pero no era el anhelo de seguridad, precisamente, una de las marcas más claras de pensamiento derechista y contrarrevolucionario? Lo más sensato, por lo demás, que era negarse a contraponer burdamente libertad a seguridad o salud a economía, para analizar los muchos matices de formas concretas, relativas (histórica y socialmente específicas) de libertad, salud, seguridad y economía, tendió a ser rechazado en un clima de polarizaciones maniqueas. El pensamiento crítico, lo decimos con dolor, fue masivamente arrojado a la basura, incluso por quienes se suponía que debían ser sus cultores: universitarios, científicos, docentes. El miedo fue más fuerte.

Todo esto debería generar una gran preocupación de cara a lo que viene. Lo que viene es la crisis climática, ecológica y energética. No es descabellado pensar que la pandemia ha sido, o puede ser usada, como una suerte de ensayo general para las crisis futuras. Ha sido un excelente laboratorio, que ha permitido experimentar –se lo haya buscado o no desde un inicio– cómo abordar una situación crítica haciendo amplio uso del miedo como disciplinador social; cómo forzar a los gobiernos, en nombre de la urgencia, para que tomen medidas insensatas bajo la presión de un «clamor popular» que debe demasiado a los medios masivos de comunicación y a la construcción algorítmica de las representaciones (que ya se han tornado, además, indistinguibles de la realidad). Ha mostrado a las claras que la justificación de la censura funciona perfectamente si se lo hace en nombre de una supuesta buena causa (combatir la desinformación, por ejemplo). Ha demostrado lo sencillo que puede ser beneficiar a lo más concentrado de la clase capitalista en desmedro de los más pobres, presentando «soluciones» absurdas que llenan los bolsillos de unos pocos y generan graves perjuicios a las mayorías, si se crea una sensación de urgencia imperiosa.

Y lo más grave: la crisis pandémica ha develado no solo el carácter apenas superficial de la criticidad social, sino la impotencia de las fuerzas anticapitalistas, ya no para generar una perspectiva propia, sino tan siquiera para desmarcarse de la agenda y las representaciones de las dos derechas: la *conservadora*, que se autopercibe como tal y goza de mucho respaldo (sobre todo en los sectores del capital que van siendo desplazados); y la *progresista*, que se autopercibe de izquierda, pero encaja mejor que bien con las necesidades y la sensibilidad de los nuevos sectores hegemónicos del capital, dando lugar a lo que Nancy Fraser denomina “neoliberalismo progresista”.

Haber ingresado en el siglo de la gran prueba con un pensamiento crítico tan débil, con unas fuerzas de izquierda tan exangües y desorientadas, con una falta tan generalizada de perspectivas de transformación social, no es cosa buena. Pero la realidad es lo que es, y si queremos transformarla, debemos mirarla con los ojos limpios, por horrible que sea la imagen que nos devuelva.