

LA LOCURA DEL CONFINAMIENTO: guía de la persona pensante

Parte 1



Por **J.B. Handley**, escritor colaborador del [CHD](#)

Para cualquiera que esté dispuesto a mirar, hay muchos hechos que cuentan la verdadera historia, y es algo así:

Sabiendo lo que sabemos hoy en día sobre la tasa de mortalidad por infección de COVID-19, el impacto asimétrico por edad y condición médica, la no transmisibilidad por parte de personas asintomáticas y en entornos al aire libre, la tasa de mortalidad infantil cercana a cero y la comprensión básica de los virus a través de la ley de Farr, el bloqueo de la sociedad fue una decisión política tan devastadora para la sociedad que los historiadores pueden juzgarla como la peor decisión jamás tomada. Peor aún, a medida que estos hechos claros se han ido conociendo, muchos políticos no han cambiado sus posiciones, a pesar de que cada hora bajo cualquier etapa de bloqueo tiene un efecto dominó de devastación para la sociedad. Mientras tanto, los medios de comunicación, con algunas excepciones notables, guardan un extraño silencio sobre todas las buenas noticias. Afortunadamente, un inesperado grupo de héroes en todo el panorama político -muchos de ellos médicos y científicos- han surgido para decir la verdad, a pesar de enfrentarse a la crítica y la censura extremas de una turba furiosa desesperada por seguir librando una guerra imaginaria.

Mi objetivo es participar en los hechos conocidos. Usted, el lector, puede decidir si todos estos hechos, al juntarlos, se equiparan a la historia anterior.

Hecho 1: La tasa de mortalidad por infección de COVID-19 está entre 0.07-0.20%, en línea con la gripe estacional

Las matemáticas de la tasa de mortalidad por infección de cualquier nuevo virus SIEMPRE disminuyen con el tiempo a medida que se dispone de más datos, como cualquier virólogo podría decirte. En los primeros días de COVID-19, donde sólo teníamos datos de China, se temía que la IFR pudiera ser tan alta como el 3,4%, lo que de hecho sería catastrófico. El 17 de abril [se publicó](#) el [primer estudio de los investigadores de Stanford](#) que debería haber puesto fin a todos los confinamientos inmediatamente, ya que los científicos informaron que su investigación "implica que la infección está mucho más extendida de lo que indica el número de casos confirmados" y fijaron la IFR entre 0,12-0,2%. Los investigadores también especularon que la IFR final, a medida que surgieran más datos, probablemente "sería menor". Para el contexto, la gripe estacional tiene una tasa de inflación del 0,1%. ¿Viruela? 30%.

El estudio de Stanford fue el primero en fijar el IFR, y fue objeto de críticas que hicieron que el investigador principal, el Dr. John Ioannidis, tomara nota,

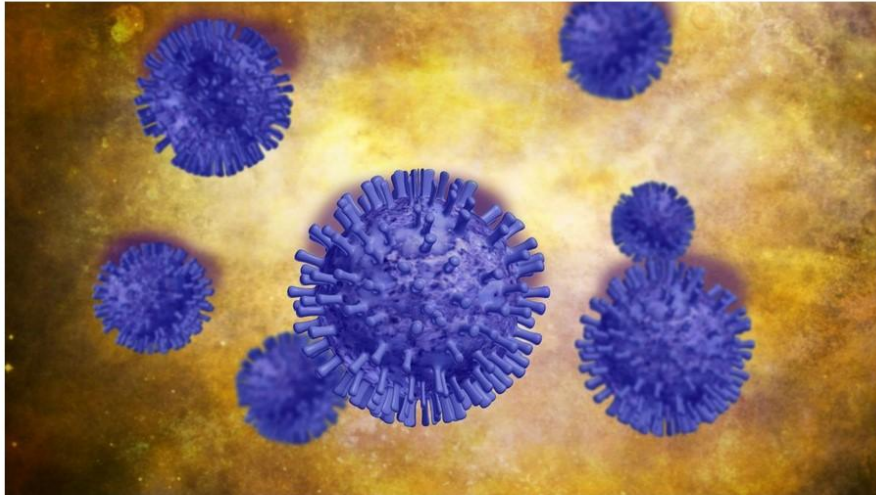
"Hay una especie de mentalidad de la multitud aquí operando que sólo insisten en que esto tiene que ser el fin del mundo, y tiene que ser que el cielo se está cayendo. Está atacando los estudios con datos basados en la especulación y la ciencia ficción. Pero descartar datos reales en favor de la especulación matemática es alucinante".

CORONAVIRUS

The CDC's New 'Best Estimate' Implies a COVID-19 Infection Fatality Rate Below 0.3%

That rate is much lower than the numbers used in the horrifying projections that shaped the government response to the epidemic.

JACOB SULLUM | 5.24.2020 5:35 PM



(Dgmate/Dreamstime)

Como toda buena ciencia, los datos de Stanford sobre la IFR se han replicado tantas veces que nuestros propios Centros para el Control de Enfermedades salieron esta semana para anunciar que su "mejor estimación" mostraba una IFR **por debajo del 0,3%**. En este [artículo sobre los nuevos datos de los CDC](#), también destacaron cómo el descenso en cascada de la IFR ha eliminado todos los temores del día del juicio final:

Ese escenario de "mejor estimación" también asume que el 35 por ciento de las infecciones son asintomáticas, lo que significa que el número total de infecciones es más del 50 por ciento mayor que el número de casos sintomáticos. Por lo tanto, implica que la tasa de mortalidad infantil está entre el 0,2 y el 0,3 por ciento. Por el contrario, las proyecciones que el CDC hizo en marzo, que predijeron que hasta 1,7 millones de estadounidenses podrían morir a causa de COVID-19 sin intervención, asumieron una IFR del 0,8 por ciento. Alrededor de la misma época, los investigadores del Colegio Imperial produjeron el peor escenario posible en el que murieron 2.2 millones de estadounidenses, con base en una IFR de 0.9 por ciento.

Si todavía no estás convencido de que la IFR de COVID-19 está más o menos en línea con una mala temporada de gripe, el análisis más completo que he visto proviene de la [Universidad de Oxford](#), que recientemente declaró:

"Teniendo en cuenta la experiencia histórica, las tendencias de los datos, el aumento del número de infecciones en la población en general y el posible impacto de la clasificación errónea de las muertes, se obtiene una presunta estimación de la TMI de COVID-19 de entre el 0,1% y el 0,41%".

Finalmente, la semana pasada, el Dr. Ioannidis de Stanford [publicó un meta-análisis](#) (debido a que se han hecho tantos estudios de IFR en todo el mundo en abril y principios de mayo) donde analizó DOCE estudios de IFR separados y su conclusión es tan buena, que los dejo con ella:

*La tasa de mortalidad por infección (IFR), la probabilidad de morir para una persona infectada, es una de las características más críticas y controvertidas de la pandemia de la enfermedad coronavirus de 2019 (COVID-19). La carga de mortalidad total prevista de COVID-19 está directamente relacionada con la IFR. Además, la justificación de diversas intervenciones de salud pública no farmacológicas depende fundamentalmente de la TMI. Algunas intervenciones agresivas que pueden inducir también daños colaterales más pronunciados pueden considerarse apropiadas, si la TMI es elevada. A la inversa, las mismas medidas pueden no alcanzar los umbrales aceptables de riesgo-beneficio, si la TMI es baja... Curiosamente, a pesar de sus diferencias de diseño, ejecución y análisis, la mayoría de los estudios proporcionan estimaciones de puntos de TMI que se encuentran dentro de un rango relativamente estrecho. Siete de las 12 IFR inferidas se encuentran en el rango de **0,07 a 0,20** (IFR corregida de 0,06 a 0,16) que son similares a los valores de IFR de la gripe estacional. Tres valores son modestamente superiores (TIF corregida de 0,25 a 0,40 en Gangel, Ginebra y Wuhan) y dos son modestamente inferiores a ese intervalo (TIF corregida de 0,02 a 0,03 en Kobe y Oise).*

Opinión #1: Dr. Scott Atlas



Dr. Scott Atlas

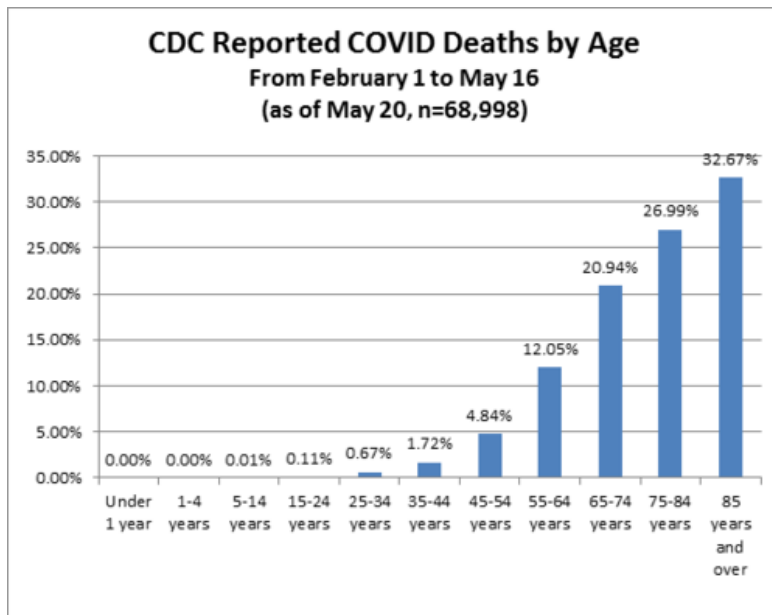
Poco después de que el estudio de Stanford publicara sus datos (no era un autor del estudio), el Dr. Scott Atlas de Stanford publicó un artículo de opinión en el periódico *The Hill* con el título, ["Los datos están en - detener el pánico y poner fin al aislamiento total"](#). Escribió:

El reciente estudio de anticuerpos de la Universidad de [Stanford](#) estima ahora que la tasa de mortalidad en caso de infección es probablemente de 0,1 a 0,2 por ciento, un riesgo muy inferior a las [estimaciones](#) anteriores de la Organización Mundial de la Salud que eran 20 a 30 veces más altas y que motivaron las políticas de aislamiento...

Dejemos de subestimar la evidencia empírica y en su lugar dupliquemos los modelos hipotéticos. Los hechos importan.

Los hechos importan, pero nadie escuchó. El artículo del Dr. Atlas también ayuda a enmarcar el hecho número 2.

Hecho 2: El riesgo de morir por COVID-19 es mucho más alto que el promedio de IFR para las personas mayores y aquellos con co-morbilidades, y mucho más bajo que el promedio de IFR para las personas más jóvenes y saludables, y casi cero para los niños



Fuente: CDC

En enero de 2020, Los Ángeles tuvo un brote de gripe que estaba matando a los niños, el *LA Times* señaló que "una improbable cepa de gripe ha enfermado y matado a un número inusualmente alto de jóvenes en California esta temporada de gripe". COVID-19 es lo opuesto a eso. El Dr. Ioannidis de Stanford dijo: "Comparado con casi cualquier otra causa de enfermedad que se me ocurra, realmente está salvando a los jóvenes".

Italia informó hace tres días que el 96% de los italianos que murieron a causa de COVID-19 tenían "otras enfermedades" y tenían, en promedio, 80 años de edad. De *Bloomberg*:

"Los últimos números muestran que los nuevos casos y las muertes tienen un perfil común: la mayoría son personas mayores con enfermedades previas", dijo el jefe de la SSI, Silvio Brusafarro, en una conferencia de prensa el viernes.

Los mejores datos de estratificación de edades que he visto provienen de [Worldometers.info](https://www.worldometers.info). Aquí está su gráfico que estima la tasa de mortalidad por grupo de edad. Tengan en cuenta que la tasa de mortalidad es MUY superior a la IFR porque la tasa de mortalidad utiliza como denominador los casos confirmados de COVID-19, pero muestra lo diferentes que son las tasas de mortalidad por edad:

COVID-19 Fatality Rate by AGE:

***Death Rate** = (number of deaths / number of cases) = **probability of dying if infected by the virus (%)**.

This probability differs depending on the age group. The percentages shown below **do not have to add up to 100%**, as they **do NOT represent share of deaths by age** group. Rather, it represents, for a person in a given age group, the **risk of dying** if infected with COVID-19.

AGE	DEATH RATE confirmed cases	DEATH RATE all cases
80+ years old	21.9%	14.8%
70-79 years old		8.0%
60-69 years old		3.6%
50-59 years old		1.3%
40-49 years old		0.4%
30-39 years old		0.2%
20-29 years old		0.2%
10-19 years old		0.2%
0-9 years old		no fatalities

Aunque estos datos son "crudos", es seguro extrapolar que una persona de más de 80 años tiene un serio riesgo de morir por COVID-19, mientras que un niño casi no corre ningún riesgo. Este hecho debería impulsar la política, como explica el Dr. Atlas:

De todos los casos fatales en [el estado de Nueva York](#), dos tercios fueron en pacientes mayores de 70 años; más del 95 por ciento eran mayores de 50 años; y alrededor del 90 por ciento de todos los casos fatales tenían una enfermedad subyacente. De las 6.570 muertes confirmadas por COVID-19 investigadas a fondo para las condiciones subyacentes hasta la fecha, 6.520, o [el 99,2 por ciento](#), tenían una enfermedad subyacente. Si usted no tiene una condición crónica subyacente, sus posibilidades de morir son pequeñas, sin importar la edad. Y los adultos jóvenes y los niños con una

salud normal casi no tienen riesgo de ninguna enfermedad grave a causa de COVID-19.

Considere este excelente artículo del *British Medical Journal*, titulado "[El blindaje del covid-19 debe ser estratificado por el riesgo](#)" escrito por profesores de la Universidad de Cambridge:

Proteger a los que corren mayor riesgo de morir a causa del covid-19 y al mismo tiempo relajar las restricciones sobre los demás es una forma de avanzar en la epidemia de SARS-CoV-2, dado que es improbable que el virus desaparezca en un futuro previsible. Sin embargo, esos enfoques selectivos exigirían apartarse de la noción de que todos estamos gravemente amenazados por la enfermedad, lo que ha dado lugar a que los niveles de temor personal estén sorprendentemente desajustados con respecto al riesgo objetivo de muerte. En cambio, el objetivo debería ser comunicar niveles realistas de riesgo en lo que respecta a los diferentes grupos, no para tranquilizar o asustar, sino para permitir decisiones personales informadas en un entorno de incertidumbre necesaria.

Como un simple ejemplo: cerrar las escuelas casi no tiene sentido dado lo que sabemos sobre COVID-19, mientras que proteger a los maestros mayores de 60 años -para elegir una frontera de edad algo defendible- puede tener sentido. Es por eso que tantos países que parecen respetar los datos más que nosotros aquí en los EE.UU. ya han reabierto sus escuelas. ¡De hecho, las escuelas de Dinamarca han estado abiertas desde mediados de abril! Y, para los que llevan la cuenta, Reuters acaba de informar ayer que, "[La reapertura de las escuelas en Dinamarca no empeoró el brote, según los datos.](#)" Aquí hay una cita:

"No se puede ver ningún efecto negativo de la reapertura de las escuelas", dijo el jueves a Reuters Peter Andersen, doctor en epidemiología y prevención de enfermedades infecciosas del Instituto Danés del Suero. En Finlandia, un alto funcionario anunció hallazgos similares el miércoles, sin decir que nada hasta ahora sugería que el coronavirus se había propagado más rápido desde que las escuelas reabrieron a mediados de mayo.

Otro gran artículo sobre las escuelas, titulado, "[Es el miedo - no la ciencia - lo que impide que nuestros niños sean educados](#)" en el periódico *The Telegraph* la semana pasada, aquí hay una cita:

Hay poco sobre el [coronavirus](#) del que podamos estar absolutamente seguros - es una enfermedad totalmente nueva y nuestro conocimiento crece día a día - pero la mayoría de las pruebas disponibles hasta ahora sugieren fuertemente que los niños no están sufriendo de coronavirus ni propagándolo. Estudios realizados en Corea del Sur, Islandia, Italia, Japón, Francia, China, los Países Bajos y Australia coinciden en que los jóvenes "no están implicados de manera significativa en la transmisión de Covid", ni siquiera a los padres y hermanos.

[La paranoia de los adultos](#), alimentada por los mensajes exagerados del gobierno, la intransigencia de los sindicatos y las connivencias de los medios de comunicación, se está infligiendo ahora a los miembros más jóvenes de nuestra sociedad, a quienes el virus supone una amenaza que los científicos más pequeños califican de

"estadísticamente irrelevante". En lugar de rimas infantiles, pronto se invitará a los bebés mezclados a cantar algo llamado "la canción de los dos metros" mientras extienden los brazos para mantener a sus amigos a raya.

La nueva ciencia (28 de mayo) publicada desde Irlanda del Norte muestra claramente que los escolares NO sirven como vectores para COVID-19. Titulado, [No hay evidencia de transmisión secundaria de COVID-19 de los niños que asisten a la escuela en Irlanda, 2020](#), el estudio no podría ser más claro:

Estos hallazgos sugieren que las escuelas no son un escenario de alto riesgo para la transmisión de COVID-19 entre alumnos o entre el personal y los alumnos. Dada la carga del cierre esbozada por Bayhem [⁴] y Van Lanker [⁵], la reapertura de las escuelas debería considerarse como una medida temprana y no tardía en el levantamiento de la restricción.

Finalmente, el Dr. Scott Atlas abordó el tema de las escuelas en esta reciente entrevista:

"No hay ninguna ciencia para mantener cerradas las escuelas de K-12, ni para tener máscaras o distanciamiento social en los niños, ni para mantener cerrados los programas de verano. Lo que sabemos ahora es que el riesgo de muerte y el riesgo de una enfermedad grave es casi cero en los menores de 18 años.

Actualización rápida: después de que escribí esto, el *Wall Street Journal* publicó este artículo titulado [¿Es seguro reabrir las escuelas? Estos países dicen que sí](#). Para mí, esto se lee como una prueba de fuego para los países que tienen funcionarios de salud pública independientes y basados en datos, y le doy a los EE.UU. una "F" por nuestro enfoque actual:

Pero Dinamarca, Austria, Noruega, Finlandia, Singapur, Australia, Nueva Zelanda y la mayoría de los demás países que [han reabierto las aulas](#) no han tenido brotes en las escuelas o guarderías... En Dinamarca, la apertura de las escuelas no ha tenido ningún impacto en el progreso de la epidemia, dijo Tyra Grove Krause, un alto funcionario del Instituto Estatal del Suero, la agencia de control de enfermedades del país... Desde que Austria reabrió el 18 de mayo, No se ha observado un aumento de las infecciones en las escuelas y los jardines de infantes, dijo un portavoz del gobierno... En Noruega, el gobierno no cerrará las escuelas de nuevo, incluso si el número de casos comienza a aumentar en el país, porque no ha habido consecuencias negativas por la reapertura de las escuelas el 20 de abril, dijo el Ministro de Educación Guri Melby.

¿Cuántos países más necesitan reabrir antes de que los EE.UU. los siga? En serio, es un poco embarazoso ser americano... OMI parecemos unos idiotas totales.

Actualización #2: El Dr. Scott Atlas se duplicó el 1 de junio con este gran Op-Ed, una vez más en *The Hill*, titulado [La ciencia dice: "Abre las escuelas"](#). Como siempre, es increíblemente elocuente, aquí hay un extracto, pero vale la pena leer cada palabra, simplemente lo mata:

Todo esto raya en lo absurdo, cuando ahora sabemos que el distanciamiento social y el cubrimiento del rostro de los niños son completamente innecesarios.

Nunca las escuelas han sometido a los niños a un ambiente tan insalubre, incómodo y antieducativo, por lo que la ciencia no puede definir con precisión el daño total que causará. Pero la ciencia nos dice que los riesgos de COVID-19 son demasiado mínimos para sacrificar el bienestar educativo, social, emocional y físico, por no hablar de la propia salud, de nuestros jóvenes.

(Nota especial: hay un nuevo hombre del saco, la enfermedad de Kawasaki, que algunos intentan relacionar con COVID-19. Aquí hay un [gran artículo](#) sobre eso, o ver el sitio web de la Fundación de la Enfermedad de Kawasaki del Reino Unido donde se discute el "[mal manejo de la información](#)" sobre la enfermedad de Kawasaki. El artículo [más reciente del](#) Dr. Atlas también habla de esto: "¿Qué hay de la nueva amenaza similar a la enfermedad de [Kawasaki](#), recientemente sensacionalista como una asociación COVID-19? De hecho, la asociación es extremadamente baja, y la incidencia del trastorno es en sí misma rara, afectando sólo de 3.000 a 5.000 niños en los Estados Unidos cada año. Es importante destacar que el síndrome es típicamente tratable y nunca antes se ha considerado un riesgo tan grave que las escuelas deban cerrarse").

Hecho 3: Las personas infectadas con COVID-19 que son asintomáticas (que es la mayoría de las personas) NO propagan el COVID-19



Hospital Popular Provincial de Guangdong

El 13 de enero de 2020, una mujer de 22 años de edad con antecedentes de enfermedades cardíacas congénitas acudió a la sala de urgencias del Hospital Popular Provincial de Guangdong quejándose de una variedad de síntomas comunes a las personas con su condición, entre ellos la hipertensión pulmonar y la dificultad para respirar debido a la comunicación interauricular (agujero en el corazón). Poco sabía ella que su caso desencadenaría una cascada de acontecimientos que daría lugar a un documento recientemente publicado que debería haber puesto fin a todos los confinamientos en todo el mundo simultáneamente. A los tres días de su estancia en el hospital, su condición estaba mejorando. Se hicieron pruebas de rutina, y para la alarma y sorpresa de los médicos, dio positivo en COVID-19. Como los médicos señalaron, "la paciente nunca tuvo fiebre, dolor de garganta, mialgia u otros síntomas asociados con la

infección viral". Dicho de otra manera, era completamente asintomática para COVID-19.

No es tan fácil encontrar personas infectadas con COVID-19 pero asintomáticas, porque no buscan atención médica. Aquí en Oregón, donde vivo, ni siquiera puedes hacerte una prueba de COVID-19 a menos que tengas síntomas. Así que las estrellas se alinearon para poner a esta mujer en un hospital con los investigadores que estudian el COVID-19, y ella se convirtió en el sujeto de un extenso estudio de contacto publicado el 13 de mayo en *Medicina Respiratoria*, titulado, "[Un estudio sobre la infecciosidad de los portadores asintomáticos del SARS-CoV-2](#)".

Los investigadores querían averiguar si esta mujer, con una infección por COVID-19 pero sin síntomas, había infectado a alguien más, por lo que eligieron mirar cada contacto que pudieron identificar en los 5 días previos a su prueba positiva. Entonces, ¿cuántas personas tuvieron que ser examinadas? 455. No es un número pequeño, como explican los investigadores:

455 contactos que fueron expuestos al portador asintomático del virus COVID-19 se convirtieron en los sujetos de nuestra investigación. Se dividieron en tres grupos: 35 pacientes, 196 familiares y 224 empleados del hospital. Extrajimos su información epidemiológica, sus registros clínicos, los resultados de los exámenes auxiliares y los programas terapéuticos.

Como puede ver, el hecho de estar hospitalizada dio lugar a la mayoría de los contactos que esta mujer tenía, tanto con otros pacientes como con muchos miembros del personal del hospital. En particular, todos estos contactos tuvieron lugar en el interior y se podría argumentar que muchos de los contactos -al menos con el personal del hospital- habrían implicado un contacto relativamente íntimo. Entre los pacientes, la edad media era de 62 años, lo que podría decirse que los hacía correr un mayor riesgo, y muchos de esos pacientes estaban inmunocomprometidos por diversas razones, entre ellas la quimioterapia y las enfermedades cardiovasculares. Entonces, ¿cuántas de las 455 personas fueron infectadas por la mujer asintomática de 22 años?

"En resumen, los 455 contactos fueron excluidos de la infección por SARS-CoV-2..."

Dicho de otra manera, **exactamente cero personas** fueron infectadas. Los científicos, de manera típicamente subestimada, ofrecen un comentario sobre la pregunta que espero que se hagan en este momento (a saber, ¿por qué estamos todos encerrados si las personas asintomáticas con COVID-19 no pueden propagar la infección?), declarando, "el resultado de este estudio puede aliviar parte de la preocupación pública sobre las personas infectadas asintomáticas".

Si este estudio se hubiera publicado a principios de marzo, las probabilidades de que el mundo se hubiera cerrado son muy, muy bajas. Sin embargo, este estudio, publicado hace sólo dos semanas, no se encuentra en ningún lugar en los medios de comunicación, y nunca es mencionado por los responsables políticos. Simplemente se queda ahí, compartiendo la verdad para cualquiera que esté dispuesto a escucharla.

Hecho 4: Los estudios científicos que están apareciendo no muestran ninguna propagación de COVID-19 en la comunidad (comercios, restaurantes, peluquerías, etc.)

"No hay un riesgo significativo de contraer la enfermedad cuando vas de compras. Los brotes severos de la infección siempre fueron el resultado de que la gente se acercó más durante un largo período de tiempo..."

- El profesor Hendrick Streek, Universidad de Bonn

Acabamos de saber que es muy poco probable que las personas asintomáticas infectadas con COVID-19 puedan contagiar la infección a otros. La ciencia emergente y publicada muestra que la transmisión de COVID-19 en establecimientos minoristas es **extremadamente improbable**. El profesor Hendrik Streeck de la Universidad de Bonn está dirigiendo un estudio en Alemania sobre la región duramente afectada de Heinsberg y sus [conclusiones](#), a partir de trabajos de laboratorio ya realizados, son muy claras:



Dr. Hendrick Streek

"No hay un riesgo significativo de contraer la enfermedad cuando vas de compras. Los brotes graves de la infección siempre fueron el resultado de que la gente se acercó más durante un período de tiempo más largo.

"Cuando tomamos muestras de las manijas de las puertas, teléfonos o baños no ha sido posible cultivar el virus en el laboratorio en base a estos hisopos..."

Uh oh. ¿Quieres decir que cerrar parques, cerrar tiendas, usar guantes y máscaras en la tienda de comestibles, fumigar nuestros comestibles, y sólo ser generalmente paranoico no era necesario? Como el Dr. Streeck confirma:

"Es importante obtener estos datos para asegurarse de que las decisiones se tomen sobre la base de hechos y no de suposiciones. Los datos deben servir de base de información para el gobierno para que pueda pensar en su futuro curso de acción", dijo.

Y continúa:

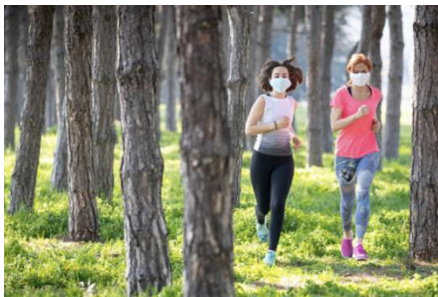
"La gente podría perder sus trabajos. Podrían no ser capaces de pagar su alquiler y quedarse dentro por más tiempo puede llevar a un debilitamiento de nuestro sistema inmunológico."

"El objetivo no es una contención completa del virus. Necesitamos saber dónde están los límites de la capacidad real de nuestros hospitales. ¿Cuántas infecciones son demasiadas? ¿Qué dicen los médicos de cuidados intensivos?"

Y, finalmente:

"Es importante empezar a pensar en una estrategia de 'retroceso' y su esperanza es "entregar los hechos relevantes para que la gente tenga una buena base para sus decisiones".

Hecho 5: La ciencia publicada muestra que el COVID-19 no se esparce en el exterior



No. Simplemente no.

En un estudio titulado *Transmisión en interiores del SARS-CoV-2* y publicado el 2 de abril de 2020, los científicos estudiaron los brotes de 3 o más personas en 320 ciudades distintas de China durante un período de cinco semanas a partir de enero de 2020 tratando de determinar ¿DÓNDE comenzaron los brotes: en el hogar, el lugar de trabajo, fuera, etc.? ¿Qué descubrieron? Casi el 80% de los brotes ocurrieron en el entorno doméstico. El resto ocurrió en autobuses y trenes atestados. ¿Pero qué hay del exterior? Los científicos escribieron:

"Todos los brotes identificados de tres o más casos ocurrieron en un ambiente interior, lo que confirma que compartir el espacio interior es un riesgo importante de infección de SARS-CoV-2".

Dicho de otra manera, no hay realmente ninguna **ciencia** que apoye todas las prohibiciones a la entrada en el país que mi estado de Oregón y tantos otros estados han puesto en marcha. Les dejo con mi cita favorita del estudio porque es realmente bastante exasperante leer cuando se consideran algunas de las formas en que los gobernadores aquí en los EE.UU. se han comportado (y algunos todavía lo hacen) al prohibir todo tipo de actividades al aire libre, arrojando a los que practican el remo en el agua, etc:

"La transmisión de infecciones respiratorias como el SARS-CoV-2 de los infectados a los susceptibles es un fenómeno de interior".

Actualización rápida: Al parecer, el ministro de salud de la Columbia Británica, Canadá, recibió el memorándum sobre la falta de riesgo aéreo, este artículo apareció el 1 de junio:

VANCOUVER | News

'Absolutely no evidence' that COVID-19 is airborne, B.C. health official says



Alyse Kotyk Reporter, CTVNewsVancouver.ca
@AlyseKotyk | Contact

Published Monday, June 1, 2020 2:26PM PDT



Phase 2: Ensuring COVID cases don't
again

Dr. Reka Gustafson, deputy
health officer, joins us to
discuss Phase 2 of BC's restart plan

Next phase begins as schools rene

[El artículo dice:](#)

Sin embargo, uno de los principales funcionarios de salud de B.C. dice que los profesionales médicos tienen una idea bastante clara de cómo se transmite el virus. "No hay absolutamente ninguna evidencia de que esta enfermedad se transmita por el aire, y sabemos que si se transmitiera por el aire, entonces las medidas que tomamos para controlar el COVID-19 no habrían funcionado", dijo la Dra. Reka Gustafson, suboficial de salud provincial de B.C., a CTV Morning Live Monday. "La abrumadora mayoría de las transmisiones de (COVID-19) se producen a través de un contacto estrecho y prolongado y ese no es el patrón de transmisión que vemos a través de las enfermedades transmitidas por el aire", dijo.

Espero que la Liga Mayor de Béisbol, la Liga Nacional de Fútbol y la NCAA presten atención... por no mencionar a toda la gente de Portland que sigue montando en bicicleta y corriendo con máscaras.

Hecho 6: La ciencia muestra que las máscaras son ineficaces para detener la propagación de COVID-19, y la OMS recomienda que sólo deben ser usadas por personas sanas si tratan o viven con alguien con una infección de COVID-19

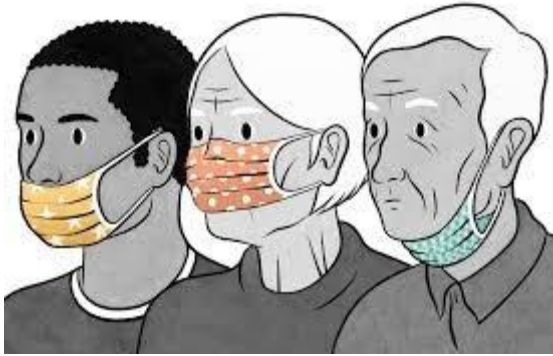
[El 29 de mayo](#), la Organización Mundial de la Salud anunció que las máscaras sólo deben ser usadas por personas sanas si están cuidando a alguien infectado con COVID-19:

"Si no tiene ningún síntoma respiratorio, como fiebre, tos o secreción nasal, no necesita usar una mascarilla", dice la Dra. April Baller, especialista en salud pública de la OMS, en un vídeo publicado en marzo en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud. "Las mascarillas sólo deben ser utilizadas por el personal sanitario, los cuidadores o las personas que estén enfermas con síntomas de fiebre y tos".

Justo antes de la locura de COVID-19, los investigadores de Hong Kong presentaron un estudio para su publicación con la boca llena de un título, "[Medidas no farmacéuticas para la gripe pandémica en entornos no sanitarios-Medidas de protección personal y medioambiental](#)". Curiosamente, el estudio, que acaba de ser publicado este mes, está en el propio sitio web del CDC, y contradice directamente el reciente [consejo del CDC](#) sobre el uso de una máscara. A saber, el estudio afirma:

"En nuestra revisión sistemática, identificamos 10 ECA que informaron de estimaciones de la eficacia de las mascarillas faciales en la reducción de las infecciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio en la comunidad a partir de la bibliografía publicada durante 1946, el 27 de julio de 2018...En el análisis agrupado, no encontramos ninguna reducción significativa de la transmisión de la gripe con el uso de mascarillas faciales...Nuestra revisión sistemática no encontró ningún efecto significativo de las mascarillas faciales en la transmisión de la gripe confirmada por laboratorio...El uso adecuado de las mascarillas faciales es esencial porque el uso incorrecto podría aumentar el riesgo de transmisión".

Traducción al inglés: no hay evidencia de que el uso de máscaras reduzca la transmisión de enfermedades respiratorias y, si las máscaras se usan inadecuadamente (como cuando la gente reutiliza las máscaras de tela), la transmisión podría en realidad AUMENTAR. Además, este estudio fue un meta-análisis, lo que significa que excavó profundamente en el archivo de la ciencia (¡todo el camino hasta 1946!) para llegar a sus conclusiones. Dicho de otra manera, esto es lo más completo que la ciencia puede hacer, y sus conclusiones fueron muy claras: las máscaras para la población general no muestran ninguna evidencia de que funcionen para frenar la propagación de los virus respiratorios o para proteger a las personas.



Suspira.

Este estudio no es ni mucho menos el único que llega a esta conclusión (lo que hace que la elección de una cadena de tiendas de comestibles como mi amada New Seasons de hacer obligatorias las máscaras para todos los clientes sea realmente increíble). El propósito de la ciencia es arbitrar estos temas espinosos y mientras la ciencia es clara, la histeria continúa. Resulta que la efectividad de las máscaras tiene una larga historia de debate en la comunidad médica, lo que explica por qué se ha hecho tanta ciencia sobre el tema. Destacaré algunos estudios antes de que se duerman:

Mi artículo favorito es en realidad una reseña de gran parte de la ciencia y es un gran lugar para empezar para cualquiera que le guste hacer su propia investigación. Titulado, "[Por qué las máscaras faciales no funcionan: A Revealing Review](#)", fue escrito para desafiar la necesidad de los dentistas de usar máscaras faciales, pero toda la ciencia citada y las conclusiones extraídas se aplican a los patógenos transportados por el aire en cualquier escenario. Algunas de las mejores citas:

"La ciencia relativa a la transmisión de enfermedades infecciosas por aerosol se ha basado, durante años, en lo que ahora se aprecia como 'una investigación muy anticuada y una interpretación demasiado simplista de los datos'. En los estudios modernos se están empleando instrumentos sensibles y técnicas interpretativas para comprender mejor el tamaño y la distribución de las partículas de aerosol potencialmente infecciosas... La razón principal por la que se exige el uso de mascarillas faciales es para proteger al personal dental de los patógenos transportados por el aire. En este examen se ha establecido que las mascarillas faciales son incapaces de proporcionar ese nivel de protección".

Y mi cita favorita:

"Se debe concluir de estos y otros estudios similares que el material filtrante de las máscaras faciales no retiene ni filtra los virus u otras partículas submicrónicas. Cuando esta comprensión se combina con el mal ajuste de las máscaras, se aprecia fácilmente que ni el rendimiento del filtro ni las características de ajuste facial de las máscaras faciales las califican como dispositivos que protegen contra las infecciones respiratorias. "

Aquí hay un artículo publicado en *ResearchGate* por el notable físico canadiense D.G. Rancourt, escrito directamente en respuesta al brote de COVID-19, publicado el mes

pasado. Titulado, "[Las máscaras no funcionan](#)": Una revisión de la ciencia relevante para la política social de COVID-19.

"Las máscaras y los respiradores no funcionan. Ha habido amplios estudios de ensayos controlados aleatorios (ECA) y revisiones de meta-análisis de los estudios de ECA, que muestran que las máscaras y los respiradores no funcionan para prevenir enfermedades respiratorias similares a la gripe, o enfermedades respiratorias que se cree que se transmiten por medio de gotitas y partículas de aerosol. Además, la física y la biología relevante conocida, que reviso, es tal que las máscaras y los respiradores no deberían funcionar. Sería una paradoja si las máscaras y los respiradores funcionaran, dado lo que sabemos sobre las enfermedades respiratorias virales: La principal vía de transmisión son las partículas de aerosol de larga duración (< 2,5 µm), que son demasiado finas para ser bloqueadas, y la dosis mínima de infección es menor que una partícula de aerosol".

Para ponerlo en términos simples: para que una máscara sea realmente efectiva y cubra tanto la nariz como la boca, te asfixiarías. En el momento en que la máscara te permite respirar, ya no puede filtrar las micropartículas que te enferman.

Por último, a menudo veo este estudio a partir de 2015 en el *BMJ* citado: "[Un ensayo aleatorio de grupo de máscaras de tela comparadas con máscaras médicas en trabajadores de la salud](#)", y hay que repetirlo, ya que la mayoría de las máscaras que veo usar en la comunidad ahora mismo son de tela. No sólo son 100% ineficaces para reducir la propagación de COVID-19, sino que también pueden hacerte daño. Como explican los investigadores:

*"Este estudio es el primer RCT de máscaras de tela, y los resultados advierten contra el uso de las máscaras de tela. Este es un hallazgo importante para informar la salud y la seguridad laboral. La retención de la humedad, la reutilización de las máscaras de tela y la mala filtración pueden resultar **en un mayor riesgo de infección**. Se necesitan más investigaciones para informar sobre el uso generalizado de las máscaras de tela en todo el mundo".*

¿Incrementar el riesgo de infección? Sí, eso es lo que dice. Otros estudios también han observado el impacto que tienen las máscaras en tus niveles de oxígeno (porque te obligan a volver a respirar tu propio Co2) y no es bueno. Los científicos [observaron los niveles de oxígeno de los cirujanos que llevaban máscaras](#) mientras realizaban la cirugía y descubrieron: "Nuestro estudio reveló una disminución en la saturación de oxígeno de las pulsaciones arteriales (SpO2) y un ligero aumento de las pulsaciones en comparación con los valores preoperatorios en todos los grupos de cirujanos".

Perspective

Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era

Michael Klompas, M.D., M.P.H., Charles A. Morris, M.D., M.P.H., Julia Sinclair, M.B.A., Madelyn Pearson, D.N.P., R.N., and Erica S. Shi

The image shows a screenshot of a medical article snippet. On the left is a vertical sidebar with icons for a menu, a bookmark, a PDF download, a share icon, a copyright icon, and a more options icon. The main content area has a header with 'Article' and 'Metrics'. Below the header, it shows '5 References' and '10 Citing Articles'. The main text begins with a large 'A' and discusses the SARS-CoV-2 pandemic, hospital systems scrambling to protect patients and health care workers, and the use of universal masking in Hong Kong, Singapore, and other parts of Asia. A second paragraph starts with 'We know that wearing a mask outside health care facilities offers little, if any, protection from infection...' and discusses public health definitions of significant exposure to Covid-19.

Justo la semana pasada, [este artículo](#) salió en el *New England Journal of Medicine*, escrito por varios de mis médicos y funcionarios de salud pública con el título, "Enmascaramiento universal en los hospitales en la era Covid-19", y esta declaración parece una manera perfecta de terminar mi discusión sobre las máscaras:

Sabemos que llevar una máscara fuera de los centros de salud ofrece poca o ninguna protección contra las infecciones. Las autoridades de salud pública definen una exposición significativa al Covid-19 como el contacto cara a cara dentro de los 6 pies con un paciente con Covid-19 sintomático que se mantiene durante al menos unos pocos minutos (y algunos dicen que más de 10 minutos o incluso 30 minutos). Por lo tanto, la posibilidad de contagiarse de Covid-19 por una interacción pasajera en un espacio público es mínima. En muchos casos, el deseo de enmascaramiento generalizado es una reacción refleja a la ansiedad por la pandemia.