

Informe

Poblaciones vulnerables a la desinformación en salud

Coordinado por:



En alianza con:



Equipo a cargo:
Dra. Guadalupe Nogués
Dr. Guillermo Solovey
Dra. María Belén Zanoní

jul
20
26

Índice

1. Resumen	3	Ir a página
› Hallazgos principales	3	Ir a página
2. Introducción	4	Ir a página
3. Diseño de la investigación	7	Ir a página
› Por qué importó balancear los titulares	8	Ir a página
› Qué respondían las personas	9	Ir a página
4. Marco analítico utilizado para medir vulnerabilidad	10	Ir a página
5. Resultados	14	Ir a página
› Desempeño general	14	Ir a página
› Discriminación por dominio	14	Ir a página
› Tipos de error por dominio	15	Ir a página
› Cómo se distribuyen la discriminación y el criterio.....	17	Ir a página
› Qué predice la capacidad de discriminar mejor o peor	18	Ir a página
6. Perfiles de vulnerabilidad	22	Ir a página
› Vulnerabilidad transversal en lo sociodemográfico	23	Ir a página
› Qué define a cada perfil vulnerable	25	Ir a página
› El perfil protegido: discriminador calibrado	26	Ir a página
7. Qué muestran estos resultados y qué aportan	27	Ir a página
8. Conclusiones	29	Ir a página
9. Limitaciones	30	Ir a página
10. Cómo seguir: próximos pasos y caminos a evitar	32	Ir a página
› Dos estrategias de intervención	32	Ir a página
› Por dónde no conviene ir	32	Ir a página
› Cómo extender el estudio	33	Ir a página
11. Bibliografía	34	Ir a página

Resumen

Este informe presenta los resultados de un estudio exploratorio sobre quiénes son, en Argentina, más vulnerables a la desinformación en salud. Su propósito es doble: ofrecer una lectura clara de lo que muestran los datos y, sobre todo, servir de base para decidir cómo seguir, como por ejemplo identificar qué intervenciones vale la pena probar, cuáles conviene evitar y qué preguntas quedan abiertas. No busca cerrar el tema, sino abrir el siguiente paso apoyándose en evidencia¹.

Hallazgos principales

- **La discriminación entre información verdadera y falsa existe, pero es moderada y desigual.** En promedio, las personas clasifican correctamente el 65,1% de los titulares, con amplia variabilidad entre unas y otras.
- **El error más frecuente no es creer lo falso, sino no creer en lo verdadero.** Esto corre el eje del problema: no alcanza con desmentir falsedades, sino que también importa que la información correcta sea reconocida como tal.
- **Lo que mejor distingue a las personas vulnerables no es quiénes son, sino qué creen y en quién confían.** Las características sociodemográficas pesan menos que las vinculadas con creencias y actitudes. La vulnerabilidad es transversal a nivel sociodemográfico.
- **No hay un único perfil vulnerable, sino dos rutas distintas.** Quienes no discriminan y tienden a creer (crédulos) y quienes no discriminan y tienden a no creer (escépticos) tienen predictores que no se superponen y, por lo tanto, piden intervenciones diferentes.
- **Lo más prometedor:** varias de las variables asociadas al buen desempeño, como alfabetización mediática, alfabetización en salud y actitudes hacia las vacunas, son justamente sobre las que se puede intervenir. Eso ofrece puntos de apoyo concretos para diseñar y evaluar acciones.

¹ Para consultas sobre el abordaje técnico, por favor contactar a los integrantes del equipo de investigación.



Introducción

La desinformación es información falsa, inexacta o engañosa que, al difundirse, puede causar daño y generar confusión. La literatura en inglés distingue entre desinformación intencional (*disinformation*, difundida con la voluntad de engañar) y desinformación no intencional (*misinformation*, difundida por error, ignorancia o malentendido) (Wardle, Claire and Derakhshan, Hossein 2017). En español ambos fenómenos suelen englobarse bajo un mismo término.

La preocupación por la desinformación no es nueva. Lo que cambió en los últimos años es su escala. Internet, las redes sociales y, más recientemente, los modelos de lenguaje multiplicaron la velocidad y el alcance con que circula (Kupferschmidt 2026). Ese cambio motivó un aumento del interés académico, gubernamental y del tercer sector por comprenderla y por identificar intervenciones que puedan contrarrestarla.

Dentro de ese campo, la desinformación sobre salud ocupa un lugar particular. Es un problema complejo porque es a la vez un síntoma de problemas sociales más amplios (por ejemplo la polarización política, la corrupción o la caída de la confianza en las instituciones) y una causa de creencias erróneas, confusión sobre temas de salud y menor aceptación de las vacunas (Altay 2026; Ecker et al. 2022; Fazio 2026). Cuando una persona toma decisiones perjudiciales para su salud o la de otros sobre la base de información falsa, el problema deja de ser individual y se vuelve un problema de salud pública. La evitación de vacunas es uno de los ejemplos más documentados (van der Linden 2022).

La pandemia de covid-19 tensionó un ecosistema informativo que ya era frágil. La confianza en las instituciones (gobiernos, medios, organismos sanitarios) re-

trocedió en numerosos países, junto con la confianza en las vacunas. Un informe internacional reciente señala que la creencia en mitos médicos es alta y atraviesa diferentes países y perfiles sociales, incluso entre personas con educación superior (5th Annual Edelman Trust Barometer Special Report: Trust and Health 2026). En particular, ese informe menciona que la desinformación sobre salud está muy extendida (el 70% de las personas cree al menos una de seis afirmaciones controvertidas sobre alimentos, vacunas y medicamentos), y que la confianza en los medios de comunicación para difundir información de salud correcta permanece 11 puntos por debajo de los niveles previos a la pandemia.

En Argentina, esa tendencia global se manifiesta de manera clara y medible. La confianza en las vacunas, medida anualmente desde 2019 por la Fundación Bunge y Born, sigue unos 7 puntos por debajo de los niveles previos a la pandemia (Fundación Bunge y Born 2024). Esta caída convive con una particularidad local: la confianza en la ciencia y en los científicos permanece relativamente alta (Universidad de San Andrés 2026; Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Argentina 2021), mientras que la confianza en el gobierno y las instituciones políticas se ubica en valores bajos (Universidad Torcuato di Tella 2026). Esa coexistencia es relevante debido a que existen investigaciones recientes que muestran que lo que mejor predice el escepticismo hacia las vacunas no es la confianza general en las instituciones, sino la confianza específica en que los gobiernos actúan correctamente en materia de vacunación. Y es ese mismo escepticismo el que se asocia de forma significativa con la susceptibilidad a la desinformación (Roozenbeek et al. 2025).

El caso argentino combina esos factores con una polarización política sostenida y una baja confianza institucional. En ese contexto, organizaciones de fact-checking como Chequeado vienen desarrollando programas de investigación orientados a identificar y enfrentar la desinformación.

La desinformación circula a diario, pero las personas no se ven afectadas por ella de la misma manera. La literatura señala que la vulnerabilidad depende, entre otros factores, de si el tema se alinea con creencias, identidades y preocupaciones previas, de si la fuente percibida es políticamente afín y de si se confía o no en el emisor (Ecker et al. 2022; Roozenbeek et al. 2025; Sultan et al. 2024). La pregunta práctica es, entonces, dónde se concentra esa vulnerabilidad y qué la define.

Identificar perfiles vulnerables a la desinformación sobre salud en Argentina fue la pregunta que guió este estudio.

Diseño de la investigación

La estrategia elegida consistió en una **encuesta online dirigida a una muestra de adultos argentinos** (N = 1478). La muestra se construyó mediante cuotas de género, edad y provincia de residencia para garantizar representatividad nacional, y se relevaron además otras variables sociodemográficas como nivel socioeconómico, nivel educativo y tenencia de menores a cargo.

La tarea principal, a partir de la cual se calculan las métricas de vulnerabilidad, consistió en evaluar la veracidad de una serie de titulares en un formato que imitaba el aspecto de una publicación compartida en redes sociales (Tabla 1).

Los estímulos consistieron en 14 titulares de noticias de salud (7 verdaderas y 7 falsas) que cubrían dos dominios: vacunas (7 ítems) y salud general (7 ítems). Los estímulos falsos se seleccionaron a partir de publicaciones originales de Chequeado (siguiendo las guías de Pennycook et al., 2021). Por otro lado, los estímulos verdaderos son noticias reales de salud publicadas por diferentes medios de comunicación. La elección de vacunas como dominio específico dentro de la temática de salud responde a dos razones: por un lado, concentra una porción importante de la desinformación en salud y, por otro, cuando las decisiones reales se basan en desinformación, sus consecuencias son particularmente costosas, sobre todo después de la pandemia de covid-19.

Estímulo	Falso	Verdadero
Vacunas	 @MEDICOSPORLAVERDAD Las vacunas COVID-19 produjeron un gran número de muertes repentinas en personas jóvenes y sanas	 NATIONALGEOGRAPHIC.COM Las vacunas salvan millones de vidas, pero los niveles de inmunización infantil aún no son suficientes
Salud general	 REAL-MILK.COM El consumo de leche cruda y productos lácteos derivados es seguro	 @FUNDACIONHUESPED El 13% de las personas con VIH en Argentina no conoce su diagnóstico

Tabla 1. Ejemplos representativos de estímulos utilizados en la tarea: un ítem verdadero y uno falso por dominio (vacunas y salud general).

Por qué importó balancear los titulares

Un titular no se distingue de otro solo por ser verdadero o falso. Puede resultar más creíble simplemente porque es más familiar, porque está mejor redactado o porque su contenido favorece una postura política con la que la persona ya simpatiza. Si los titulares verdaderos y los falsos difirieran de manera sistemática en alguno de esos rasgos, no podríamos saber si las respuestas reflejan la capacidad de detectar desinformación o, en cambio, esas otras características. Por eso los diferentes conjuntos (verdaderos y falsos, vacunas y salud general) se balancearon para que fueran comparables en familiaridad, en carga política percibida y en dificultad (Pennycook et al. 2021).

Ese balance no se supuso sino que se midió. En una fase de pretest, en dos instancias sucesivas (con 150 y 35 participantes), se evaluó ítem por ítem qué tan conocido

resultaba cada titular, qué posición política se le atribuía y con qué frecuencia se acertaba su veracidad. Con esa información se eligieron los 14 titulares finales: ni demasiado fáciles ni demasiado difíciles, poco familiares y de sesgo político percibido neutro. Un estudio piloto posterior, con pocos participantes, sirvió para pulir la mecánica de la encuesta antes del relevamiento principal.

Estos cuidados en el diseño permiten leer los resultados con más confianza y vuelven al instrumento reutilizable como referencia para estudios futuros.

Qué respondían las personas

A cada participante se le presentaron, uno por uno y en orden aleatorio, los 14 estímulos. Cada uno combinaba una imagen, un titular y la fuente atribuida, simulando lo que la persona vería al pasar por el muro de sus redes sociales. Para cada estímulo, debía responder: “¿Le parece que la información presentada en este titular es cierta?”, en una escala de cuatro puntos (*nada cierta, poco cierta, bastante cierta, muy cierta*). Si bien la distribución de respuestas fue heterogénea entre ítems, ningún estímulo resultó particularmente distinto en relación a su grupo de veracidad y tema.

Luego de completar la tarea, los participantes reportaron, a través de distintas preguntas específicas y validadas por bibliografía previa:

- Actitudes relacionadas con las vacunas (medidas con preguntas tomadas del Índice de Confianza de *The Vaccine Confidence Project™*).
- Confianza general en el gobierno, los servicios públicos de salud, el Ministerio de Salud, la OMS, las farmacéuticas, los políticos, los medios y la ciencia.
- Confianza específica sobre capacidad, honestidad e intención, en el gobierno y en el personal de salud, en relación con la vacunación (Roozenbeek et al., 2025).
- Adhesión a creencias centrales de la medicina alternativa (CAMBI; Bishop

et al., 2005).

- Alfabetización en salud, medida como autoeficacia para completar formularios de salud (Chew et al. 2008).
- Alfabetización mediática digital, medida como reporte de frecuencia de verificación de fuente, fecha, autoría, referencias, etc. (Katsiroumpa et al., 2025).

Esta información fue luego analizada e interpretada para identificar qué distingue a quienes son particularmente susceptibles a la desinformación.

Marco analítico utilizado para medir vulnerabilidad

Una forma de abordar la vulnerabilidad a la desinformación es mirar directamente cuánto cree la gente en las noticias falsas, y buscar qué características tienen en común quienes más lo hacen (vulnerables) y qué los distingue de quienes menos lo hacen (protegidos). Pero ese abordaje pierde una diferenciación importante. Supongamos el siguiente caso hipotético en nuestra tarea principal:

Una persona responde “nada cierta” o “poco cierta” ante los 7 estímulos falsos. Esto podría hacernos pensar que esa persona está protegida ante la desinformación. Pero, sin mirar sus respuestas ante los estímulos verdaderos, no sabemos si respondió así porque distingue lo verdadero de lo falso o porque tiende a suponer que todo es falso. Si además identifica los verdaderos como verdaderos, es buena distinguiendo; pero si también los rechaza, estamos ante alguien que desconfía de todo y considera que todo es falso.

La Teoría de Detección de Señales (SDT, por signal detection theory) ofrece un marco analítico para separar esos dos escenarios. Es apropiada para trabajar con decisiones binarias tomadas bajo incertidumbre, como juzgar si una noticia es verdadera o falsa cuando se carece de conocimiento específico, y su uso en el estudio de la desinformación está bien fundamentado en la literatura (Batailler et al. 2022).

Aplicada a esta tarea, cada respuesta se puede clasificar de la siguiente manera:

Respuesta/ Veracidad del ítem	Bastante cierta / Muy cierta (verdadero)	Nada cierta / Poco cierta (falso)
Verdadero	Hit (acierto)	Miss (omisión)
Falso	Falsa alarma (FA)	Rechazo correcto (RC)

Tabla 2. Tipología de respuestas según la Teoría de Detección de Señales (SDT).

En el caso hipotético anterior, alguien que discrimina bien lo verdadero de lo falso tendrá muchos rechazos correctos (RC) y muchos Hits (aciertos). En cambio, alguien que tiende a decir que todo es falso tendrá muchos RC, sí, pero también muchos Misses (omisiones). En el medio, puede haber muchos matices.

A partir de las respuestas, la SDT permite calcular para cada persona dos medidas:

- **Discriminación (d'):** capacidad de distinguir un estímulo verdadero de uno falso o, dicho de otra manera, la medida en que una persona responde verdadero específicamente ante lo verdadero, evitando hacerlo ante lo falso. Un valor cercano a 0 indica que la persona no logra distinguir mejor que el azar, mientras que valores positivos indican mayor discriminación. Valores negativos (minoritarios pero posibles) indican el patrón inverso: mayor tendencia a responder “verdadero” ante ítems falsos que ante verdaderos.
- **Sesgo de respuesta o criterio (c):** tendencia a responder “verdadero” o “falso” sin importar la veracidad real del ítem. Valores negativos indican sesgo crédulo (tendencia a creer, que en este contexto sería decir que los ítems son verdaderos independientemente de si lo son o no); valores positivos, sesgo escéptico (tendencia a decir que los estímulos son falsos, independientemente de si lo son o no).

La clave, y lo que vuelve útil la herramienta, es que **d' y c son independientes por construcción**. Saber cuán bien discrimina una persona no dice nada sobre hacia qué lado se inclina, y viceversa. Una analogía ayuda: pensemos en un detector de humo. Qué tan bien distingue el humo real de una falsa señal es su discriminación (d'). Qué tan fácil es que suene es su umbral (c). Un detector puede distinguir muy bien pero estar regulado para sonar ante cualquier cosa (umbral bajo, “crédulo”), o ser igual de bueno pero costar que suene (umbral alto, “escéptico”). Por ejemplo, si probamos dos detectores de humo 10 veces con humo real y 10 veces con vapor, uno con umbral bajo suena 9 veces con el

humo y 3 veces con el vapor. Otro, con umbral alto, suena 7 veces con humo y 1 con vapor. Los dos distinguen bien el humo del vapor. Lo que está cambiando es la línea de corte, el umbral de cuán conservadores son para sonar.

Distinguir bien y tener el umbral en su punto son dos cosas distintas. Se puede comprender la independencia de estas medidas con este segundo caso hipotético:

Imaginemos la misma tarea, pero ahora se penaliza responder “verdadero” ante un estímulo falso (una falsa alarma). Lo esperable es que las personas se vuelvan más prudentes a la hora de responder “verdadero”, porque quieren evitar la penalización. Eso significa que se volverán más escépticas: bajarían sus errores por falsas alarmas (FA), pero también bajarían sus aciertos ante estímulos verdaderos (hits). En este caso d’ no se modifica (la capacidad de distinguir es la misma), pero c aumenta.

Este ejemplo ilustra que si solo se considerara la tasa de falsas alarmas, parecería que la gente “mejoró” o “empeoró” su capacidad de detectar desinformación, cuando en realidad solo ajustó su umbral de respuesta, sin cambiar nada en su capacidad de distinguir.

La distinción entre d’ y c permite pasar de preguntar cuánto cree una persona en la desinformación a caracterizar distintos perfiles de vulnerabilidad. Incluso entre quienes discriminan poco, el criterio de respuesta c separa a quienes tienden a aceptar de quienes tienden a no creer. Dos preguntas distintas, dos perfiles distintos y, por lo tanto, posibles intervenciones distintas.

Resultados

Desempeño general

¿Qué tan bien distingue la muestra los titulares verdaderos de los falsos?

En conjunto, las personas clasificaron correctamente el 65,1% de los titulares, considerando los aciertos en ítems verdaderos y falsos, con amplia variabilidad entre unas y otras.

Discriminación por dominio

¿La probabilidad de responder “verdadero” depende de si el ítem realmente lo es? ¿Esa probabilidad cambia si el ítem es sobre vacunas?

El punto de partida fue verificar si los individuos discriminan en general, es decir, si la muestra responde “verdadero” más ante ítems verdaderos que ante falsos, y si eso se sostiene en ambos dominios temáticos. Los resultados se muestran en la Figura 1, en donde en el eje horizontal se separa por veracidad del ítem (si es verdadero o falso) y dominio (vacunas vs. salud general), y el eje vertical muestra la proporción de respuestas “verdadero”.

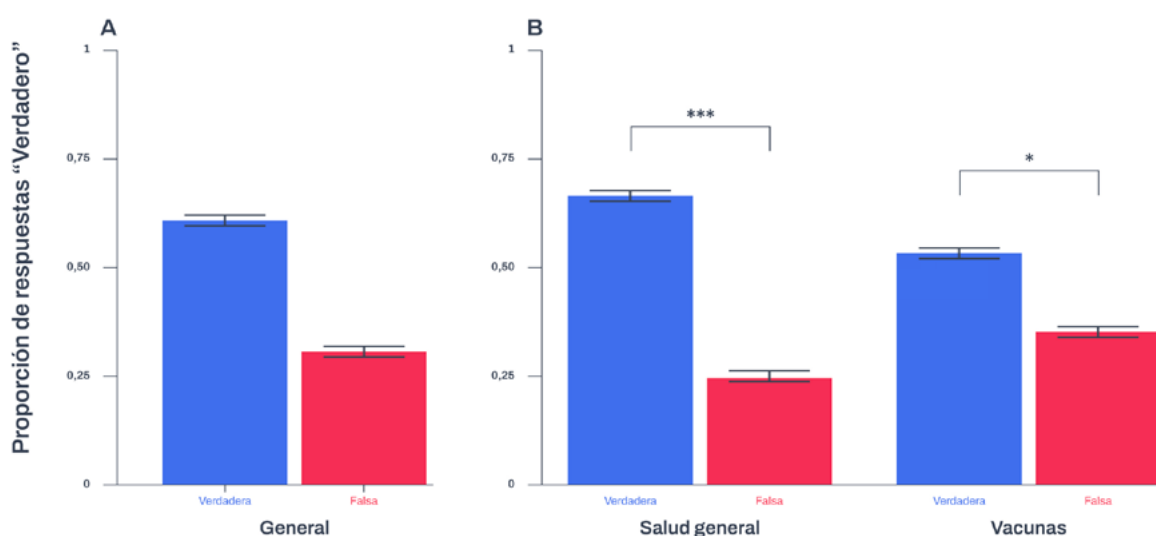


Figura 1. Proporción de respuestas “verdadero” según la veracidad del ítem. (A) Resultado general, sobre el total de ítems. (B) El mismo patrón desagregado por dominio temático (salud general vs. vacunas). Los corchetes indican la diferencia entre ítems verdaderos y falsos dentro de cada dominio: en ambos, la proporción de respuestas “verdadero” cae significativamente al pasar de ítems verdaderos a falsos, lo que confirma que la muestra discrimina por encima del azar; esta caída es más pronunciada en salud general que en vacunas. En ambos paneles, las barras representan proporciones observadas y las líneas de error corresponden al intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Los contrastes provienen de un modelo logístico con corrección de Tukey. * $p < .05$, *** $p < .001$.

La Figura 1 muestra que, en general, las personas reconocen lo verdadero como verdadero, ya que los ítems verdaderos reciben mayor cantidad de respuestas “verdadero” que los ítems falsos. Pero al comparar por dominio aparece algo interesante: la diferencia de aceptación entre ítems verdaderos y falsos es menor en vacunas que en salud general. Dicho de otro modo, distinguir lo verdadero de lo falso cuesta más cuando el tema es vacunas.

Estos resultados confirman que **la muestra distingue entre información verdadera y falsa, pero esa distinción no es uniforme en los dos dominios temáticos considerados**. En salud general, las chances de responder ‘verdadero’ se reducen un 89% al pasar de un ítem verdadero a uno falso, mientras que en vacunas esa reducción es de solo el 59%. Esto indica que la diferencia entre ítems verdaderos y falsos es más marcada en salud general que en vacunas, lo que sugiere una menor capacidad de distinguir desinformación en el dominio de vacunas.

Además, la probabilidad de creer un ítem verdadero sobre vacunas es menor que sobre salud general, aunque esa diferencia no alcanza significación estadística. En conjunto, el patrón sugiere una vulnerabilidad específica al dominio de vacunas: se descrea más de lo verdadero y se acepta más lo falso.

Tipos de error por dominio

¿Las personas se equivocan más por aceptar lo falso o por rechazar lo verdadero? ¿El patrón es similar entre dominios?

Dentro de cada dominio se calculó, para cada participante, su tasa de falsas alarmas (FA) y su tasa de omisiones (misses). Son errores opuestos: la falsa alarma refleja credulidad (creer algo falso) y el miss refleja escepticismo (descreer de algo verdadero). La pregunta es cuál predomina.

Los resultados se muestran en la Figura 2. En el eje horizontal, el tipo de error (FA o miss), y en el vertical la proporción de errores.

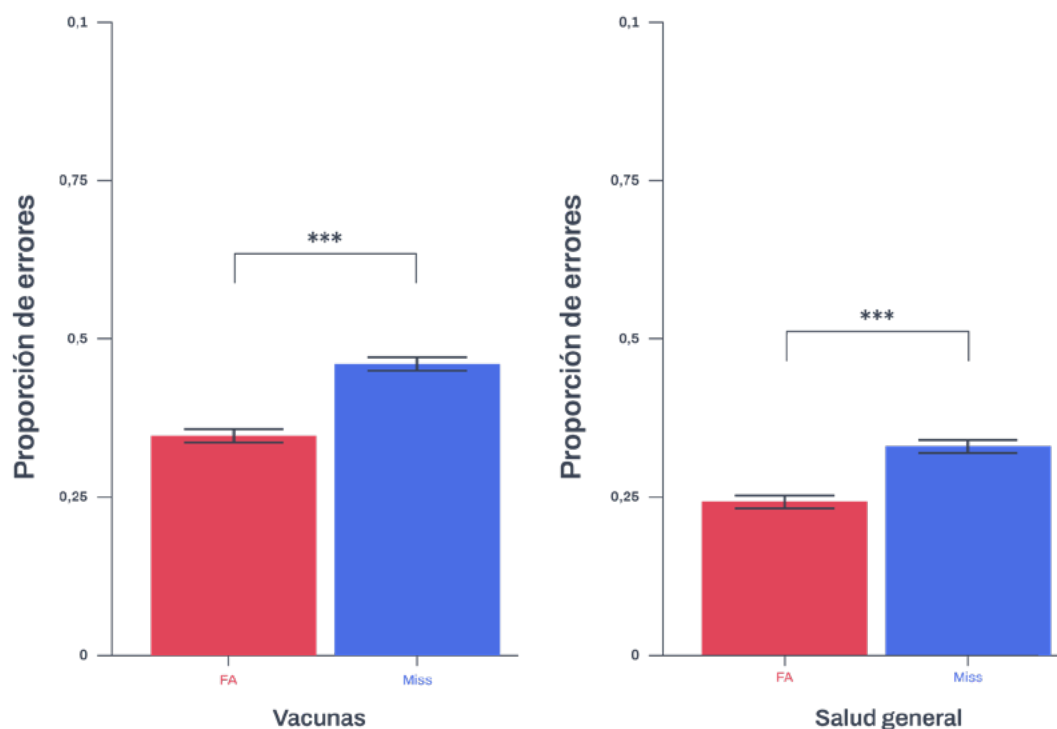


Figura 2. Tasa de falsas alarmas (FA: responder “verdadero” ante ítems falsos) y de misses (Miss: responder “falso” ante ítems verdaderos) por dominio. Las barras representan proporciones observadas; las líneas de error corresponden al intervalo de confianza del 95% para la proporción poblacional. Los corchetes indican la comparación entre ambos tipos de error dentro de cada dominio (prueba de Wilcoxon pareada, calculada a nivel de participante): en los dos dominios, los misses son significativamente más frecuentes que las falsas alarmas, lo que indica una tendencia a rechazar información verdadera más que a aceptar información falsa. *** $p < .001$.

En ambos dominios el error más frecuente fue el miss, con diferencias significativas respecto de la falsa alarma. Esto significa que **los individuos de la muestra tienden más a no creer información verdadera que a creer información falsa**. La brecha entre ambos errores fue algo mayor en vacunas (11,5 puntos porcentuales) que en salud general (8,9 puntos porcentuales), lo que indica un escepticismo apenas más pronunciado en ese dominio. El hallazgo es consistente con lo observado en la sección anterior: en vacunas se descrea incluso de lo correcto.

Este resultado ilumina una dimensión que los estudios sobre desinformación suelen pasar por alto porque suelen concentrarse en cuánto se cree lo falso. **El problema no es solo que las personas acepten información falsa, sino tam-**

bién que desconfíen de la verdadera. En salud, rechazar una recomendación correcta puede ser tan costoso como creer en una falsa.

Cómo se distribuyen la discriminación y el criterio

¿Cómo se distribuyen en la muestra la capacidad de discriminar y el sesgo de respuesta?

La SDT descompone el desempeño en dos dimensiones independientes: cuánto distingue una persona lo verdadero de lo falso (d'), y cuánto se inclina a responder “verdadero” o “falso” independientemente de la veracidad (criterio c).

La Figura 3 muestra cómo se distribuye cada una en la muestra. El gráfico de la izquierda muestra la distribución de la discriminación (d') y el de la derecha la del criterio (c). En ambos casos se indica con un sombreado diferente los cortes en $\pm 0,5$ desvíos estándar respecto del promedio, para indicar zonas de d' baja, media y alta (izquierda) y zonas de criterio c crédulo, neutro y escéptico.

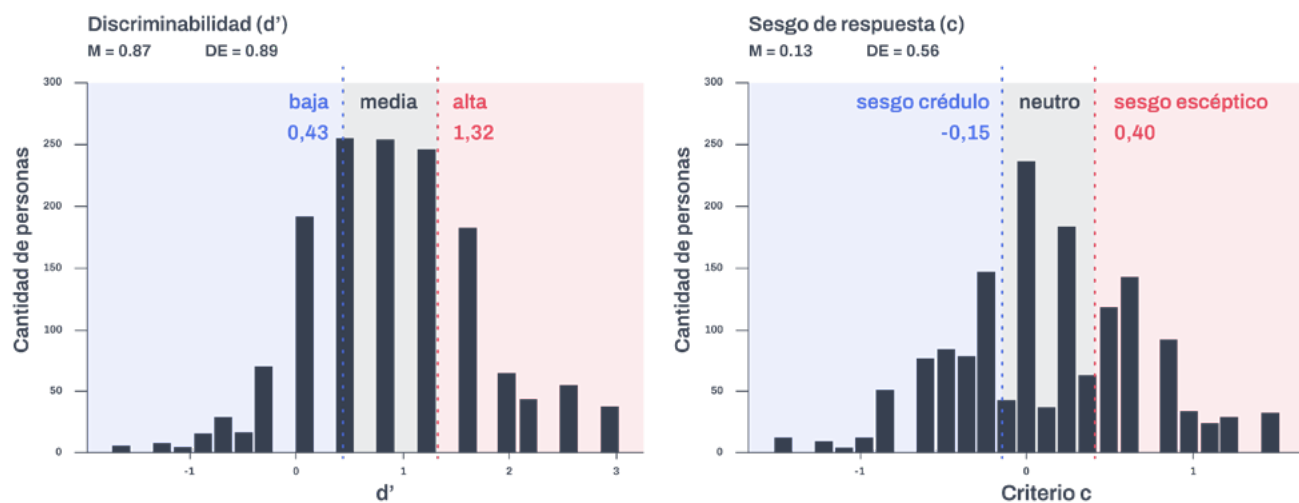


Figura 3. Distribución de las métricas SDT a nivel individual. Izquierda: discriminación (d'). Los cortes en $\pm 0,5$ DE respecto a la media muestral (0,43 y 1,32) delimitan tres zonas: baja discriminación (por debajo de 0,43), discriminación media y alta (por encima de 1,32). Derecha: sesgo de respuesta (c). Los cortes en $\pm 0,5$ DE respecto a la media muestral (-0,15 y 0,41) delimitan tres zonas: sesgo crédulo (por debajo de -0,15), zona neutra y sesgo escéptico (por encima de 0,41).

En promedio, la muestra respondió “verdadero” al 61% de los ítems verdaderos (hit rate) y al 31% de los falsos (tasa de falsas alarmas), con una brecha bruta de 30 puntos porcentuales. Traducido a métricas SDT, el d' promedio fue de 0,87 ($DE = 0,89$). Sin embargo, hay considerable heterogeneidad: el 10,2% de la mues-

tra tiene un d' negativo, lo que indica que responde “verdadero” ante ítems falsos con mayor frecuencia que ante ítems verdaderos (acierta menos que un individuo que para responder estuviera tirando una moneda).

El criterio promedio fue de 0,13 ($DE = 0,56$), levemente positivo, lo que indicaría un sesgo escéptico leve a nivel muestral. Esta tendencia se sostiene también a nivel individual: el 58,6% de las personas tiene un criterio positivo (se inclina a responder “falso” con independencia de la veracidad del ítem), frente a un 34,3% con criterio negativo (inclinado a la credulidad) y un 7,1% en criterio neutro.

Que d' y c sean matemáticamente independientes se verificó también en los datos: conocer la capacidad de discriminación de una persona no predice nada sobre su sesgo, ni a la inversa. Esto justifica analizarlas por separado y combinarlas para construir perfiles, sin suponer que una determina a la otra.

Qué predice la capacidad de discriminar mejor o peor

¿Qué variables sociodemográficas y actitudinales predicen la capacidad de discriminar información verdadera de falsa, y cuáles predicen el sesgo de respuesta?

Se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple para predecir d' y criterio c a partir del conjunto completo de variables sociodemográficas y actitudinales. La Tabla 3 reporta solo las que alcanzaron significación estadística en al menos uno de los dos modelos (d' y c). Conviene recordar que, en este tipo de análisis, cada variable se compara contra una categoría de referencia. Para edad, por ejemplo, esa referencia es el grupo de 18 a 25 años (que no aparece en la tabla).

Predictor	β d'	Efecto en d'	β c	Efecto en c
Edad: 26-35	0.174	Mejor discriminación	—	—
Edad: 36-45	0.166	Mejor discriminación	-0.134	Mayor credulidad
Edad: 46-55	—	—	-0.214	Mayor credulidad
Edad: 56+	—	—	-0.198	Mayor credulidad
Género: Mujer	0.149	Mejor discriminación	—	—
Educación: Sec. completo	0.160	Mejor discriminación	—	—
Educación: Sup. incompleto	0.290	Mejor discriminación	—	—
Educación: Sup. completo+	0.370	Mejor discriminación	—	—
Actitud positiva hacia vacunas	0.178	Mejor discriminación	—	—
Efectos adversos vacunas: NS/NR	-0.204	Peor discriminación	—	—
Efectos adversos vacunas: De acuerdo ²	-0.251	Peor discriminación	-0.215	Mayor credulidad
Adhesión a creencias de med. complementaria	-0.057	Peor discriminación	-0.051	Mayor credulidad
Alfabetización mediática	0.100	Mejor discriminación	-0.050	Mayor credulidad
Confianza salud-ciencia	0.145	Mejor discriminación	—	—
Confianza poder político y medios de comunicación	—	—	-0.065	Mayor credulidad

Tabla 3. Predictores con efecto significativo en al menos uno de los dos modelos (d' y c). Se reportan coeficientes β estandarizados, que indican la diferencia respecto a la categoría de referencia. Las celdas con "—" indican que el predictor no alcanzó significación en ese modelo.

² Estar de acuerdo con esta afirmación no implica creer algo estrictamente falso (hay casos excepcionales de eventos adversos graves), pero sí refleja una percepción del riesgo desalineada con la evidencia para las vacunas aprobadas. El ítem proviene de escalas validadas de actitudes hacia la vacunación y se usa en este caso como un predictor, no como un ítem de desinformación.

Las variables se dividen en dos grandes grupos: sociodemográficas (edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo, región, menores a cargo) y actitudinales (confianzas, alfabetizaciones, actitudes). Por separado, las sociodemográficas explican un 7,7% de la variación en d' y apenas un 2,1% de c. Al sumar las variables actitudinales, la varianza explicada sube al 22,7% en d' y al 9,6% en c. **Lo que importa, entonces, no es tanto quién es la persona a nivel sociodemográfico, sino qué cree y en quién confía.**

De todas maneras, aunque las variables medidas capturan diferencias individuales relevantes en discriminación y la proporción de la varianza explicada se considere moderada, vale la pena notar que queda casi un 80% de la variabilidad entre individuos sin explicar. La vulnerabilidad a la desinformación tiene componentes que este estudio no alcanza a capturar.

Entre los predictores significativos, la educación muestra la asociación más robusta con la discriminación: ya completar el secundario se asocia con mejor d' respecto al nivel de referencia (hasta secundario incompleto, como máximo), y el efecto crece progresivamente con el nivel educativo. Los grupos de mayor edad, por su parte, muestran mayor credulidad (c más negativo) con independencia de su capacidad de discriminar.

Las actitudes hacia las vacunas también aparecen como predictores relevantes de la discriminación. Una actitud más favorable hacia ellas se asocia con mejor d', sin afectar el criterio (es decir, no opera como un sesgo general a creer todo, sino específicamente como una mejor capacidad para distinguir información verdadera de falsa). En cuanto a la percepción de efectos adversos, quienes no respondieron ese ítem, porque no saben o no tienen una respuesta, muestran peor discriminación. Tanto la adhesión a creencias de la medicina complementaria y alternativa como el acuerdo con que *“los efectos adversos de las vacunas pueden ser peores que la*

enfermedad que buscan prevenir” se asocian, a la vez, con peor discriminación y mayor credulidad, es decir, aparecen en ambos modelos en la misma dirección.

La alfabetización mediática presenta un patrón más complejo, sobre el que volveremos más adelante: se asocia con mejor discriminación pero también con algo más de credulidad. Por último, para analizar las confianzas institucionales generales, se decidió agruparlas en dos grandes bloques: instituciones de salud y ciencia (servicios públicos de salud, la OMS, las farmacéuticas y la ciencia) y las instituciones de poder político-mediático (gobiernos, políticos y medios). Al considerarlas de esta manera, se observa que la confianza en instituciones de salud y ciencia se asocia con mejor discriminación, mientras que la confianza en el poder político-mediático se asocia con mayor credulidad, independientemente de la discriminación.

Perfiles de vulnerabilidad

¿Se pueden identificar perfiles distintos combinando discriminación y sesgo?

¿Qué tienen en común quienes comparten un perfil?

A partir de los resultados obtenidos, se pueden analizar las diferentes variables medidas para identificar de qué manera se asocian a los perfiles de respuesta. Al cruzar las dos dimensiones (discriminación alta, media, baja; y sesgo crédulo, neutro, escéptico), se obtiene una tipología de nueve celdas. La Figura 4 la representa con un código de colores tipo semáforo, que marca los perfiles más vulnerables y los más protegidos.

Alta discriminabilidad	N = 107 (7.2%)	N = 178 (12.0%) <i>Discriminador calibrado</i>	N = 99 (6.7%)
Discriminabilidad media	N = 212 (14.3%)	N = 130 (8.8%)	N = 221 (15.0%)
Baja discriminabilidad	N = 187 (12.7%) <i>Susceptible crédulo</i>	N = 202 (13.7%)	N = 142 (9.6%) <i>Susceptible escéptico</i>
	Sesgo crédulo	Neutro	Sesgo escéptico

Figura 4. Distribución de la muestra según la tipología SDT. Cada celda combina discriminación (d' , eje vertical) y sesgo (c , eje horizontal), con cortes en $\pm 0,5$ DE respecto a la media muestral que delimitan tres zonas en cada eje. Los perfiles de interés son el susceptible crédulo (baja discriminación + sesgo crédulo, 12,7%), el susceptible escéptico (baja discriminación + sesgo escéptico, 9,6%) y, como contraparte, el discriminador calibrado (alta discriminación + sesgo neutro, 12,0%).

Tres perfiles concentran el interés. Uno es el de mejor desempeño, protegido frente a la desinformación:

- **Discriminador calibrado (12,0%).** No solo distingue bien lo verdadero de lo falso (d' alta), sino que tampoco muestra un sesgo sistemático (c neutro).

Los otros dos son vulnerables, y son el foco del análisis para la comunicación y el diseño de intervenciones:

- **Susceptible crédulo (12,7%).** No discrimina bien y, además, tiende a creer. Es la vulnerabilidad más activa: no solo no distingue lo falso de lo verdadero, sino que acepta la información falsa.
- **Susceptible escéptico (9,6%).** Tampoco discrimina bien, pero su sesgo es el opuesto (tiende a no creer). Su vulnerabilidad es de otra naturaleza: no cree en la desinformación, pero tampoco reconoce la información verdadera. Una desconfianza generalizada puede llevar a rechazar información correcta sobre salud y vacunas, una cara del problema que la investigación todavía explora poco.

Los tamaños relativos de los perfiles dependen, en parte, de dónde se ponga el corte. Como prueba de robustez se evaluaron umbrales alternativos ($\pm 0,4$ y $\pm 0,6$ DE). Al hacer esto, los tamaños cambian (algo esperable, porque las dimensiones subyacentes son continuas), pero los predictores que caracterizan a cada perfil se mantienen. Es decir, qué variables definen cada tipo de vulnerabilidad es un hallazgo sólido, aun cuando la asignación de una persona concreta a un perfil sea sensible al umbral.

Vulnerabilidad transversal en lo sociodemográfico

Los perfiles se definieron por el comportamiento en la tarea. ¿Existe algún rasgo sociodemográfico que los identifique poblacionalmente?

La respuesta, en buena medida, es no: las diferencias entre los perfiles vulnerables y el resto son pequeñas y no muestran un patrón consistente (Tabla 4). La vulnerabilidad se distribuye de manera transversal en la población.

Variable	Nivel	Susceptible crédulo (n=187)	Susceptible escéptico (n=142)	Resto (referencia) (n=1149)
Género	Hombre	54.5	59.9	44.9
	Mujer	45.5	40.1	55.1
Edad	18-25	17.6	31.0	21.2
	26-35	23.5	20.4	23.2
	36-45	23.0	21.1	22.2
	46-55	22.5	16.9	21.4
	56+	13.4	10.6	12.0
Educación	Secundario incompleto o menos	19.3	23.9	12.2
	Secundario completo	36.4	31.7	32.8
	Superior o terciario incompleto	15.5	15.5	21.1
	Superior o terciario completo o más	28.9	28.9	33.9
Nivel socioeconómico	D/E	38.5	40.1	30.8
	C3	26.7	28.2	29.8
	C2	15.0	13.4	21.8
	ABC1	19.8	18.3	17.6
Región	Amba	49.7	54.9	49.6
	Interior	50.3	45.1	50.4
Menores a cargo	No	52.9	62.7	56.7
	Sí	47.1	37.3	43.3

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de los perfiles de vulnerabilidad. Se reportan porcentajes por perfil. "Resto" agrupa a quienes no pertenecen a ninguno de los dos perfiles de interés.

Qué define a cada perfil vulnerable

¿Qué distingue del resto a quienes discriminan mal y con sesgo sistemático?

Si no son los rasgos sociodemográficos, ¿qué define a cada perfil? Aquí aparece un resultado muy nítido: cada perfil vulnerable se predice por variables completamente distintas, que no se superponen.

- **El susceptible crédulo** se predice por dos variables ligadas a las vacunas. Una actitud más favorable hacia ellas está asociada con una reducción de 26% en la probabilidad de pertenecer a este perfil, mientras que estar de acuerdo con que *“los efectos adversos de las vacunas pueden ser peores que la enfermedad que buscan prevenir”* la multiplica por casi 3,5.
- **El susceptible escéptico**, en cambio, se predice por un único factor: la alfabetización en salud. Mayor alfabetización está asociada con una reducción de un 26% en la probabilidad de pertenecer a este perfil. Quienes se sienten más capaces de navegar información sobre su propia salud tienen menos chances de caer en una desconfianza indiscriminada.

Conviene notar una asimetría entre ambos perfiles. El crédulo tiene un marcador positivo claro, una creencia específica que aumenta su probabilidad (los efectos adversos de las vacunas como peores que la enfermedad), mientras que el escéptico no se predice por ningún factor de riesgo en positivo: lo que lo distingue es la ausencia de un recurso protector (la alfabetización en salud), no la presencia de una creencia o actitud que empuje hacia la desconfianza. En otras palabras, al crédulo lo define algo que tiene; al escéptico, algo que le falta.

Que los predictores no se superpongan confirma que se trata de vulnerabilidades de naturaleza diferente, y es la base para pensar intervenciones diferenciadas por perfil.

El perfil protegido: discriminador calibrado

¿Qué caracteriza a quienes discriminan bien y sin sesgo sistemático?

El perfil de mejor desempeño tiene un conjunto de predictores más amplio que los más vulnerables. Las mujeres tienen un 73% más de probabilidad de pertenecer a él que los hombres. La educación superior es el predictor más fuerte: los estudios superiores incompletos multiplican por 4,2 la probabilidad de pertenecer al perfil, y los superiores completos por 3,8, ambos respecto de quienes tienen secundario completo o menos. Una actitud más favorable hacia las vacunas, mayor alfabetización mediática y mayor confianza en instituciones de salud y ciencia se asocian, cada una, con una mayor probabilidad de pertenecer a este perfil.

El patrón es coherente con lo encontrado en los modelos de d' y criterio c. Que la educación, la alfabetización mediática, y la confianza en ciencia aparezcan juntos sugiere que el buen desempeño en la tarea no depende de un único factor sino de una combinación de recursos y disposiciones. Y, a diferencia de la vulnerabilidad, el buen desempeño tiene correlatos más sistemáticos: es más fácil de caracterizar.



Qué muestran estos resultados y qué aportan

- **Qué indica.** La vulnerabilidad a la desinformación en salud no se reduce a “ser crédulo”. Es un problema de calibración con dos caras: aceptar lo falso y rechazar lo verdadero. En esta muestra, la segunda cara (no creer en lo cierto) resultó incluso más frecuente que la primera, sobre todo en vacunas. Una estrategia que solo desmienta falsedades deja sin atender la mitad del problema.
- **Qué aporta.** Tres cosas. Primero, una mirada (la SDT) que separa “no saber distinguir” de “inclinarse a creer o a no creer”, y que vuelve visible un fenómeno que los estudios centrados solo en la credulidad no ven. Segundo, evidencia de que la vulnerabilidad es transversal: no se concentra en un grupo identificable por edad, género, o región, lo que desaconseja segmentar por perfil sociodemográfico. Tercero, la identificación de dos rutas de vulnerabilidad con predictores que no se superponen y, por lo tanto, dos estrategias de intervención distintas.
- **Qué es lo más prometedor.** Que las variables más asociadas al buen desempeño son, en buena parte, modificables: la alfabetización mediática, la alfabetización en salud y las actitudes hacia las vacunas no son rasgos fijos como la edad, sino dimensiones sobre las que se puede trabajar. Esto da a Chequeado puntos de apoyo concretos para diseñar y evaluar acciones. Intervenciones como realizar talleres de alfabetización mediática encuentran aquí un respaldo parcial: la alfabetización mediática se asocia con mejor discriminación y es uno de los rasgos del perfil mejor calibrado. Conviene, sin embargo, ser honestos con un matiz que los datos muestran: esto también se asocia con algo más de credulidad. Una interpretación plausible es que enseñar a verificar podría aumentar a la vez la disposición a aceptar información (incluida la verdadera). Esto sugiere que podría ser valioso me-

dir el efecto de este tipo de intervenciones distinguiendo las dos dimensiones (discriminación y sesgo), para confirmar que mejoran lo primero sin desplazar lo segundo hacia la credulidad indiscriminada.



Conclusiones

La muestra discrimina, en promedio, entre información verdadera y falsa, pero lo hace bastante peor en vacunas que en salud general. En el dominio de las vacunas conviven las dos caras del problema: se descrea más de lo verdadero y se cree más lo falso. Hay, entonces, una vulnerabilidad específica a ese tema, justamente uno de los de mayor costo sanitario.

El error más frecuente, en ambos dominios, no fue creer lo falso sino no creer en lo verdadero. La muestra se inclina más hacia el escepticismo que hacia la credulidad indiscriminada. Es un resultado fácil de pasar por alto y de consecuencias prácticas claras: combatir la desinformación no es solo lograr que la gente crea menos en lo falso, sino también que confíe más en lo verdadero.

Las variables medidas explican una porción moderada de las diferencias en discriminación (22,7% de la varianza en d'), con la educación, la actitud favorable hacia las vacunas, la confianza en salud y ciencia y la alfabetización mediática como predictores principales. Para el sesgo de respuesta explican bastante menos (9,6% en c), lo que sugiere que el criterio responde a factores no capturados aquí o, en parte, idiosincrásicos. En ambos casos, **lo que más pesa es qué cree y en quién confía la persona, más que su perfil sociodemográfico.**

Por eso la vulnerabilidad es transversal: no se concentra en un grupo identificable por género, edad, nivel socioeconómico o región. Lo que diferencia a los perfiles vulnerables son las actitudes hacia las vacunas y la alfabetización en salud. Y como esos perfiles, tanto el crédulo como el escéptico, se definen por variables distintas, conviene pensarlos por separado a la hora de intervenir.

Limitaciones

El estudio tiene limitaciones que conviene explicitar, ordenadas aquí de mayor a menor relevancia para la interpretación de los resultados.

- **El diseño es transversal y correlacional.** Medimos a cada persona una sola vez, en un único momento, y observamos qué variables aparecen asociadas entre sí. Esto permite identificar asociaciones, pero no causalidad. Si la baja confianza en la ciencia produce mayor vulnerabilidad, o si la vulnerabilidad alimenta esa desconfianza, son preguntas que requieren otros diseños: experimentales (que manipulan una variable para ver su efecto sobre otra) o longitudinales (que siguen a las mismas personas a lo largo del tiempo, lo que permite ver qué cambia antes y qué después).
- **Las variables medidas explican una porción moderada de la vulnerabilidad** (alrededor del 22% en d' y del 10% en c). Son cifras razonables para datos de este tipo, pero implican que la mayor parte de la variabilidad individual queda sin explicar. Esto quiere decir que hay componentes de la vulnerabilidad que este estudio no captó.
- **Los predictores ligados a vacunas conviven con el peso de las vacunas en el instrumento.** La mitad de los estímulos eran sobre ese tema, de modo que es esperable que aparezcan predictores vinculados a él. Con otros dominios podrían emerger predictores diferentes.
- **El conjunto de 14 estímulos es acotado.** No agota el universo de la desinformación posible, ni en contenido ni en forma. Las diferencias por dominio temático podrían depender, en parte, de la dificultad específica de los ítems elegidos. Una replicación con un set ampliado o con una apariencia diferente pondría a prueba la robustez del efecto.
- **La modalidad online introduce un sesgo de autoselección.** Los paneles tienden a sobrerrepresentar a personas habituadas a responder encuestas,

lo que puede afectar de manera sistemática medidas como la alfabetización mediática. La muestra es representativa en lo sociodemográfico, pero no puede garantizarse esa representatividad en estos otros aspectos.

- **Las medidas de alfabetizaciones, confianzas y actitudes son autorreportadas**, con las limitaciones habituales de ese tipo de medición: deseabilidad social, desfase entre la autoeficacia percibida y el desempeño real, entre otras.
- **Las exclusiones fueron pocas**, pero no puede descartarse que la muestra final haya quedado levemente sesgada tras aplicar los criterios de calidad.



Cómo seguir: próximos pasos y caminos a evitar

El estudio identifica dos perfiles de vulnerabilidad cualitativamente distintos. El paso más natural es diseñar y evaluar intervenciones diferenciadas, y dejar que los hallazgos también indiquen por dónde no conviene ir.

Dos estrategias de intervención

Como el perfil vulnerable crédulo se predice por las actitudes hacia las vacunas, las herramientas más pertinentes son las que trabajan específicamente sobre ellas: prebunking sobre los argumentos antivacunas más frecuentes y comunicación dirigida a recalibrar una percepción inflada del riesgo de efectos adversos.

Como el perfil escéptico se predice por la alfabetización en salud, convendría concentrar las intervenciones en ese punto: criterios para verificar fuentes, herramientas para evaluar evidencia y trabajo sobre la confianza institucional. En ambos casos, la lógica es la misma: la intervención sigue al predictor, es decir, se apunta a la variable que distingue a cada perfil, porque es ahí donde un cambio podría tener más chances de reducir la vulnerabilidad. Si lo que separa al crédulo del resto son sus creencias sobre las vacunas, la intervención podría trabajar sobre esas creencias; si lo que separa al escéptico es su alfabetización en salud, la intervención podría trabajar sobre esa alfabetización.

Por dónde no conviene ir

Los datos de este estudio también sugieren qué evitar. Primero, segmentar por perfil sociodemográfico: como la vulnerabilidad es transversal, dirigir campañas por edad, género o región tiene poco sustento. Segundo, las intervenciones de “talle único”: lo que reduce la credulidad del primer perfil puede no mover, o incluso reforzar, la desconfianza del segundo. Tercero, concentrarse solo en des-

mentir falsedades: esa estrategia ignora la otra cara del problema, la desconfianza hacia lo verdadero, que en esta muestra resultó más frecuente. Cuarto, leer estas asociaciones como relaciones causales: el diseño no lo permite, y conviene tratarlas como pistas para experimentar, no como conclusiones cerradas.

Cómo extender el estudio

Tres direcciones se desprenden con naturalidad. Una es experimental: poner a prueba relaciones causales entre los predictores identificados y el desempeño en la tarea y, en particular, medir el efecto de intervenciones posibles, como talleres de alfabetización mediática, distinguiendo discriminación de sesgo. Otra es ampliar el alcance del instrumento: más dominios además de vacunas y un set de estímulos más extenso y diverso, para ver qué hallazgos se sostienen. La tercera es comparativa: replicar el diseño en otros países de la región, para evaluar hasta dónde generalizan estos resultados a contextos culturales y políticos distintos.

Este estudio forma parte del proyecto “Promover la información confiable y luchar contra la desinformación en América Latina”, coordinado por Chequeado a nivel regional y financiado por la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente los puntos de vista de la Unión Europea.

Bibliografía

- 5th Annual Edelman Trust Barometer Special Report: Trust and Health. 2026. Disponible en [este enlace](#).
- Altay, Sacha. 2026. "Rethinking the Problem of Misinformation and Its Solutions." New Media & Society, April 3, 14614448261428635. Disponible en [este enlace](#).
- Batailler, Cédric, Skylar M. Brannon, Paul E. Teas, and Bertram Gawronski. 2022. "A Signal Detection Approach to Understanding the Identification of Fake News." Perspectives on Psychological Science 17 (1): 78–98. Disponible en [este enlace](#).
- Chew, Lisa D., Joan M. Griffin, Melissa R. Partin, et al. 2008. "Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population." Journal of General Internal Medicine 23 (5): 561–66. Disponible en [este enlace](#).
- Ecker, Ullrich K. H., Stephan Lewandowsky, John Cook, et al. 2022. "The Psychological Drivers of Misinformation Belief and Its Resistance to Correction." Nature Reviews Psychology 1 (1): 13–29. Disponible en [este enlace](#).
- Fazio, Lisa. 2026. "How to Counter Health Misinformation When It's Coming from the Top." Bulletin of the Atomic Scientists 82 (2): 98–103. Disponible en [este enlace](#).
- Fundación Bunge y Born. 2024. Índice de Confianza y Acceso a Las Vacunas 2024. Disponible en [este enlace](#).
- Kupferschmidt, Kai. 2026. "The Misinformation Accelerator." Science 392 (6797): 456–59. Disponible en [este enlace](#).
- Linden, Sander van der. 2022. "Misinformation: Susceptibility, Spread, and Interventions to Immunize the Public." Nature Medicine 28 (3): 460–67. Disponible en [este enlace](#).
- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Argentina. 2021. Encuesta Nacional de Percepción Pública de La Ciencia. No. 5.
- Roozenbeek, Thom, Caspar van den Berg, Mattijs S. Lambooy, et al. 2025. "Trust in Institutions and Misinformation Susceptibility Both Independently Explain Vaccine Skepticism." Scientific Reports 15 (1): 37655. Disponible en [este enlace](#).
- Sultan, Mubashir, Alan N. Tump, Nina Ehmann, et al. 2024. "Susceptibility to Online Misinformation: A Systematic Meta-Analysis of Demographic and Psychological Factors." Proceedings of the National Academy of Sciences 121 (47): e2409329121. Disponible en [este enlace](#).
- The Vaccine Confidence ProjectTM. n.d. Disponible en [este enlace](#).
- Universidad de San Andrés. 2026. Encuesta de Satisfacción Política y Opinión Pública de La Universidad de San Andrés. Disponible en [este enlace](#).
- Universidad Torcuato di Tella. 2026. Índice de Confianza En El Gobierno. Disponible en [este enlace](#).
- Wardle, Claire and Derakhshan, Hossein. 2017. Information Disorder: Toward an Interdisciplinary Framework for Research and Policy Making. Vol. 27. Council of Europe Strasbourg. Disponible en [este enlace](#).

Informe

Poblaciones vulnerables a la desinformación en salud

Coordinado por:



En alianza con:



Financiado por
la Unión Europea

Equipo a cargo: Dra. Guadalupe Nogués, Dr. Guillermo Solovey,
Dra. María Belén Zanoni

jul
20
26

LATAM  CHEQUEA

in 