

ENFOQUE SOCIOLÓGICO SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19

Un breve análisis y una propuesta, como desafío

Dr. Raúl Rojas Soriano



CENTRO MEDICO NACIONAL
LA RAZA

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



www.raulrojassoriano.com

ENFOQUE SOCIOLÓGICO SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19*

Un breve análisis y una propuesta, como desafío

Dr. en Sociología Raúl Rojas Soriano

Ciudad de México, 14 de abril de 2020.

www.raulrojassoriano.com

* Este documento se envió por correo electrónico al Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, Secretario de Salud de México, y al Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el 14 de abril de 2020.



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CIUDAD UNIVERSITARIA

CÓDIGO POSTAL 04510 MÉXICO, D. F.

ENFOQUE SOCIOLÓGICO SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19

Un breve análisis y una propuesta, como desafío.

Dr. en Sociología Raúl Rojas Soriano*. Profesor-investigador de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.
www.raulrojassoriano.com

1. Hace 10 años expresé en un artículo sobre la influenza AH1N1 intitulado “El virus no mata, la pobreza sí”, que publicó el periódico *Reforma* (el 18 de abril de 2010), varios aspectos relacionados con el enfoque sociológico de dicha epidemia que tienen validez para comprender la dimensión social de la actual pandemia de Covid-19:

* Autor de los libros, entre otros: *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica; Capitalismo y enfermedad; Sociología médica e Investigación-acción en el deporte, nutrición y salud. Un experimento con dieta vegetariana (vegana) 2008-2014*, los cuales pueden descargarse completos y sin costo de la página electrónica (www.raulrojassoriano.com). Asesor-investigador de la Subdirección General Médica del IMSS (1973-1977). Ha impartido conferencias en la mayoría de los Institutos Nacionales de Salud de México y en hospitales del IMSS, ISSSTE y SSA, así como en diversas facultades y escuelas de medicina y enfermería. (Para más información sobre el currículum en el *área sociomédica* véase dicha página electrónica).

[...] la mayoría de la población (la clase trabajadora) carece de condiciones de vida y de trabajo apropiadas, por lo que es y seguirá siendo una presa más fácil del virus. El sistema inmunitario de los individuos se encuentra debilitado por la malnutrición, el hacinamiento, el trabajar en lugares contaminados y realizar actividades en situaciones estresantes, entre otras [...]. La gente de escasos recursos tiene menos posibilidades reales de buscar atención médica adecuada y oportuna, pese a la obligación del Estado de proteger la salud de la población. Así como hay una situación diferencial entre los grupos sociales respecto a la forma de preservar la salud y enfrentar la enfermedad, la hay en la manera como se presenta el padecimiento. Por ello, su frecuencia, gravedad y la posibilidad de morir dependen en gran medida del grupo social al que pertenecemos [...]”.

De acuerdo con lo anterior, si bien es cierto que todos los individuos estamos propensos a contagiarnos por el virus SARS-CoV-2*, la manera como se enfrenta la enfermedad y la posibilidad o no de restablecer y/o mejorar la calidad de vida (después de que pase la tercera fase de la pandemia) depende de las condiciones de vida y de trabajo de los individuos, las cuales son diferentes según los diversos grupos sociales.

La clase trabajadora del país (México), que representa a la mayoría de la población, es la que está siendo más afectada por la pandemia, lo que traerá mayor pobreza pese a los programas sociales del gobierno los cuales siempre son deseables y necesarios, pero sola-

* La elevada letalidad del virus SARS-CoV-2 está plenamente reconocida por la OMS: AFP y Xinhua, “El Covid-19 es 10 veces más mortífero que el virus de la gripe A/H1N1: OMS”, periódico *La Jornada*, 14 de abril de 2020, p. 2.

mente atacan los efectos de la pobreza y no sus verdaderas causas, que son estructurales, es decir, tienen que ver con la forma como nuestra sociedad produce y se reproduce, la cual está inmersa todavía en el modelo neoliberal* implantado por el capitalismo en América Latina hace más de 30 años.

2. La población experimenta en estos días (abril de 2020), en mayor o menor medida, el miedo al contagio por el COVID-19 y, por tanto, a la muerte. Habría que preguntarnos si la intención es la de mantenernos únicamente vivos, o reflexionar sobre nuestra situación de vida. Considero, por tanto, que la cuestión no es vivir más tiempo sino cómo se vive, es decir, con qué *calidad de vida*, la cual está en función del tipo de empleo del que se derivan las condiciones de trabajo y el monto

* Pese a los buenos deseos del presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, sobre el *fin de la época neoliberal*, tal como lo expresó en el Foro Nacional “Planeando juntos la transformación de México”, el 17 de marzo de 2019, la realidad hoy en día es que persiste el modelo Neoliberal implantado por el Capitalismo para obtener el máximo provecho del trabajo de la población. Estas son las palabras que expresó López Obrador: “[...] para nosotros ya se terminó con esa pesadilla que fue la política Neoliberal. Declaramos formalmente, desde Palacio Nacional el fin de la Política Neoliberal, aparejada esa política o modelo Neoliberal con su política económica de pillaje, antipopular y entreguista. Quedan abolidas las dos cosas [...]”. (Véase: “Amlo anuncia el fin de la política neoliberal”, video en YouTube, enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=IbVnj-tAaAc&t=34s>).

Cabe señalar aquí que los procesos sociales y las revoluciones *no se terminan por decreto* a pesar de las buenas intenciones del presidente López Obrador. En mi libro *Memorias de un brigadista del Movimiento Estudiantil Mexicano de 1968* (capítulo XI) fundamento lo que acabo de exponer.

de los recursos económicos disponibles y, por tanto, la posibilidad o no de tener: *una alimentación equilibrada, una vivienda con los satisfactores básicos, transporte cómodo y seguro, así como de tiempo para realizar ejercicio físico regular, al igual que poseer una cultura médica y de salud*. Lo anterior se reflejará o no en el mejoramiento del *estado de ánimo* de las personas. Esto último repercute en el sistema inmunitario para volverlo más fuerte o débil frente a diversas enfermedades, y que éstas se superen o agraven, según el caso.

Con respecto a la *falta de cultura alimentaria*, de acuerdo con los datos oficiales de la Secretaría de Salud de México, el sobrepeso y obesidad en los adultos (20 años y más) en 2018 (que puede generar o agravar varias enfermedades), es del 75.2 % (https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf, p. 41).

Por tanto, corre más riesgo de enfermar o morir por el Coronavirus la gente que padece obesidad, u otros males crónicos (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, problemas cardiovasculares, tabaquismo, entre otros) de conformidad con lo expresado por las autoridades médicas de nuestro país en varias conferencias sobre Covid-19.

Cabe mencionar que, exceptuando a las personas que tienen condiciones genéticas desfavorables para mantener un peso saludable (que es la minoría de la población), el resto, es decir, la mayoría que padece *obesidad*, puede ver en la pandemia, si hay cierta *conciencia de salud*, la oportunidad para *empezar a cambiar los hábitos alimentarios dañinos y dejar la vida sedentaria*, ello si sus condiciones de vida y de trabajo se lo permiten.

Aquí debe señalarse que un elevado porcentaje del presupuesto del sector Salud de México se destina a atender diversos padecimien-

tos derivados de una inadecuada alimentación* (que puede propiciar obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otros males) al igual que para tratar problemas de salud debido a ciertos hábitos perjudiciales para el organismo como son el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de sustancias psicotrópicas.

Con respecto a dichos hábitos dañinos, falta trabajar más en el diseño y desarrollo de políticas gubernamentales que consideren el contexto socioeconómico y cultural de los distintos grupos y regiones del país, al igual que frenen el desmedido afán de lucro de empresas que producen comida chatarra y alimentos procesados, incluyendo a la industria refresquera, entre otras. Esta es una exigencia para que la población poco a poco adquiera una *cultura alimentaria, médica* y de *salud* para lograr una verdadera *prevención de las enfermedades* al igual que una efectiva *promoción de la salud*.

Sin duda, la implementación adecuada de programas sobre cultura alimentaria y de salud desde la educación básica, considerando el entorno socioeconómico y cultural de las y los alumnos, resulta

* “La Secretaría de Salud estima que el costo total de la obesidad en 2017 fue de 240 mil millones de pesos y seguirá aumentando hasta alcanzar los 272 mil millones en 2023, un aumento de 13% en seis años. Un estudio realizado por el Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO) calculó que los costos totales solamente de la diabetes asociados a la obesidad en el 2013 ascendieron a 85 mil millones de pesos al año, de los cuales 73% corresponde a gastos para tratamiento médico, 15% al costo generado por pérdidas debidas al ausentismo laboral, y 12% al costo por pérdidas de ingreso debido a mortalidad prematura”. (“Propuestas para una política integral frente a la Epidemia de Sobrepeso y Obesidad de México 2018-2024”, *elpoderdelconsumidor.org* [en línea]: <https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2018/04/propuesta-politica-publica-candidatos-2018-24.pdf>).

necesaria para reducir los hábitos alimentarios dañinos y de otro tipo, los cuales dificultan la prevención de los padecimientos y el mejoramiento de la salud de la población.

Con respecto al personal de salud, si bien es cierto que hacen falta médicos* y enfermeras, y más en esta situación de emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia, debe destacarse la necesidad de modificar la formación de dichos profesionales que está orientada básicamente hacia la medicina curativa, individualista y hospitalaria, en correspondencia con las exigencias del modelo neoliberal impuesto por el desarrollo capitalista. Se requiere que la formación de médicos y enfermeras, además de una excelente preparación clínica, se oriente también hacia una medicina preventiva y comunitaria que

* Cabe mencionar que el 18 de julio de 2019 señalé públicamente que si bien estaba de acuerdo con el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, en el sentido de que faltaban más médicos en el país, también debería considerarse en *la formación de médicos la necesidad de que se incluya en los planes de estudio la medicina comunitaria orientada a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud*. Otras ideas al respecto las expongo en el texto que me publicó el periódico *Reforma* en la fecha antes citada, sección “Cartas del lector”.

Es necesario señalar que este planteamiento lo he expuesto desde hace muchos años ante diversas autoridades médicas del país. Un caso concreto fue en el hospital 30 del IMSS, en la Ciudad de México, en 1991. En esa ocasión impartí una conferencia sobre *los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad y la práctica médica*. Ante el planteamiento que expuse en el párrafo anterior, el director de ese nosocomio *señaló que no estaba de acuerdo con mis ideas* ya que, según dicho funcionario: *“la formación del médico debe ser curativa y dejar de lado la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud”*. (Véase mi artículo en el periódico *Excélsior*, “Sociedad, proceso salud-enfermedad y práctica médica”, “Sección Metropolitana”, 20 de septiembre de 1991).

tome en cuenta las necesidades de los diferentes grupos sociales y regiones de México.

Igualmente, se necesita fortalecer la formación de los demás miembros del equipo de salud (*profesionales de trabajo social, nutrición y psicología*, entre otros) desarrollando programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, con el apoyo efectivo de las instituciones médicas. En mi libro *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica* profundizo al respecto considerando diversas experiencias que he tenido en el ámbito hospitalario (www.raulojassoriano.com).

3. En el discurso médico oficial y en el habla cotidiana se mencionan los términos *servicios de salud* o *centros de salud* al referirse a los hospitales y clínicas que pertenecen a los sistemas de seguridad social, o a los nosocomios destinados a la población abierta. Cabe señalar aquí el error conceptual que se comete cuando consideramos a los hospitales y clínicas como centros de salud o servicios de salud. Para sustentar mi crítica me apoyo, en principio, en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que señala: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Si bien esta definición de la OMS es *ahistórica*, porque no considera las particularidades socioculturales y económicas de cada sociedad

* Mi definición de *salud* es: “La capacidad que tiene el individuo para desarrollar todas sus potencialidades físicas, intelectuales, artísticas y espirituales, según su contexto sociocultural y su ambiente físico, a fin de realizarse plenamente como ser humano y social”. (Raúl Rojas Soriano, *Investigación-acción en el deporte, nutrición y salud. Un experimento con dieta vegetariana [vegana] 2008-2014*, pp. 36-37).

(como lo he criticado en el libro *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica**), dicha definición es una referencia obligada cuando hablamos del concepto de *salud*.

En la definición de salud de la OMS se mencionan tres conceptos (*bienestar físico, bienestar mental y bienestar social*). Sin duda, para lograr dicho bienestar se requiere tener condiciones de empleo y de trabajo que permitan el desarrollo integral del ser humano en sus distintas facetas, así como el acceso a diversos satisfactores, por ejemplo: alimentación equilibrada, vivienda con los servicios básicos, transporte cómodo y seguro, ambiente físico salubre, entre otros.

De acuerdo con lo anterior, los hospitales y clínicas deberían llamarse centros médicos, o para atender las enfermedades** puesto que, si somos consecuentes con la definición de la OMS, un centro de salud (o servicios de salud) implicaría que en ese lugar se proporcionasen todos los satisfactores fundamentales (algunos de los cuales he mencionado) para lograr un bienestar físico, mental y social.

* Otras críticas sobre el concepto de salud de la OMS las presento en el libro *Crisis, salud-enfermedad y práctica médica* (www.raulrojassoriano.com).

** Cabe mencionar aquí el serio problema que se genera en los nosocomios de países tanto desarrollados como subdesarrollados en el sentido de la persistencia de los daños que provoca en el paciente una práctica médica inadecuada, fenómeno al cual se conoce como *Iatrogenesis*, que significa: “Alteración, especialmente negativa, del estado del paciente producida por el médico”. *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española.

Debe señalarse que según la OMS: “134 millones de personas sufren daños cada año como consecuencia de la falta de seguridad en la atención hospitalaria en los países de ingresos medianos y bajos, lo que provoca 2,6 millones de defunciones anuales”. (*Organización Mundial de la Salud*, “Día Mundial de la Seguridad del Paciente”, 17 de septiembre de 2019 [*en línea*]: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019>).

4. Las autoridades médicas insisten de forma reiterada en distintos medios, y a todas horas: “¡Quédate en casa!” para evitar contagiarte, o si ya estás enfermo, para no contagiar a los demás. Si bien estoy de acuerdo en principio con esta exigencia para enfrentar la pandemia de Coronavirus, no podemos olvidar que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI-México), el 56.7 % de la población trabaja en la economía informal (periódico *La Jornada*, 16/12/19), es decir, vive al día, por lo que al pedirle quedarse en casa se le priva de sus exiguos ingresos. Tal proclama oficial ignora la profunda *desigualdad social* (y, por tanto, la existencia de clases sociales) que prevalece en México, pese a que se ha reconocido dicho fenómeno en diversas conferencias sobre COVID-19 organizadas por el gobierno federal de México, a través de la Secretaría de Salud.

Además, el encierro recomendado debido a la pandemia afecta la interacción familiar, y más en espacios estrechos. Como ya es del dominio público, han empezado a aumentar los problemas relacionados con el *estado de ánimo* (crisis por ansiedad, estrés, enojo, entre otros) como lo han destacado los funcionarios médicos en la conferencia sobre Coronavirus en México, el 10 de abril de 2020. Sin duda, los más afectados están siendo los infantes, adolescentes y mujeres.

Cabe mencionar aquí que al aumentar el tiempo de permanencia en la vivienda se está generando un mayor uso de las redes sociales. Sin dejar de reconocer la importancia que han tenido estos medios para comunicar masivamente diversos hechos que son de interés público, así como para interactuar socialmente, también pueden servir las redes sociales para la difusión de noticias falsas o poco fundamentadas. Sin duda, su uso desmedido puede generar una mayor adicción a ellas a partir del confinamiento recomendado u obligado debido a

la pandemia, lo cual repercute en la convivencia familiar. Asimismo, el maltrato doméstico se incrementa en esas condiciones de *encierro* que forman parte de una política que se considera necesaria para mitigar los estragos de la pandemia: *mantener la sana distancia*.

La manera como se permanece en casa (en estas semanas de la fase *dos* y, luego, de la *tres*, de la pandemia), es decir, de disfrutar o no de las comodidades o carencias (o sea, con bienestar o no) *depende de las condiciones de vida y de trabajo de las personas*. Por tanto, *no puede olvidarse que en una sociedad en la que prevalece una profunda desigualdad social los sectores de la población empobrecidos por la política neoliberal* (vigente como ya expresé desde hace más de 30 años) son los mayormente afectados durante dichas fases de la epidemia, pero también en los siguientes meses y años.

Respecto a lo anterior, cabe señalar que las personas que han perdido su trabajo son casi 350 mil, según admite la titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social el 8 de abril de 2020, en la conferencia mañanera del presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador. Véase el periódico *El Universal*, enlace: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/por-covid-19-se-han-perdido-346-mil-puestos-de-trabajo-stps>). Asimismo, de un millón de pequeñas y medianas empresas (Pymes) que hasta hoy sobreviven, un elevado porcentaje dejará de existir por la crisis económica generada o acentuada por la pandemia de Covid-19 (a pesar de los créditos que brinda el gobierno, que son insuficientes), lo cual dejará sin trabajo a un significativo porcentaje de la población.

Por ello, *la pobreza de la mayoría* (que ha sido reconocida por las autoridades sanitarias en diferentes conferencias de Covid-19 en México) se incrementará en los próximos meses, con las consecuencias sociales y de salud, por ejemplo: mayores problemas para adquirir

los satisfactores básicos (alimentación, vestido, transporte adecuado, entre otros); dificultades para el pago de la renta de viviendas y negocios; mayor delincuencia y prostitución, incorporación al trabajo de más mujeres, adolescentes, niñas y niños, mayor maltrato hacia estos sectores; se incrementará, igualmente, la deserción escolar y diversas enfermedades orgánicas y mental-emocionales.

Asimismo, *las condiciones de desigualdad social existentes en México también se expresan en cuanto al acceso real a los servicios médicos y al logro de la atención oportuna y adecuada* de los padecimientos*. Al respecto, la mayor parte de la gente no cuenta con seguridad social ni con los ingresos necesarios para atender las enfermedades en hospitales privados. Por ello, aquellas personas en situación de pobreza o pobreza extrema** (que representa la mayoría de la población) sufren por lo general lentitud para recibir atención médica; esta situación se complica cuando se trata de patologías

* Cabe señalar la *crítica* que hice el 9 abril de 2016 al entonces presidente de la República, Enrique Peña Nieto, cuando expresó, en un discurso ajeno a las carencias de personal y de recursos en los hospitales públicos, y desconociendo las características socioeconómicas y culturales de la población: “Tenemos que ir más allá y asegurar a todas las personas el acceso efectivo a una atención médica de calidad”. (Véase el periódico *La Jornada* de esa fecha, sección “El Correo Ilustrado”).

** Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL-México), en 2018 se registraron 52.4 millones de personas en situación de pobreza y 9.3 millones de personas en situación de pobreza extrema. (Enlace: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>).

La *desigualdad social en México* se expresa también en la *concentración de la riqueza* en pocas familias. Al respecto, cabe mencionar que en México: “La fortuna de las cinco familias más acaudaladas del país equivale a 25 por ciento –la cuarta parte– de los ingresos de todo un año de las casi 35 millones de familias mexicanas”. (Véase el reportaje “Fortuna de 5 magnates, la cuarta parte del ingreso anual de 35 millones de familias”, periódico *La Jornada*, 16 de abril de 2020, p. 18).

complejas y más cuando los hospitales y clínicas carecen del personal adecuado y de los recursos médicos necesarios para atender tales padecimientos.

Por lo contrario, las personas que pertenecen a grupos sociales con poder económico pueden atenderse en hospitales privados y exigir que la atención sea pronta y de calidad. Cabe mencionar aquí dos experiencias que conozco en el Estado de México y que muestran la forma como el poder político puede dejarse sentir en los hospitales de la seguridad social y en aquellos destinados a la población abierta. Se exigió, por parte de funcionarios de los gobiernos municipal y estatal, que el hospital desalojara a los pacientes de un piso completo para que se instalara a familiares de encumbrados políticos. Por razones obvias me reservo el nombre de mis informantes.

En resumen, para analizar desde una perspectiva sociológica el proceso salud-enfermedad, que considera la *historia social de la enfermedad* (y no sólo su historia natural) puedo afirmar, dejando a un lado la condición genética (que incluyo más adelante) que:

Según sean las condiciones de vida y de trabajo de la población mexicana, es decir, según sea la clase y el grupo social al que se pertenece, será la forma como se enferman los individuos, de qué se enferman, con qué gravedad y frecuencia, su acceso real a los servicios médicos, sus posibilidades reales de promover la salud, su esperanza de vida y de qué mueren. (Raúl Rojas Soriano, Crisis salud-enfermedad y práctica médica, p. 7).

5. En las conferencias sobre la pandemia de Covid-19 a cargo del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Hugo López-Gatell, se ha insistido en diversas ocasiones que *corren más riesgo de contagiarse (o que la infección sea más grave, y mueran) aquellas personas que tienen enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, problemas cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, por ejemplo), y los individuos de la tercera edad (60 años o más). Como dijo el doctor José Luis Alomía, director general de Epidemiología: “Las personas que tienen 60 años o más de edad están falleciendo 2.7 veces más que aquellas personas que tienen una edad diferente...”*. (Conferencia sobre Coronavirus en México, 10 de abril de 2020).

Respecto a esta última información considero que *falta una mayor objetividad y precisión cuando se refiere el Dr. Hugo López-Gatell y otros funcionarios médicos al riesgo más elevado que tenemos quienes somos de la tercera edad de que se agrave la enfermedad o de morir, planteamiento que se hace sin analizar la condición genética y el estilo de vida de cada persona*. Esto último depende de la *cultura alimentaria* y de la *cultura de salud**, al igual que de las condiciones de vida y de trabajo de los individuos.

Por tanto, puedo afirmar, como *hipótesis*, que *si se deja de lado la condición genética desfavorable que está presente en un reducido porcentaje de la población, la gente de la tercera edad que se contagie por el Covid-19 tendrá una mayor probabilidad de que la enfermedad se agrave y, por tanto, de fallecer si ha tenido un estilo de vida dañino para su salud a lo largo de su existencia, es decir, que:*

* En mi libro *Investigación-acción en el deporte, nutrición y salud. Un experimento con dieta vegetariana (vegana) 2008-2014* defino estos conceptos, así como *cultura médica y deportiva*. www.raulrojassoriano.com

- 1) *Haya descuidado su alimentación (comida procesada o alimentos chatarra);*
- 2) *haya consumido o consuma en exceso refrescos y alcohol, y sea proclive al tabaquismo y a sustancias psicotrópicas, al igual que*
- 3) *lleve una vida sedentaria, es decir, que no realice ejercicio regular.*

De conformidad con esta hipótesis, y para demostrar su validez en personas de la tercera edad, en el sentido de que quienes nacimos con *una condición genética normal* y hemos *cuidado nuestra alimentación desde siempre*, al igual que si realizamos ejercicio regular* aeróbico y anaeróbico (cinco o seis veces a la semana durante, al menos, una hora diaria) *podemos enfrentar con éxito el contagio del SARS-CoV-2 en una forma similar a la de aquellos individuos de grupos etarios más jóvenes*, que también tienen una condición genética normal y que han cuidado su estilo de vida.

En pocas palabras, lo que agrava o mata no es siempre la presencia del SARS-CoV-2 en nuestro organismo, sino la vida descuidada que ha tenido la mayoría de la población tanto de México como de los demás países, situación que ha ocasionado un mayor porcentaje de gente con sobrepeso u obesidad (según ENSANUT, como ya dije,

* Véase mis videos: “Tres pruebas de esfuerzo físico extremo en la tercera edad que me obligaron a dejar en orden mi testamento” y “Mi práctica en el gimnasio. Una experiencia en la tercera edad. Una hora diaria de ejercicio”. Dichos videos pueden verse en mi canal de YouTube y se encuentran también en la videoteca de mi página electrónica (www.raulrojassoriano.com) y redes sociales.

para 2018 el porcentaje con ese problema en México es el 75.2 %), *al igual que mayores tasas de enfermedades como diabetes, y otros padecimientos crónicos como los ya citados.*

6. Sobre lo anterior, cabe mencionar que después de que el Dr. Hugo López-Gatell, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, describiera en la conferencia mañanera del presidente López Obrador (14 de abril de 2020) la forma en que la diabetes afecta el funcionamiento del organismo, dicho funcionario precisa lo que provoca esa enfermedad: “[...] se disminuye la eficiencia del sistema de defensas del organismo [...]”. Por lo que las personas con diabetes —dice el Dr. López-Gatell— son más susceptibles de padecer infecciones y que se compliquen.

Dicha autoridad médica señala: “[...] algo semejante sucede con la edad, en el proceso de edad va existiendo un desgaste de la eficiencia de todos los órganos del cuerpo y de todos los sistemas, incluyendo el sistema inmune”. En principio estoy de acuerdo con lo expuesto por el Dr. López-Gatell, pero debe hacerse una precisión en el sentido de que el proceso de envejecimiento, sobre todo en la tercera edad, si bien está en función de los años de vida transcurridos también depende de las *condiciones genéticas del individuo y de su estilo de vida, es decir, del tipo de alimentación, y si es proclive o no al consumo de refrescos, bebidas alcohólicas, sustancias psicotrópicas y al tabaquismo; igualmente, si lleva una vida sedentaria o no, entre otros factores.*

Por lo anterior, cuando se habla de la población de la tercera edad no puede verse a ésta de forma abstracta puesto que los individuos tienen características socioculturales, económicas y genéticas diferentes; asimismo, los hábitos alimentarios y de prevención de las

enfermedades y promoción de la salud son distintos en las personas que pertenecen incluso a un mismo grupo social, y hasta en un grupo familiar específico.

7. Para demostrar la validez de lo que acabo de expresar, y considerando a *la práctica como criterio de verdad* (la cual ha sido el denominador común en mi *vida sociopolítica, profesional y deportiva*)* estoy dispuesto a que en un *experimento biomédico* las autoridades médicas apliquen en mi organismo el o los fármacos que se descubran en las siguientes semanas o meses para enfrentar la enfermedad del Covid-19 ocasionada por el virus SARS-CoV-2, o cuando se genere la vacuna correspondiente.

La causa de la ciencia y la salud de la población no admiten la menor demora. Por tanto, si se acepta mi propuesta eximo de toda responsabilidad legal a las autoridades médicas.

Dr. en Sociología Raúl Rojas Soriano**,
profesor de la UNAM desde marzo de 1969.

www.raulrojassoriano.com

* En mi canal de YouTube y en la página electrónica, así como en las redes sociales, se encuentran mis libros y videos sobre dicha práctica.

** Por razones obvias omito mi firma en el presente texto, la cual sí incluí en el documento que envié por correo electrónico al Secretario de Salud de México, y al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el 14 de abril de 2020.

NOTA 1: En este documento, que publico en mi página electrónica y en las redes sociales, *incorporo información adicional para reforzar ciertas ideas.*

NOTA 2: Las imágenes que se incluyen en la portada se tomaron de Internet.