

# Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades





# Proceso de salud/enfermedad/atención-prevención de la COVID-19 y la obesidad en un municipio de Yucatán. Hacia un enfoque de sindemia

Health/sickness/attention-prevention process during COVID-19 and obesity in a municipality of Yucatan. Towards a syndemic approach

**Juan Manuel Ancona Manzanilla** Universidad Nacional Autónoma de México (México)

**Alfredo Paulo Maya** Universidad Nacional Autónoma de México (México)

**Karla Rossanet Dzul Rosado** Universidad Autónoma de Yucatán (México)

<https://orcid.org/0000-0003-1877-076X> le-cons@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4545-8886> alfpaulo@comunidad.unam.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3729-3797> karla.dzul@correo.uady.mx

Recibido: 10 de febrero de 2021

Aprobado: 19 de mayo de 2021

## Resumen

A finales del 2020 la COVID-19 ya ha cobrado más de 1.8 millones de vidas en el mundo. La propagación y letalidad del virus SARS-CoV-2 han sido diversas a nivel mundial debido a factores como: el abordaje de las autoridades nacionales y locales para afrontar la problemática; el estado previo de los sistemas de salud y la realidad epidemiológica con altas prevalencias de obesidad; el panorama socioeconómico y demográfico de cada región; y cómo los grupos sociales se organizan para curar o prevenir la COVID-19. Esta investigación pretende dar cuenta de cómo los microgrupos se organizan ante la sindemia de COVID-19 y obesidad. Las problemáticas se abordan enfatizando el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención; el enfoque sistémico y la aproximación al enfoque de la sindemia desde la antropología médica. Las herramientas de investigación fueron: investigación documental; entrevistas semiestructuradas con personal de salud, convalecientes COVID-19 y población local; y observación participante. En conclusión, la diada obesidad y COVID-19 es sinérgica en términos de morbimortalidad y también en las condiciones sociales que las circunscriben; y esto se expresa en experiencias vividas a nivel colectivo y microgrupal.

**Palabras clave:** COVID-19; obesidad; sindemia; enfoque sistémico; antropología médica

## Resumen

At the end of 2020, COVID-19 has already claimed more than 1.8 million lives in the world. The spread and lethality of the virus have been different worldwide due to factors, including how national and local authorities dealt with the problem; the previous state of the health systems and the epidemiological reality with high prevalence of obesity; the socioeconomic and demographic panorama of each region; and how social groups organize to cure or prevent COVID-19. This research aims to account for how micro-groups organize themselves in face of the syndemic between COVID-19 and obesity. This research uses the syndemic approach from medical anthropology. The research tools were: documentary research; semi-structured interviews with health personnel, COVID-19 convalescents and local population; and participant observation. In conclusion, the obesity and COVID-19 dyad are not only synergistic in terms of morbidity and mortality but also in the social conditions that circumscribe them; and these is expressed in experiences lived at the collective and micro group level

**Keywords:** COVID-19; Obesity; Syndemic; Systems Approach; Medical Anthropology

## **Introducción**

### **COVID-19**

El 31 de diciembre del 2019 un virus antes no reconocido es reportado en la provincia de Hubei en China como posible agente patógeno causante de enfermedades respiratorias agudas. La transmisión de este virus no difiere con la de otras enfermedades respiratorias. Los fluidos producto de las vías respiratorias altas y bajas contienen partículas de virus que mayormente se transmiten por el aire mediante gotículas y aerosoles al toser, estornudar, reír, hablar, cantar, respirar, que a la postre pueden generar la infección (Dominguez & Amador-bedolla, 2020; Lovato & Filippis, 2020).

Por lo tanto, gran parte de las medidas sugeridas e impuestas en la mayoría de los países estuvieron encaminadas al distanciamiento social: confinamiento domiciliario, cuarentenas obligatorias (de infectados y sospechosos), cierre de negocios “no esenciales”, educación virtual, *home office*, limitación de reuniones sociales, distancia mayor a un metro cuando fuera inevitable la interacción en persona, y optar por espacios abiertos para permitir el flujo de aire. Al mismo tiempo, se promovió la utilización de cubrebocas en espacios públicos y la higienización constante de las manos mediante un lavado vigoroso y/o el uso de alcohol en gel.

Entre los “grupos de riesgo” (para enfermar gravemente) identificados al comienzo de la pandemia estuvo la población anciana, es decir, a mayor edad es más probable que se enferme de gravedad por el nuevo virus; mujeres embarazadas; y población con el sistema inmune comprometido como personas que viven con diabetes, VIH, cáncer, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y enfermedad renal (la insuficiencia renal ha sido la enfermedad de mayor asociación con letalidad por COVID-19) (Lovato & Filippis, 2020).

Por otro lado, están los “grupos en riesgo” por la vulnerabilidad de diferentes sectores territoriales y poblaciones debido a variables socioeconómicas, políticas y culturales; en especial, los considerados “pueblos indígenas”. La violencia sistémica y estructural, expresada en el modelo económico y político, la distribución de los servicios públicos en salud, además de discursos racializados; y la manifestación de saberes ante la COVID-19 de los propios pueblos, son parte de los motivos del por qué la letalidad ante la COVID-19 ha sido mayor en estos territorios (Cortez-Gómez et al., 2020).

### **La obesidad y la inseguridad alimentaria**

La obesidad es la acumulación excesiva de tejido adiposo que puede ser dañina para la salud. Esa es, palabras más palabras menos, la definición que la Organización



Mundial de la Salud tiene de la obesidad. La ganancia de peso corporal (graso) se debe generalmente a un superávit energético, es decir que el “combustible” consumido por medio de los alimentos y las bebidas, es mayor al utilizado en el día a día. Generalmente el exceso de peso trae consigo comorbilidades como resistencia a la insulina, diabetes, hipertensión arterial, cáncer, problemas óseos, depresión, etcétera (OMS, 2017). Más allá de que la construcción conceptual está en el terreno biologicista, el aumento de la obesidad en las últimas cinco décadas tiene explicaciones y razones que superan lo biomédico. El régimen agroalimentario, las políticas y la industria agroalimentaria, la publicidad y las brechas económicas y sociales permiten explicar las aristas que forman parte de la problemática (Cabrera Rebollo et al., 2019; Messer, 2006).

Acorde con los mencionado previamente, la inseguridad alimentaria continúa marcando una pauta importante para la calidad de la alimentación y su relación con los ingresos económicos y la marginación espacial, lo que ha dado como resultado un estrecho vínculo entre la inseguridad alimentaria y la obesidad. Esto se debe en gran medida a los cambios en los regímenes agroalimentarios que moldean la dieta planetaria con mayor vehemencia a partir de la segunda mitad del siglo XX con el abaratamiento en la producción de alimentos densamente energéticos y poco saludables, permitiendo el aumento de su disponibilidad global, acceso económico y físico. A esto se suman las pautas de “lo saludable”, “lo deseado” y “bueno para comer”, que colorean cada vez más la alimentación mundial con tonalidades homogéneas, disminuyendo así la diversidad de especies alimenticias (Ibarra-Sánchez, L., Viveros-Ibarra, L., González-Bernal, V., & Hernández-Guerrero, 2016; Messer, 2006; Shamah-levy et al., 2014).

En ese sentido, los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) refieren que en México la prevalencia de inseguridad alimentaria está presente en el 55% de los hogares, y cuando se trata de localidades rurales, estas diferencias se profundizan, ya que la proporción de los hogares rurales con inseguridad alimentaria llega al 70% como puede verse en la Tabla 1 (Shamah-levy et al., 2020).

Tabla 1. Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria por tipo de localidad.

Tipo de localidad	Niveles de inseguridad alimentaria							
	Seguridad		Leve		Moderada		Severa	
	N (millones)	%	N (millones)	%	N (millones)	%	N (millones)	%
Urbana	12 336.4	48.9	7 684.3	30.4	3 280.3	13	1 952.6	7.7
Rural	2 371.8	30.4	3 171.2	40.6	1 389	17.8	881.4	11.3
Nacional	14 708.3	44.5	10 855.5	32.8	4 669.3	14.1	2 833.9	8.6

Modificado de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía et al., 2018)



Esto es una muestra de lo errado del discurso que relacionaba positivamente la ruralidad y la calidad en la alimentación por considerar la permanencia de una dieta menos “industrializada”, esto sin contar la contaminación del suelo, aire y agua, de las que no escapan la producción familiar y a baja escala. A su vez, los procesos de urbanización conllevan más detrimentos que beneficios en la calidad alimentaria para la mayor parte de la población en las zonas rurales, debido a que la homogeneización alimentaria (sobre todo de alimentos ultraprocesados) penetra profundamente la mayor parte de las localidades del territorio nacional, cuyo común denominador es el consumo cotidiano de bebidas endulzadas (80% de las personas). Mientras que la única diferencia significativa en relación a alimentos saludables, es el mayor consumo cotidiano de leguminosas en las localidades rurales (55%) contra las urbanas (42%) (Ortiz-Hernández et al., 2006; Shamah-levy et al., 2020).

Este deterioro en la dieta se reflejan cada vez más en las altas prevalencias de obesidad (ver Tabla 2), al grado que durante el año 2020 no hay problemática reconocida por la biomedicina que esté más asociada con la posibilidad de enfermar gravemente por COVID-19 que el exceso de peso (en especial la obesidad), puesto que la Diabetes Mellitus tipo II y la HTA tienen una estrecha relación con un alto índice de Masa Corporal (IMC)<sup>1</sup>, y especialmente con la excesiva acumulación de tejido adiposo (grasa) en el área abdominal<sup>2</sup> (Rubio Guerra & Narvéez Rivera, 2017).

Tabla 2. Prevalencia de obesidad en adultos mayores de 20 años

Sexo	Tipo de obesidad	
	Obesidad por IMC	Obesidad abdominal
Mujeres	40.2%	88.4%
Hombres	30.5%	72.7%
Total	35.3%	80.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía et al., 2018)

Aunque en estos momentos los costos sociales y económicos de la COVID-19 son todavía incalculables, la Secretaría de Salud considera que en el año 2017 se gastaron 240, 000 millones de pesos (mdp) derivados de la obesidad y comorbilidades, resaltando que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo II están vinculados a la obesidad, como se mencionó previamente (Forbes, 2019).

1 IMC: el Índice de Masa Corporal es el resultado de la división del peso de un individuo en kg entre su estatura medida en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) y se ha utilizado para definir niveles de exceso (o carencia) de peso que puede en menor o mayor medida ser riesgosos para la salud.

2 La obesidad abdominal es definida como: circunferencia de cintura mayor a 80 cm en mujeres y a 90 cm en hombres.



Estas relaciones de la COVID-19 y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) han sido señaladas desde el reporte del primer caso de COVID-19 en México (en febrero del 2020). Las autoridades nacionales expresaron enfáticamente la relación de patologías previas con la posibilidad de enfermar gravemente y fallecer por el nuevo virus. En ese sentido, en la Tabla 3 (consultado el 1 de abril del 2021) se muestra la prevalencia de la obesidad y la diabetes mellitus (DM) en quienes han fallecido.

Tabla 3. Prevalencia de obesidad y diabetes mellitus en las muertes por COVID-19 en México al 1 de abril del 2021

Ubicación	Casos confirmados	Defunciones	Obesidad	Diabetes Mellitus
México	2,244,268	203,664	21.92	37.35
Yucatán	35,195	3,360	19.38	37.92
Mérida	22,177	1,880	18.67	38.30
Teabo	72	2	---	---

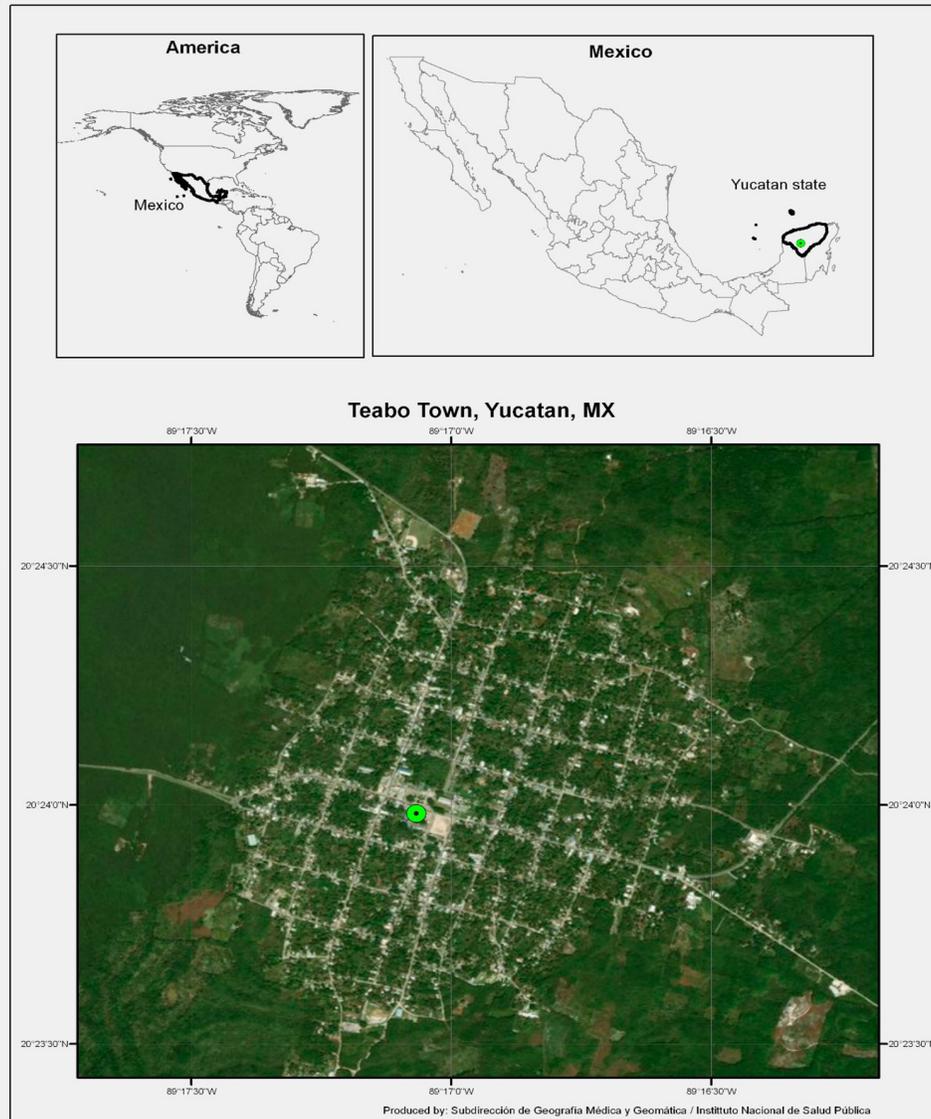
Fuente: Elaboración propia a partir del Tablero COVID-19 México (Gobierno de México, 2021)

Dicho lo anterior, cabe resaltar que en el presente texto (derivado de la investigación de maestría titulada: “Proceso de Atención-Desatención de la COVID-19 en un municipio indígena de la Península de Yucatán: el caso de Teabo”) se analiza el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención durante la COVID-19, considerando la convergencia con la obesidad en el municipio de Teabo, Yucatán. Se recurre al enfoque sindémico para enmarcar y enfatizar parte de las diversas aristas sociales, culturales, económicas, políticas y biológicas que convergen y potencian las problemáticas de salud.

### Localidad de estudio

Teabo es un municipio del Estado de Yucatán que está ubicado al sur de la capital Mérida (ver Mapa 1), aproximadamente a 76 km de distancia. En la actualidad podría decirse que el asentamiento humano es aproximadamente de 3 - 4 kilómetros cuadrados. Teabo colinda con Tekax, Chumayel, Cantamayec, Mayapán y Maní (Ruiz Dzib, 2013).





Mapa 1. Localización de Teabo  
Tomado de: Dzul-Rosado et al., 2020

El municipio tiene una población total de 6,551 personas distribuidas en 1,464 viviendas, lo que da como resultado un promedio 4.5 integrantes por vivienda, por encima del promedio yucateco (3.7) y del meridano (3.5). Del total de la población, el 53.35% vive con algún grado de hacinamiento, muy por encima del 36.42% reportado para Yucatán y el 25.18% de Mérida. En cuanto a la etnicidad considerada por adscripción y por hablantes de lengua indígena (HLI) de 3 años o más, Yucatán tiene 65.4% y 28.89% de indígenas respectivamente, Mérida 48.26% y 10.2 por ciento. Mientras que Teabo supera en ambos criterios tanto el promedio estatal como el de la capital con 97.18% de población adscrita y 79.18% de HLI (Gómez Mena, 2019; INEGI, 2015; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016a).



## Marco conceptual

### Proceso de salud/enfermedad/atención-prevención

La enfermedad es vista como un proceso continuo de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) en el que se desenvuelven subjetividades e intersubjetividades que llevan a realizar o utilizar diferentes alternativas terapéuticas en una suerte de transacciones entre la autoatención, modelo médico hegemónico y el modelo subalterno (Menéndez, 1992, 2003, 2005). Con enfoques similares, los modelos explicativos de la enfermedad (Kleinman, 1981), enuncian que cada grupo humano define lo que está bien o mal en términos de salud. Esto quiere decir, que la historicidad y contexto de cada grupo humano son fundamentales para asumir que alguien del grupo está enfermo o en riesgo de estarlo. Este proceso de identificación está relacionado con la definición de los pasos a seguir tanto para explicar la enfermedad, como para tratarla y saber qué esperar en su desarrollo. Esto incluye también designar quiénes deben participar en la recuperación, es decir, si es necesario acudir a otros curadores (fuera del hogar o grupo social cercano) o se puede solucionar en el grupo familiar o grupo cercano.

### Enfoque sistémico

La aproximación desde la teoría de los sistemas (Bertalanffy, 1986) ha sido utilizada de diferentes maneras en las disciplinas sociales, como lo hace Bronfman quien retoma ideas de la Escuela de Palo Alto para teorizar sobre la estructura familiar y las redes de apoyo. Resaltando que el grupo doméstico puede jugar un papel fundamental en la socialización de valores, creencias y prácticas, pero cada individuo interactúa en otros entornos como pueden ser los barriales, laborales, escolares, ahora mismo los digitales, que, junto con su personalidad, van a impactar las maneras en que el grupo doméstico (por ende, el sistema familiar) se estructura. Las relaciones jerárquicas y de poder no son simple y llanamente endógenas, sino que están influenciadas por el exterior. La manera en cómo los individuos cambian y van cambiando a su vez al grupo doméstico dependerá de características relacionales del grupo. Es decir, estas relaciones tienen una suerte dialéctica y bajo la teoría de los sistemas que emplea Bateson para estudiar a la familia como sistema (sistema familiar), hay constantes *feedback* que dan pie a la reorganización, que puede llevar al equilibrio o al rompimiento, es decir, es un proceso continuo que busca el funcionamiento (Bronfman, 2000; Roiz, 1989).

### Sindemia

El concepto de sindemia emerge desde la antropología médica sobre todo con el trabajo de Merrill Singer y actualmente tiene muchos adeptos en diferentes disci-



plinas como la salud pública, la epidemiología, entre otras. En un trabajo reciente el autor enfatiza puntos relevantes sobre el concepto que son de utilidad para la aproximación en este trabajo (Singer et al., 2017):

- La teoría sindémica pone atención y provee un marco específico de interacciones enfermedad-enfermedad y condiciones sociales-enfermedad para el análisis de las conexiones biosociales en salud e investigación social, atención clínica y prevención.
- La sindemia implica interacciones entre enfermedades y condiciones de salud de todo tipo como infecciones, enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud mental, malnutrición, etcétera, que son más probables en condiciones de desigualdad en salud por pobreza, estigmatización, estrés y violencia estructural.
- Las condiciones sociales contribuyen a la aparición, el agrupamiento y la propagación de las enfermedades, reducen la función inmunológica y contribuyen a la progresión de las problemáticas de salud.
- La sindemia tiende a reducir la eficacia de los tratamientos e incrementa los costos de tratamiento

### **Herramientas de investigación**

Se realizó investigación documental sobre Teabo en lo referente a los servicios de salud, las condiciones de salud de la población (epidemiología), las condiciones sociales, económicas y demográficas, así como el seguimiento de los casos reportados a nivel federal, estatal y local sobre la COVID-19 y los fallecimientos derivados. La etnografía situada fue esencial para la observación participante dentro del propio Teabo, tanto en espacios públicos y privados, específicamente en el proceso de s/e/a-p de la COVID-19 (con especial atención en la alimentación e ingesta) y la realización de entrevistas y conversaciones informales con trabajadores de la salud, convalecientes de COVID-19, sus familiares y con la población en general; también se colocó especial atención a la manera en que se llevan a la práctica las indicaciones sanitarias federales y estatales a nivel local, incluyendo las acciones a nivel municipal ejercidas por las autoridades y los pobladores de la localidad.

### **Ética**

Esta investigación está enmarcada en el proyecto “Contención, enfrentamiento de la fase 3 y reforzamiento sanitario, social y familiar en la etapa posterior a la pandemia en un ámbito rural a fin de disminuir su condición de vulnerabilidad ante la epidemia de COVID-19 bajo una perspectiva intercultural” aprobado con



el registro CEI-12-2020 del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi.

## Resultados

### La llegada de “esta cosa”

Mientras que el primer caso de COVID-19 en Yucatán se reportaba en marzo del 2020, para Teabo esto sucedía en el mes abril. Durante los siguientes meses, los casos confirmados aumentaron muy lentamente hasta llegados julio y agosto, momentos en que los casos incrementaron abruptamente. Prueba de esto es que el 8 de julio había únicamente siete casos “confirmados” en Teabo y todos estaban reportados como “recuperados”, y para el 23 de agosto, los casos “confirmados” eran 57, de los cuales, 13 estaban clasificados como “activos”, además, ya existía una defunción atribuida oficialmente a la enfermedad. Las ideas sobre el posible origen y arribo del virus fueron diversos:

*Nunca pensamos que llegara tan rápido. Porque comenzó en China supuestamente, y de allá, pues, llegaron unos señores en barco supuestamente a Progreso que estaban contagiados con ese virus, que se estaban muriendo, los bajaron del barco. No sé si allá llegó el virus con nosotros, o alguien, otra persona vino con el virus de allá de China... Yo por mi parte nunca pensé que llegara tan rápido a Yucatán. Casi tres meses desde que inició y luego llegó acá. Pues después comenzó a esparcirse en los pueblos, también, nunca pensamos que fuera tan rápido. Entonces no sé si fue un virus de verdad o alguien lo trajo, es lo que pensamos, ¿cómo llegó tan rápido?... -Ermilo, comerciante, 55 años. Febrero, 2021*

Las similitudes con epidemias pasadas son un punto importante para la decisión sobre cómo actuar frente a la posibilidad de una enfermedad, como el caso de la influenza A H1N1 en 2009. Por otro lado, está la idea del “reforzamiento” del organismo con el consumo de vitaminas, ya sea en comprimidos o en solución, al igual que la alimentación como medio para prevenir una COVID-19 “grave”. De igual modo, el amplio espectro de los síntomas que asociados al COVID-19 generaban sospecha entre la población cuando se conocía de alguien con gripe o cuadros respiratorios:

*... ¡Ay!, las noticias, lo empecé a pensar así, creo que, para un diciembre, creo que empecé a escuchar de ese virus ¡Que estaba en China, ya llegó, chispas! Pensé: “Si llega esta enfermedad, va a pasar como pasó con la influenza, en abril ya tenemos esta cosa”. Porque me acuerdo cuando pasó la influenza, cómo llegó, lo mismo decíamos: “tan lejos que está, no va a llegar acá”, ¡Qué!, es cuando se suspendió la fiesta (religiosa) de abril...Entonces cuando escuché que venía el virus, dije “esta enfermedad nos llega”. Al menos nos va a llegar, así que preparémonos, ¿qué es? ¿cómo lo vamos a recibir? Ya cuando iba a llegar (te dicen): “ten cuidado”, de que “vitamínate”, “aliméntate bien”. Porque no sabes en qué momento (puedes contagiarte). De eso, no podían (los pobladores) tener nada de catarro en mi pueblo, porque todos tenían miedo... -Micaela, comerciante, 49 años. Febrero, 2021*



El conocimiento y los avances tecnológicos biomédicos permitieron celeridad para conocer la secuenciación del virus y tener la posibilidad de identificarlo mediante diferentes pruebas diagnósticas. Además, desde el inicio se fue dilucidando cuáles eran los “grupos de riesgo” que fueron identificados por sus graves afectaciones a la salud en países como China, Italia, Francia e Irán. Por otro lado, el personal de salud fue desde el inicio el uno de los sectores con mayores riesgos de enfermar el contacto con quienes enfermaban:

*El primer caso se confirma en abril. La verdad, es que yo cuando supe que ya estaba en Yucatán, dije: ¿A dónde me voy? ¿a qué estado? “la gente que tiene dinero puede ir a guardarse a otros lugares donde no hay”, pensé. Pero si ya está en todos lados, ¿a qué país se puede ir uno? Yo quería tener un búnker y resguardarme si hubiera sido posible. -Venustiano, profesional de la salud, 47 años. Agosto, 2020*

### **Trabajo y economía: lo más triste que vi en estos tiempos**

*Bajó toda la economía. La situación de trabajar algo en la tienda o la costura, no lograbas venderlo, hoy se vende muy poco. Hoy no es como de antes, que tú tienes una costura y la vendes, (ahora) buscas la comida, no de vestir (comprar ropa o calzado). Bajó la economía bastante. No hay. Es lo más triste que vi en estos tiempos... -Micaela, comerciante, 49 años. Febrero, 2021.*

Tanto la marginación como la pobreza multidimensional son indicadores utilizados a nivel nacional para la medición de las desigualdades. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala su complementariedad: la marginación concierne a la delimitación territorial; mientras que la pobreza multidimensional define umbrales de pobreza y necesidades insatisfechas (Consejo Nacional de Población, 2015). Los porcentajes de pobreza como de marginación y dos componentes de la medición multidimensional de la pobreza propuesta por CONEVAL que pueden dar más luz a esta descripción contextual. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Pobreza, marginación y carencias de México, Yucatán, Mérida y Teabo.

	México <sup>1</sup>	Yucatán <sup>2</sup>	Mérida <sup>3</sup>	Teabo <sup>3</sup>
Población en situación de pobreza	41.9%	41.86%	22.9%	80.1%
Población en situación de pobreza extrema	7.4%	8.03%	1.8%	28.1%
Marginación	NO APLICA	Alto	Muy Bajo	Alto
Carencia por acceso a los servicios de salud	16.2%	14.84%	18.4%	7.1%
Carencia por acceso a la alimentación <sup>4</sup>	20.4%	16.9%	13.8%	22.3%

Fuente: Elaboración propia <sup>1</sup>(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2019) <sup>2</sup>(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2017a) <sup>3</sup>(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2017b) <sup>4</sup>(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020)



En torno a la economía y el trabajo, como menciona el profesor Guillermo en su libro *Teabo Pasado y Presente* (Ruiz Dzib, 2013), las labores remuneradas que realizan los hombres son principalmente albañilería, agricultura, citricultura, apicultura y comercio. Mientras que las mujeres se dedican mayoritariamente al trabajo de artesanías, al trabajo doméstico remunerado (la mayoría en Mérida), al comercio y como empleadas generales dentro de la localidad. Gran parte de esta Población Económicamente Activa (PEA) se encuentra reflejada en las cifras de la Tabla 5 en donde se muestra que en Teabo es mayor la proporción de PEA en gente de 12 años y más comparada con Mérida, y el sector productivo secundario ocupa a la mayor parte (52.52%) de la población teabeña (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016a).

Tabla 5. Sectores productivos

	México <sup>1</sup>	Yucatán <sup>1</sup>	Mérida <sup>2</sup>	Teabo <sup>2</sup>
PEA 12 años y más	50.3%	52%	55.6%	61.7%
	65.4% h 34.6% m	66.1% h 33.9% m	60% h 40% m	61% h 39% m
Población sector primario <sup>3</sup>	13.5%	10.86%	1.09%	17.37%
Sector secundario <sup>3</sup>	25.5%	23.5%	18.59%	<b>52.52%</b>
Sector terciario <sup>3</sup>	61%	64.27%	78.61%	29.30%

Fuente: Elaboración propia <sup>1</sup>(INEGI, 2015) <sup>2</sup>(Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016a) <sup>3</sup>(Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016b)

Para la mayoría de los hombres y mujeres dedicados al ramo de la construcción y el trabajo doméstico, el trabajo implica desplazarse semanal, quincenal o mensualmente a Mérida o la denominada Riviera Maya (sobre todo en el caso de los hombres) en el Estado de Quintana Roo. A esto se suma una porción de hombres dedicados a costurar o urdir hamacas en Teabo. Cabe resaltar que las artesanías se realizan como actividades complementarias durante el día, es decir, que las mujeres y hombres tienen otras actividades en el hogar, la localidad, la milpa o el monte, y dedican parte del “tiempo libre” a realizar huipiles, blusas, hamacas, guayaberas y más recientemente, cubrebocas, entre otros productos (Lizzarraga Pinzón et al., 2010; Ruiz Dzib, 2013).

Las actividades laborales han sido afectadas de diferentes maneras por las medidas de distanciamiento social como la “Jornada Nacional de Sana distancia”, y la implementación del “semáforo epidemiológico”. En el caso yucateco se detuvieron actividades educativas y económicas una semana antes de lo propuesto a nivel federal, y lo propio sucedió para el cambio en junio del semáforo epidemiológico, cuando el gobierno estatal decide cambiar de color “rojo” a “naranja” argumentando que los datos exhibidos a diario por el gobierno federal no estaban actualizados (Redacción Animal Político, 2020). Este tipo de estrategias significaron para muchas familias y personas un detrimento grave en su economía.



*Yo trabajo normalmente en Quintana Roo. Ahorita ya tengo más de tres meses sin trabajo, acá hago un poco de costura, pero no se vende y los ahorros ya se gastaron fácil. Ahorita ya voy a Mérida a trabajar como albañil para ganar algo, mientras puedo ir a trabajar a Quintana Roo porque ahorita hay mucho (COVID-19) ahí. -Dante, supervisor de mantenimiento/albañil, 43 años. Julio, 2020.*

Entre las medidas adoptadas para mitigar los contagios del virus, estuvo limitar la capacidad del transporte público (vehículos tipo van y/o camiones) al 50%, aunque en la aplicación generó dificultades y contradicciones:

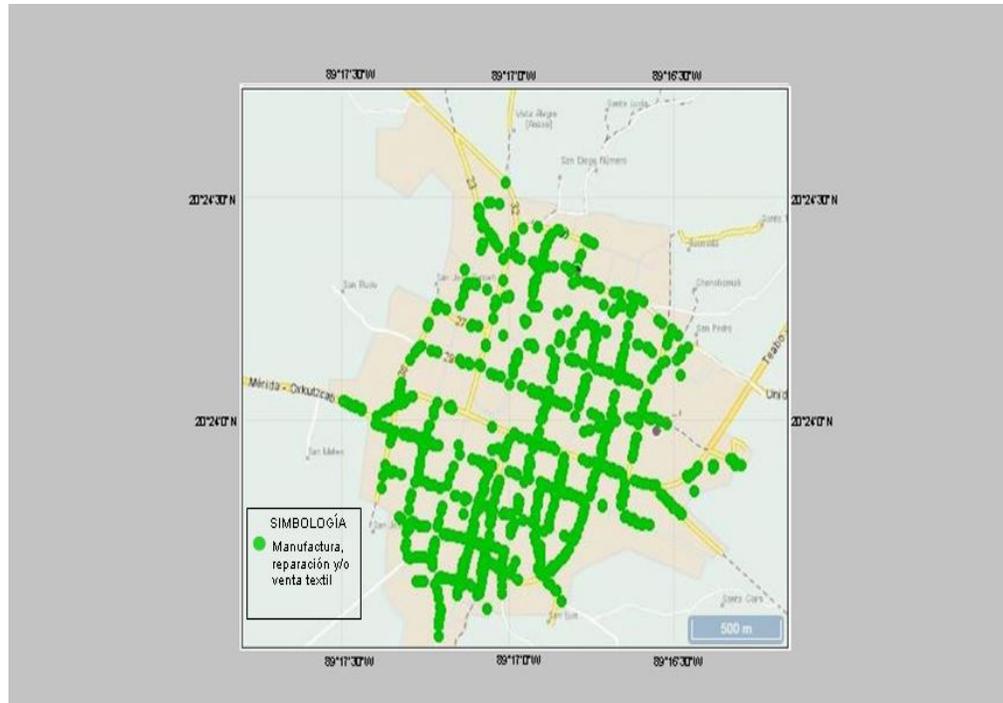
*Hay gente que se va a Mérida los lunes y regresa hasta en dos semanas porque el pasaje ya subió. Cuando empezó la enfermedad las vanes solo salían con la mitad de las personas. Si la van lleva normalmente 15, ahora lleva ocho, pero te cobran 100 en vez de 50. Entonces hay gente que ya no regresa cada semana porque no le resulta. -Blanca, ama de casa y trabajadora doméstica, 40 años. Agosto, 2020.*

Si bien la medida de limitar a la mitad la capacidad del transporte público para viajar a Mérida pareciera adecuada para disminuir la dispersión del virus al evitar la aglomeración de personas en un espacio cerrado, el costo dificultaba que la población pudiera tener la posibilidad de regresar a la localidad con la frecuencia habitual. Además, aunque en los paraderos se respetaba la medida por parte de los conductores, durante el trayecto hacia el destino correspondiente, era común que los vehículos se ocuparan completamente por recoger a los pobladores que solicitaban “parada” durante el camino veredas del camino, sin que esto implicara la devolución del dinero “extra” por la medida sanitaria de reducción al pasaje.

Como se mencionó previamente, una de las principales actividades económicas remuneradas es la manufactura textil, en específico con la técnica de punto de cruz, más conocida en Yucatán como “Xokbil chuuy<sup>3</sup>” o hilo contado. Este trabajo manufacturero dentro de los hogares queda en evidencia a partir de la revisión del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) con datos del 2019. Al realizar en dicha plataforma la búsqueda de actividades económicas denominadas: “Fabricación de insumos textiles y acabado de textiles”, “fabricación de productos textiles, excepto prendas de vestir” y “Fabricación de prendas de vestir”, salen a relucir 1002 (existen 1464 viviendas habitadas) lugares en la localidad clasificados en alguna de dichas categorías. Esto demuestra que más del 68% de las viviendas en Teabo producen textiles y llegan a comercializarlos como vemos en el Mapa 2, en el que cada círculo verde representa un lugar de manufactura textil.

3 Técnica de costura muy común en Teabo y otras localidades yucatecas que en español es conocida como “hilo contado”.





Mapa 2. Manufactura y comercialización textil en Teabo  
Fuente: Modificado del DENUE (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019)

Sin embargo, aunque existen actividades de manufactura en prácticamente todos los hogares de la localidad, el modo en que se producen y se comercializan tiene una estructura particular pero repetida en muchos lugares que se dedican a la elaboración de “artesanías” textiles. Existen ciertos grupos, familias o individuos que disponen de los recursos económicos y las redes de comercialización en fuera de Teabo, principalmente en Mérida o la Riviera Maya. Estos grupos son quienes distribuyen en gran parte de los hogares teabeños la materia prima (tela, hilos, maquinaria, diseños, etc.) para la producción. De esta manera el “agarrar” costura implica recibir encargos por parte de estos distribuidores, quienes pagan luego de que la prenda se termina y así puede comercializarla fuera de Teabo.

*Nosotros empleamos como al 20% de la población de acá...en enero, febrero y mediados de marzo teníamos ingresos al mes de 80 mil, 50 mil pesos. Después de eso cayó prácticamente a ceros. Ya no podíamos dar bordados...empezó a subir un poquito, como un 10% de lo que había antes, como 5 mil pesos. A raíz de que abre la iglesia y se comienzan a hacer bautizos, primeras comuniones, por ahí de septiembre...cuando en noviembre empiezan a abrirse las salas de fiestas, pues las prendas más grandes como huipiles, pero la elaboración de ternos se paró porque no hay fiestas patronales. -Adalberto, artesano, 36 años. Febrero, 2021.*

Otra actividad importante en Teabo es el transporte público interno. Existe un registro de mototaxis que dan servicio en Teabo y en otras localidades cercanas, hay alrededor de 400 a 500 mototaxis, o sea que hay prácticamente un mototaxi



por cada tres viviendas habitadas. La demanda de este servicio estuvo severamente afectada por la pandemia debido a la drástica reducción en el flujo de personas dentro de la localidad, tanto por prevención como por el cierre de negocios y de escuelas.

*Acá hay como unos 400 taxis registrados y otros 100 que son “piratas”, o sea no están registrados, pero son de acá (conductores de Teabo) entonces pues pueden andar. Si estuviera normal la escuela hay mucha gente al medio día, llevas a veces en una vuelta a tres o cuatro niños (pasajes), pero ahorita disminuyó mucho.*  
-Hugo, mototaxista, 36 años. Febrero, 2021

### **Salud y enfermedad. “Prefiere uno ser negativo, porque si eres positivo no sabes cuando esa bolita se va a subir”**

Teabo cuenta con un Centro de Salud a cargo de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY), con tres consultorios privados atendidos por médicos que residen en la localidad, un consultorio parte del programa estatal Médico 24/7 y existen dos farmacias particulares en la localidad. Por otra parte, en Teabo residen y laboran tres *Jmeen*, cuatro yerbateros, tres hueseros y cinco sobadoras. En tiempos de COVID-19, parte de estos curadores “tradicionales” o “empíricos” siguen atendiendo, pero con cierto “miedo”:

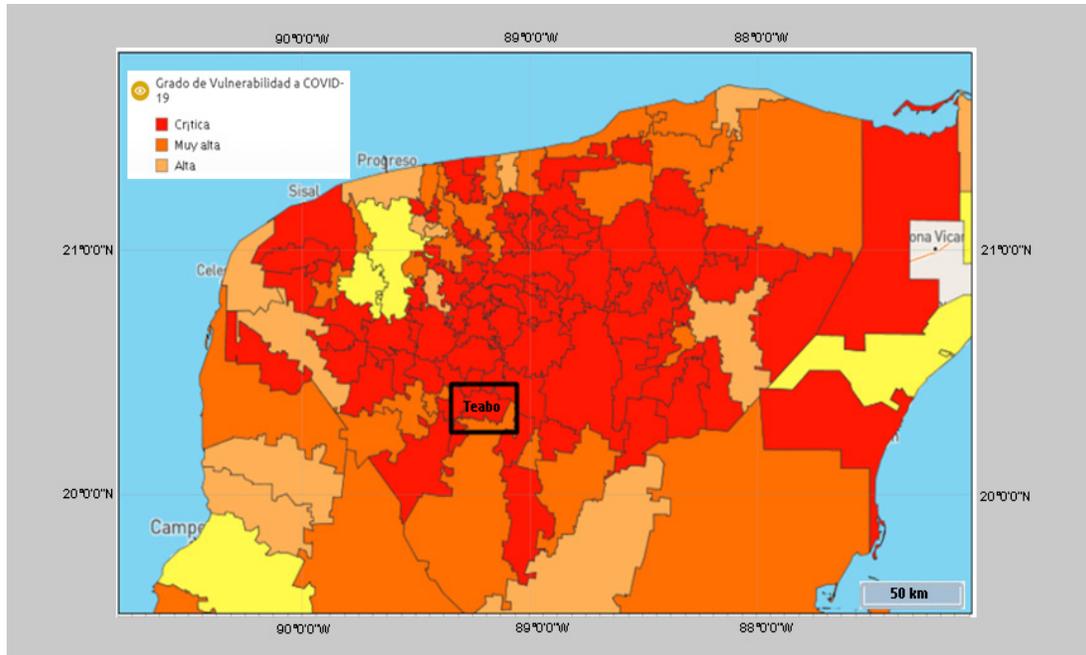
*...sí te atiende ese Don Clach (sobador), pero por la tarde. Si está en su casa, casi no sale. Se cuida mucho ese señor. Si tiene miedo porque tiene edad. A mi yerno con trabajo lo atendió cuando fue para que le sobe su pie”* -Paulina, 75 años, ama de casa y comerciante. Febrero, 2021.

Con respecto a la existencia de atención pública a la salud a nivel municipal, la UNAM mide el grado de vulnerabilidad municipal derivado de un índice que se construye con tres subíndices: Dimensión demográfica, Dimensión Salud<sup>4</sup> y Dimensión Socioeconómica. Este puntaje coloca a Teabo como uno de los municipios yucatecos con “grado crítico” (color rojo en el Mapa 3) de Vulnerabilidad a COVID-19.

---

4 El subíndice toma en cuenta para su construcción los indicadores: Tasa de camas por mil habitantes; Tasa de médicos generales y especialistas en 2018 (por cada mil habitantes); Tasa de personal de enfermería en contacto directo con el paciente en 2018 (por cada mil habitantes); Tasa de camas hospitalarias en Unidades de Cuidados Intensivos en 2018 (por cada mil habitantes); Tasa de camas hospitalarias en 2018 (por cada mil habitantes); Morbilidad relativa total 2018; Tasa de personal de enfermería en contacto directo con el paciente 2018 (por cada mil habitantes)





Mapa 3. Grado de Vulnerabilidad municipal a la COVID-19 en Yucatán

Fuente: Modificado de Visualizador de Datos Geográficos iCOVID-19 (Instituto de Geografía & Universidad Nacional Autónoma de México, 2020)

El municipio se encuentra relativamente cerca de Tekax, Ticul y Oxkutzcab; municipios con mayores recursos médicos y de infraestructura, pero la propia situación lleva a la saturación de las clínicas y hospitales en donde se teme enfermar. Por ende, se evita en lo posible llegar a los hospitales y clínicas públicas, estas posibilidades aumentan cuando se cuenta con recursos económicos y familiares:

*La población tiene mucho miedo. Hay gente que ha venido con el tendón cortado, les digo, “no va a quedar bien porque necesita mejor atención”, me dicen, “no importa, luego cuando pase la pandemia lo checo”. Prefieren que los suture acá (Teabo) a ir al hospital, por el miedo a contagiarse... prefiere uno ser negativo, porque si eres positivo no sabes cuando esa bolita se va a subir. - Venustiano, profesional de la salud, 47 años. Agosto, 2020*

*Mi hermano se enfermó (diagnóstico positivo COVID-19) hace dos semanas. Tenía mucha diarrea, cinco días con pura diarrea. Pidió a las autoridades que le llevaran al hospital en ambulancia y lo llevaron a Tekax. Cuando llegó y vio a la gente tirada en el piso compartiendo sus mascarillas de oxígeno, le dijo que lo llevó: “Yo no me quedo acá, si me quedo me voy a morir. Tengo recursos para atenderme. Llévame de vuelta”. Acá se recuperó, estuvo con suero y ya está mejor. -Adriana, artesana, 45 años. Julio, 2020*

En torno a la epidemiología y morbilidad en el municipio, es relevante destacar datos sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) más comunes y asociadas con la obesidad (con excepción del cáncer por la ausencia de datos municipales), cuya prevalencia en Yucatán está muy por encima de la media nacional (ver Tabla 6).



Tabla 6. Enfermedades ECNT en adultos mayores de 20 años durante 2018

	México <sup>1</sup>	Yucatán <sup>1</sup>	Mérida <sup>1</sup>	Teabo <sup>2</sup>
Obesidad	36.1%	45.2%	49.2%	41.6%
HTA	18.4%	21.7%	26.9%	15.7%
DM	10.3%	10.7%	11.7%	10.0%

Fuente: Elaboración propia <sup>1</sup>(Instituto Nacional de Estadística y Geografía et al., 2018) <sup>2</sup>INEGI. Cálculos por técnicas de estimación para áreas pequeñas, a partir de ENSANUT, Encuesta Inter-censal 2015 y registros administrativos.

Aunque actualmente los casos de fallecidos confirmados por COVID-19 en Teabo son dos, en el municipio se estima que son seis, cinco hombres y una mujer. La mayor parte de los fallecidos son mayores de 60 años y se atribuye la preexistencia de otras enfermedades. Las condiciones más vinculadas con la muerte y con la posibilidad de enfermar de gravedad son la diabetes y la edad avanzada.

*... yo ya lo estaba viendo (sobre la posibilidad de enfermar) desde otro punto, porque, por ejemplo, la maestra Sofía tiene a su mamá que es una señora muy grande de unos 92 años, entonces yo pensaba: “si se enferma la maestra, se enferma la señora y seguro que no lo cuenta”. Valeria ya no iba con su suegra, es diabética. Yo lo pensaba mucho por mi papá, por mi abuela, por mis tías, que son diabéticos todos. Yo decía “¡chin! Una vez que se enferme uno, todos se van a enfermar porque todos interactuamos, todos vivimos en un mismo lugar”.*  
-Adalberto, artesano, 36 años. Febrero, 2021

*Dicen que este Don Kaluxa (positivo COVID-19) que falleció (esa misma madrugada), que tiene diabetes. Me dice doña Ingrid (comerciante en tendejón cercano) que se le subió su azúcar, 400 no sé cuánto. En que fui a comprar ahorita me lo dijo, que su sobrina (de Don Kaluxa) se lo dijo a ella.* - Blanca, ama de casa y trabajadora doméstica, 40 años. Febrero, 2021.

### **Cuidados y atención: “para mí, eso nos ayudó demasiado”**

En el inicio de la pandemia las autoridades de Teabo decidieron colocar retenes sanitarios en las carreteras que dan acceso a su territorio, en especial las vías hacia Mérida y Chumayel. Estos retenes se instalaron desde marzo y fueron paulatinamente (cambiando sus características) retirándose hasta el mes de agosto. Los retenes eran dirigidos por policías quienes trataban de controlar el acceso de personas ajenas a la localidad; rociaban los autos foráneos con desinfectante, tomaban la temperatura a los tripulantes, y algo fundamental, inquirían los motivos de visita a la localidad con el fin de evitar el “ocio”. De ese modo, los distribuidores de mercancías esenciales dentro de la localidad, así como los transportes y trabajadores teabeños podían entrar con mayor agilidad. Otras medidas adoptadas y promovidas por las autoridades locales en torno a los primeros contagios para evitar la propagación fue la distribución de alimentos a las familias de los primeros confirmados para que estos pudieran permanecer en confinamiento el tiempo indicado por las autoridades sanitarias estatales:



*... en su momento (de inicios de la pandemia hasta junio) se tomaron precauciones tanto por parte de las autoridades en coordinación con el DIF en el hecho de darle seguimiento a esas familias (en donde había positivos COVID-19) para que estén bien, ver si necesitan algún requerimiento, inclusive contábamos con llevarle alimentos... llevamos el almuerzo o la cena, dependiendo lo que la familia requiera... para evitar que salieran y que hubieran más contagios... la verdad, sí era muy difícil porque había gente que se negaba a estar encerrada en su casa, o sea, no evitaba estar con sus familias, sus hijos, sus vecinos. Entonces la verdad, la autoridad sí tenía que ir para llamar la atención para que la gente no saliera. -Dalina, trabajadora municipal, 29 años. Febrero, 2021.*

Cuando es necesario ir a trabajar a Mérida, las medidas que llegan a tomarse para evitar contagiarse implican la organización entre familiares. Como vemos en el siguiente testimonio, es en el sistema familiar en donde se decide cómo puede disminuir las posibilidades de contagio sin dejar de realizar las actividades laborales. Por otro lado, se define quiénes son los integrantes de la familia en los que se debe poner especial atención como los menores de edad. También vemos la “sana distancia” como práctica importante para prevenir un contagio:

*Me da miedo (ante las posibilidades de contagio por el trabajo en Mérida de familiares), pero les digo: “hijos, lleven su cubrebocas, laven sus manos, usen su gel”. Porque la verdad, con el cubrebocas es difícil, no se puede respirar, pero (refiere que le dice a su hijo), “tienes que cuidarte por nosotros y por tu bebé”. Desde que salgan de acá que pongan su cubrebocas. Agustín lleva seis cubrebocas para una semana, cuando regresa, sus ropas las deja afuera, cuando viene mi nuera lo remoja con cloro, cuando amanece lo lava. Eso sí, me da mucho miedo porque como dicen que hay mucho en Mérida, pero gracias a Dios se cuida hasta hoy...pues ellos (hijos y yernos) buscan (rentan) una Combi y se van entre cinco, ellos cuatro y el chófer, cinco sólo así para que estén en... ¿sana distancia?, ¿cómo se dice?, aunque “está caro, pero es para cuidarnos y no irnos con varias gentes”, así me dice mi hijo -Yaqueline, ama de casa y artesana, 62 años. Febrero, 2021*

Ante la sospecha de haber interactuado con personas con COVID-19 el “miedo” juega un papel fundamental y esto suele llevar a que haya reorganización dentro de las interacciones en los hogares, también cambian al exterior y existe la posibilidad de que se generen conflictos entre quienes integran los hogares más allá de que el fin sea evitar enfermarse.

*Cuando pasa esto de Lucio (se confirma diagnóstico positivo de COVID-19) entra el temor de qué ¡chispales!... y es que en mi casa le decía a mi hermano: “tú nos vas a enfermar porque te estás yendo a trabajar”. Y él me decía: “es que tú nos vas a enfermar porque te estás yendo a la Iglesia”. Y yo le decía: “en la Iglesia, al menos yo tengo cuidado”. Llegamos y tratamos de estar así (distancia y con cubrebocas) pero ya viste la situación, llega un momento que tienes confianza con todos y te quitas el cubrebocas, como pasó en casa de Valeria, así estábamos todos. Entonces, cuando se enfermó Lucio, yo mismo me sentía un poco culpable, de que “¡chispales! ¿y si los enfermo (a su familia)?” entonces trataba de estar acostado, de no salirme de mi cuarto. A veces ellos comían y yo comía (luego), o si comíamos juntos, yo me sentaba solo. Ellos un poquito más distantes y ya ni siquiera tratábamos de platicar... y así transcurrieron los 8-10 días y ya, mi hermano me dijo “ya no hay riesgo”. -Adalberto, artesano, 36 años. Febrero, 2021*



Entre los ajustes que se efectúan en dentro de los hogares está el aislamiento de los casos confirmados de COVID-19 siguiendo lo más apegado posible las indicaciones médicas y de la Secretaría de Salud. Esto requiere que los familiares no corresidentes se organicen proveyendo de los artículos necesarios para llevar la vida cotidiana lo más normal posible, al mismo tiempo que se procuran en términos de evitar la estigmatización asociada con estar enfermo de COVID-19.

*... ¿mi ayuda qué es? Que me hablaban, qué necesitaban, se lo llevo a mi hermana así, haz de cuenta que pollo, que lo que van a comer. Entonces se lo asentaba (afuera de la casa) y lo salían a buscar, solo la pobre de Blanca cocinaba. Ella le habla a Luisa (otra hermana), otra cosa le pedía. Así nos mantuvimos el tiempo que se pudo. Es triste, es feo esa cosa así cuando da. Y me preguntaban, “¿sí es cierto que tiene tu mamá coronavirus?”, Yo: “no sé, no ha salido positivo”. Si sé que me van a discriminar [RISAS]. “Y yo ni estoy allá”, les decía. “¿Es cierto que tu hermano tiene?”, y yo, “No sé todavía, no he hablado con ellos, ni voy”. Pero iba a escondidas, llevo las cosas. Ni las meto, ¿por qué?, porque me van a discriminar, me van a decir cosas. -Micaela, comerciante, 49 años. Febrero, 2021.*

Al interior de los hogares con casos positivos confirmados por COVID-19, tratarán de ajustarse para los cuidados directos necesarios, dependiendo de quiénes están presentes y de cómo se desarrolla la enfermedad (síntomas que se presentan y se reportan):

*... Cuando le hicieron la prueba a mi abuela y se aisló, le dije a mi mamá, “yo atiendo a mi abuela porque tú eres asmática y mi tío es diabético” ... pero hay cosas que no sé qué haría si se presentaran, entonces me dijo mi mamá: “no, yo la voy a atender, pero me voy a cuidar”. Entonces, creo que la organización fue que mi mamá se encarga de hacer la comida, la limpieza de mi abuela y yo ayudarle en cositas fuera del cuarto de mi abuela, o sea, en la cocina. Mi hermanita y mi papá ya casi no entraron con ella (al cuarto de la persona en cuarentena). -Antonia, estudiante, 18 años. Febrero, 2021.*

Siguiendo las normativas municipales y con cooperación de las propias autoridades locales, la mayoría de los establecimientos de acceso público como tiendas, molinos y establecimientos de comida, colocaron anuncios con leyendas como “no se permitirá el acceso sin cubrebocas”, “solo se permitirá el acceso a una persona por familia”, lonas repartidas por el municipio con imágenes con personas usando cubrebocas, tapetes de hule antes de entrar, gel antibacterial; otros menos contaban con termómetros de pistola, marcas en el suelo para mantener “la sana distancia”. Mientras que en los hogares otras acciones se realizaban tanto con fines profilácticos como curativos, aunque con medios comunes como infusiones, té y jugos. Algo distintivo de esta ocasión es que uno de los medios principales para comunicar la información sobre los ingredientes y formas de preparación para estos menurjes fueron los dispositivos digitales con acceso a internet, sobre todo mediante plataformas de mensajería instantánea como WhatsApp y redes sociales virtuales como Facebook:



*...todas las noches mi té de guayaba, limón y canela. En otro momento, solo de canela. Pero diario, en jarras de té, de noche, calentito, como se pueda, todos a consumirlo, hasta mi esposo. Puro eso estuvimos (tomando) todo el tiempo, hasta hace poco dejamos de consumirlo... para mí eso nos ayudó demasiado. [¿en dónde aprendió cómo hacerlo?]. lo vi en el periódico, salió en el Face. Las chiquitas: "mami, esto hazlo", y lo hacía. Había otro que es de cebolla, ajo, canela, siempre miel, pero ese sabía un poco raro, pero siempre fue un jarabe un poco rico con miel. Lo suelo y lo tomo. Ese solo de noche, calentito. -Micaela, comerciante, 49 años. Febrero, 2021.*

Las prácticas y productos que se consumen tienen variabilidad en el mismo hogar a partir de la percepción de un mayor "miedo" como vemos en el ejemplo siguiente en el que el factor del antecedente de asma fue una variante para elegir el consumo y la utilización de una gama más amplia de estrategias para no enfermar o estar "preparado" ante el posible contagio. Una vez más, la información que se obtiene de redes sociales virtuales permea en la búsqueda de preservar la salud:

*Yo me acuerdo de que estaban tomando hojas de guayaba, eso cuando salieron los resultados de que sí era positiva (su abuela) entonces todos los que estamos acá empezamos a preparar eso. De hecho, mi mamá hizo un montón de cosas. Recuerdo que hizo aquello de embuchar agua con sal, entonces hacíamos buches, quemaba y yo le decía: "mamá, no quiero tomarlo". Ella: "no, tienes que tomarlo". Entonces el más útil fue el de té de hojas de guayaba... mi mamá cada cosa que vio en Facebook la realizó, por lo mismo, porque tenía miedo por ser asmática. -Antonia, estudiante, 18 años. Febrero, 2021.*

### **Alimentación: *sí se aumentó, por eso quedamos gordos***

Tomando en cuenta la relevancia que tiene el acceso físico a los alimentos para decidir cómo alimentarse, conocer la distribución en la venta de alimentos cobra especial importancia. Por tal motivo, se realizó una búsqueda en la plataforma de la DENUE 2019 sobre actividades económicas relacionadas con venta de "alimentos preparados al menudeo", "panaderías", "carnicerías", "pollerías", "restaurantes", "abarrotes", "miscelánea" y "venta de refrescos". El resultado gráfico en el Mapa 4 nos puede brindar una idea de que la disponibilidad de alimentos está marcada y hay una condensación de este tipo de establecimientos en las calles céntricas de la localidad, a la vez que existen zonas en donde aparentemente no existe este tipo lugares. Cabe destacar que los puntos azules corresponden a negocios de mayoreo y menudeo, como abarrotes, carnicerías, taquerías, puntos de venta de cerveza; mientras que los puntos verdes corresponden a negocios de manufactura, como molinos, tortillerías y panaderías.





*que vendían comida a vender comida, los que venden artesanía, a fabricar cubrebocas con hilo contado entonces, y así empezó a ver la gente donde va a conseguir dinero... si se aumentó (la venta de comida) por eso quedamos gordos [RISAS]. Si aumentó porque muchos, que vendían postres, que vendían flanes, vendían comidas, vendían desayunos, vendían cenas. Entonces, había gente que no quería salir y pues todo por Facebook, si había mucha venta en ese entonces (de marzo-junio del 2020). De hecho, unos cinco negocios que empezaron en pandemia se mantienen. Otros lo dejaron cuando volvieron a trabajar (en su empleo previo o en algún otro). -Antonia, estudiante, 18 años. Febrero, 2021.*

Por otro lado, la venta de pan dulce y pan francés es muy común en la localidad y existen alrededor cinco panaderías establecidas en Teabo, varias de las cuales distribuyen pan en localidades colindantes como Chumayel, Xaya o Akil. Un es ejemplo la “Panadería la florecita”, en donde hornean más de 1500 panes dulces al día y más de 500 barras de pan francés<sup>5</sup> a pesar de que no es la panadería con mayor producción de Teabo. El objetivo de resaltar el consumo de pan es la adquisición común de un alimento de bajo costo, puesto que una pieza de pan dulce puede estar alrededor de \$1.50 (acceso económico). No solo hay una gran producción, sino que se comercializa a domicilio, es distribuido en tendejones y en puntos de venta específicos, lo que aumenta su acceso físico. El pan dulce y el consumo de “barras de pan francés”, son parte de la dieta diaria en la mayor parte de los hogares de la localidad, junto con las tortillas (o productos derivados de masa de maíz) y las bebidas endulzadas y carbonatadas. A esto se suma la consideración de lo costoso que puede ser una “dieta”, es decir, comer más verduras o pechuga de pollo, entre otras cosas y la asociación de esta con la muerte cuando existe condiciones como diabetes:

*“(una de las primeras fallecidas por COVID-19) Sufrió mucho con su esposo porque tardó enfermo, a él creo que le dio cirrosis, ella venía a pedir dinero para su alimento del señor. Le decían que coma puras verduras, alimentos que no sean así, grasosos; verduras, frutas, y dice que no tenía dinero, entonces venía a pedir (para la alimentación de su esposo). Es lo que dice mi hermano, una dieta está cara... aunque no esté uno enfermo, pero me refiero a que una manzana, que un plátano, que unas verduras, cosas que así de dieta, están caras, es lo que dice mi hermano. Otra señora que se murió de diabetes venía aquí a trapear, pero no le hacía caso su esposo, puro tomar (beber alcohol), se le subió mucho su azúcar a ella, pero comía todo lo que le den, por ejemplo, en su casa, que cochinita, que tortillas, toma coca, comía mucho puerco, comía huevo, o sea, no estaba alimentada bien para alguien que es diabético...” -Blanca, ama de casa y trabajadora doméstica, 40 años. Febrero, 2021.*

“Prepararse” ante la posibilidad de enfermarse fue una parte fundamental para la autoatención y como se refiere en secciones anteriores, muchas de las acciones encaminadas a este fin estuvieron relacionadas con cambios en la ingesta, el cambio de algunos alimentos y también el consumo de vitaminas o productos

<sup>5</sup> Pan salado tipo birote de una longitud aproximada de 30 cm y un grosor de 8 cm que comúnmente se hornea con una tira de palma en la parte superior y su consumo es muy asiduo en Yucatán



considerados benéficos, como lo hemos visto en otros fragmentos de sesiones antecedentes y se repite aquí. De nuevo, es de destacar la información que fluye en redes sociales virtuales permeando en la toma de decisiones respecto de cómo cuidarse. Esto llevo al aumento en la demanda y escasez de ciertos productos:

*Por ejemplo, en alimentación, mi mamá, como igual está en las redes (sociales virtuales), estaba viendo que, si comías más frutas o pollo y así, se supone que tu cuerpo no estaba muy propenso a caer en la enfermedad. Entonces mi mamá comenzó a hacer verduras, entonces está en su idea de que: “come frutas”. Entonces en lugar de que compremos unas papitas, picabas mango. Entonces casi para estas fechas, para mayo (del año 2020), picaba su mango, como a mí me gusta mucho la piña, pues vamos a comprarla. Entonces preparaba piña y mango que son de los favoritos acá en la casa, entonces hacía licuados de plátano acá en la casa. Sí, puras frutas, según ella para que no estemos tan débiles cuando caiga (la enfermedad). Igual vitaminas, Aderogyl, entonces empezó a preparar jugos naturales y le ponía Aderogyl, pero sí, al principio de la enfermedad, porque igual hubo eso de que ibas a las farmacias y ya no había ninguna vitamina y decían, “sí va a llegar, pero dentro de 8 meses”. Nosotros alcanzamos, pero hay quienes no alcanzaron, por ejemplo, mi tía no consiguió, después de todo (los primeros meses de la pandemia, entre marzo-agosto) es que consumieron vitaminas. - Antonia, estudiante, 18 años. Febrero, 2021.*

Como quedó plasmado anteriormente, se le confiere a la alimentación virtudes encaminadas a la preparación para afrontar posibles contagios. Del lado contrario, la ausencia de alimentos como “verduras” o carne en la dieta diaria se relacionan con “debilidad” y a la vez, riesgo de enfermar gravemente.

*[¿a qué le tiene miedo?]... A que me contagie, porque las personas que son de edad mayor son los que más se contagian. Por eso pienso, “¡ay! yo tengo edad, ¿y si me contagio?”. Y luego nosotros, es como dicen, nosotros, bueno, como dice la profesora, sí, nosotros comemos todas las cosas que hace (produce en la milpa) mi papá de antes, que ibes, que espelón, así, pero... somos débiles creo, yo lo pienso así, pero no sé... [¿por qué?]. Porque no comemos de todo. Nosotros no todos los días comemos puchero, verduras...pero comemos arroz, frijol... -Yaqueline, ama de casa y artesana, 62 años*

## Discusión y conclusiones

A inicios de 2019 se publicó una ambiciosa propuesta titulada: *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report*. Entre otras cosas, se plantean las relaciones entre dos de los problemas de salud mundiales más relevantes y la realidad en materia de cambio climático. La obesidad (sobre todo sus comorbilidades) y la desnutrición se posicionan en el mundo como causantes de millones de muertes al año. Lo que a veces se omite son las realidades macro, meso y microsociales en las que estos infortunios suceden. Los autores enfatizan las aristas estructurales, principalmente la economía y la política. La industria agroalimentaria y sus modelos de producción de alimentos se relacionan con la oferta alimentaria (poco saludable) y la masiva producción de gases perjudiciales para el planeta, la erosión de suelos, la desaparición de especies animales (polinizadores) debido al uso de agroquímicos, la contaminación del agua y el aire (Swinburn et al., 2019).



Vinculado con esto, en un trabajo publicado en el año 2020, Emily Mendenhall enfatiza cómo en Estados Unidos las personas más perjudicadas por las medidas sanitarias (por la pandemia de COVID-19) no solo estaban afectadas por condiciones “preexistentes” como diabetes, obesidad o enfermedades del corazón, sino que estas condiciones se reparten en la población estadounidense que se encuentra sin acceso a la seguridad y la salud. Es la misma población que vive en “desiertos de comida”, faltos de seguridad económica, históricamente discriminada por racismo y marginada. Mendenhall habla de la población afro estadounidense en este artículo. Ella señala cómo los mismos mensajes de alarma publicados por las autoridades generan en la población mayor estrés y preocupación. Por ende, este estrés exacerbado por las condiciones estructurales, la pobreza, por el desempleo, incertidumbre, el miedo y el estigma, llevan a debilitar el sistema inmune, a comer de una manera inadecuada, ya sea incrementando el consumo de alimentos ultraprocesados y/o dejando de lado una alimentación que pueda ser más saludable (Mendenhall, 2020; Yadav et al., 2020).

A lo comentado se suma la utilización de los alimentos con dos funciones, por un lado, como un rubro en el que se puede disminuir el gasto familiar, es decir, se cambia la elección de ciertos alimentos que puedan ser más accesibles económicamente hablando, sin valorar o relegando la calidad nutricional. Por otro lado, ante las múltiples circunstancias expuestas en el párrafo anterior que pueden afectar la salud mental, más el encierro domiciliario, el consumo de alimentos apetecibles, como llegan a ser los altos en grasas o azúcares, coadyuvan a controlar esas emociones que de otro modo no están pudiendo ser gestionadas (Ibáñez Ramos et al., 2020).

Otros trabajos como el de Merrill Singer y el de Yadav, abordan directamente la perspectiva sindémica para enfatizar cómo las condiciones sociales económicas y políticas relacionadas con cuarentenas, restricción de movilidad a nivel global y local, así como el cierre de negocios y la falta de políticas económicas dejaron fuera a los grupos sociales históricamente vulnerables. En especial en los países de ingresos medios y bajos como lo son en Latinoamérica México y Brasil. Singer menciona la ausencia de políticas de salud soslayan a la población mexicana que vive con diabetes y con exceso de peso. (Singer, 2020; Yadav et al., 2020).

La convergencia de las enfermedades relacionadas con el exceso de peso y una enfermedad multisistémica como es la provocada por el SARS-CoV-2, potencia la morbilidad y la letalidad, ante una escasez histórica y actual en los servicios de salud, un enfoque de los sistemas de salud abocado a la curación y no a la prevención y promoción a la salud, aunado a realidad socioeconómica que imposibilita en muchos casos seguir las indicaciones de distanciamiento social por la necesidad expedita de salir a trabajar fuera de la localidad e interactuar de cerca con otras personas, aumentando no solo el riesgo de enfermarse, sino la preocupación por contagiar a quienes no salen de casa, impactando negativamen-



te en la salud mental, sumando el estrés constante derivado de preocupaciones, incertidumbre económica y sanitaria, como por el resultado de un sistema agroalimentario cambiante y global que se dirige cada vez más hacia la generación de ECNT. Lo que influye sobre el sistema inmune, propiciando mayor susceptibilidad del cuerpo a enfermar, dando como resultado un bucle negativo que potencia las posibilidades de enfermar y fallecer por COVID-19, y profundiza las vulnerabilidades materiales y percibidas.

Para finalizar, puesto que en esta investigación se pretende ver un sistema abierto en la familia, no se dejan fuera los espacios físicos en que los individuos se desenvuelven para sus actividades diarias aun en estos momentos que se pretende el distanciamiento social y la reclusión domiciliar. Esos espacios han sido y siguen siendo permeados por las diferentes y cambiantes medidas sanitarias dictadas desde marzo del 2020 por los órdenes federales, estatales y locales, y adecuadas y ejercidas por los microgrupos a partir de su identificación ante la realidad pandémica, su interacción con el mar de información que corre, sobre todo, en las redes sociales virtuales, más la incertidumbre en las diferentes esferas de la vida diaria por las medidas económicas, laborales y familiares, llevan a la implementación, entendimiento y formas de vivir a nivel microsociedad y familiar.

Los discursos y la información que circulan en la televisión e internet, sobre todo en las redes sociales virtuales, así como la propia ponderación que se tiene sobre el cuerpo enfermo, el cuerpo debilitado por la alimentación precarizada de larga data, influyen de manera irresoluta en las prácticas concretas para cuidarse y cuidar al sistema familiar, el cual suele ser mucho más extenso e interconectado, con interacciones frecuentes entre familiares, amistades, vecinos, correligionarios, curadores locales, etc., Esta organización ante el proceso de s/e/a-p se acentúa en localidades con características históricas, culturales y sociodemográficas como las de Teabo.

### **Agradecimientos**

La investigación en campo fue posible por los recursos del proyecto “Contención, enfrentamiento de la fase 3 y reforzamiento sanitario, social y familiar en la etapa posterior a la pandemia en un ámbito rural a fin de disminuir su condición de vulnerabilidad ante la epidemia de COVID-19 bajo una perspectiva intercultural” proyecto 313079 con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y al financiamiento recibido como becario de CONACYT durante la Maestría en Ciencias Sociomédicas dentro del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México con la investigación titulada: “Proceso de Atención-Desatención de la COVID-19 en un municipio indígena de la Península de Yucatán: el caso de Teabo”.



## Referencias

- BERTALANFFY, L. VON. (1986). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones (Ciencia Y Tecnología)* (p. 336).
- BRONFMAN, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. UNAM: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- CABRERA REBOLLO, A. G., HERNÁNDEZ LARA, O. G., ZIZUMBO VILLARREAL, L., & ARRIAGA ÁLVAREZ, E. G. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: Problematizando las dietas. *Revista Mexicana de Sociología*, 81(2), 417–441. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2019.2.57875>
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2017a). *Indicadores municipales sobre el municipio de Mérida*.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2017b). *Indicadores municipales sobre el municipio de Teabo*.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2019). *MEDICIÓN DE LA POBREZA. POBREZA EN MÉXICO*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL. (2020). *DATOS DEL AVANCE MUNICIPAL*. <http://sistemas.coneval.org.mx/DATAMUN/>
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. (2015). El concepto y las dimensiones de la marginación. In *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015* (pp. 11–16). Consejo Nacional de Población. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159052/01\\_Capitulo\\_1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159052/01_Capitulo_1.pdf)
- CORTEZ-GÓMEZ, R., MUÑOZ-MARTÍNEZ, R., & PONCE-JIMÉNEZ, P. (2020). Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19. *Boletín Sobre Covid-19*, 1, 7. <http://www.academia.edu/download/64088114/COVID-19-No.7-8-04-Vulnerabilidad-estructural-de-los-pueblos-indigenas.pdf>
- DOMINGUEZ, L., & AMADOR-BEDOLLA, C. (2020). *El origen de COVID-19: lo que se sabe, lo que se supone y (muy poquito) sobre las teorías de complot*. 31, 3–11. <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2020.2.75461>



- DZUL-ROSADO, K., LUGO-CABALLERO, C., JUÁREZ-RAMÍREZ, C., GÓMEZ-DANTÉS, H., MONTALVO-NAH, E., CITUK-COB, S., & PUERTO-MANZANO, F. (2020). Understanding risk perception from traditional knowledge of Mayan farmers on Rickettsioses. *Global Public Health*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1782450>
- FORBES. (2019). *La obesidad le costará 272,000 mdp a México en 2023*. <https://www.forbes.com.mx/la-obesidad-le-costara-272000-mdp-a-mexico-en-2023/?fbclid=IwAR3A2A2sfhuHsZfIoyMSskiXC4pjm8KYp8e61wSi7rgHdlDTIkJIwLJAAEI>
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2021). *COVID-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - GeoInt - DataLab*. Covid-19 México. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>
- GÓMEZ MENA, C. (2019, June 14). Casi 40% de la población de México vive en condiciones de hacinamiento: ONU-Habitat. *Periódico La Jornada*, 34. <https://www.jornada.com.mx/2019/06/14/sociedad/034n2soc>
- IBÁÑEZ RAMOS, N., SÁNCHEZ JESÚS, M. M., & DÍAZ GARCÍA, R. (2020). Panorama de la alimentación y nutrición a partir del SARS-COV-2 en México. In *México ante el COVID-19: acciones y retos* (pp. 91–100). Cámara de Diputados, Universidad Autónoma Meropolitana.
- IBARRA-SÁNCHEZ, L., VIVEROS-IBARRA, L., GONZÁLEZ-BERNAL, V., & HERNÁNDEZ-GUERRERO, F. (2016). Transición Alimentaria en México. *Razón y Palabra*, 20(Núm. 3\_94 Jul.-Sept), 166–182. <http://revistas.comunicacionudlh.edu.ec/index.php/ryp>
- INEGI. (2015). Panorama sociodemográfico de México 2015. In *Inegi*. [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825078065.pdf%0Ahttps://bit.ly/2NBjIjn](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078065.pdf%0Ahttps://bit.ly/2NBjIjn)
- INSTITUTO DE GEOGRAFÍA, & UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. (2020). *Visualizador geográfico - ICOVID*. <https://www.gits.igg.unam.mx/iCOVID-19/homeicovid?gp=e87565f3-60cd-42bf-a144-e8b363800226>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2016a). *Encuesta Intercensal (2015) Panorama sociodemográfico de Yucatán 2015*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2016b). *No Titl*. Banco de Información Económica. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?tm=0&t=1010>



- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2019). *Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas. DENUÉ*. <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denué/default.aspx>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, & SECRETARÍA DE SALUD. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- KLEINMAN, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
- LIZZARRAGA PINZÓN, L. M., PÉREZ PÉREZ, T. DEL C., & AGUIAR SIERRA, R. (2010). Las mujeres empresarias de Teabo, Yucatán. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (p. 30). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- LOVATO, A., & FILIPPIS, C. DE. (2020). *Clinical Presentation of COVID-19 : A Systematic Review Focusing on Upper Airway Symptoms*. 99(9), 569–576. <https://doi.org/10.1177/0145561320920762>
- MENDENHALL, E. (2020). *Why Social Policies Make Coronavirus Worse*. Think Global Health. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/why-social-policies-make-coronavirus-worse>
- MENÉNDEZ, E. L. (1992). MODELO HEGEMÓNICO, MODELO ALTERNATIVO SUBORDINADO, MODELO DE AUTOATENCIÓN. CARACTERES ESTRUCTURALES. In *La antropología médica en México* (Primera, pp. 97–113). Universidad Autónoma Metropolitana.
- MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos : de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas Care illness models : theoretical exclusions and practice articulations. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- MENÉNDEZ, E. L. (2005). Intencionalidad , experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33–69.
- MESSER, E. (2006). Globalización y dieta: Significados, Cultura y Consecuencias en la Nutrición. *Clásicos y Contemporáneos En Antropología*, 27–74. <http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/Clasicos/Index.html>
- OMS. (2017). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>



- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L., DELGADO-SÁNCHEZ, G., & HERNÁNDEZ-BRIONES, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Medica de Mexico*, 142(3), 181–193.
- REDACCIÓN ANIMAL POLÍTICO. (2020). *Yucatán cambia a naranja semáforo COVID; no coincide con datos federales*. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/2020/06/yucatan-salud-semaforo-naranja-ignora-salud-federal/>
- ROIZ, M. (1989). La familia, desde la Teoría de la comunicación de Palo Alto. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, 117–136. <https://doi.org/10.2307/40183464>
- RUBIO GUERRA, A. F., & NARVÁEZ RIVERA, J. L. (2017). Hipertensión arteriale en el paciente obeso. *Archivos En Medicina Familiar*, 19(3), 69–80. <https://doi.org/10.1080/00325481.1993.11701646>
- RUIZ DZIB, R. G. (2013). *Teabo presente y pasado* (Primera). H. Ayuntamiento de Teabo 2012-2015.
- SHAMAH-LEVY, T., MUNDO-ROSAS, V., & RIVERA-DOMMARCO, J. A. (2014). La magnitud de la inseguridad alimentaria en México : su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Pública de México*, 56(1), 79–85. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56s1/v56s1a12.pdf>
- SHAMAH-LEVY, T., VIELMA-OROZCO, E., HEREDIA-HERNÁNDEZ, O., ROMERO-MARTÍNEZ, M., MOJICA-CUEVAS, J., CUEVAS-NASU, L., SANTAELLA-CASTELL, J., & RIVERA-DOMMARCO, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- SINGER, M. (2020). Deadly Companions: COVID-19 and Diabetes in Mexico. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(8), 660–665. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1805742>
- SINGER, M., BULLED, N., OSTRACH, B., & MENDENHALL, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941–950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)



- SWINBURN, B. A., KRAAK, V. I., ALLENDER, S., ATKINS, V. J., BAKER, P. I., BOGARD, J. R., BRINDEN, H., CALVILLO, A., DE SCHUTTER, O., DEVARAJAN, R., EZZATI, M., FRIEL, S., GOENKA, S., HAMMOND, R. A., HASTINGS, G., HAWKES, C., HERRERO, M., HOVMAND, P. S., HOWDEN, M., ... DIETZ, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- YADAV, U. N., RAYAMAJHEE, B., MISTRY, S. K., PARSEKAR, S. S., & MISHRA, S. K. (2020). A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. *Frontiers in Public Health*, 8(September). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00508>

