

## Enfermos graves de COVID-19: dando sentido a la pandemia en El Salvador<sup>1</sup>

**Seriously ill with COVID-19: making sense of the  
COVID-19 experience in El Salvador**

**Marlon E. Carranza**

Antropólogo, profesor e investigador,  
Departamento de Sociología y Ciencias Políticas,  
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas  
El Salvador

Correo: [mcarranza@uca.edu.sv](mailto:mcarranza@uca.edu.sv)

ORCID: 0000-0002-3901-814X

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v77i770.7595>

**Palabras clave:**

COVID-19, El Salvador, creando sentido, narrativas  
de la enfermedad.

**Keywords:**

COVID-19, El Salvador, making sense, illness  
narrative.

**Recibido: 19 de agosto de 2022**

**Aceptado: 10 de diciembre de 2022**



1 Estas ideas fueron originalmente pensadas para ser presentadas en el *40th International Congress of the Latin American Studies Association* (LASA 2022). El panel "COVID-19 and Structural Violence" se presentó el 5 de mayo.

## Resumen

La antropología médica estudia el sufrimiento humano producido por las enfermedades como parte de su interés por conocer las diferentes formas en que respondemos a dichas experiencias. Uno de los hallazgos importantes de esta disciplina ha sido descubrir que los seres humanos creamos narrativas de esas experiencias de sufrimiento, como una forma de darle sentido y seguir adelante con nuestras vidas (Kleinman, 1988). En este artículo, se propone que no todas las narrativas producen necesariamente “sentido” sobre las enfermedades; también, hay ciertas narrativas, que lejos de crear una versión “domesticada” de sufrimiento, busca enfatizar el sinsentido de la experiencia, sobre todo cuando la trayectoria de la enfermedad está determinada por inequidades institucionalizadas. Lo anterior se observa en la descripción que de su enfermedad hacen dos mujeres enfermas graves de COVID-19. En sus narrativas, se deja ver que decisiones desacertadas que sobre su enfermedad hizo el sistema de salud produjo que estas mujeres enfrentaran riesgos adicionales que normalmente no hubieran tenido si hubiera habido un diagnóstico temprano acertado, si hubieran contado con los recursos necesarios para su atención inmediata y si hubieran considerado sus vulnerabilidades particulares.

## Abstract

Medical anthropology has studied the human suffering caused by diseases as part of its interest in knowing the different ways in which we respond to these experiences. One of the important findings of this discipline has been the discovery that human beings create narratives of these experiences of suffering, as a way of making sense of them and moving on with our lives (Kleinman, 1988). This article proposes that not all narratives necessarily produce “meaning” about illness. Also, there are certain narratives that, far from

creating a “domesticate” version of suffering, seek to emphasize the meaninglessness of the experience, especially when the trajectory of the disease is determined by institutionalized inequities. The foregoing is observed in the description of their illness made by two seriously ill women with COVID-19. In their narratives, it can be seen that the reckless decisions that the health system made about their illness caused these women to face additional risks that they normally would not have had if: they had had an accurate early diagnosis, if they had had the necessary resources for immediate care, and if they had considered their particular vulnerabilities.

## Introducción

El Gobierno salvadoreño del presidente Nayib Bukele se ha proyectado constantemente a nivel nacional e internacional como un modelo para otros países de la región por la lucha contra la pandemia del COVID-19<sup>2</sup>. El Gobierno ha mencionado públicamente cómo El Salvador fue uno de los primeros países que declaró la cuarentena domiciliaria en el continente y uno de los que pudo obtener rápidamente la vacuna contra el COVID-19. Lo cierto es que, si se compara con otros de la región, como Guatemala y Honduras, que enfrentaron retrasos en la adquisición de las vacunas y la lentitud administrativa de sus respectivos sistemas de salud para implementar sus planes de vacunación masiva (Castillo y Guerra 2022), El Salvador podría mirarse mejor preparado. Sin embargo, al menos en lo que respecta al porcentaje de las personas que completaron su esquema de vacunación para mayo del 2022, solo Costa Rica y Panamá habían logrado, en la región centroamericana, llegar a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de completar los esquemas de vacunación de al menos el 70 % de la población en cada país (Sullivan & Meller, 2022).

2 Ver enlace <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-se-posiciona-como-modelo-regional-por-su-manejo-de-la-pandemia-y-la-vacunacion-anti-COVID-19/>

Sin embargo, independientemente de los aciertos y desaciertos en la manera como se ha administrado públicamente la pandemia, la “cotidianidad” en tiempos de COVID-19 ha sido un reto constante en El Salvador, especialmente para ciertas poblaciones. Por ejemplo, entre los resultados de la investigación “COVID-19 y violencia estructural” (Carranza *et al.*, 2021), se encontró que el impacto negativo del COVID-19 ha sido mayor en poblaciones específicas. Por ejemplo, si analizamos solo el mundo laboral, la pandemia hizo que en El Salvador al menos el 23 % de los trabajadores asalariados perdieron su trabajo,<sup>3</sup> que el 15.3 % tuviera que reorganizar su vida para trabajar desde sus casas y que el 35.4 % tuviera que trabajar sin cambios, aun cuando esto incrementara sus posibilidades de infectarse del virus.

A los retos inherentes a la pandemia se suman aquellos que se generaron por decisiones controvertidas respecto al nivel de control utilizado para supuestamente prevenir la propagación del virus. Y El Salvador está llena de ellas. Una de las decisiones más polémicas fue la imposibilidad de los ciudadanos salvadoreños de regresar al país durante la cuarentena domiciliar. Decenas de salvadoreños que habían viajado al extranjero antes de la cuarentena domiciliar no pudieron regresar porque se cerraron las fronteras; en consecuencia, se vieron obligados a quedarse en un país extranjero con recursos limitados. Simultáneamente, al cierre de las fronteras, el Gobierno creó 89 centros de contención a nivel nacional,<sup>4</sup> en donde enviaban a personas sospechosas de contagio, entre ellas las que entraban al país por vía aérea, terrestre y marítima, antes del cierre de las fronteras. Posteriormente, los centros de detención servirían como centros de detención de aquellas personas que

incumplían las restricciones de la movilidad establecidas durante la cuarentena domiciliar. Estudios realizados sobre los centros de contención mencionan que probablemente pasaron cerca de 10,234 personas en los distintos centros de contención, dentro de las cuales hubo quienes afirmaron nunca haber sido puestas en aislamiento, nunca haber recibido una prueba para la detección de la enfermedad y no haber tenido condiciones de salubridad (IUDOP, 2020).

El carácter autoritario de los centros de contención no fue un evento aislado. Es bastante evidente, en el caso de salvadoreño, que la respuesta militar fue tan importante como la respuesta médica ante los rumores de la propagación del virus, incluso cuando el Colegio Médico desaconsejó en varias ocasiones el uso excesivo de la fuerza militar de la salud como medida para prevenir la propagación del virus (Molina y López, 2021).

De todo lo anterior se desprende que la experiencia de la pandemia fue compleja y que interrumpió las rutinas sociales al crear una sensación de caos en el día a día de la población. En este contexto de caos y contradicciones, la experiencia de quienes sufrieron directamente la enfermedad del COVID-19 ha sido diversa. Sin embargo, no siempre esta diversidad tiene la centralidad de los espacios de información o de las redes sociales. Por ejemplo, muy poco hemos oído sobre cómo se vivió la pandemia en las zonas rurales o cuáles fueron los retos adicionales tuvieron que enfrentar durante la cuarentena domiciliar aquellas personas con enfermedades crónicas. Es la intención de los apartados siguientes describir algo de esa diversidad y lo difícil que es para algunos darle sentido a una experiencia tan compleja.

3 Sin embargo, al cruzar esa información con la variable sexo, hubo proporcionalmente más mujeres asalariadas despedidas que hombres. Así, el 30.8 % de ellas afirmaron ser despedidas o que perdieron su trabajo durante la cuarentena domiciliar obligatoria; en contraste, solo el 18.8 % de hombres reportó haber sido despedido. Ver el informe científico completo en <http://hdl.handle.net/11674/5762>.

4 <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparaeltrasladodepersonasencuarentenacentrosdecontencion.pdf>

## 1. Proyecto COVID-19 y violencia estructural

El proyecto “COVID-19 y violencia estructural” tiene como objetivo entender cómo las inequidades preexistentes en el país han influido en las trayectorias, tanto de la población en general durante la cuarentena domiciliar obligatoria, como también de los enfermos graves de COVID-19 durante la pandemia. Es en ese sentido un proyecto que busca contrastar las experiencias de las poblaciones de diferentes estratos y grupos vulnerables.

Una de las principales metas de este estudio es ampliar las voces y, a través de ello, el entendimiento del impacto de la pandemia del COVID-19 en la sociedad salvadoreña. Para ello diseñamos una investigación que utilizó técnicas de recolección de información cualitativas y cuantitativas, guiadas por una visión multidisciplinaria reflejada en la composición del equipo de investigación que está integrado por un antropólogo, una economista, un psicólogo y un estudiante de doctorado en ciencias sociales.

En relación con las técnicas de investigación, utilizamos una encuesta aplicada a una muestra representativa de la población adulta nacional, a través de 1,275 entrevistas a personas de 18 años en adelante. El estudio tuvo una cobertura a nivel nacional en los 14 departamentos del país y se realizó mediante visita directa a la vivienda de los participantes del 15 al 24 de mayo del año 2021. Este estudio tiene un error muestral de más o menos 2.76 % y un 95 % de nivel de confianza.

También utilizamos 15 entrevistas semiestructuradas realizadas a 9 personas de estratos medios, y a 6 de estratos bajos, que estuvieron enfermos de gravedad por COVID-19. Las entrevistas nos ayudaron a contrastar las experiencias de los enfermos según su condición socioeconómica. El guion de la entrevista incluyó un apartado sobre su experiencia médica y hospitalaria, pero también el impacto que la enfermedad tuvo en su economía. Un último apartado de la

entrevista se enfocó en conocer los aspectos culturales relacionados con la enfermedad en temas como: medicina alternativa, creencias sobre la enfermedad, apoyos sociales, etc.

El resultado más importante de la investigación es que efectivamente se encontró evidencia de las diferencias más importantes que marcaron las trayectorias de la población tanto en su forma de enfrentar la cuarentena domiciliar obligatoria, como en su enfrentamiento de la enfermedad. Así, los estratos socioeconómicos bajos y algunas poblaciones vulnerables como mujeres, jóvenes y ancianos tuvieron menos opciones para hacerle frente a la pandemia por COVID-19.

## 2. Sentidos y sinsentidos de las experiencias del sufrimiento por COVID-19

Los académicos que han estudiado las experiencias del sufrimiento han argumentado que los humanos creamos significados a partir de ellas y que lo hacemos como una forma de sobrevivir y seguir adelante con nuestras vidas. Por ejemplo, Arthur Kleinman (1988) en su libro *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and The Human Condition*, encontró que los pacientes con enfermedades crónicas crean significado a partir de su sufrimiento mediante la elaboración de narrativas que ayudan a transformar la experiencia “salvaje y antinatural” del dolor en “una experiencia más o menos domesticada, mitificada, controlada ritualmente y, por lo tanto, cultural” (p. 48). El objetivo final de estas narrativas es “dar coherencia a los distintos eventos a lo largo del sufrimiento” (p. 49).

Tomando en cuenta lo anterior, lo que a continuación se exponen no son solo las “narraciones domesticadas”, aquellas que intentan ver el “lado bueno” a la experiencia de quienes padecieron la enfermedad del COVID-19, sino que se presenta la “experiencia cruda” del sinsentido de la enfermedad. Los siguientes apartados se basan en 15 entrevistas realizadas a personas que estuvieron enfermas de gravedad de COVID-19,

entendiendo la gravedad como aquellos que o fueron hospitalizados o requirieron un tratamiento especial dentro de sus hogares.

### A. La narrativa de un sistema de salud “funcional”

Una de narrativas más frecuentes de aquellos entre los entrevistados fue su experiencia navegando en los diversos sistemas de salud, tanto públicos como privados. En términos generales, varios describieron este proceso como “funcional” y, aunque advertían varias debilidades, creen que fue suficientemente bueno para hacerle frente a su enfermedad. Una de las personas entrevistadas y que estuvo 18 días entubado en el sistema privado de salud nos dijo:

Para ser justo, yo considero que la atención sí estuvo bien, pero yo siento que ayudó bastante el punto de que la gente que estuvo atendiéndome tenía la experiencia. Conocían... y también, yo considero que... a mí me pasó en enero [2021], si me hubiera pasado esto mismo, no sé, en mayo [2020], yo creo que no hubiera sido lo mismo, hubiera sido diferente, porque no hubieran tenido ni la experiencia (Entrevista 3, 10 de octubre de 2021).

Comentarios sobre la funcionalidad del sistema también la encontramos en aquellos que describen su experiencia en el sistema público, sobre todo entre aquellos que fueron ingresados al nuevo Hospital El Salvador.<sup>5</sup> Entre los aspectos que más impresionaron a los entrevistados que pasaron por ese hospital, fue lo nuevo y moderno de su equipamiento: “Entonces, entré al Hospital de El Salvador, que sentís que estás en Marte con respecto al sistema de salud. Entrás igual que... wow, puta, todo blanco, todo nítido, los aparatos médicos impresionantes...” (Entrevista 2, 29 de septiembre de 2021).

Sin embargo, es importante advertir que aquellos que describieron al sistema de salud del país como “funcional”, se caracterizan

por, primero, tener la capacidad económica de al menos plantearse tomar la vía privada de atención hospitalaria; y, segundo, porque fueron casos que se dieron después de la construcción del Hospital El Salvador, ya que la existencia de este nuevo hospital permitió al sistema público afinar con más precisión los procesos de distribución hospitalaria y de atención de pacientes graves por COVID-19.

Sin embargo, el caso que presentamos a continuación describe la experiencia de una paciente que se infectó a principios del año 2020, antes de la construcción del Hospital El Salvador, y que, por su situación de pobreza, ni siquiera se planteó ingresar al sistema privado de salud. Así, es un caso que representa las complejidades de navegar en el sistema de salud público en tiempos en que los protocolos parecían no estar claros y cuando no había pruebas de laboratorio para detectar la enfermedad.

#### A.1 El caso de Lucía: el caos del sistema de salud público al principio de la pandemia

Lucía es una mujer soltera de 43 años que trabaja por un salario mínimo en una farmacia de San Salvador. Con su sueldo, solo puede permitirse alquilar una habitación para ella sola en una cuartería de la ciudad. Uno de los retos de vivir ahí, según cuenta, es que hay que compartir los baños con el resto de la gente, que son en su mayoría, según ella dice, “viejitos”.

Los primeros síntomas de su enfermedad comenzaron a principio de junio de 2020, cuando comenzó a sentirse muy cansada. Recientemente, su jefe en la farmacia, y su mejor amiga, había tenido COVID, y por eso Lucía asumió desde los primeros síntomas que podría estar infectada. Lo que más le preocupaba en ese momento era que tenía una lesión en el pulmón y sabía que, si se contagiaba, podía correr el riesgo de sufrir complicaciones respiratorias graves. En las primeras semanas, Lucía se automedicaba

5 La primera etapa del Hospital El Salvador fue inaugurada el 20 de junio del 2020.

con la información que escuchaba de la gente que llegaba a la farmacia y que decían haber tenido COVID. Sin embargo, y a pesar de automedicarse, comenzó a sentirse peor. Después de pasar alrededor de 10 días con los primeros síntomas, decidió acudir a un hospital público, donde fue revisada por los médicos. El diagnóstico no fue COVID-19, sino principios de neumonía; así que el médico entonces autorizó que le dieran una hora de oxígeno. Al terminar, le dieron una receta, y la enviaron a casa. Sin embargo, en los días siguientes empeoró. No solo el nuevo medicamento no le estaba ayudando, sino que comenzó a toser intensamente. Además, empezó a experimentar cansancio extremo y comenzó a tener serios problemas para respirar. Entonces, y con ayuda de sus vecinos, fue llevada, por la cercanía, a la emergencia del mismo hospital al que había ido la primera vez.

Era un sábado a las 9 de la mañana cuando llegó a la sección de emergencia del hospital. Entonces, el oxímetro marcaba una saturación de 69. Su bajo nivel de oxígeno requería que Lucía fuera oxigenada por tanque; sin embargo, en ese momento, se le informó que no había tanques de oxígeno disponibles y que debía esperar hasta que se desocupara alguno. Lucía estuvo sentada en una silla durante varias horas, casi sin respirar y esperando a que le dieran el próximo tanque de oxígeno disponible. En ese momento, recordó que tenía inhaladores para asma en su bolso y decidió usar algunos de ellos para aliviar su sensación de ahogo. A las 3:30 de la tarde, todavía no había tanques disponibles; ella sentía que su salud se iba deteriorando, pero a pesar de eso la llevaron caminando al laboratorio para hacerle algunos exámenes. A las 5:30 de la tarde, finalmente, consiguió un tanque de oxígeno y una cama en el hospital en la sección de enfermos de COVID-19 del hospital. En ese momento, perdió el conocimiento y solo recuerda despertarse al día siguiente. Según su amiga y el personal del hospital, estuvo a punto de morir esa noche. Lucía cuenta que estuvo en ese hospital tres días, pero luego le infor-

maron que por la gran demanda de pacientes en el hospital tenía que ser trasladada a otro hospital. Ella en ese momento estaba fuera de riesgo inminente, pero aún necesitaba estar conectada a los tanques de oxígeno.

A las 10 de la noche de un martes, fue dada de alta de ese hospital y una ambulancia la trasladó a otro hospital dentro del Área Metropolitana de San Salvador. Sin embargo, una vez allí, los médicos le dijeron que no la podían recibir como paciente del hospital porque sus niveles de hemoglobina estaban demasiado bajos y que no tenían los medicamentos que ella requería. Entonces, la única alternativa fue llevarla a otro hospital ubicado a dos horas de San Salvador. Lucía fue finalmente recibida en el Hospital de Tecoluca, en San Vicente. Estando ahí, sin nadie que pudiera visitarla desde tan lejos, Lucía aprendió a participar activamente de su proceso de recuperación, incluso cuando eso implicara romper alguna de las reglas del hospital. Por ejemplo, aprendió a guiar a las enfermeras para encontrar sus venas para insertar el catéter; se las arregló para ingresar analgésicos al hospital incluso cuando no estaba permitido que los pacientes se automedicaran; y hasta logró conectarse sin supervisión a un tanque de oxígeno, porque no había nadie para ayudarla en una crisis respiratoria a las 3 de la madrugada. Finalmente, luego de permanecer 15 días en el Hospital de Tecoluca, Lucía fue dada de alta y llevada a su hogar en la cuartería.

El caso de Lucía nos muestra lo peligroso que era contagiarse de COVID durante los primeros meses de la pandemia. Entonces, los diagnósticos no eran claros, y había una enorme demanda de atención hospitalaria, pero recursos limitados en los hospitales, sobre todo en lo que se refiere a camas y tanques de oxígeno. Pero, en medio de todo, esta mujer, sin el apoyo de su familia, trató de participar activamente en el proceso de curación y recuperación con los pocos conocimientos adquiridos trabajando en una farmacia y aprendiendo de la interacción con enfermeras y médicos. Al mismo tiempo, la

narrativa que se desprende del testimonio de Lucía enfatiza la negligencia del sistema público de salud, que puso su vida en un riesgo cuando: primero, fue mal diagnosticada y enviada a su casa, a pesar de mostrar ya signos de gravedad; segundo, cuando no le ofrecieron las condiciones adecuadas para hacerle frente a su enfermedad; y, finalmente, cuando permaneció aislada de sus familiares y amigos al ser ingresada en un hospital alejado de su entorno de vida.

## **B. La narrativa de la reconexión a través de las redes sociales durante el COVID-19**

De acuerdo con las tendencias observadas en las entrevistas realizadas a enfermos graves de COVID-19, hubo una práctica común que ayudó emocionalmente a las personas a enfrentar la enfermedad: las múltiples formas en que familiares y amigos se reconectaron socialmente durante la pandemia a través de las redes sociales para transmitir su apoyo y deseos de bienestar.

En términos generales, las personas durante el comienzo de la pandemia, y sobre todo durante la cuarentena domiciliar obligatoria, experimentaron un intenso deseo de reconexión a través de redes sociales. Esto propició un aumento de la participación en espacios virtuales grupales, en donde se comunicaban a través de mensajes, audios y/o videollamadas (Carballo y Marroquín, 2020). Tan intenso fue este proceso de reconexión virtual que pudieron reencontrarse personas que no habían estado en contacto durante décadas. Hubo reencuentros con compañeros de secundaria, amigos de la universidad, miembros de diferentes iglesias o vecinos de varias décadas atrás (Ayala y Urbano, 2020).

Como se podrá imaginar, esta reconexión tuvo un resultado positivo en aquellos que se encontraban en procesos de recuperación de la enfermedad, ya que les produjo una sensación de apoyo y cercanía. Unos de los aspectos subrayados en las entrevistas fue la sorpresa de muchos al descubrir que

tanta gente se preocupaba por ellos, como lo podemos ver en el siguiente fragmento.

Empecé a conectarme con toda esta gente de lugares que ni siquiera conocía. Estaba este grupo de la Iglesia del Camino, pero también una comunidad de católicos. Y luego, cuando me dieron de alta del hospital, me mencionaron como testimonio. Mi sobrino habló [virtualmente] de mi experiencia, dio testimonio y dijo que me curé. Empecé a recibir mensajes de personas que conocí durante mi etapa en la universidad, esas que ni siquiera sabía que aún existían. Me hicieron charlar con ellas (Entrevista 7, 4 de octubre de 2021)

Sin embargo, el caso que se presenta a continuación desafía las narrativas de la reconexión social virtual porque, como veremos, presupone que todas las personas tienen la tecnología básica requerida para tener redes sociales y que tienen internet. Sin embargo, en este país todavía viven personas que no tienen ninguna de ambas condiciones para lograr esa conectividad.

### **B.1. El caso de doña Esperanza: el aislamiento social de una mujer de 81 años**

Doña Esperanza, una viuda de 81 años, tiene una casa en donde vive sola. Su casa está justo al lado de la casa de su hija y su familia. A pesar de su edad, es una mujer económicamente independiente, ya que obtiene sus ingresos de las ventas de una pequeña tienda de abarrotes que está en la sala de la casa. Ella tiene este pequeño negocio desde hace casi veinte años y, a pesar de que las ventas ya no son, según ella menciona, como solían ser porque hay cada vez más competencia en la zona, sí logra obtener lo mínimo para satisfacer sus necesidades básicas.

Doña Esperanza, una “orgullosa católica”, como ella misma dice, es una persona muy activa. Su vida previa a la pandemia estaba

organizada semanalmente con actividades sociales en torno a sus prácticas religiosas y sus actividades familiares. Por ejemplo, asistía todos los domingos a las misas de las 6 de la mañana en la iglesia; luego, tenía todos los lunes reuniones domiciliarias de oración con un grupo de la iglesia; también, todos los jueves iba a “la hora santa” en la iglesia. Por lo anterior, había reservado los martes y miércoles para abastecer con productos su pequeña tienda. Finalmente, solía reunirse con su familia todos los sábados. Estas eran, según ella describe, reuniones de alrededor de 18 personas, en donde comían juntos platos típicos del país. Ella cree que su familia es unida y que, aunque no tienen muchos recursos económicos, han podido viajar en excursiones organizadas por la iglesia. En general, ella describe su vida antes del COVID-19 como muy feliz.

Pero, cerca de cumplir 81 años, doña Esperanza se contagió del COVID-19. Probablemente fue infectada por su hija. Unos días antes de descubrir que tenía COVID, se cayó y se lastimó la mano y la cara. Nunca se había caído, dijo, y desde entonces, comenzó a perder la confianza para caminar sola. Según ella, lo peor de la enfermedad fue el aislamiento y, aunque no tuvo que ir al hospital, su gravedad radicó en romper radicalmente con su rutina semanal: ya no pudo visitar la iglesia, ya no podía ver a su familia y ya no pudo comprar los productos para su tiendita. Todo su entorno social se destruyó. Al respecto, ella nos comentó: “Los días eran tan largos. Era horrible estar tan sola”.

De la enfermedad, afirma que el peor síntoma fue la falta de apetito. Por momentos, perdía completamente las ganas de comer. Incluso cuando su nieto le trajo una vez su comida favorita, ella no sintió ningún deseo de comerla. Ella se recuerda a sí misma como alguien completamente insatisfecha en ese momento.

Sumado a que no tenía muchos deseos de comer, ella recibió el botiquín estandarizado de medicamentos que entrega el sistema público de salud a los enfermos de

COVID-19, el cual siguió al pie de la letra; pero el medicamento le produjo una fuerte diarrea, probablemente porque las dosis no estaban adaptadas a sus condiciones fisiológicas de ese momento. Así que empezó a perder mucho peso. Un día se sintió tan mareada que volvió a caerse dentro de la casa, y se volvió a lastimar la mano y la cara. En retrospectiva, ella cree que el hecho de que no comiera lo suficiente y de que tomara metódicamente una importante cantidad de pastillas afectó negativamente su sistema digestivo y la puso en riesgo.

En comparación con otras experiencias, doña Esperanza no contaba con un teléfono inteligente. Ella nunca ha tenido uno. Ella solo tiene un teléfono fijo para llamadas telefónicas urgentes. Esta fue una gran diferencia con otras personas que tenían acceso a sus teléfonos celulares y que, como vimos anteriormente, pudieron volver a conectarse con sus amigos, familiares y otros. Pero para alguien de 81 años, que nunca estuvo familiarizado con esa tecnología, la experiencia ha sido de un profundo aislamiento social. Al mismo tiempo, el caso de doña Esperanza muestra claramente que una persona de 81 años requiere un abordaje médico diferente. El botiquín genérico de medicinas para el COVID-19 simplemente no se adecuaba a ella. Finalmente, una de las cosas que más resentía a doña Esperanza es que el sistema de salud no la vigilaba. En El Salvador, el protocolo estableció que los positivos confirmados con COVID-19 deben recibir el botiquín de medicamentos y deben recibir llamadas telefónicas diarias para monitorear los procesos de salud de las personas. Esto sucedió cuando su hija dio positivo de COVID-19, pero en el caso de doña Esperanza nadie llamó.

Encontramos nuevamente una narrativa del sinsentido de la experiencia del COVID, a partir de un tipo sufrimiento que es difícil de redimir. En este caso particular, la gravedad de la experiencia se relaciona no con una experiencia de hospitalización, pero sí con la fragilidad social de una octogenaria

que no recibió la atención especializada que su edad requería.

## 2. A modo de conclusión: COVID-19 y la antropología del devenir

Para cerrar las ideas planteadas en los apartados anteriores, parto de la necesidad de retomar algunas ideas centrales desarrolladas por Joao Biehl y Peter Locke (2017) en su publicación *Unfinished: the anthropology of becoming*, que podría ser traducida como “Inconcluso: la antropología del devenir”; y aunque no es la intención de este trabajo captar completamente sus ideas, quiero al menos retomar algunas de ellas para luego discutir cómo estas se aplican a las narrativas de los sinsentidos que aparecen en los casos de doña Esperanza y Lucía, y que contrastan radicalmente con las narrativas más dominantes y “domesticadas” de la experiencia del sufrimiento.

En primer lugar, es importante reconocer que la noción de “devenir” es prestada por Biehl & Locke (2017) del filósofo francés Gilles Deleuze, como una reacción de cómo se han elaborado los discursos académicos para representar la realidad social. Para Deleuze, y por extensión para Biehl & Locke (2017), los científicos sociales necesitan representar el mundo social en constante flujo producido por la intersección de una serie de elementos como la tecnología, las relaciones interpersonales, los deseos y la imaginación. Al mismo tiempo, los científicos sociales deben asegurarse de que haya espacio para la apertura y la imprevisibilidad en su análisis.

En concreto, Biehl & Locke (2017) afirman que hay tres elementos que, en términos prácticos, necesitan ser incorporados en el análisis social: primero, los científicos sociales necesitan, sin negar la importancia de la visión estructural, enfatizar que “[las estructuras] están hechas de personas, cosas y fuerzas con diversos grados de capacidad de agencia” (p. xi). Están de acuerdo en que las “desigualdades estructurales desfiguran a los vivos” (p. 5), pero se niegan a creer que

todo se reduce a estas fuerzas. El poder de las estructuras es una entidad “cambiante y contingente” (p. 6), desafiada constantemente por la fuerza de los deseos de las personas. El segundo elemento que una antropología del devenir necesita incorporar es una noción más compleja de tiempo y espacio. En ese sentido, es importante reconocer que “las personas habitan múltiples temporalidades a la vez” (p. 6), el devenir es “una interpretación dinámica del pasado y el futuro, reales y virtuales” (p. 6). Finalmente, una antropología del devenir necesita considerar cómo la vida está llena de sorpresas e imprevisibilidad y, por eso, los científicos sociales necesitan estar abiertos a la “complejidad insondable” (p. 7) de la realidad.

Volviendo a los casos descritos. La historia de Lucía encaja dentro de la descripción dada por Biehl & Locke (2017) sobre cómo analizar las condiciones estructurales. Ciertamente podemos ver cómo las condiciones estructurales han impactado su vida: vimos cómo se infectó probablemente porque tuvo que trabajar en la farmacia durante la cuarentena, vimos que la saturación del sistema de salud pública no le brindaba un servicio de calidad (recibió un mal diagnóstico y la enviaron a su casa; no le dieron el oxígeno ni una cama cuando estaba gravemente enferma y la enviaron a un hospital donde no la recibieron; y luego fue admitida en un segundo hospital que estaba ubicado a dos horas de su casa, por lo que era muy difícil que sus amigos o familiares la visitaran). Sin embargo, incluso cuando nada era fácil, Lucía desafiaba al sistema de formas que no todos podían hacer, pues exigía medicamentos y, cuando no los conseguía, lograba llevar los medicamentos al hospital. En una parte de la entrevista, describe cómo el médico la regañó fuertemente cuando descubrió que se había conectado el tanque de oxígeno sin autorización; el médico le dijo que había sido “irresponsable”. En ese momento, Lucía se enfrentó al médico y le dijo que era el sistema el que había sido irresponsable con ella. En otras palabras, su caso describe una serie de interacciones entre la agencia de una persona

y un sistema de salud pública lleno de protocolos y disposiciones, en donde claramente se vio afectada por las desigualdades del sistema nacional de salud, pero nunca fue “reducida a estas fuerzas”.

El caso de doña Esperanza también encaja con varios elementos descritos por Biehl & Locke (2017) para describir la realidad social en flujo. Doña Esperanza cuestiona el sentido mismo de lo que es estar gravemente enfermo. A través su caso, estar “gravemente enferma” puede adquirir la connotación de la destrucción total de su mundo social y de las rutinas cotidianas durante la pandemia del COVID-19. Ella pasó de sentirse completamente independiente y productiva a convertirse en una persona insegura y sin motivación. En ese sentido, no es el ámbito biológico lo relevante aquí para comprender su sufrimiento de la enfermedad, sino el ámbito social. Su sufrimiento está asociado a la desconexión física de aquellos que le estaban dando sentido a su vida. A lo anterior se suma que ella nunca estuvo familiarizada con la tecnología de un teléfono inteligente y, por lo tanto, no pudo reemplazar la red social física con la red virtual, como lo hicieron otros durante la pandemia. Finalmente, doña Esperanza también cuestiona algunos supuestos universales del sistema público de salud. Su caso controvierte la supuesta necesidad de un tratamiento universal a través de la distribución masiva de medicamentos estandarizados, como lo ha sido el *kit* de medicamentos para el tratamiento del COVID-19 enviado por el gobierno. De su experiencia se desprende que el universalismo del sistema público puede tener efectos negativos cuando no considera las fragilidades de grupos específicos, en este caso la condición de salud de una octogenaria.

Finalmente, las páginas anteriores han buscado problematizar la posición teórica sobre las narrativas de sufrimiento que afirman que estas son reformulaciones de la experiencia para encontrar sentido a sus vivencias y seguir adelante con sus vidas

(Kleinman, 1988). Sin embargo, y siguiendo la invitación que hacen Biehl & Locke (2017), para representar la realidad social en flujo y apertura, los testimonios de los enfermos de COVID-19 recogidos en esta investigación muestran la existencia, o incluso coexistencia, de diversos grados de sentidos y sinsentidos en sus narrativas. Desentrañar los procesos por los que algunos desarrollan uno u otro estilo al describir su experiencia requiere analizar las condiciones individuales y estructurales en las que se han desarrollado.

### \*Homenaje póstumo

Doña Esperanza murió varios meses después de ser entrevistada para este estudio, habiendo superado los síntomas inmediatos del COVID-19. Sirva esta nota para agradecer su disposición por compartirnos su vivencia y como homenaje a una vida llena de amor para su familia.

### Referencias bibliográficas

- Ayala, D. y Urbano, E. (2020). En busca de la reconexión durante la pandemia: una propuesta de comprensión colectiva de las capacidades dentro de las redes sociales virtuales en el Perú. *Desarrollo Humano*, 269.
- Biehl, J. & Locke, P. (Eds.). (2017). *Unfinished: The anthropology of becoming*. Duke University Press.
- Carranza, M., López, M., Molina, J. y Alegría, F. (2021). El impacto del COVID-19 en las condiciones laborales de la población salvadoreña. *Proceso*, 59, 8-11. <http://repositorio.uca.edu.sv/jspui/bitstream/11674/5196/1/Proceso-59-p%3a1ginas-8-11.pdf>
- Carballo, W. y Marroquín, A. (2020). 2020 D. C. *Así dio vuelta el consumo mediático en El Salvador durante la COVID-19*. Escuela de Comunicación Mónica Herrera y Maestría en Gestión Estratégica de la Comunicación (UCA). <https://uca.edu.sv/wp-content/uploads/2020/12/investigacion-uca-asi-dio-vuelta-en-consumo-mediatico-en-el-salvador-durante-la-COVID-19.pdf>

Castillo, J. M. y Guerra de Castillo, Z. (2022). *Evaluación de la cadena de suministro de vacunas contra el COVID-19 en Centroamérica: realidades, retos y posibles soluciones*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48100-evaluacion-la-cadena-suministro-vacunas-COVID-19-centroamerica-realidades-retos>

Instituto Universitario de Opinión Pública (IUDOP). (2020). *Sondeo de opinión sobre las medidas que las autoridades han tomado en los centros de contención en cuarentena durante la emergencia nacional por COVID-19*. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA). [https://uca.edu.sv/iudop/wp-content/uploads/INFORME\\_COVID19.pdf](https://uca.edu.sv/iudop/wp-content/uploads/INFORME_COVID19.pdf)

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Molina, J. y López, M. (2021). Militarización de la salud en El Salvador. *Proceso*, 38, 8-10. <http://repositorio.uca.edu.sv/jspui/bitstream/11674/4848/1/PDF-679572-proceso-38-8-10.pdf>

Sullivan, M. P. & Meyer, P. J. (2022). *Latin America and the Caribbean: impact of COVID-19*. Congressional Research Service. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF11581>