

Ecuador y la covid-19: el “efecto Guayaquil” en contraste con Quito

Ecuador and COVID-19: the “Guayaquil Effect” in contrast to Quito

Equador e covid-19: o “efeito Guayaquil” em comparação com Quito

[Artículo de investigación]

César Ulloa-Tapia**
Miguel Romero-Flores***
Juan Toapanta-Delgado****

Recibido: 05 de diciembre del 2021

Aceptado: 10 de febrero de 2022

Citar como:

Ulloa-Tapia, C., Romero-Flores, M. y Toapanta-Delgado, J. (2022). Ecuador y la covid-19: el “efecto Guayaquil” en contraste con Quito. *Hallazgos*, 19(38).

<https://doi.org/10.15332/2422409X.6884>



Resumen

Las repercusiones de la covid-19 son diferentes en el mundo debido a un conjunto de dimensiones que distinguen a unos países de otros sobre la estructura y respuesta de los sistemas sanitarios, las condiciones socioeconómicas de la población, la activación de comités de emergencia y planes de contingencia, la coordinación entre los gobiernos centrales y seccionales. Incluso, entre las ciudades, regiones y estados de un mismo país, la pandemia presenta un rostro diferente. En Ecuador, los efectos que se

** Doctor en Ciencias Sociales. Docente investigador de la Universidad de Las Américas (UDLA), Quito-Ecuador. Correo electrónico: cesarulloa77@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3631-7494>

*** Magíster en Comunicación Pública de la Ciencia y Tecnología. Tutor académico en la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Correo electrónico: miguel.romero@uasb.edu.ec; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3282-8043>

**** Economista y maestrante de Administración de Empresas. Director del Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, Quito-Ecuador. Correo electrónico: juanc.toapanta@quito.gob.ec; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8290-5035>

produjeron en Guayaquil contribuyeron a que la cataloguen como la Wuhan de Latinoamérica. En este artículo se dilucidan los determinantes sociales que explican las consecuencias en Guayaquil, en contraste con lo sucedido en la capital, Quito.

Palabras clave: coronavirus en Ecuador, condiciones de vida en Ecuador, pandemia en Guayaquil, pandemia en Quito.

Abstract

The repercussions of COVID-19 are different throughout the world due to an assortment of aspects that distinguish some countries from others regarding the structure and response of health systems, the socioeconomic conditions of the population, the activation of emergency committees and contingency plans, and the coordination between central and sectional governments. Even among cities, regions and states of the same country, the pandemic presents a different face. In Ecuador, the effects in Guayaquil contributed to its being catalogued as the Wuhan of Latin America. This article sheds light on the social determinants that explain the consequences in Guayaquil, in contrast to what happened in the capital, Quito.

Keywords: coronavirus in Ecuador, living conditions in Ecuador, pandemic in Guayaquil, pandemic in Quito.

Resumo

As repercussões da covid-19 são diferentes no mundo devido a um conjunto de dimensões que diferenciam os países sobre a estrutura e resposta dos sistemas de saúde, as condições socioeconômicas da população, a ativação de comitês de emergência e planos de contingência, a coordenação entre os governos centrais e seccionais. Além disso, entre cidades, estados e regiões de um mesmo país, a pandemia apresenta um rosto diferente. No Equador, os efeitos produzidos em Guayaquil contribuíram para que a catalogassem como a Wuhan da América Latina. Neste artigo, são dilucidados os determinantes sociais que explicam as consequências da pandemia em Guayaquil em comparação com o que ocorreu na capital equatoriana, Quito.

Palavras-chave: coronavírus no Equador, condições de vida no Equador, pandemia em Guayaquil, pandemia em Quito.

Introducción

Guayaquil, ciudad puerto principal en Ecuador, se convirtió en noticia alrededor del mundo, debido a las consecuencias que provocó la enfermedad *corona virus*

disease 2019 (en adelante, covid-19) que azota al planeta. En las cadenas transnacionales de la información y el periodismo se mostraron imágenes de personas que habían fallecido en las calles y permanecían allí; centros de salud colapsados y autoridades de los gobiernos central y locales en controversia, debido a la falta de acuerdos para enfrentar esta situación (Guerrero, 2020; Rivers y Gallón, 2020). Según la prensa internacional, Guayaquil era la Wuhan de Ecuador (España, 2020), al asociar la afectación de la pandemia en China con la del país andino. Para abril de 2020, a Guayaquil se le consideró el epicentro de la pandemia en Ecuador y al siguiente mes la crisis provocó una atmósfera de incertidumbre en la población, ya que hubo varias familias que no podían conocer el paradero de cientos de cadáveres, porque la decisión del Gobierno fue la cremación de todas las personas que fallecieron a causa de la covid-19, así como de quienes se consideraron hipotéticamente contagiados. El primer caso de coronavirus en Ecuador se reportó el 29 de febrero de 2020 en Guayaquil. Fue una mujer adulta mayor que había emigrado a España y regresó al país a pasar unos días de vacaciones.

La situación de Guayaquil invisibilizó lo que sucedía en las otras ciudades del país. Parecía que la realidad estaba dividida en dos versiones opuestas, sobre todo en comparación con Quito, capital de la República, que junto con el puerto principal son distritos metropolitanos y concentran el mayor porcentaje de la población. De una totalidad de 17 510 643 de habitantes en Ecuador, Quito cuenta con 2 781 641 y Guayaquil con 2 723 665, en las áreas rural y urbana, respectivamente, según la proyección que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Inec, 2020). En las dos urbes se concentra el mayor número de personas consideradas de alto riesgo de contagio: adultos mayores, quienes son descritos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) como prioritarios de atención epidemiológica.

Se muestran dos realidades opuestas, porque al inicio de la pandemia —incluso en los dos primeros meses—, la situación sanitaria en Quito estaba controlada en cuanto al menor número de contagios y fallecimientos, según las cifras oficiales del Comité de Operaciones de Emergencias (COE), que las emitía de manera diaria¹. El sistema de salud funcionaba en la capital con normalidad y todavía no

¹ El Comité de Operaciones de Emergencias (COE) es una estructura institucionalizada que se activa en casos excepcionales, como desastres naturales, amenazas de riesgo interno y externo, epidemias. Está conformado por la Función Ejecutiva, que la preside (presidente o su delegado y los ministros de Estado), además de la Policía Nacional, Fuerzas Armadas (FFAA), ECU 911,

alertaba un posible colapso o, peor aún, alguna situación que pudiera sobrepasar la capacidad instalada. Por citar un ejemplo, para el 4 de abril de 2020 se registraron en todo el país 3465 casos y 172 fallecidos. En la provincia de Guayas, especialmente en Guayaquil, se totalizaron 2402 casos, mientras que, en la provincia de Pichincha, Quito, 321 (El Universo, 2020).

En este artículo, se explica el papel que desempeñan los determinantes sociales como posibles causas de los efectos de la pandemia en las dos ciudades, a partir de una perspectiva exploratoria y que se inscribe en un método de triangulación cualitativa y cuantitativa. Para el efecto, se propone un ejercicio de comparación que se inscribe en la lógica de los estudios subnacionales, en el que se contrastan dos localidades que son diferentes en las variables de capital social, sociodemográfica, económica, política y de servicios, pero que se ven afectadas por el mismo fenómeno de distinta manera y, además, tratan de resolver el problema de manera diferente.

El enfoque teórico toma como base el capital social (Putnam, 1993; Coleman, 1997; Fukuyama, 1995, 1998) desde una perspectiva subnacional. En ese sentido, el propósito es observar cómo el capital social incide en el diseño institucional del sistema de salud de Guayaquil en contraposición a lo que ocurre en Quito, donde esta categoría no repercute en el sistema sanitario. También, para explicar cómo los determinantes sociales (condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales) generan las desigualdades en salud (OMS, 2017; OMS y Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2005).

La temporalidad de estudio de los casos se enmarca en los tres primeros meses, en los que el Gobierno decretó Estado de Excepción (16 de marzo de 2020) debido a la pandemia, por lo cual no se pretende ninguna proyección ni causalidad respecto del tratamiento a futuro de la covid-19 por parte de los sistemas de salud en las dos ciudades, miradas desde una óptica subnacional. El tratamiento del tema es exploratorio, dada la escasez de investigaciones en este tema y con este enfoque en Ecuador. Al final se observa que el diseño institucional del sistema de salud no es una causa que explique los efectos de la crisis sanitaria. En el manejo de la pandemia, en el contexto de este estudio, se entrelazan varios hilos, por ejemplo, política (Gobierno central, gobiernos seccionales, políticas públicas, sistemas de salud), social (población, relaciones, modos de vida), economía (pobreza,

Cuerpo de Bomberos de Quito, Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); también se invita a otras funciones del Estado, Gobiernos locales y seccionales según la situación y el nivel en la toma de decisiones.

desigualdad), cultura (historia, etnias, educación), ambiental (pandemia, enfermedad).

Finalmente, la complejidad del fenómeno es un factor adverso por lo inédito, aunque haya advertencias de los impactos que pudo generar la pandemia en la sociedad en cualquier época y sus implicaciones en el sistema político y económico, cuando también en el ambiente y las relaciones sociales (Crossman, 2016). Para Harari (2019), la historia de las naciones está determinada por la guerra, la peste (léase pandemia) y el hambre.

El artículo está organizado de la siguiente manera: al inicio, se expone la metodología; enseguida, se caracteriza a las ciudades de estudio, Quito y Guayaquil, con la finalidad de identificar elementos de contraste y similitud, sobre la base de hitos históricos en diversas esferas (social, política, sanitaria y económica). Después, se plantea la discusión teórica, en la que se encuentran varios apartados con aspectos específicos de la problemática de estudio y, al finalizar, se desarrollan las conclusiones y los hallazgos.

Metodología

Este estudio se inscribe en el enfoque mixto o de triangulación (Forni y De Grande, 2020), sobre la base de complementar una perspectiva cualitativa (analítica-deductiva), proveniente de fuentes secundarias de literatura local y extranjera que explican las características de las ciudades de estudio (Quito y Guayaquil) desde diferentes dimensiones (económica, política y social) con una perspectiva cuantitativa mediante el uso de estadística descriptiva y la obtención de datos propios acerca de la información proveniente del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Inec), datos sociodemográficos y determinantes sociales (OPS, 2020) relacionados con el objeto de estudio. La triangulación se produce al contrastar las categorías cualitativas con los datos para verificar si hay consistencia, complementariedad u oposición.

La investigación está enmarcada en un ejercicio de comparación entre las ciudades de mayor importancia de Ecuador. Los casos son distintos, sin embargo, atravesaron la misma situación de crisis mundial: la pandemia. Su selección se justifica, porque son las urbes de mayor concentración demográfica, por tanto, estaban con mayor exposición, contagios y fallecidos de covid-19; además, son las más importantes y evidencian un clivaje regional. Quito se encuentra en la Sierra (Los Andes), es la capital de la república y epicentro del poder político,

mientras que Guayaquil se ubica en la Costa y es el centro económico (comercial, bancario y exportador).

La orientación comparativa sigue un abordaje subnacional que no está alineada a la producción de estudios a nivel local relacionados con la descentralización y la democratización como ha ocurrido en la región en las últimas dos décadas (Suárez, Batlle y Wills, 2017; Behrend y Whitehead, 2017). Sino más bien, este artículo explica las diferencias entre Quito y Guayaquil, a partir del diseño, la concepción e implementación de los servicios de salud con un marco conceptual del capital social, tomando como referencia los aportes de Putnam (1993) y Putnam y Subirats (2015).

En ese sentido, aquí se justifica la necesidad de abonar el auge de estudios de casos, en los últimos tiempos (Gerring, 2012; Goertz y Mahoney, 2012), desde una perspectiva comparada. El propósito es rebasar la estrategia teórica y metodológica de homogeneizar los hallazgos entre países (sesgo nacional), porque las diferencias en los espacios subnacionales (provincias, departamentos, distritos, condados, entre otros) determinan que un país es un cúmulo de realidades particulares. Específicamente, en el caso de Ecuador, la producción de estudios subnacionales está en ciernes. De ahí que los resultados son exploratorios, sobre todo en el tema que se desarrolla.

La delimitación temporal del análisis se circunscribe en los tres meses de 2020, en los cuales el Gobierno declaró Estado de Excepción nacional (marzo a mayo), por lo cual hay una lectura sincrónica que no pretende hacer predicciones ni explicar lo que sucedió después, sino más bien poner en contexto el tratamiento de una crisis en dos casos diferentes y que dejan ver sus singularidades. El recorte temporal adquiere relevancia, ya que es la primera ocasión desde el retorno a la democracia (1979), que un Gobierno utilice una medida excepcional durante un periodo tan extenso. Este recurso contó con el aval de la Corte Constitucional, que vigiló que no haya transgresión a las libertades y, más bien, que las medidas del Gobierno se inscribieran en aspectos de bioseguridad: prevención y curación.

Este trabajo muestra que en el momento de análisis hay porosidad en la búsqueda de causalidades acerca del mayor número de contagios y fallecidos en Guayaquil, pues lo mismo ocurría en Quito diez meses después. En un momento dado, la ciudad capital superó el número de contagios y muertes en relación con el puerto principal. El contraste institucional pone en evidencia las diferencias estructurales en el manejo de la salud, pero no es una condición suficiente que explique el manejo de la pandemia (prevención, curación y mitigación).

Entre el puerto y Los Andes

Con el propósito de crear las condiciones de comparación entre las ciudades de Quito y Guayaquil e identificar las similitudes y las diferencias, se realiza un breve recorrido de las características del Estado ecuatoriano, la relación histórica entre estas dos urbes, las características de cada una con énfasis en las condiciones de vida de la población en los últimos años. El objetivo de este acápite no es proponer un análisis histórico, pero sí contar con elementos que permitan contextualizar el análisis.

Ecuador se constituyó como República en 1830, después de separarse de la Gran Colombia. Nació como un Estado unitario en medio de una pugna entre conservadores y liberales, pese a que no se había conformado un sistema de partidos. Fue nombrado primer presidente el general venezolano, Juan José Flores (Ayala, 1994), que acompañó a Simón Bolívar en su campaña independentista. El país cuenta con cuatro regiones: Sierra, Costa, Amazonía y las Islas Galápagos, esta última que ha mantenido un régimen especial debido a su calidad de patrimonio natural de la humanidad. Desde la carta de constitución se produjo un clivaje regional, como lo definen Lipset y Rokkan (1967) y Burbano de Lara (2014), en el sentido de la persistencia de un conflicto, debido a la complejidad en la coexistencia entre territorios diversos (clima, composición étnica, actividades económicas y relaciones sociales) en un sentido nacional, sobre todo entre las ciudades de Quito, capital de la República, y Guayaquil, puerto principal (López y Landázuri, 2020; Manguashca, 1992; 1994). Valdano (2019) también habla de un clivaje de corte étnico y cultural entre mestizos, indígenas y afrodescendientes.

En Quito, se concentró la arquitectura institucional del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial); en Guayaquil, la actividad comercial, financiera y bancaria. En la Sierra, se acentuó un modelo económico que giró alrededor de la actividad textil, agrícola y pecuaria; en cambio, en la Costa, se propició la actividad agroexportadora, bancaria y comercial. La presencia de la población indígena es importante en la primera, mientras que la de los montubios y afrodescendientes, en la segunda. Dadas las características del clima, las actividades económicas y la vida en sociedad, el comportamiento de serranos y costeños es diferente en cuanto a su comida, vestimenta, costumbres y tradiciones (Apolo, 2000).

Pese a que las dos ciudades son partes de un Estado unitario y nacional, el modelo de sociedad es diferente (relación público-privado). Eso lo muestran aspectos como la presencia del Estado, las condiciones de vida de la población, la

concepción de desarrollo, las relaciones entre el Gobierno central y los municipios, las competencias y los recursos de los municipios, el papel que desempeña la sociedad civil organizada en partidos políticos a nivel subnacional, organizaciones no gubernamentales, voluntariado, la función de los grupos de presión y cabildeo (Fukuyama, 2014)², el capital social (Putnam y Subirats, 2015; Ostrom, 2003; Coleman, 1997; Putnam, 1993) y la confianza (Fukuyama, 1998).

De los aspectos mencionados, se hace énfasis en tres: a) la relación que se construyó históricamente entre el Gobierno central y los municipios de Quito y Guayaquil alrededor de lo que establece la Constitución con énfasis en la competencia de salud y, con el tiempo, la descentralización; b) las implicaciones de esta relación en el modelo de desarrollo de cada ciudad y la configuración posterior del capital social; c) las condiciones de vida de la población para comprender cómo estas determinan un mejor control de la pandemia en términos de prevención, atención y contingencia. Estos tres aspectos actúan de manera interrelacionada, por tanto, abren paso al tejido de una urdimbre más amplia desde una perspectiva interdisciplinaria en la que se consideran categorías de la ciencia política, la sociología y la economía.

En lo que comprende a la competencia de la salud, el Estado era el rector en todo el país en términos de administración, provisión de servicios, cobertura y financiamiento; sin embargo, abrió la posibilidad de que los municipios intervengan en este ámbito otorgando autorización a organizaciones sin fines de lucro, dentro de un paraguas de filantropía, para que presenten el servicio y, bajo este criterio, puedan recibir recursos por parte de los gobiernos de turno de manera obligatoria. Al inicio, el Estado no miró como obstáculo a estas organizaciones, pero tampoco dimensionó el papel que podía llegar a desempeñar en ciudades como Guayaquil, donde el modelo de desarrollo distaba del de la capital en muchos aspectos, sin perder de vista la búsqueda de una permanente independencia y autonomía administrativa, financiera y política por parte de ciertos sectores. En la actualidad, se levantan voces que hablan de conquistar la independencia de Guayaquil (La Hora, 2002).

² Por grupos de presión no se sigue en estricto sentido la idea de Fukuyama acerca de quiénes hacen cabildeo en el Senado de los Estados Unidos, con la finalidad de incidir en la legislación a favor de empresas o corporaciones mediante el regalo como una suerte de incentivo. Aquí, más bien, se entiende a los grupos de presión como aquellos que sin ser electos o cumplan una función en el Estado por su poder (económico, social, intelectual) presionan al Gobierno para favorecer sus intereses.

A mediados del siglo XIX no se ponía en Ecuador la discusión entre las autoridades ni tampoco en los partidos acerca del diseño de políticas públicas y sus enfoques (arriba/abajo y abajo/arriba) (Peters, 1995) para plantear un modelo de ciudad o país, peor aún la idea de implementación de cuasimercados (Le Grand, 1991), en la que el desbordamiento del Estado, en términos de cobertura y calidad de los servicios, le motivaba a buscar un proveedor externo (privado), sin que ello signifique que el Estado pierda el control del servicio en materia de regulación. La misma posición de Ecuador como país en vías de desarrollo impidió la configuración de un Estado de bienestar como en los Países Bajos, donde la principal característica es el acceso universal a la salud por parte de la población, como en el caso de Suecia (Accinelli y Salas, 2019). Tampoco, la salud ha sido prioritaria para el desarrollo de Ecuador.

La filantropía, como concepto y práctica, estuvo y sigue vigente en Guayaquil bajo la responsabilidad de familias notables, que hacen labor social para beneficiar a los segmentos de la población en condición de pobreza. La más reconocida por los servicios que presta en temas de salud es la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), cuyo origen se remonta al siglo XIX.

La nueva Carta Constitucional de la República de 1878 estableció reformas a la Ley de Régimen Municipal, donde se destaca una dualidad contradictoria: la emisión de bases jurídicas para el funcionamiento de la Beneficencia con carácter nacional, y la ratificación de su ejercicio local-municipal. Esta contradicción es comprendida cuando en el Congreso Nacional de 1887, el Art. 11 de la ley crea la Junta de Beneficencia Municipal de Guayaquil (JBG), especificando sus fines, la naturaleza jurídica privada, mecanismos y fuentes de financiamiento y sobre todo, le da la atribución para que la misma JBG establezca sus estatutos y reglamentos para que sean aprobados por el Consejo Cantonal. (El Nacional, Ley de Régimen Municipal, 1887; De la Torre, 1996, p. 121)

Desde el momento en que la JBG asumió la salud en Guayaquil, en convivencia con el sistema de salud público, diversificó su oferta con la finalidad de cubrir todos los segmentos etarios de escasas condiciones socioeconómicas. Cualquier persona podía nacer en el hospital del niño Alejandro Mann; en la adultez ser atendido en el hospital Luis Vernaza; en caso de padecer una enfermedad mental, ser recibido en el sanatorio Lorenzo Ponce; además de acceder al ancianato Corazón de Jesús, y la misma JBG se hacía cargo de la sepultura de las personas por medio de la Agencia Funeraria (De la Torre, 1996; 2004). Además, la JBG promueve el concurso de Lotería Nacional, único en el país, y fomenta de esta

manera una mejor “suerte” para quienes juegan. Estas acciones posicionaron a esta organización como el referente en salud en la ciudad de Guayaquil, sin que dependiera de los recursos del municipio, pero sí del Gobierno central y de los aportes de personas particulares.

Así se explica, en gran medida, por qué el municipio de Guayaquil dejó de solicitar del Gobierno central la competencia de salud; además de que su diseño institucional es diferente al de Quito, ya que en la capital el Cabildo asume esta competencia y cuenta con un sistema de hospitales al norte y al sur de la ciudad (patronatos) para atender a la ciudadanía en condición de pobreza y de escasos recursos, tema que se ampliará más adelante. No obstante, las dos ciudades tienen cobertura del sistema de salud pública y de la red de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), con la diferencia de que a la primera pueden acceder todas las personas de manera gratuita y, a la segunda, quienes están afiliados. Por tanto, en Guayaquil, la población tiene tres posibilidades de atención médica por fuera de la privada (JBG, sistema estatal y la red del IESS), mientras que en Quito cuatro sí se considera el papel de los patronatos.

La figura de la JBG y de los patronatos en Quito es diferente. En la capital, la filantropía no está concebida como un elemento del capital social. Los sistemas público y privado conviven con organizaciones y fundaciones de la sociedad civil, que trabajan en la atención de los segmentos pauperizados como el Club de Leones y el Club Rotario que han desplegado una serie de centros de salud, dispensarios médicos y farmacias en distintos puntos de la ciudad, cuyos precios de atención están pensados para los segmentos de la población con menos recursos. Otro elemento diferenciador es el capital simbólico que tiene la JBG en Guayaquil, debido a la incidencia en la población por los servicios, la cobertura y la atención que presta, así como al afán de convertirse en un icono del puerto principal, gracias al aporte de la élite económica.

En ese sentido, se observan en las dos ciudades distintas iniciativas para la atención de la población en materia de salud. Esta situación no contradice la concepción que tiene el Estado sobre esta competencia; sin embargo, en la relación con los municipios hay diferencias en la medida en que históricamente Guayaquil optó por un modelo auspiciado por las élites (desde la filantropía) sin coordinación con el municipio de esa ciudad, pero tampoco rechazó los recursos del Estado, mientras que en la ciudad de Quito son el Gobierno central, el Cabildo y el IESS que acaparan la cobertura de atención en la salud.

Discusión: problema y consecuencias

Para la comprensión del abordaje conceptual al problema en este artículo se recurre a dos dimensiones teóricas: el capital social y los determinantes sociales de la salud. Los estudios de Putnam (1994) sobre el capital social, que luego fueron explorados con mayor amplitud por Coleman (1997) y Fukuyama (1998; 1995), abren una posibilidad de comprender algunas diferencias entre Quito y Guayaquil, pero no la agotan ni tampoco la simplifican, sobre todo en lo que se refiere al establecimiento de las relaciones sociales entre los ciudadanos y, como estas, a su vez, determinan el funcionamiento de las instituciones. Por capital social se entiende a “las características de organización social, tales como la confianza, las normas y redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad mediante la facilitación de las acciones coordinadas” (Putnam, 1994, p. 212).

Los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Ahí se “incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud” (Pan American Health Organization y World Health Organization, 2017, párr. 1, traducción propia).

Bajo esas consideraciones, desde una perspectiva social, para analizar el tema que motiva este artículo, ¿cuál de los dos modelos teóricos encaja con los hechos acaecidos en el manejo de la pandemia en Guayaquil y Quito?³ Para aproximarse a una respuesta, con base en el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (DSS) y a partir de una mirada de las ciencias sociales y la epidemiología, se identifica que la inequidad social está inserta en un entorno complejo, multidimensional (figura 1).

³ Cabe precisar que ninguno de los dos modelos anula a su contrario; de hecho, se complementan. No obstante, el modelo de medicina social está ligado más con la salud pública en su sentido original: prevención.

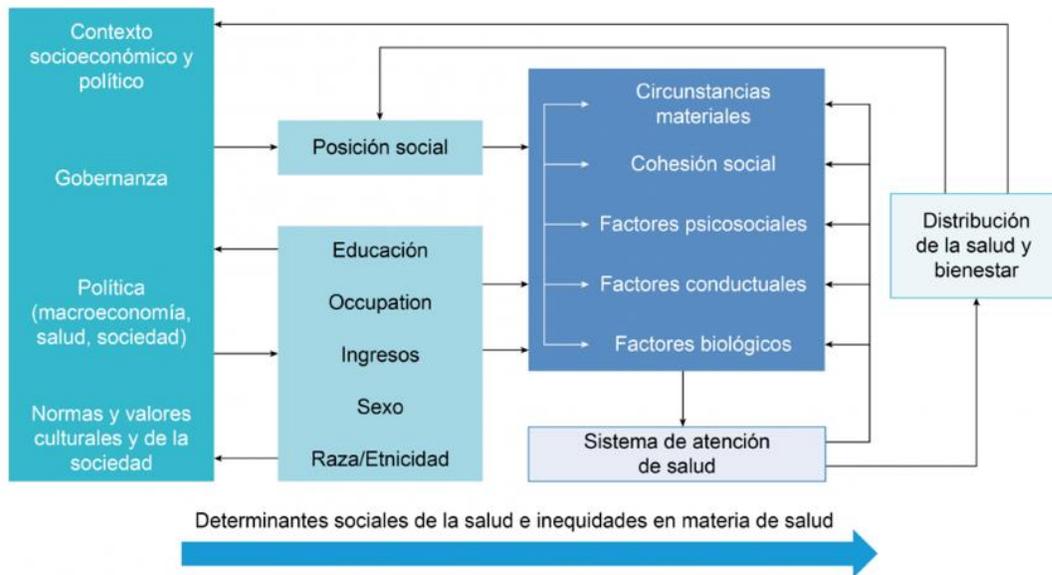


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020).

Los determinantes que se interrelacionan en la figura 1, que conducen al establecimiento de las causas de la inequidad y desigualdad en salud, se resumen en el comportamiento de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Allí se conjugan los elementos, vistos tanto desde la institucionalidad social como desde los individuos y de la población en su conjunto.

El análisis de estos determinantes es particularmente relevante en las Américas, dado que la inequidad en salud y la desigualdad en salud continúan constituyendo las principales barreras para el desarrollo sostenido en la Región. Quienes viven en la Región tienden a verse afectados de manera desproporcionada por las malas condiciones de la vida cotidiana, que están determinadas por factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnia, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones y factores son responsables de las desigualdades e inequidades en salud generalizadas y persistentes en las Américas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017, párr. 2)

La pandemia de la covid-19 constituye un determinante ambiental que se interrelaciona con los otros determinantes y evidencia las causas de la problemática que es analizada en este estudio. En el contexto del siglo XXI, las “desigualdades del desarrollo humano dañan las sociedades y debilitan la

cohesión social y la confianza de la población en los gobiernos, las instituciones y sus congéneres” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2019, p. 2).

Adelante se desagregará el papel que desempeña cada determinante con la finalidad de establecer algunos criterios que podrían explicar el mayor impacto de la covid-19 en Guayaquil en comparación con los efectos en Quito.

El capital social en Guayaquil y Quito

El capital social en Guayaquil determinó la proliferación de organizaciones de la sociedad civil que asumieron algunas acciones exclusivas del Estado, sobre la base de la filantropía, como es el caso de la salud; situación similar se podría decir del papel que desempeña el Cuerpo de Bomberos, institución a la cual se adscriben como voluntarios y en calidad de comandantes, varios personajes de las familias notables. Esto se explica porque la urbe ha sufrido incendios de grandes proporciones a lo largo del tiempo; también, desde la idea de filantropía, la gente se enlista para servir a esa institución.

El capital social en Guayaquil es una manera de organizarse entre la ciudadanía para cubrir los vacíos que hay entre el Gobierno central y la municipalidad acerca de la atención (o falta de ella), que el primero ofrece a la segunda. La cohesión social en Guayaquil alcanza el 71 % a diferencia de Quito que es del 62 % (Inec, 2020). Se podría decir, en esa línea, que hay un sentido de pertenencia mayor en el puerto principal y ese resultado debe ser atribuido a un modelo que está en vigencia por 28 años de administraciones locales del mismo partido político.

Otra particularidad de Guayaquil es el comercio, característica que imprime en la cotidianidad de los sujetos la búsqueda de autonomía económica. La vida en el puerto es más dinámica que la de la capital de la República, Quito, porque en la última se edifica la burocracia, siendo la principal fuente de empleo.

Desde la expedición de la Constitución de 2008 y el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía Descentralización (Cootad), el Gobierno central entrega los recursos económicos a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), metropolitanos y municipales, en correspondencia con el Modelo de Equidad Territorial (MET), que se basa en tres criterios: sociodemográficos (tamaño de la población), recaudación de impuestos (21 % del presupuesto general del Estado), competencias e ingresos permanentes (Senplades, 2015). La tabla 1 presenta el presupuesto anual de cada ciudad, la población, la inversión del municipio en salud.

Tabla 1. Presupuesto, población, salud en Quito y Guayaquil

Ciudades	Población en millones de habitantes (Inec 2020)	Presupuesto anual en millones de dólares de los municipios (2019)	Inversión en salud de los municipios	Promedio de inversión en salud por habitante (dólares) en cada municipio
Quito	2 735 987	1563	28	1
Guayaquil	2 698 077	817	14	5

Fuente: elaboración propia con base en Inec (2020), Gobierno Abierto (2020), *El Universo* (2019), Jácome (2019).

Los datos demuestran que Guayaquil cuenta con menos recursos que Quito para atender a las diversas necesidades y competencias que administra por ley, pero invierte más en salud en términos de promedio por habitante. La inversión en los dos casos es insuficiente, pero no es una responsabilidad de los municipios, sino del Estado, que está presente por medio de la red de salud pública, también se encuentran los hospitales del IESS, las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional.

La situación de la pandemia en el puerto principal se desbordó. La evidencia demuestra cómo el número de contagios en la provincia de Guayas, donde Guayaquil es su capital, es superior a la provincia de Pichincha y su capital Quito, así como el resto del país. Los meses más críticos fueron marzo y abril de 2020. Todavía no se cuenta con un registro que pueda contabilizar la totalidad de muertes por la covid-19. Las autoridades han presumido que el incremento de fallecidos tiene relación directa con la pandemia, sobre todo para el caso de Guayaquil. En la tabla 2, se observa el número de contagios que se produjo en las dos ciudades, en los meses de estudio.

Tabla 2. Número de contagios en Guayaquil y Quito en los meses críticos

Fechas (2020)	Contagios			
	Guayas	Pichincha	Otras provincias	Total
22 de marzo	607	60	122	789
30 de marzo	1397	188	381	1966
8 de abril	3047	440	963	4450
16 de abril	5754	736	1735	8225
24 de abril	15 365	1634	5720	22 719
2 de mayo	11 695	1593	14 176	27 464

Fuente: elaboración propia con base en el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias (2020).

Según Jorge Wated [Jefe de la Fuerza de Tarea Conjunta de la Presidencia de la República], en Guayas se registran 6703 fallecidos en los primeros 15 días de abril, considerando covid-19, presunto coronavirus, y causas naturales. Estos datos corresponden a las actas de defunción inscritas en el Registro Civil. Una cifra que preocupa, pues el promedio mensual de muertes en Guayas es de 2000, lo que quiere decir que esa provincia tuvo un incremento muy fuerte en las muertes. Wated señaló que 1200 personas ya han sido sepultadas y esperan enterrar a 700 más entre esta y la próxima semana. (Primicias, 2020)

En abril del 2019 Guayas tuvo 1862 fallecidos. Es decir, en abril del 2020 las defunciones aumentaron un 488 % en la provincia, en comparación con los datos del mismo mes del año pasado. 634 es el mayor número de personas que murió por día en Guayas en el mes de abril del 2020. Esta cifra se registró el pasado 4 de abril. (*El Comercio*, 2020)

Guayaquil pudo haber estado más expuesta al contagio debido a las siguientes causas: a) su condición de puerto abre el ingreso a personas de todo el mundo; b) es la ciudad que ha recibido el mayor porcentaje de migración interna durante la historia; c) reporta una tasa de pobreza multidimensional del 20 % en relación con la de Quito del 7 % (Inec, 2020); d) registra un hacinamiento del 12 % aproximadamente en comparación con Quito que registra el 3 % (Inec, 2020). Los dos últimos factores son dimensiones consideradas determinantes sociales de la salud e inequidades en esta materia. Todo esto, pese a que el municipio realiza una mayor inversión en salud por habitante.

El contexto socioeconómico y político en Ecuador, como determinantes sociales de la salud, da cuenta de que el país atravesaba un conjunto de dificultades de todo tipo antes de la pandemia, desde octubre de 2019, en el cual se generó un ciclo de protesta y movilización social, al igual que en varias naciones de América Latina. Adelante se mencionan algunos indicadores económicos que muestran la situación económica de Ecuador antes de la pandemia:

Pese a que el 2019, aún luego del paro nacional en el mes de octubre, cerró con un leve crecimiento anual del PIB (+0.1 %), a marzo de 2020 el crecimiento económico pisa terreno negativo (-2.4 %) [...] A diciembre de 2019, el spread (la diferencia) entre el crecimiento del empleo formal e informal se incrementa; mientras el empleo formal decrece en cerca de -2.7 %, el empleo informal crece en 2 % [...] A abril de 2020, el precio internacional promedio de barril de petróleo se desplomó dramáticamente (figura 7), alcanzando un valor promedio de USD 16.5, nivel no observado desde hace más de 15 años. (ESPOL, 2020, pp. 7-9)

A ese contexto de crisis económica, se agrega el hecho de que las principales instituciones y líderes políticos del país sufrían una evaluación muy baja. Lenín Moreno, presidente de la República, al finalizar el 2019, registraba un 76 % de la población que desaprobaba su gestión, según la firma de estudios de opinión Cedatos (2019) (Ulloa, 2020, p. 1). Según la encuestadora, Cedatos Gallup, el 84.60 % de la población respondió que el país va por mal camino; asimismo, para el 55.30 %, el futuro se presenta peor, y para el 61 % son peores las oportunidades para conseguir trabajo. La gestión del presidente fue calificada como del 18.6 % y apenas el 8.9 % tiene credibilidad en los asambleístas (Cedatos, 2020). A esto, habrá que añadir que el Instituto de Seguridad Social (IESS), responsable de un importante porcentaje de atención en la salud, atraviesa una crisis (González, 2019, 11 de enero).

Gobernabilidad local

Sobre la gobernanza de las dos ciudades, cabe mencionar que Guayaquil es administrada por el mismo partido político de tendencia de derecha desde 1992 hasta la actualidad: Partido Social Cristiano (PSC). En este periodo, se ha afianzado un modelo de ciudad, en el cual el municipio es la institución más importante para los porteños; la empresa privada y las fundaciones sin fines de lucro han sido el brazo ejecutor de las obras de la alcaldía. La frase de “libertad y progreso” utilizada por el exalcalde, Jaime Nebot Saadi (2000-2019) trata de sintetizar su visión de economía social de mercado.

En Guayaquil predomina el modelo de fundaciones:

—donde tienen representación los gremios corporativos de la urbe como la Junta Cívica, las cámaras empresariales y filántropos locales— se convirtieron en el brazo ejecutor de la política municipal con el consiguiente riesgo de una indiferenciación entre los intereses públicos y privados. Una muestra de ello fue el propio proyecto de regeneración urbana, el cual no nació de una demanda de los habitantes de la ciudad [...] Entre 1997 y 2004, el Cabildo de Guayaquil creó ocho fundaciones privadas, formalmente sin fines de lucro, para que manejaran los recursos y la administración de algunas obras municipales. Estas fundaciones se encargarían de gestionar, regular y controlar la política pública del Municipio, desde el transporte, la vialidad, la salud y hasta la seguridad ciudadana. (Allan, 2018, p. 44, citado en López y Landázuri, 2020, p. 46)

En contraste, Quito ha sido administrada por cuatro partidos políticos diferentes en el mismo periodo, situación que ha imposibilitado la continuidad de alguna propuesta. Al frente de la capital han estado la Democracia Popular (1988-2000),

la Izquierda Democrática (2000-2009), Alianza PAÍS (2009-2014), Suma (2014-2019), Independentismo (2019-). En Guayaquil, no se asumió la competencia de salud en este tiempo, mientras en Quito, todas las administraciones afianzaron el funcionamiento de los patronatos, sin perder de vista que, por ser capital, el Estado tenía una importante presencia para la atención de la salud.

Quito es la ciudad donde el Estado es el mayor generador de empleo formal, debido a su condición de capital de la República y, por tanto, epicentro de la actividad política. Aquí se concentran las instituciones de todas las funciones del Estado, mientras que, en Guayaquil, solo la Gobernación, las sedes regionales de los ministerios y la Alcaldía.

Adelante se presenta un conjunto de variables que permiten comparar los determinantes sociales en las dos ciudades (tabla 3). Estos determinantes muestran la situación de las ciudades en materia de bienestar social en aspectos que inciden de manera directa en el desarrollo.

Tabla 3. Indicadores de los determinantes sociales en Quito y Guayaquil

Determinantes sociales	Ciudades	
	Quito	Guayaquil
Año de fundación	1534	1535
Población (2020)	2 781 641 hab.	2 723 665 hab.
Modelo de desarrollo	Centralista-burocrático	Liberal-descentralizado
Partidos políticos que administran el Municipio	Fragmentación en la composición del Cabildo	Predominio del PSC
Pobreza	8.2 % (Inec, 2019)	11.23 % (Inec, 2019)
GINI	0.46	0.40
Desempleo	7.91 %	2.88 %
Tasa pobreza multinivel (2018)	0.007	0.205
Seguro social	0.769	0.645
Educación (tasa de analfabetismo) 2018	0.019	0.028
Educación (años promedio de escolaridad)	12.69	11.72
Hacinamiento en hogares	0.029 Aprox. 3 de cada 100 vive en condición de hacinamiento	0.112 11 de cada 100 vive en condición de hacinamiento
Acceso a red pública de agua (2018)	0.99	0.96
Sistema adecuado de eliminación de excretas (2018)	100 %	99 %
Acceso a electricidad (2018)	99 %	100 %
Acceso de hogares a servicios básicos (2018)	96 %	83 %
Cohesión social (pertenencia) (2018)	62 %	71 %

Fuente: elaboración propia con base en Inec (2020).

Guayaquil evidencia una cifra superior (0.205) en relación con Quito (0.007) en lo que se refiere a la tasa de pobreza multinivel, según el Inec (2020)⁴. Esto significa que el ejercicio pleno de los derechos de las personas en las dos ciudades pone al descubierto una brecha en las dimensiones que integran este indicador, según la ponderación que cada uno tiene para el cálculo: educación (25 %), trabajo y seguridad social (25 %), salud, agua y alimentación (25 %), hábitat, vivienda y ambiente sano (25 %). Basta que en cualquier dimensión haya un desequilibrio para que la tasa genere una alerta. En el caso de Guayaquil, el hacinamiento en los hogares (11.2 %) es superior al de Quito (2.9 %), situación que acrecienta las posibilidades de mayor contagio para la covid-19, si se considera que los espacios cerrados donde no hay distancia son caldo de cultivo para la expansión del virus. Además, habría que agregar que este factor produce otro adicional: que la gente salga de los lugares hacinados a transitar sin el conocimiento de que pueda ser agente de transmisión viral. Esto corrobora el indicador de que en Guayaquil es mayor la pobreza. Paradójicamente, en Guayaquil es menor el desempleo que en Quito debido a la generación de actividades informales que producen recursos económicos, pero no lo necesario para satisfacer las necesidades básicas ni los beneficios de la seguridad social que incluyen atención a la salud. Guayaquil también registra un acceso menor a la seguridad social (65 %) en comparación con Quito (76 %). Las condiciones de vida de la población afectan el comportamiento de las personas en su psicología, sobre todo en los segmentos más vulnerables e imposibilitados de acceder a recursos y ayudas por parte del sistema (Rodríguez-Bailón, 2020).

Diseño institucional y salud: distribución de la salud y bienestar

En la parte normativa del Estado, el artículo 1.º de la Constitución de la República establece que Ecuador: “Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada” (EC, 2008, art. 1.º). Sobre la base de este criterio, se

⁴ “En Ecuador el Índice de Pobreza Multidimensional contiene 4 dimensiones y 12 indicadores que evalúan de manera simultánea el cumplimiento mínimo de los derechos de las personas. Se identifica a una persona como pobre multidimensional cuando tiene privaciones en una tercera parte o más de los indicadores ponderados y como pobre extremo multidimensional cuando tiene al menos la mitad de privaciones en los indicadores ponderados [...] En Ecuador la visión de bienestar corresponde al concepto del ‘Buen Vivir’ que teóricamente se contrapone con el enfoque clásico de acumulación y de consumo y es compatible con el enfoque de capacidades o de derechos [...] El índice para Ecuador agrupa cuatro: i) educación, ii) trabajo y seguridad social, iii) salud, agua y alimentación, y iv) hábitat, vivienda y ambiente sano” (Castillo y Jácome, s. f., pp. 1-2).

podría colegir que el Estado transfiera recursos y competencias a los gobiernos locales y seccionales en diversas áreas, los que alinearán sus planes, programas y proyectos al Plan Nacional de Desarrollo o Buen Vivir, como establece la Carta Magna, sin que esto limite las iniciativas que pudieran tener los municipios y las prefecturas para mejorar la prestación de servicios.

En la sección séptima de la Constitución, que lleva el título de Salud, en el artículo 32 se determina que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (EC, 2008, art. 32). Siguiendo esta línea de análisis, también podría colegirse que la salud está en correspondencia con la idea de universalidad y “equidad” (Torres, 2019); no obstante, la parte declarativa tendría que tener correspondencia con las asignaciones presupuestarias a este sector. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el rector del sistema.

Actualmente, [el MSP] en su sistema de salud cuenta con 2180 unidades distribuidas a nivel nacional con un servicio de atención en salud “planteado en tres niveles de atención de salud ofertados de manera gratuita asumiendo completamente los gastos y costos el Estado. (MSP, 2017; Torres, 2019, p. 47)

La misma Constitución, en el artículo 261, inciso 6, en lo que corresponde a las competencias exclusivas del Estado central, establece: “Las políticas de educación, salud, seguridad social, vivienda” (EC, 2008, art. 261). En este sentido, se entendería que, frente a una situación extraordinaria y de consecuencias impredecibles como una pandemia, el Estado tendrá que asumir la gobernanza de la crisis respecto a recursos, prestación de servicios, cobertura, sin perder de vista que la salud para esta Carta Magna es un derecho de las personas. Por tanto, las acciones de los municipios serán complementarias, pero no prioritarias.

Con la finalidad de completar este rompecabezas, sobre los alcances y límites de la gestión pública que tienen las alcaldías de Quito y Guayaquil en el manejo de las competencias, se recoge lo que dice el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (Cootad), que establece en el artículo 55, inciso g: “Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación, así como los espacios públicos destinados al desarrollo social, cultural y deportivo, de acuerdo con la ley” (EC, 2010, art. 55).

Sobre eso, se podría entender que el Estado descentraliza la salud de manera parcial; sin embargo, esa transferencia de responsabilidades debe ir de la mano con recursos. Aquí hay dos factores clave: el municipio de Quito contempla en su presupuesto el funcionamiento de los patronatos sin perder de vista toda la red de salud del Estado y del IESS para la atención de la población capitalina. Mientras tanto, en el municipio de Guayaquil no hay una asignación en ese sentido, pues los servicios de salud están concentrados en la JBG, organizaciones sin fines de lucro, los servicios del Estado y el IESS. En las dos ciudades también se encuentran los hospitales de las FF. AA. y de la Policía Nacional que atienden a personal en servicio activo, retiro y sus familiares.

En el gobierno de Rafael Correa (2007-2017), la Secretaría Nacional de Planificación (Senplades) dividió al país en nueve zonas con la finalidad de establecer el diseño de política pública desde una perspectiva de complementariedad (económica, relacional y de movilidad, biodiversa) entre los territorios de las tres regiones (Sierra, Costa y Oriente), en el marco del Plan Nacional de Desarrollo o Buen Vivir, instrumento vinculante como establece la Constitución. En ese esquema, al Distrito Metropolitano de Quito le asignaron la Zona 9, mientras que la Zona 8 a Guayaquil, junto con los cantones de Samborondón y Durán. Esta concepción detuvo los procesos de avance de la descentralización que venía desde la década de 1990 y más bien recentralizó el Estado. No se ha logrado una sinergia entre lo que establecen las competencias exclusivas del Estado, los municipios y este modelo de zonas. El cambio de gobierno replanteó este esquema.

Ortiz (2018) explica que este esquema, propuesto por el gobierno de Rafael Correa, está sostenido en un hiperpresidencialismo, pues le facultó al presidente de la República configurar un diseño de políticas públicas, en el que, mediante un nuevo trazado geográfico del territorio, debilita las centralidades fuertes o ciudades grandes para que pasen al control del Estado central. Eso provocó una pugna permanente entre el Gobierno central y la Alcaldía de Guayaquil, pero de esta confrontación, en los diez años del correísmo, salió beneficiada la población, pues tenía un doble *feedback*: obras del municipio y del Gobierno.

Según Torres (2019), al 2017, Ecuador contaba con una Red Pública Integral de Salud con 3059 establecimientos que se concentraron, en mayor medida, en tres de las 24 provincias: Manabí, Pichincha y Guayas, por cierto, las de mayor población y votación. En la provincia de Pichincha, se encuentra Quito. Respecto de establecimientos médicos, tiene el 75 %, que son del MSP, el 9 % de la Policía Nacional, el 9 % de las FFAA y el 7 % del IESS; mientras que, para Guayaquil,

el 82 % son del MSP, el 7 % de las FFAA, el 6 % del IESS y el 5 % de la Policía Nacional. En consideración que estas cifras solo contemplan el sector público, no se puede observar el papel que desempeñan las organizaciones y fundaciones como la JBG. La distribución de establecimientos en Quito es dispersa por su topografía irregular, mientras que en Guayaquil se concentra en la zona urbana. En los casos, la accesibilidad es compleja para las personas de escasos recursos por la ubicación de los hospitales; en este sentido, hay una deficiencia en lo que se refiere a accesibilidad espacial.

De acuerdo con Torres (2019), la cobertura de los centros de salud en las dos ciudades está determinada por el servicio que prestan el MSP, el IESS, las FFAA y la Policía Nacional. No se cuenta al servicio de apoyo que brinda la JBF en Guayaquil, Solca para atención a pacientes con cáncer y fundaciones que proporcionan varios servicios en diversas especialidades.

Tabla 4. Establecimientos de salud en Guayaquil y Quito

Establecimientos	Quito	Guayaquil
MSP	75 %	82 %
IESS	9 %	6 %
Fuerzas Armadas	7 %	7 %
Policía Nacional	9 %	5 %

Fuente: elaboración propia con base en Torres (2019).

En la tabla 4, se observa que las dos ciudades tienen cobertura para atender las necesidades de salud de la población debido al rol que cumplen los establecimientos del Estado; no obstante, la lectura podría ser multicausal cuando se aborda el fenómeno, porque la cobertura no resuelve las cifras de los determinantes sociales y las condiciones de vida de la población. Se podría dar el caso de un Estado que garantiza el derecho a la salud sin que haya logrado resolver temas de empleo, satisfacción de necesidades, seguridad, ambiente sano, entre otros factores.

Conclusiones

Las medidas gubernamentales, que se establecieron para contener, prevenir y curar la covid-19, no podían ser homogéneas para todas las ciudades de Ecuador, debido a que los determinantes sociales son diferentes en lo que se refiere al acceso, cobertura y calidad del servicio de salud a la población, además del papel que desempeñan las condiciones socioeconómicas. Entre las evidencias que explican cómo la pandemia afectó de mayor manera a Guayaquil, se encuentra la

tasa de pobreza multinivel, que registra un 20 %, en comparación con la de Quito, que no llega ni a la mitad. En ese componente, el hacinamiento es un factor esencial, puesto que, en Guayaquil, 11 personas de cada 100 viven en esa condición. Por un lado, la población más afectada vive de por sí en una ciudad de la Costa con un clima cálido húmedo durante todo el año y le resulta insostenible acatar una medida de confinamiento, porque en sus hogares no cuentan con las condiciones para sobrellevar la pandemia. Por ejemplo, un baño es utilizado por varias personas, no hay una infraestructura (materiales de construcción de las viviendas) que garanticen circulación de aire, tampoco se puede aplicar el distanciamiento social mínimo. La vida de las personas en esta condición se hace afuera, en las calles, donde pueden circular y no sentirse asfixiados.

En la comparación entre las ciudades de Guayaquil y Quito se evidencia que el manejo sanitario para enfrentar la pandemia y otros eventos de riesgo también depende de la relación histórica que han construido los gobiernos locales y los grupos de poder con el Gobierno central. Para el primer caso, el modelo de ciudad gira alrededor de la filantropía como un patrón propio de los grupos de poder que han implementado un sistema de salud alrededor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), que está desconectado del Estado, pero que recibe recursos de los gobiernos de turno sin que ello signifique adscribirse o ser parte de un sistema de salud nacional o de rendir cuentas. En cambio, en Quito, el sistema de salud está conectado con los servicios propios del Ministerio de Salud Pública, la seguridad social y el municipio. Y en los dos casos también operan los hospitales de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional para atender a su personal que está en actividad, reserva, así como a sus familiares.

En Guayaquil, la relación que se establece entre la clase socioeconómica pudiente y la población en condición de pobreza, se construye alrededor de la función que cumple la primera en la provisión, atención y cobertura de los servicios médicos. Es una mixtura que combina paternalismo y filantropía. Esta relación afianza un tipo de capital social que logra con el transcurso del tiempo que la población deposite confianza y sienta seguridad con el papel que desempeña la JBG y sus directivos. Esto no ocurre en Quito, pues, si bien hay una importante presencia de organizaciones de la sociedad civil que atienden a personas con recursos escasos, por su condición de capital de la República, el sistema de salud público y la seguridad social encabezan las preferencias. La presencia de dos modelos de salud en el país afectó la coordinación entre el Ejecutivo y los Gobiernos locales, pues el primero no puede desmontar un sistema que viene funcionando en Guayaquil

por más de un siglo y, por otro lado, es difícil que este sistema logre alineación con una política nacional en momentos de emergencia.

El gobierno local de Guayaquil dispone de menos recursos económicos para atender a la población, pese a que tiene un número de habitantes similar al de Quito; no obstante, invierte más en salud. Pero eso no quiere decir que Guayaquil estaba preparada para afrontar la primera ola de contagios y que haya evitado convertirse en el epicentro de la pandemia en Ecuador. Un elemento de diferenciación para comprender el fenómeno es que el impacto de la covid-19 es diferenciado según el lugar donde se produce primero y recorre después. Tampoco es una garantía que el mismo partido político que ha administrado la ciudad por 28 años haya estado preparado para la emergencia, pues esta situación excepcional descubre las grietas en posibles amenazas, donde este municipio no ha trabajado, y lo propio sucede con Quito.

Las consecuencias de la pandemia generan preguntas con marcos multidimensionales, en los que se observa la vinculación de varios factores en la búsqueda de una explicación más amplia debido a lo inédito del fenómeno, así como a la manera diferenciada como se enfrentó en cada territorio. En cada país es difícil plantear una medida unificada porque las condiciones de vida de la población son diferentes, las relaciones entre los gobiernos están establecidas por hitos históricos que condicionan la forma de vivir de las personas y también hay intereses políticos, económicos y sociales. En este sentido, este artículo plantea una entrada de análisis para comparar a dos ciudades de un mismo país que demuestran resultados distintos para enfrentar el problema.

Referencias

- Accinelli, E. y Salas, O. (2019). El estado de bienestar como un bien público no excluible. *Estudios Económicos*, 34(2), 243-273.
- Apolo, M. (2000). *Los mestizos ecuatorianos y las señas de identidad cultural*. Tramasocial.
- Ayala, E. (1994). *Nueva historia del Ecuador*. Corporación Editora Nacional / Grijalbo.
- Behrend, J. y Whitehead, L. (2017). Prácticas iliberales y antidemocráticas a nivel subnacional. *Colombia Internacional*, (91), 17-43. <https://dx.doi.org/10.7440/colombiaint91.2017.01>
- Burbano de Lara, F. (2014). *La revuelta de las periferias: movimientos regionales y autonomías políticas en Bolivia y Ecuador*. Flacso.
- Castillo, R. y Jácome, F. (s. f). Medición de la pobreza multidimensional en Ecuador. *Ecuador en cifras*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/Pobreza_Multidimensional/assets/ipm-metodologia-oficial.pdf

- Cedatos. (2020). Opinión de la población, entre diciembre 2019 y septiembre 2020. <https://cedatos.com.ec/blog/2020/09/19/cedatos-opinion-de-la-poblacion-entre-diciembre-2019-y-septiembre-2020/>
- Coleman, J. (1997). El capital social en la creación de capital humano. En A. H. Halsey, H. Lauder, P. Brown y A. Stuart Wells. (eds.), *Education: culture, economy, society, U.S.A.* (pp. 80-95). Oxford University Press.
- Crossman, R. (2016). *Biografía del Estado moderno*. Fondo de Cultura Económica.
- De la Torre, P. (1996). El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia*, (8), 119-138.
- De la Torre, P. (2004). *Stato Nostro: la cara oculta de la beneficencia en Guayaquil*. Abya Yala.
- EC. Presidencia de la República de Ecuador. (2020, 17 de marzo). Decreto Ejecutivo 1017. Registro Oficial 163, Suplemento. https://www.finanzaspopulares.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/decreto_ejecutivo_1017.pdf
- EC. (2008, 20 de octubre). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- EC. (2010, 19 de octubre). Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. Registro Oficial 303, Suplemento. http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_org.pdf
- El Comercio*. (2020, 2 de mayo). Guayas cierra abril del 2020 con más muertes que en 4 meses del 2019; el contexto del covid-19 en Ecuador. <https://www.elcomercio.com/actualidad/record-muertes-guayas-coronavirus-ecuador.html>
- El Universo*. (2019, 13 de junio). Concejo municipal de Guayaquil aprueba presupuesto del año fiscal 2019.
- El Universo*. (2020, 4 de abril). Casos de coronavirus en Ecuador abril 4, 11h00: 3465 contagiados y 172 fallecidos positivos para COVID-19. 2020. *El Universo*. <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/04/nota/7804980/casos-coronavirus-ecuador-abril-3-11h00-3465-contagiados-172>
- Escuela Superior Politécnica del Litoral (Espol). (2020). *Boletín de Política Económica. Edición especial: Dilemas socioeconómicos de cara a la pandemia de COVID-19*, (10), 1-50. http://www.ciec.espol.edu.ec/sites/default/files/BPE_10_julio_2020.pdf
- España, S. (2020, 1 de abril). El coronavirus desborda Ecuador y abrumba a su población por la acumulación de cadáveres en casas. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-01/el-coronavirus-desborda-ecuador-y-abrumba-a-su-poblacion-por-la-acumulacion-de-cadaveres-en-casas.html>
- Forni, P. y De Grade, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología*, 82(1), 159-189.
- Fukuyama, F. (1998). *La confianza*. SineQuanon.
- Fukuyama, F. (2014). *Political Order and Political Decay*. Farrar Straus Giroux.
- Gerring, J. (2012). *Social Science Methodology: A Unified Framework. Strategies for Social Inquiry*. Cambridge University Press.
- Gobierno Abierto Quito. (2020, 1 de octubre). *Presupuesto abierto*. http://gobiernoabierto.quito.gob.ec/?page_id=142

- Goertz, G. y Mahoney, J. (2012). *A Tale of Two Cultures: Qualitative and Quantitative Research in the Social Sciences*. Princeton University Press.
- González, P. (2019, 1 de enero). Por qué el IESS se encuentra en crisis. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/crisis-iess-pensiones-salud-dialogo.html>
- Guerrero, K. (2020, 1 de abril). Coronavirus en Ecuador: cuerpos en las calles de Guayaquil en medio de la pandemia. *CNN*. <https://cnnespanol.cnn.com/video/guayaquil-coronavirus-ecuador-cuerpos-muertos-calle-pandemia-pkg-kay-guerrero-reporte-k-conclusiones/>
- Harari, Y. (2019). *Homo Deus*. Debate.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [Inec]. (2020, 25 de agosto). Proyecciones poblacionales. *Inec*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Jácome, E. (2019, 12 de junio). USD 87 millones del Municipio de Quito están disponibles para inversión. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/municipio-quito-presupuesto-inversion-davalos.html>
- La Hora*. (2002, 14 de mayo). *Globo separatista en Guayaquil*. <https://lahora.com.ec/noticia/1000081349/globo-separatista-en-guayaquil>
- Le Grand, J. (1991). Quasi-Markets and Social Policy. *The Economic Journal*, 101(4), 1256-1267.
- Lipset, S. y Rokkan, S. (1967). Cleavage structures, party system and voter alignments: an introduction. En M. Lipset Seymour y Rokkan Stein (comps.). *Party Systems and Voter Alignments: Cross National Perspectives* (pp. 1-64). The Free Press.
- López, A. y Landázuri, C. (2020). *Modelos de desarrollo reflejado a través de las políticas públicas locales implementadas por los gobiernos municipales de Quito y Guayaquil. Período 2014-2018* [tesis de grado]. Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21380>
- Maiguashca, J. (1992). La cuestión regional en la historia ecuatoriana (1830-1972). En E. Ayala Mora (ed.), *Nueva Historia del Ecuador* (vol. 12) (pp. 175-226). Corporación Editora Nacional.
- Maiguashca, J. (1994). El proceso de integración nacional en el Ecuador: El rol del poder central, 1830-1895. En J. Maiguashca (ed.), *Historia y región en el Ecuador: 1830-1930* (vol. 30) (pp. 355-420). Corporación Editora Nacional.
- Menéndez, E. L., Álvarez Soler, J. A. y Triana Ramírez, A. N. (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud: entrevista al doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & Saber*, 8(18), 271-298. <https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n18.2017.7251>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (2005). Subsancar las desigualdades de una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Organización Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. *PAHO*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Determinantes sociales de la salud. *PAHO*. <http://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Ortiz, R. (2018). Los problemas estructurales de la Constitución ecuatoriana de 2008 y el hiperpresidencialismo. *Estudios Constitucionales*, 16(2), 527-566.

- Ostrom, E. (2003). Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva. *Revista Mexicana de Sociología*, 66(1), 155-233.
- Pan American Health Organization y World Health Organization. (2017). Social determinants of health in the Americas. *PAHO*. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=45>
- Peters, G. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo. *Gestión y Política Pública*, (4), 257-276.
- Primicias (2020, 16 de abril). 16 de abril: Ecuador registra 8225 casos de coronavirus y 403 muertes. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/16-abril-ecuador-casos-coronavirus/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. *PNUD*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
- Putnam, R. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.
- Putnam, R. y Subirats, J. (2015). Como hacer funcionar la democracia: Capital social y tradiciones cívicas en la Italia moderna. *Cuadernos EBAPE.BR*, 13(1), 206-216. <https://biblat.unam.mx/es/revista/cadernos-ebape-br/articulo/como-hacer-funcionar-la-democracia-capital-social-y-tradiciones-civicas-en-la-italia-moderna>
- Rivers, M. y Gallón, N. (2020, mayo 7). ¿Dónde están los cuerpos? En Ecuador hay cadáveres perdidos y no hay paz para las familias en duelo. *CNN*. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/07/donde-estan-los-cuerpos-en-ecuador-hay-cadaveres-perdidos-y-no-hay-paz-para-las-familias-en-duelo/>
- Rodríguez-Bailón, R. (2020). Inequality viewed through the mirror of COVID-19 (La desigualdad ante el espejo del COVID-19). *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 647-655. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1796298>
- Senplades. (2015). *Nuevo sistema de transferencias a favor de los GAD*. Senplades. <https://mydokument.com/nuevo-sistema-de-transferencias-a-favor-de-los-gad.html>
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. (2020, 21 de septiembre). Informes de Situación (SITREP) e Infografías - COVID 19 - Inicio de alerta: 29 de febrero de 2020. *Gestión de Riesgos*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>
- Suárez-Cao, J., Batle, M. y Wills-Otero, L. (2017). El auge de los estudios sobre la política subnacional latinoamericana. *Colombia Internacional*, 90, 15-34. <https://dx.doi.org/10.7440/colombiaint90.2017.01>
- Torres, A. (2019). *El sistema de salud pública en ciudades policéntricas: análisis comparativo de las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil*. Flacso.
- Ulloa, C. (2020). *Chávez, Correa y Morales: discurso y poder*. UDLA Ediciones.
- Valdano, J. (2019). *La nación presentida 30 ensayos sobre Ecuador*. Universidad San Francisco de Quito.