



# La solución de los países del norte de Europa a la pandemia del coronavirus. El aseguramiento y la colaboración público-privada

## The way of the northern European countries to face the coronavirus pandemic. Assurance and public-private collaboration

Benito Cadenas Noreña\*

\* Universidad Rey Juan Carlos & Syracuse University. benito.cadenas@urjc.es

---

### Abstract:

The capacity to adapt and the resistance of the coronavirus, with the constant mutations, is testing the healthcare systems and the public policies in the European countries. The duration and the severity of the pandemic make it necessary to learn from the experience of other countries. Specially those who appear to cope the health crisis with better results. In this article we analyse the strategies and health outcomes from two of the most innovative countries, Germany and Sweden. The research seems to confirm that the flexibility in the procedures allow to adjust with superior outcomes to the features of the virus.

**Keywords:** Germany, Covid-19, Coronavirus, Health crisis, Spain, Pandemic, Sweden, healthcare reform.

---

### Resumen:

La capacidad de adaptación y resistencia del coronavirus, con sus constantes mutaciones, está poniendo a prueba los sistemas sanitarios y las políticas públicas de los gobiernos en Europa. La duración y la severidad de la pandemia hacen necesario aprender de las experiencias de otros países, que parecen afrontar las crisis sanitarias con mejores resultados. En este artículo analizamos las estrategias e indicadores sanitarios de dos los países más innovadores, Alemania y Suecia. El estudio parece confirmar que la flexibilidad en sus procedimientos permite ajustarse mejor a las características del virus.

**Palabras clave:** Alemania, Covid-19, Coronavirus, Crisis sanitaria, España, Pandemia, Suecia, Reforma sanitaria.

---

**Article info:**

*Received:* 21/03/2021 / Received in revised form: 04/05/2021

*Accepted:* 08/06/2021 / Published online: 31/06/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.22.4>

---

**1. Introducción**

Es difícil olvidar aquel día de principios de noviembre en el que el presidente de una gran farmacéutica anunciaba un remedio altamente eficaz para terminar con la Pandemia del Covid-19. Todo ello sorprendiendo al mundo en una colaboración entre un Goliat, como es Pfizer y un David como es la empresa Biontech.

La llegada de las vacunas ha dado un halo de esperanza a todos aquellos países que llevan inmersos en una tragedia jamás imaginada hace apenas un año. Sin embargo, la pandemia con origen en Wuhan (China) sigue poniendo a prueba tanto las fortalezas como las debilidades de los sistemas sanitarios del viejo continente.

La rápida expansión en número de contagios por causa del coronavirus Covid-19 ha desbordado a la mayoría de los hospitales de los países afectados. Tal es así, que en los peores momentos se tuvieron que habilitar nuevas infraestructuras, no solo para atender a los nuevos enfermos sino también a aquellos que terminaron falleciendo. (Cadenas 2020)

Existe la idea de que este drama, ha pasado por igual en todos países de Europa y que ninguna nación estaba preparada para afrontar una crisis de tal magnitud.

Si bien es cierto que la progresión del número de enfermos por este virus tienen características similares en el antiguo continente, no todos los países presentan el mismo número de fallecidos. En cuanto a número de defunciones las diferencias son muy amplias.

Cuando examinamos la evolución de los países europeos, existen dos países que destacan sobre los demás, Suecia y Alemania. Observando la relación contagiados y número de fallecidos, el país germano se mueve en uno de los entornos más bajos de letalidad. Suecia no alcanza al país teutón, pero destaca por su singular estrategia.

La pregunta que se plantea es como han conseguido mantener una menor cifra de fallecidos, minimizando las consecuencias económicas y preservando una vida más próxima a la normalidad.

La explicación hay que encontrarla en su modelo de sistema sanitario y a sus políticas públicas aplicadas, que son más flexible y resilientes.

---

En este artículo vamos a analizar cómo funcionan los sistemas sanitarios en estos países del norte de Europa, así como las políticas que han llevado a cabo para contener la pandemia. El estudio también incluye una comparación en los principales indicadores relacionados.

Es conocido que las pandemias vienen con un alto coste tanto social como económico. España y Europa bien saben de ello, porque les tocó vivir la mal llamada gripe española hace más de 100 años. La que nos ha tocado vivir en la actualidad también está afectando en gran medida a la vida de los españoles. Por un lado, nos enfrentamos a unas cifras dramáticas de muertes y contagios, así como una caída de la producción nacional y desempleo de millones de personas.

Existe consenso en que la prioridad es contener la pandemia y proteger a las personas, pero las consecuencias no vienen solo de la pandemia en sí, sino de las políticas para afrontarlas. En algunos países, han optado por cierre de las economías, generando lo que se conoce como “shock de la oferta”, alterando las cadenas de suministros de todo tipo de bienes.

Para evitar estas calamidades y poder convivir con la pandemia, países como Alemania y Suecia han encontrado un punto intermedio basado en la corresponsabilidad entre el Estado y los ciudadanos, que parece tener mejores resultados. Veamos qué posibilidades existen y como lo han gestionado estos países.

## 2. Posibles estrategias para enfrentar la pandemia

España cuenta con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, pero ante un aumento de la demanda, como ha sucedido con la pandemia, puede sufrir un deterioro en el servicio. Este fenómeno se conoce como la “Tragedia de los Comunes”<sup>1</sup> (Hardin, 1968). Precisamente uno de los grandes desafíos que han tenido que afrontar los gobiernos a nivel mundial es intentar evitar la saturación de los sistemas sanitarios. Como la gente también tiene que vivir y traer el pan a casa, el desafío es doble. Teniendo en cuenta que los recursos no son ilimitados, es clave hacer una asignación correcta de los mismos<sup>2</sup>. Veamos las posibles respuestas.

Por lo que nos indica la ciencia médica, la única manera de contener la propagación de una enfermedad contagiosa, en ausencia de una vacuna, es manteniendo la distancia entre las personas. Es por esto por lo que las autoridades sanitarias pue-

---

<sup>1</sup> Es un dilema sobre el deterioro de los recursos cuando existe un acceso abierto o gratuito, estudiado por Garrett Hardin y publicado en 1968 en la revista *Science*.

<sup>2</sup> Esta asignación está relacionada con lo que en la ciencia económica llamamos “trade offs” o coste de oportunidad. El coste de la alternativa a la que renunciamos.

den optar por tres distintos caminos en sus políticas públicas. La primera opción sería no hacer nada, permitir que la epidemia se extendiera y esperar a que la población alcanzara la inmunidad de grupo, lo que sucede cuando la mayoría de la población ha estado expuesta al virus y ha generado anticuerpos haciéndose resistentes al mismo. Aunque hubo alguna predisposición al respecto por parte de algunas naciones europeas, esta primera política no ha sido realmente aplicada por ningún gobierno por el miedo a tener un gran número de fallecidos y al posible colapso de la economía.

Una segunda posibilidad sería la de una absoluta intervención estatal, en la que se produce el cierre de la actividad económica y social, con un confinamiento de la gente en sus casas. Esta opción es la que se ha llevado a cabo en China y en varios países europeos y americanos, en distintos grados. Un claro ejemplo sería el de España durante los meses de abril y mayo de 2020. Esta estrategia parecería la correcta en el caso de que se esperase una inminente disposición de una vacuna para inmunizar a la mayoría de la población o en el de que la enfermedad tuviera una alta fatalidad (porcentaje de fallecidos que se producen por personas contagiadas). Como se ha podido comprobar, tampoco este es el caso del coronavirus, pues la disponibilidad generalizada de la vacuna se anuncia como muy pronto para bien entrado el próximo año y el tanto por ciento de fallecidos sobre los contagiados, aunque no deja de ser un drama y colapsar los sistemas sanitarios, desciende paulatinamente.

Una tercera política sanitaria para afrontar la crisis supondría imponer restricciones proporcionales que facilitarían el distanciamiento entre las personas, incluyendo una disminución de grandes concentraciones y un aislamiento inteligente basado en la responsabilidad personal. Todo ello facilitando al máximo la información sobre las medidas de higiene al público. Esta versión centrada es la elegida por Suecia. Allí, aun tomándose la enfermedad muy en serio, se han podido compaginar las medidas adoptadas con la vida habitual, y en especial el mantenimiento de los colegios abiertos. Gracias a este enfoque, en Suecia se ha evitado el confinamiento; si bien es cierto que, como contrapartida, el número de fallecidos por la enfermedad es superior al de países vecinos.

### *La estrategia alemana*

En el caso de Alemania, la colaboración público-privada allí existente –los hospitales son en su mayoría privados, pero reciben subvenciones del Estado para temas de investigación y de formación– tiene mucho que ver con la rapidez con la que fueron capaces de implementar un sistema de detección temprana en el número de casos de COVID-19 entre la población. Y en las primeras fases de la pandemia, antes de que la situación empeorara, y en ausencia de una regulación demasiado restrictiva, un gran número de laboratorios ya estaba realizando pruebas a importantes

grupos de la población. Con el paso de los días, el número de estos laboratorios dedicados a esta tarea superaba con creces el de otros países como España. Esta capacidad para hacer pruebas de diagnóstico masivas a la población y en un periodo corto, es uno de los principales factores que explican la baja mortalidad allí, pues la detección precoz permite un tratamiento más eficaz y reduce esta tasa. Según el doctor Luis Ignacio Gómez, a principios del mes de marzo ya había 100 laboratorios haciendo pruebas y la cifra aumentó a 400 laboratorios en el mes de abril<sup>3</sup>.

Otro de los factores que influyen a la hora de gestionar la pandemia es la organización del Estado. Como es sabido, el grado de descentralización en Alemania es muy alto. De hecho, los Lander<sup>4</sup> y los ayuntamientos han aplicado distintos modelos de contención, e incluso el grado de confinamiento ha variado mucho entre ciudades. Las restricciones han sido más duras en unas zonas que en otras. En Alemania, la prevención ha dado buenos resultados gracias a su flexibilidad. Las pruebas masivas y la gestión cercana han permitido que los infectados no estén entre los grupos de riesgo, aislando desde el principio a los mayores en las residencias, lo que ha permitido que haya habido pocos contagios en este grupo de población a fecha de este artículo. En este sentido, aclamados académicos como James Buchanan ya recomendaban dar un papel más relevante a los gobiernos locales para actuar con mayor responsabilidad (Skousen, 2009).

Una cualidad fundamental del sistema sanitario alemán es su exceso de capacidad. Durante ningún momento de la crisis ha habido saturación en sus hospitales, e incluso se han ofrecido a tratar pacientes contagiados por coronavirus procedente de otros países. Estas características de su sistema sanitario y las medidas adoptadas en sus diferentes niveles organizativos, han permitido al país germano minimizar el efecto de la pandemia tanto en su población como en su actividad económica.

### *La estrategia sueca*

Suecia es uno de los países que mayor interés ha suscitado por la forma en que está afrontando la pandemia. Contrariamente a muchas creencias, es uno de los lugares donde se goza de un mayor grado de libertad. Allí los padres pueden elegir el colegio que deseen para sus hijos y los ciudadanos pueden ser atendidos en los hospitales privados con financiación de dinero público.

Esta característica de la sociedad sueca se refleja en cómo han afrontado la pandemia del coronavirus COVID-19. Para mantener la salud de la población y minimi-

---

<sup>3</sup> Para más información ver la conferencia de abril 2020 en el Instituto Juan de Mariana: <https://www.youtube.com/watch?v=Gn-VFGVvEgo>

<sup>4</sup> Los Länder son la organización intermedia del Estado equivalente a las comunidades autónomas.

zar el efecto de la pandemia sobre la economía, se trasladó a los ciudadanos la responsabilidad de sus actos. Bien informados de cómo actúa el virus, los propios habitantes tuvieron que asumir el cumplimiento de la distancia social sin necesidad de aplicar un confinamiento como el que nos ha tocado vivir en España.

Durante los momentos más complicados de la pandemia se mantuvieron los colegios abiertos y también hubo cierta actividad económica (por ejemplo, las terrazas en los restaurantes). Además, se reforzó la atención primaria mediante el servicio telefónico y la vigilancia en el propio hogar. De esta forma se consiguió evitar la saturación en los hospitales. Donde sí se cometieron ciertos errores fue en la gestión de las residencias de ancianos, muchas de las cuales tuvieron que ser medicalizadas ante el fuerte impacto del virus.

Los responsables de las políticas sanitarias suecas esperan que su estrategia les permita afrontar estos próximos meses en mejores condiciones, al tener una población más inmune por su mayor exposición al virus. Según el ministro de Salud, una cuarta parte de los residentes de Estocolmo muestran ya anticuerpos ante el COVID-19, y la previsión es que alcance el 60% de la población a mediados de mayo de 2021.

### 3. Principales características del sistema sanitario alemán

Si nos fijamos en la Unión Europea, un denominador común es la universalidad de la cobertura sanitaria en todos los países de la región<sup>5</sup>. Ello no significa que sean gratuitos en el punto de atención ni tampoco que se organicen de forma similar en cada Estado.

Analicemos el caso de Alemania, país donde se originó el sistema de aseguramiento social<sup>6</sup> replicado después en los países de su entorno, como Austria, Holanda o Suiza. El sistema de salud alemán no tiene nada que ver con el español. En Alemania el sistema está exclusivamente administrado por entidades vinculadas a la sociedad civil, el papel del Estado es mucho menor y su función se limita a definir el marco legal, por ejemplo, para evitar precios abusivos o malas praxis<sup>7</sup>. El gobierno delega las principales decisiones en unas organizaciones independientes llamadas "Krankenkassen" –cajas de enfermedad–. Estas cajas tienen una forma de organiza-

---

<sup>5</sup> La universalidad en la cobertura sanitaria significa que todos los habitantes tienen algún tipo de seguro sanitario que les cubre un paquete de beneficios sanitarios básicos.

<sup>6</sup> El sistema de aseguramiento social se caracteriza por estar basado en un tipo de seguro sanitario convencional, que cubre a cada uno de los individuos que lo contrata, pero que sus primas no se basan en el riesgo sino en una parte proporcional del salario.

<sup>7</sup> El gobierno federal y las regiones también tienen una función de supervisión. Muchas de las normas recogidas en el Affordable Act, "Obamacare" se inspiran en la regulación alemana.

ción específica, con participación tanto de los trabajadores como de los empresarios, y están constituidas normalmente por distintos sectores de producción, siendo no lucrativas e independientes del sector público general. Una de las principales funciones de estas cajas es recaudar el dinero de sus asegurados –se financian mediante contribuciones procedentes del salario, no mediante impuestos como en España– y contratar los servicios sanitarios de los pacientes con los distintos centros sanitarios. En la actualidad existen más de cien cajas de enfermedad en todo el país.

Este aseguramiento se divide en dos subsistemas que operan codo con codo. El primero, el oficial (regulado por el Estado), cubre al 85% de la población y es conocido como GKV (Gesetzliche Krankenversicherung). Existe un segundo sistema, de menor tamaño, que cubre al 11% de la población. Las personas que trabajan como autónomos o tienen ingresos por encima de cierto umbral (50.850 euros anuales) tienen la opción de cambiarse a este sistema de aseguramiento privado conocido como PKV (Private Krankenversicherung).

Las amplias posibilidades que tienen ambos sistemas se reflejan en la gran variedad de servicios que incluyen. Desde poder elegir el último tratamiento para el cáncer hasta poder ir al dentista, que ampara además a los dependientes en la unidad familiar. Los ciudadanos alemanes además de poder elegir la caja de seguro o enfermedad, también pueden escoger el médico y el hospital (estos son tanto públicos como privados y compiten en igualdad de condiciones por los pacientes). Un dato a destacar especialmente ante la actual pandemia es el gran número de camas UCI<sup>8</sup> con que cuenta Alemania por cada 100.000 habitantes, que multiplica por tres las de España o la propia Suecia.

#### **4. Principales características del sistema sanitario sueco**

En los últimos años estamos acostumbrados a que nos hablen de Suecia como el modelo de Estado de bienestar a seguir por sus buenos resultados. Muchos creen que existe un Estado de grandes dimensiones que es el único responsable del mejor servicio público. Sin embargo, Suecia ha venido reformando sus políticas públicas y un claro ejemplo de ello es su sistema sanitario, que ha sido transformado y hoy se aleja de los modelos planificados por el Estado y financiados con impuestos que actualmente mantienen el Reino Unido (National Healthcare Service) o España.

La sociedad sueca, y en particular su sistema sanitario, se sustenta en la amplia libertad. Dicha libertad comprende no solo la responsabilidad individual ante la pandemia, sino la selección por los pacientes del hospital que le parezca mejor.

---

<sup>8</sup> Para más información ver Cadenas (2020).

El sistema sanitario sueco es de alcance universal y está financiado mediante impuestos. Está gestionado por 26 condados (equivalentes a las provincias o incluso a las comunidades autónomas en España) que actúan por recomendaciones del Parlamento y delegan el control en los municipios. A pesar de que la sanidad es universal y que mayoritariamente todo el servicio se financia con dinero público, el usuario sueco paga una proporción pequeña del coste del servicio tanto de medicamentos, visitas al médico, como de estancias en el hospital.

Una de las principales características del sistema de salud sueco, pieza clave en todo su entramado, es la amplia libertad de elección de la que gozan los usuarios. Desde hace ya un par de décadas se trabaja con la intención de aumentar el poder directo del ciudadano, conocido como el "apoderamiento" (Rojas, 2010:56). Para que el mercado sanitario funcione con principios lo más próximos posible a la libre competencia, el ciudadano debe tener la posibilidad de elegir el hospital o el centro sanitario. Así, los suecos disponen de un gran número de alternativas y posibilidades que se canalizan a través de unos vales de salud, utilizados principalmente en atención primaria con un funcionamiento similar al cheque escolar. Estos vales permiten al usuario canalizar la financiación pública hacia el proveedor de su elección.

En Suecia existe una gran diversidad de proveedores, tanto públicos como privados, con y sin ánimo de lucro, que compiten en condiciones de igualdad por los pacientes de la región. Característica singular es que todos los centros sanitarios, independientemente de su tipo de propiedad, pueden formar parte del sistema sanitario público si cumplen los requisitos marcados por el Estado. Aunque esta colaboración público-privada varía bastante de una región a otra, la tendencia es hacia una mayor participación del sector independiente. Esta apertura de colaboración con las empresas ha hecho que se desarrolle mucho el sector sanitario, demostrando una gran capacidad de innovación.

## **5. Los datos de la pandemia: España, Alemania, Suecia**

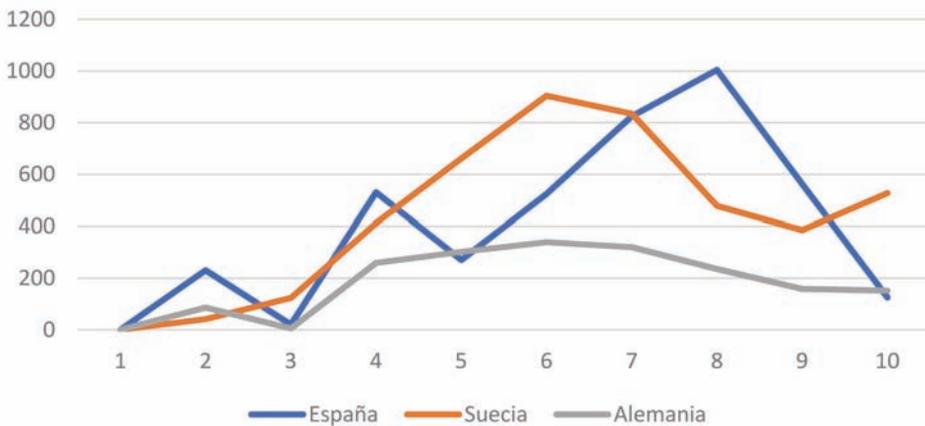
Si analizamos los datos principales de la pandemia, como el número de fallecidos o el impacto en la economía, Alemania y Suecia demuestran una mejor respuesta a los efectos del COVID-19.

Es importante señalar, que no todos los buenos indicadores traen causa del sistema sanitario, muchos de estos, como son el número de contagiados y fallecidos, están influidos en parte por factores externos al sistema sanitario. Nos referimos a las políticas públicas llevadas a cabo en cada país, dependiendo por ejemplo la eficacia de las medidas de contención, como el confinamiento temprano, etc., así como del comportamiento de cada uno de los individuos.

### Número de personas contagiadas

El número de personas contagiadas es un buen indicador para saber cómo han sido de efectivas las medidas de contención ejecutadas de los países a analizar. Sin embargo, la falta de medios para saber cuál la cifra real de personas infectadas ha llevado a las autoridades a contabilizar solo a aquellas personas que dieran positivo en pruebas PCR (*polymerase chain reaction*), técnica de biología molecular que amplifica un fragmento de ADN para identificar un virus o bacteria, que es más costosa pero más segura. Por ello, y dada la escala de la pandemia, se dejan de contabilizar un gran número de personas con el virus. Según el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC), a principios de marzo de 2021 en España teníamos 3.160.976 contagiados con 47 millones de habitantes. Sin embargo, estudios recientes (Martín-Barroso *et al.*, 2020) vienen a demostrar que esa cifra es mayor. En Suecia y Alemania viene a suceder lo mismo (Streek, 2020). Según el ECDC Alemania alcanza 2,5 millones y Suecia 0,7 millones, con una población de 83 y 10,23 millones respectivamente.

**GRÁFICO 1. Incidencia acumulada por cada 100 mil habitantes (Febrero 2020-Marzo 2021)**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos ECDC.

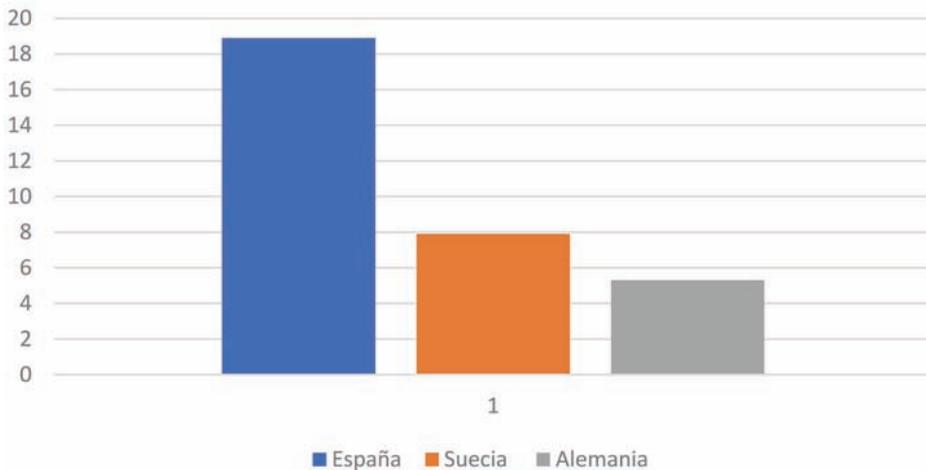
Para tener una referencia y poder comparar la evolución del número de contagiados entre los tres países, hemos elaborado un gráfico utilizando la incidencia acumulada. Este parámetro mide el número de contagiados nuevos que se producen en el periodo de 14 días. En el caso de España (línea azul) se observan 3 picos con tendencia creciente, llegando a superar los 1000 infectados nuevos por cada cien mil habitantes a finales de enero 2021. Suecia con una tendencia similar alcanza su mayor número a mediados de enero con más de 800 nuevos casos. En este caso es Ale-

mania el país que mantiene la curva más plana manteniendo los nuevos casos en un máximo de 320 casos.

### *Número de fallecidos por COVID-19*

En la cifra de fallecidos es donde más diferencias encontramos entre los países. El número de defunciones arroja luz sobre cómo están siendo de eficaces las medidas, especialmente entre la población más vulnerable (personas de más de 70 años), que es donde se encuentra el mayor número de muertos. A fecha de 9 de marzo de 2021 España registraba 71.436 defunciones mientras que Alemania tenía 71.436 y Suecia 13.008, según los datos de la ECDC. Como sucede con el dato de infectados, las cifras oficiales se quedan cortas, al no contabilizar las muertes en residencias de ancianos o en las propias casas (Sobre todo en los primeros meses de la pandemia). Para tener una cifra más ajustada a la realidad, un buen indicador para valorar la epidemia es el exceso de mortalidad. Este dato nos permite saber cuántas personas han fallecido por encima de lo habitual en un mismo periodo comparándolo con los años anteriores (normalmente se hace una media de los 3 o 4 años anteriores).

**GRÁFICO 2. Exceso de mortalidad año 2020 (%)**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de ECDC (2021).

Respecto a los estudios encontrados para España, la investigación liderada por Rafael Cascón para la Universidad Politécnica de Madrid calcula utilizando datos de Eurostat, un exceso de mortalidad para España de 80.492 desde el inicio de la pan-

demia hasta final del 2020. Siendo la cifra oficial en ese mismo periodo 50.837 (Datosmacro 2021). En este mismo estudio sitúa a España con un 24,4% de fallecidos más que la media de los últimos cuatro años, siendo Alemania entre los más bajos con un 6,8% de exceso y Suecia 10,4%.

En el reciente estudio realizado por Tallock (2020) sobre el exceso de mortalidad en Europa a partir de los institutos de estadística de cada país, España se sitúa con 48.399 muertes más de las habituales entre el 13 de marzo y el 22 de mayo. Esto supone un 56% de fallecidos más que en el mismo periodo de años anteriores. Sin embargo, en Alemania el exceso supuso 7.300 muertes (solo un 4% más) mientras que el dato en Suecia era de 5.080 (un 28% más). Otros estudios vienen a confirmar resultados similares (Barroso *et al.*, 2020).

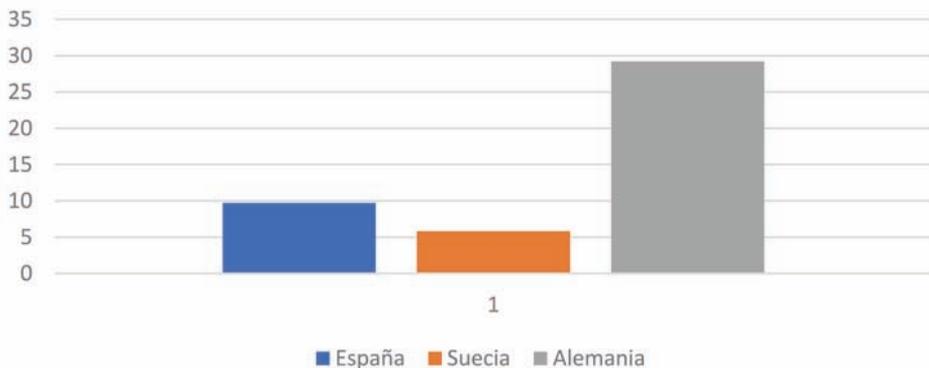
#### *Recursos hospitalarios. Capacidad de los hospitales. Camas UCI*

A parte de las medidas de confinamiento efectivas, la capacidad de los equipamientos de los sistemas sanitarios, también va a influir tanto en el número de muertos como en el de pacientes recuperados. Con ello nos referimos a número de hospitales, camas, respiradores etc.

En este estudio, para comparar los recursos, hemos utilizado el número de camas hospitalarias UCI, que ha sido un equipamiento discutido, por su escasez.

La disponibilidad de camas UCI puede significar la supervivencia a un paciente en estado crítico.

**GRÁFICO 3. Número de camas UCI por cada 100.000 habitantes**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE (2012).

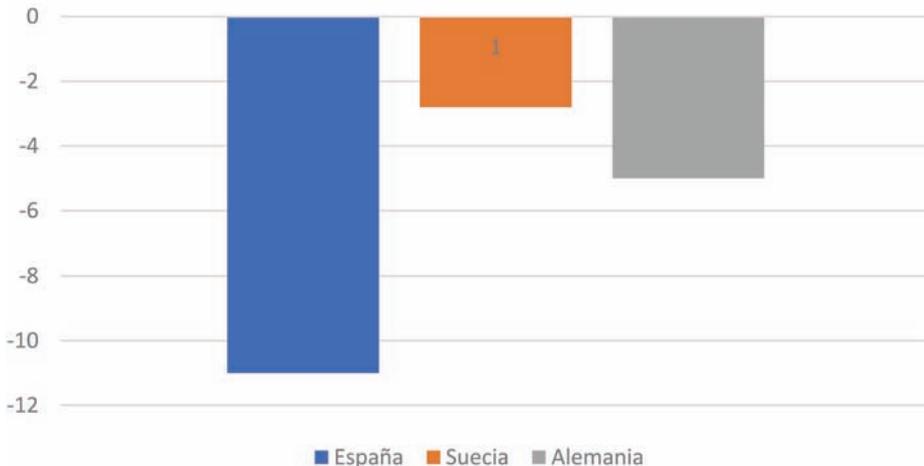
Según el estudio realizado por Rhodes, Ferdinande y Flaatten en 2012, llamado *The variability of critical care bed numbers in Europe*, Alemania es país de Europa con mayor número de camas UCI de la Europa de los 28 con 29,2 camas por cada 100.000 habitantes. España se encuentra por debajo de la media con 9,7 camas UCI por cada 100.000 habitantes.

#### *Efectos de la pandemia y las medidas tomadas en la economía*

Al evaluar la repercusión de la pandemia, no pueden faltar los efectos que el coronavirus está teniendo y las propias medidas para contenerlo. Este dato nos permite identificar el coste que tienen ciertas medidas de política sanitaria. Para el impacto sobre la economía utilizamos la variación sobre el PIB en el segundo trimestre (el de mayor impacto) y en todo del año 2021, que son datos que ya han publicado los países recientemente.

En cuanto a la variación del producto interior bruto (cantidad de bienes y servicios producidos por un país) los resultados son muy distintos según país. Tomando como referencia todo el año 2020, el efecto de la pandemia y sus medidas fue netamente menor en Suecia y Alemania. Siendo la caída de 2,8% en el primero y de un 5 en el segundo. Para España el retroceso que del 11%.

**GRÁFICO 4. NREDUCCIÓN PIB 2020**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos de Datosmacro (2021).

Según los datos de Eurostat y centrándonos en periodo de mayor incidencia, la contracción del PIB del segundo trimestre del año fue del 18,5% en España, por el

10,1% de Alemania y el 8,6% de Suecia. En el caso de Suecia no entró ni siquiera técnicamente en recesión<sup>i</sup> al tener un crecimiento del 0,4% en el primer trimestre. Los datos vienen a confirmar que en estos países el PIB se contrajo en torno a la mitad que en España. En el caso de Suecia, el impacto podría haber sido menor, pero la explicación se encuentra en la alta dependencia exterior. Al tener los países vecinos cerrados en gran medida, no se podían hacer los intercambios comerciales como siempre.

## 6. Resultados e interpretación de la comparación

Comparando los indicadores sanitarios vinculados a la pandemia se puede extraer evidencia que soporta la tesis de este estudio.

En cuanto al número de contagiados Alemania es el país que mantiene los contagios más bajos. Esto puede ser debido al gran número de pruebas realizadas y confinamientos selectivos. Suecia pese no haber aplicado medidas severas, obtiene resultados similares a los de España, utilizando como referencia la curva de incidencia acumulada.

En cuanto al número de fallecidos, que es el peor de los efectos del coronavirus, existen diferencias significativas. Utilizando el exceso de mortalidad de los países, atribuibles en su práctica totalidad al Covid-19 (Cascón 2021), Suecia y en especial Alemania consiguen mejores resultados que España. Suecia no llega a las buenas cifras de Alemania, a causa de los fallecidos en las residencias de mayores. Según el estudio liderado por (Bendavid et, al. 2021) cuatro de cada cinco muertes observadas en Suecia se dieron en residencias de mayores, otorgando tan solo un 2% de exceso de mortalidad, si no se hubiera descuidado este frente.

En el caso de Alemania la explicación a sus buenos resultados en cuanto al número de fallecidos, puede explicarse por su baja incidencia acumulada. A menor número de contagiados, menor número de muertos. También pudiera ser por sus recursos sanitarios.

El número de camas hospitalarias y camas UCI con respirador, salvan vidas especialmente en los picos de la pandemia, por la necesidad que tienen los pacientes más graves. La gran diferencia que hay entre Alemania y España en número de camas, 8,28 por las 2,96 por cada mil habitantes de nuestro país (Cadenas 2020), podría explicar la divergencia en cuanto a número de fallecidos.

Este exceso de capacidad que tiene Alemania, le permite dar una respuesta mejor a cualquier tipo de pandemia que pudiera haber, no solo de coronavirus, sino cuando sucede con la gripe en invierno. El modelo español está diseñado para tener una mayor ratio de ocupación durante todo el año y simplemente al tener poco exceso

de capacidad, no puede hacer frente a una necesidad temporal tan grande como esta pandemia.

Los datos económicos, utilizando la variación en el PIB durante el año 2020, vienen a evidenciar que, en ambos países del norte, el impacto de la pandemia, así como las medidas para afrontarla, fue notablemente menor. Ello se manifiesta en la reducción del PIB en el conjunto del año, como en la producción del segundo semestre, periodo en el que en España se tomaron las medidas de confinamiento y cierre de la economía más severas. Es en ese semestre donde la diferencia es mayor.

Si comparamos los de exceso de mortalidad de los países en el periodo marzo-mayo, fase de mayor cierre en España, no se encuentran beneficios adicionales asociados a las medidas de confinamiento general. Este resultado es consistente con otros estudios previos realizados (Bendavid 2021).

#### **4. Conclusión**

Del estudio realizado, se pueden extraer valiosas conclusiones. Los datos vienen a demostrar, que la flexibilidad de sus políticas aplicadas por parte de Alemania y Suecia para frenar la propagación y de sus sistemas sanitarios, explican en gran parte una mejor respuesta para afrontar la pandemia.

En cuanto a los indicadores más ligados a la salud, son en los fallecidos donde estos países muestran mejores resultados, especialmente en el caso de Alemania. Suecia si bien se sitúa con más nota que España, no alcanza el óptimo. Esto es debido a que no consiguió aislar adecuadamente a los mayores en las residencias de ancianos en la primera ola (Bendavid 2021) tal y como paso en nuestro país. En esta línea, si España tuviera la tasa de mortalidad de Alemania o Suecia, se hubieran salvado miles de vidas.

Respecto al efecto en la economía, ambos países del norte de Europa han conseguido que la contracción de la actividad no fuera tan severa como en el sur de Europa. Ello lo confirma las cifras del producto interior bruto del año 2020 tanto del segundo trimestre (momento de mayor incidencia de la pandemia), así como los datos del PIB a lo largo de todo el 2020.

Algunas de las medidas aplicadas por estos países en la primera parte del año ya se están poniendo en práctica en nuestro país desde la vuelta del verano y en este comienzo del año 2021. Estas medidas, no siempre tienen que conllevar un mayor gasto, más bien una correcta reasignación de los recursos disponibles.

Al igual que ha sucedido con los países asiáticos como Corea del Sur, Alemania es un referente en la prevención de riesgos, anticipándose a la pandemia. Esto lo

han conseguido facilitando pruebas a sus asegurados y haciendo controles locales. El país escandinavo también fue innovador reforzando la atención primaria, visitando a los pacientes en sus hogares y manteniéndoles en la medida de lo posible, lejos de los hospitales y centros clínicos.

Los suecos fueron también los primeros que decidieron mantener los centros educativos abiertos y una cierta actividad económica, tomando las precauciones necesarias. La evidencia viene a demostrar que, en la mayoría de los países, como el nuestro, están replicando en gran parte el modelo. Alemania y Suecia aplicaron medidas limitadas y locales, evitando confinamientos generalizados, que no demuestran ser la solución para la salud de la población, ni para mantener el tejido productivo de los países.

## 8. Referencias

- Bendavid, E. Oh, C. Bhattacharya, J. Ioannidis J. 2021. *Assessing mandatory stay at home and business closure effects on the spread of COVID-19*. European Journal of Clinical Investigation/ Volume 51, Issue 4.
- Cadenas, B. 2020. "La respuesta de Alemania a la crisis sanitaria del coronavirus." Universidad Francisco Marroquín UFM.
- Cascón, R. Villanueva, P. Berzal, M. Santos, F. 2021. *Efectividad de las medidas efectuadas para la contención de la pandemia del COVID-19 y optimización de la efectividad de la estrategia de vacunación en las primeras etapas*. Universidad Politécnica de Madrid.
- Datosmacro 2021. Acceso el 12 marzo en <https://datosmacro.expansion.com>
- Deaton, A. 2015. *The Great Escape. Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton University Press. Princeton and Oxford
- European Centre for Disease Prevention and Control E. 2021. *Covid-19 datas update*.
- Gómez, L. 2020. "La respuesta de Alemania a la crisis sanitaria." Instituto Juan de Mariana: <https://www.youtube.com/watch?v=Gn-VFGVvEGO>
- Hardin, G. 1968. "The tragedy of the commons." *Science*, 162(3859):1243-48.
- Health, A. 2020. "Sweden's success shows the true cost of our arrogant, failed establishment". *The Telegraph*, 12 of August 2020.
- Martín-Barroso, D.; Núñez-Serrano, J.; Turrión, J. Velázquez, F. 2020. *Encajando el puzle: Una estimación rápida del número de infectados por el COVID-19 en España a partir de fuentes indirectas*. Documento de Trabajo 2020/05. FEDEA
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H. et al. 2012. *The variability of critical care bed numbers in Europe*. *Intensive Care Med* 38, 1647–1653
- Rojas, M. 2010. *Reinventar el Estado del bienestar. La experiencia de Suecia*. Gota a Gota. Fundación FAES.
- Skousen, M. 2009. *The Making of Modern Economics. The lives and the Ideas of the Great Thinkers*. Armonk, New York 2nd ed.
- Streek, H. 2020. *Heinsberg Report*. University of Bonn.

Tallock, C. 2020. "*Understanding excess mortality. Comparing COVID-19's in the UK to other European Countries*." The Health Foundation.

World Health Organization (WHO) 2020. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Report, acceso el 12 de septiembre de 2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

## ARTICULOS/ARTICLES

- Violencia de género en la zona rural de la comarca de Alhama de Granada en 2015-2020 / Gender violence in the rural area of Alhama de Granada (2015-2020)  
Cristiana Herreros Sánchez ..... Págs 9-48
- La Seguridad Social costarricense frente el COVID-19: cuando la incertidumbre económica es peor que la incertidumbre epidemiológica / Costa Rican Social Security in the face of COVID-19: when economic uncertainty is worse than epidemiological uncertainty  
Andrey Badilla Solano ..... Págs 49-64
- Pobreza y voluntariado: viejos y nuevos retos / Poverty and volunteering: old and new challenges  
Carolina Blavía Galindo ..... Págs 65-86
- La solución de los países del norte de Europa a la pandemia del coronavirus. El aseguramiento y la colaboración público-privada / The way of the northern European countries to face the coronavirus pandemic. Assurance and public-private collaboration  
Benito Cadenas Noreña ..... Págs 87-102
- Programas intergeneracionales que fomentan la participación social de las personas mayores en España. Una mirada desde el Trabajo Social / Intergenerational programmes that promote the social participation of older people in Spain. A view from Social Work  
Juana María Morcillo Martínez ..... Págs 103-118

## RESEÑAS/REVIEWS

- Cristina Díaz, Verónica Giménez Béliveau, Marcelo Lucero y Washington Uranga (Coord.). 2020. Políticas Sociales. Estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro / Social politics. Strategies to build a new horizon for the future. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, CEIL-CONICET; RIPPPO; FAUATS (por Santiago Tafernaberry) ..... Págs 119-121
- Bundschuh, S., Freitas, M. J., Palacín Bartrolí, C. and Žganec, N. (eds.). 2021. Ambivalences of Inclusion in Society and Social Work. Research-Based Reflections in Four European Countries / Ambivalencias de la inclusión en la sociedad y el trabajo social. Reflexiones basadas en la investigación en cuatro países europeos. London: Springer (por Teresa Piñaja Viñas) ..... Págs 123-125