

LA RESPUESTA DE ALEMANIA

A LA CRISIS SANITARIA DEL CORONAVIRUS



UFM
UNIVERSIDAD
FRANCISCO
MARROQUÍN

VERITAS • LIBERTAS • JUSTITIA

CENTRO para
el **ANÁLISIS** de las
DECISIONES PÚBLICAS

RESUMEN

La crisis sanitaria que está sufriendo Europa con un gran número de muertos y miles de infectados a raíz de la transmisión del coronavirus COVID-19 está poniendo a prueba la capacidad de respuesta de los gobiernos y de sus sistemas sanitarios. En este sentido, es ya reconocido que Alemania ha sido de los países que mejor está afrontando la pandemia, destacando en Europa por los buenos resultados. En el mundo académico y social, se preguntan por las causas de esta realidad. En este artículo, analizamos las características del sistema sanitario alemán, que le permiten tomar medidas eficaces ante una crisis sanitaria de este tipo. El aseguramiento social alemán facilita un mayor protagonismo de la sociedad civil y de las entidades locales para dar respuestas a pandemias tan devastadoras como la que nos ha tocado vivir.

Palabras clave: crisis sanitaria, COVID-19, reforma sanitaria, pandemia, eficiencia, países OCDE

AVISO IMPORTANTE: El análisis contenido en este artículo es obra exclusiva de su autor. Las aseveraciones realizadas no son necesariamente compartidas ni son la postura oficial de la Universidad Francisco Marroquín.

Autor: Benito Cadenas Noreña

[Centro para el Análisis de las Decisiones Públicas](#)

Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales

Universidad Francisco Marroquín

Agosto del 2020

Guatemala

El Centro para el Análisis de las Decisiones Públicas —CADEP— es el núcleo de investigación del [Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales](#) de la Universidad Francisco Marroquín. Fue fundado en el año 2002 con el objetivo de promover la teoría de la elección pública —en inglés, *public choice*—, una herramienta de análisis que utiliza la economía para estudiar la política.

La respuesta de Alemania a la crisis sanitaria del coronavirus

Benito Cadenas Noreña
Universidad Rey Juan Carlos

1. Introducción

La pandemia que están sufriendo los países de la Unión Europea, en concreto España, está poniendo a prueba las fortalezas y debilidades de cada uno de los sistemas sanitarios del continente. La rápida expansión en número de contagios por causa del COVID-19 ha desbordado a la mayoría de los hospitales de los países afectados. Tal es así, que se tuvieron que habilitar nuevas infraestructuras no solo para atender a los nuevos enfermos, sino también a aquellos que terminaron falleciendo.

Si bien es cierto que la progresión del número de enfermos por este virus tiene características similares en el antiguo continente, no todos los países presentan el mismo número de fallecidos. En cuanto al número de defunciones, las diferencias son muy amplias. Cuando analizamos la evolución de los países de la eurozona, existe un país que destaca sobre los demás: Alemania¹. Observando la relación entre contagiados y número de fallecidos, el país germano se mueve en uno de los entornos más bajos de letalidad. ¿Cuál es el motivo de que Alemania tenga una cifra tan baja de fallecidos? La explicación hay que encontrarla en su modelo de sistema sanitario, que es más flexible y resiliente.

En este artículo, vamos a analizar cómo funciona el sistema sanitario alemán desde sus orígenes hasta sus reformas más destacadas. También analizaremos el porqué de esta agilidad

¹ Esto es así respecto a los países de la Unión Europea con un tamaño similar al de España.

para responder a la crisis sanitaria y, en general, a las necesidades de los pacientes. El estudio también incluye una comparación entre España y Alemania en los principales indicadores sanitarios relacionados con la pandemia.

Si nos fijamos en la Unión Europea, un denominador común es la universalidad² de la cobertura sanitaria en todos los países de la región. Esto no significa que sean gratuitos en el punto de atención ni tampoco que se organicen de forma similar. Analicemos el caso de Alemania, que es el país donde se originó el aseguramiento social que fue luego replicado en todos 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. En este país, 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 praxis³. Los detalles regulatorios de la actividad sanitaria provienen del Comité Común Federal —Gemeinsamer Bundesausschuss—. Este comité está formado por representantes de las asociaciones de los fondos o cajas de enfermedad —Krankenkasse—, médicos, dentistas y hospitales, así como por tres miembros independientes. Lo interesante es que los pacientes también están representados, eso sí, sin derecho a voto. En esta comisión se toman decisiones sobre qué servicios sanitarios van a estar cubiertos, cuál será la forma de pagar a los hospitales o cuáles serán las garantías de calidad.

La colaboración público-privada existente en Alemania tiene mucho que ver con la rapidez con la que han sido capaces de tener una detección temprana en el número de casos con COVID-19. Los alemanes pueden elegir entre más de cien aseguradoras que permiten a los ciudadanos seleccionar el hospital que deseen. Estos hospitales son en su mayoría privados, pero reciben subvenciones del Estado⁴ para temas de investigación y formación.

En ausencia de una regulación demasiado restrictiva, un gran número de laboratorios ya estaban realizando test a un grupo importante de la población antes de que la situación

² La universalidad en la cobertura sanitaria significa que los habitantes del país tienen algún tipo de seguro sanitario que les cubre en un paquete de beneficios sanitarios básicos.

³ Muchas de las normas recogidas en el Affordable Act, el popularmente llamado «Obamacare», se inspiran en la regulación alemana.

⁴ No solo reciben subvenciones del Estado, también donaciones de entidades privadas.

empeorara. Con el paso de los días, el número de laboratorios que llevaban a cabo esta tarea superaba con creces la de otros países como España. Esta capacidad para hacer test masivos a la población en un periodo corto de tiempo está entre los principales factores que explican la baja mortalidad en el caso alemán⁵. Según el doctor Luis Ignacio Gómez⁶, ya a principios del mes de marzo del 2020 había 100 laboratorios haciendo test. En el mes de abril, la cifra ya había ascendido a 400 laboratorios.

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. Allí, los *länder*⁷ y los ayuntamientos han aplicado distintos modelos de contención, por lo que el grado de confinamiento varía mucho entre las mismas ciudades. Las restricciones han sido más duras en unas zonas que otras. En este sentido, ya aclamados académicos como James Buchanan recomendaban un papel más relevante a los gobiernos locales para actuar con mayor responsabilidad (Skousen 2009).

La prevención ha tenido buenos resultados gracias a esta flexibilidad. Las pruebas masivas y la gestión cercana han permitido que los infectados no estén entre los grupos de riesgo, aislando hace semanas a los mayores⁸ en las residencias de ancianos. Otra cualidad fundamental de su sistema sanitario es su exceso de capacidad. Durante ningún momento de la crisis ha habido saturación de sus hospitales e incluso se han ofrecido a tratar pacientes contagiados por coronavirus procedente de otros países. Con estas características en su sistema sanitario y con las medidas adoptadas, el país germano ha minimizado el efecto de la pandemia tanto en su población como en su actividad económica.

2. Principales características del sistema alemán

El sistema de aseguramiento social alemán se caracteriza por estar basado en un tipo de seguro sanitario convencional que cubre a cada uno de los individuos que lo contrata. Sin embargo, sus primas no se basan en el riesgo, sino en el salario.

⁵ La detección precoz permite un tratamiento más eficaz y reduce la tasa de mortalidad.

⁶ Para más información, ver la conferencia completa de abril del 2020 en el Instituto Juan de Mariana aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=Gn-VFGVwEGQ>.

⁷ Los *länder* son la organización intermedia del Estado equivalente a las comunidades autónomas.

⁸ No se han producido muchos contagios en este grupo de población en el momento de la escritura de este artículo.

El aseguramiento social tiene distintos grados de orientación hacia el mercado y tenemos varios casos en Europa. La diferencia principal entre ellos es el nivel de intervención del Estado en la relación entre los pacientes, las aseguradoras y los proveedores de servicios sanitarios. Otro factor importante es el grado de apertura que tenga a la participación del sector privado. En el caso de Alemania, parece haber apostado por seguir la senda de un sistema competitivo regulado. Guillem López Casanovas califica así estos sistemas de aseguramiento social:

como un engranaje ante la diversidad de proveedores y la heterogeneidad de individuos; de aseguramiento, porque contiene un número de prestaciones sanitarias limitadas, las cuales tienen que ser gestionadas con criterio de cobertura, y social, porque las primas las denomina “comunitarias”, al no ser individuales, ni actuariales o ajustadas al riesgo. (López Casanovas 2007, 5)

El aseguramiento social tiene como principal fuente de financiación las contribuciones sociales vinculadas al salario, que no dependen del riesgo sino de los ingresos. Este aseguramiento se divide en dos subsistemas que operan codo con codo. El primero, que es el oficial —regulado por el Estado—, cubre al 85% de la población; es conocido como GKV —*Gesetzliche Krankenversicherung*—. En el sistema de cajas de enfermedad oficial, las cuotas del seguro son uniformes y suponen el 15,5% del salario íntegro. Un porcentaje lo paga el trabajador —8,2%— y otra parte la paga el empresario —7,2%—. En el caso de los pensionistas, el 8,2% sale de su pensión, pagándolo ellos, y el 7,3% sale del fondo de pensiones. Para los desempleados, lo paga íntegramente la Oficina Federal de Empleo.

Uno de los puntos más importantes es que las contribuciones que pagan los asegurados no pueden variar en función de sus riesgos y las cajas de seguro no pueden negar el aseguramiento a los que lo solicitan ni variar las condiciones iniciales. Existen también techos en las contribuciones para que no se supere cierta cantidad —593 euros/mes en el año 2016—.

Existe un segundo sistema que es de menor tamaño, está formado por 42 seguros privados y cubre al 11% de la población. Las personas que trabajan como autónomos o tienen ingresos

por encima de cierto umbral⁹ tienen la opción de cambiar a un sistema de aseguramiento privado conocido como PKV —Private Krankenversicherung—. La prima que aquí se paga dependerá de la estructura de riesgo, salud y edad del asegurado. Este sistema da la opción de ser tratado por médicos jefes y de pagar por una habitación privada. Parte de las primas en el sistema privado PKV son deducibles fiscalmente, lo que facilita que su cifra de negocio se duplique en los últimos 15 años.

Ambos sistemas compiten por asegurar a los ciudadanos alemanes, pero se ha regulado la posibilidad de pasar de un sistema a otro, ya que se producen incentivos para intentar captar a los más sanos. Esta problemática es conocida en la teoría económica como riesgo adverso —*moral hazard*—. En esta circunstancia también existe una tendencia a evitar los casos más complejos. El aseguramiento sanitario oficial está diseñado para evitar estas malas prácticas con unas compensaciones monetarias basadas en la estructura del riesgo, lo que genera una redistribución en el sistema en función de las condiciones de los asegurados de la caja.

Aquellos que se encuentren en el sistema GKV pagan sus primas a la caja con una tarifa plana. Después, estas las depositan en un fondo a nivel nacional conocido como Fondo para la Salud —*Gesundheitsfonds*—, que devuelve a las cajas unas cantidades de dinero ajustándose a los criterios de riesgo¹⁰ mencionados. De esta manera, el sistema evita el *cherry picking* o el riesgo adverso.

Las cajas de enfermedad que estén en dificultades económicas, aparte del dinero que reciben del Fondo para la Salud Nacional, deben solicitar primas complementarias a sus asegurados. Como los asegurados tienen la posibilidad de cambiar de caja, se genera competencia entre ellas para realizar mejoras en eficiencia, ya sea por la vía de la reducción de costes administrativos o por los contratos con los proveedores hospitalarios. En el caso de que la situación financiera de una caja empeore, puede llegar a producirse la bancarrota como sucedió con la caja de seguro City BKK en 2011. Desde 2007, existe una parte que se financia a través de los impuestos para el pago de la salud de menores y gente con bajos ingresos.

⁹ En este caso, aquellos que tienen ingresos superiores a los 50.850 euros anuales.

¹⁰ Este modelo de riesgo es conocido como Morbi-RSA y está basado en la edad, sexo, así como por cronicidad y enfermedades severas.

3. La organización del sistema

La organización del sistema sanitario alemán divide sus funciones entre los niveles de gobierno y la sociedad civil. El Gobierno federal y las regiones tienen una función de supervisión, de manera que delegan las principales decisiones en las organizaciones independientes llamadas Krankenkassen —cajas de seguro—. El Estado es el responsable de fijar las cuotas que pagan los afiliados al sistema de aseguramiento público. Los gobiernos subcentrales o *länder* tienen la función de financiar las infraestructuras hospitalarias.

Con la administración pública enfocada en estas tareas de supervisión y de regulación, son las cajas de seguro las principales protagonistas de este sistema.

Cajas de seguro o de enfermedad

En Alemania, el sistema sanitario está administrado por cajas de seguro o Krankenkassen. En el año 2014, existían en Alemania 132. Estas cajas tienen una forma de organización específica en la que participan tanto los trabajadores como los empresarios. Además, normalmente están constituidas por distintos sectores de producción, lo que las hace independientes del sector público general y no lucrativas.

Dos de las principales funciones de estas cajas son recaudar el dinero de sus asegurados y contratar los servicios sanitarios de los pacientes con los distintos centros sanitarios. Estos pacientes tienen la libertad de cambiar de caja de seguro si lo ven necesario, de manera que se genera una competencia entre ellas para atraer a un mayor número de asegurados. Este se ha convertido en el primer principio por el cual se organizan las cajas de seguro (Leiber 2007). Además, estas cajas de seguro alemanas no disponen de su propia red de hospitales, de manera que tienen que recurrir a centros públicos o privados.

El principal órgano de decisión en el sistema de aseguramiento social de Alemania es el Comité de Unión Federal. Este organismo independiente está conformado por todos los grupos de interés que forman el sistema sanitario. En él están representadas las cajas de seguros, los hospitales, los médicos y las asociaciones de pacientes. En este contexto, el Congreso —Bundestag— y el Senado —Bundesrat— han asumido más responsabilidad en

las reformas desde 1980 y tratan de controlar ciertos asuntos relevantes como la cesta de prestaciones. A pesar de esta regulación, los distintos organismos independientes del sistema tienen una autonomía considerable (Stone 1980).

4. Orígenes y reformas más relevantes

Alemania es conocida por ser el primer país que introdujo un seguro de salud a nivel nacional. Este tipo de organización del sistema es por el que han optado países como Alemania, Holanda, Bélgica, Suiza y Austria, haciéndose llamar «bismarckianos». Este nombre tiene su origen en la Alemania de 1883 y se puso en honor al Canciller Otto Bismarck. Está publicado en el Sozialgesetzbuch V —SGB—.

Los orígenes del sistema de aseguramiento alemán se remontan a las sociedades de ayuda mutua que emergieron durante la Edad Media en los gremios. Durante el siglo XIX, una cada vez más abundante clase trabajadora industrial continuó la tradición de estas sociedades y estableció organizaciones de ayuda mutua de forma voluntaria. En la mayoría de los casos, cada una de estas organizaciones era específica para cada sector profesional. Fue la región —*länder*— de Prusia¹¹ en 1849 la primera en establecer un seguro obligatorio para mineros que permitió a las comunidades locales tener el poder para que los empleadores y los empleados pagaran sus correspondientes contribuciones. A nivel de todo el Imperio, fue la Ley de Aseguramiento Sanitario de los Trabajadores (1883), basada en las cajas de seguro, la primera norma en establecer un seguro para los trabajadores de la industria. En la norma se establecía que los trabajadores pagarían las dos terceras partes de las cuotas y los empresarios el tercio restante de las mismas. Esta proporción fue cambiando a lo largo del tiempo.

Así como desde sus orígenes el sistema alemán ha permanecido prácticamente intacto, en las últimas décadas se han llevado a cabo múltiples reformas¹². Solo del periodo que abarca desde 1988 hasta el 2013 se han producido más de 20. En un principio, parte de lo que motivó estas reformas fue que los pacientes tenían pocos incentivos financieros para limitar sus demandas. A los proveedores, por otro lado, les pasaba algo parecido para limitar sus servicios sanitarios.

¹¹ Prusia era la región más grande de Alemania en esa época.

¹² Para ver todas ellas enumeradas, ver tabla 6.1 de Health Systems in Transition (Germany), página 238.

Una gran parte de las reformas al sistema ha ido en la senda de la restricción de los gastos, de la reducción de los servicios y de un mayor aporte de los gastos por parte privada, lo que quiere decir un mayor copago. Esto ha sido así con motivo de un incremento constante de los costes sanitarios y de la prima que pagaban los usuarios del sistema por el incremento del desempleo. La estrategia se focalizó en el lado de los ingresos. Un ejemplo de esto es lo que ocurrió a partir del año 1991 con motivo de la reforma llamada *Qualität Gesundheitswesen Gesetz Reform*. En esta ocasión, el copago hospitalario pasó de costar 5 marcos diarios a 10. También se promovió una mayor competencia entre las cajas de enfermedad y entre los proveedores hospitalarios con el fin de que se produjera una mejora de la calidad y la eficiencia del servicio.

Por ser las que mayor aplicación pueden tener, vamos a describir las reformas que se produjeron al principio de los noventa —momento en el que se llevó a cabo la reunificación de las dos alemanias en octubre de 1990— y la que se llevó a cabo en la participación del usuario en la financiación del sistema.

Reforma de 1990. La reunificación de las dos alemanias

Las reformas que surgieron tras la reunificación de Alemania en octubre de 1990 tienen especial interés para nuestro estudio por el hecho de que el sistema de Alemania del Este, que era muy similar al de España, se transformó por completo para seguir el sistema de aseguramiento social que tenía la otra parte.

El proceso de cambio que se produjo en Alemania del Este permite demostrar que un sistema de planificación central se puede cambiar por otro en el que las organizaciones de la sociedad civil y los pacientes tengan un mayor protagonismo. A esta conclusión llegaron algunas autoridades afines al pensamiento liberal al entender que los individuos toman sus decisiones con base en sus preferencias. Dichas decisiones son más acertadas y satisfactorias que las medidas implementadas de forma centralizada desde el Estado.

En Alemania, antes de la reunificación existían dos sistemas de salud diferentes y se propuso instaurar en el Este el mismo que existía en la parte federal. En la antigua República Federal,

tenían el aseguramiento social, que es aquel que hemos estado describiendo hasta el momento y que tiene una mayor orientación al mercado y a la mayor participación del usuario. El de la República Democrática, que se basaba en una planificación central, se financiaba públicamente y el Estado proveía los servicios sanitarios de forma gratuita, de manera que el usuario tenía poca capacidad de elección.

Al contrario de lo que sucedió en la Alemania Federal, en la parte del este después de la Segunda Guerra Mundial el servicio sanitario fue provisto y financiado públicamente (Light 1985). Se financiaba, por una parte, a través de un impuesto sobre la nómina y, por otra, mediante impuestos generales. En este sistema, los médicos trabajaban como asalariados del Estado en régimen de funcionarios públicos. Aunque no existen muchos datos sobre salud en Alemania del Este antes de la reunificación, se calcula que el gasto en sanidad pública estaba en torno al 5% del PIB y que la participación del sector privado era muy baja. Esta realidad contrastaba con la de la otra Alemania, que por entonces doblaba su participación de la sanidad en gasto sobre el PIB con un 10% y tenía un sector privado que empezaba a tomar mayor relevancia.

Uno de los cambios más complicados de la reunificación fue extender el sistema de salud que tenía la entonces República Federal Alemana. Las principales medidas que se tomaron para ello fueron la entrada de cajas de enfermedad en Alemania del Este y, con ellas, la supresión del monopolio que tenía el Estado en la provisión y la opción dada a los ciudadanos para elegir entre varias de ellas. Al principio, se instalaron solo algunas locales, pero rápidamente pudieron elegir entre varias más. En enero de 1991 ya existía una red completa de cajas de enfermedad —Ortskrankenkasse— operando en Alemania del Este. Las cajas pudieron instalarse libremente ahí si así lo deseaban. La mayor parte de la población quedó asegurada de forma obligatoria a través de los salarios. La financiación del sistema sanitario se realizó vía contribuciones de los asalariados, incluyendo por regulación una cuota que suponía el 12,8% del salario, que era la media que existía entonces para las cajas de la Alemania Federal. Para cuadrar los ingresos con los gastos, se pusieron unas tasas para el usuario que se establecieron en el 45% de las que había en la Alemania Federal.

La reunificación de las dos alemanias permite extraer algunas tendencias relevantes que se han podido dar después de este proceso en indicadores como esperanza vida o mortalidad

en gente que ha tenido previamente condiciones genéticas y culturales parecidas. Desde el punto de vista de la teoría económica, se podría comparar el coste de oportunidad de haber seguido con un sistema de tipo socialista como el de Alemania del Este —con un sistema sanitario planificado y un solo proveedor— con el de cambiar a uno más orientado al mercado como lo es el de la antigua República federal.

Por la literatura revisada, se pudo comprobar que la esperanza de vida empezó a tener una divergencia a partir de los años 70, cuando Alemania Occidental mejoraba mientras la Alemania del Este se estancaba. En el estudio llevado a cabo por Müller-Nordhorn et al. (2003) para ver la evolución de la tasa de mortalidad provocada por la enfermedad isquémica del corazón, se observa que en ambas partes de Alemania 10 años después de la reunificación pudieron observar que las ratios habían bajado considerablemente en ambas partes. En el periodo de 1991 al año 2000, en Alemania del Este, pasó de 222 a 169 muertes por cada 100.000 habitantes y en la parte occidental de 150 a 116 muertes por cada 100.000 habitantes.

El proceso de reunificación de las dos alemanias demuestra que se puede pasar de un sistema sanitario de planificación central a otro de tipo bismarckiano en el que existen más posibilidades para el paciente en un periodo relativamente corto de tiempo y todo ello con buenos resultados.

Reforma de la calidad —Qualität Gesundheitswesen Gesetz Reform—

Uno de los problemas que afrontan los sistemas universales y gratuitos como el español es la ausencia de percepción del coste que tiene. Esto lleva, en muchas ocasiones, a un exceso de demanda y una pérdida de recursos limitados. Esto se debe en gran medida a una falta de participación por parte del que recibe el servicio en la aportación del coste de la atención sanitaria. En la mayoría de los mercados, se puede asumir que la cantidad y los precios observados reflejan la interacción de las preferencias del consumidor con el coste que tiene producir esos bienes y servicios para las empresas. Bajo estas circunstancias, el consumidor, con sus ingresos —o restricción presupuestaria— y sus preferencias, compara los precios para posteriormente tomar una decisión de compra. Esto no ocurre así en la atención sanitaria de la mayoría de países y aún menos en países como España. Cuando es el Estado el principal

actor en la oferta del servicio, el coste no está representado en el precio al ser este prácticamente nulo. Sin tener esta referencia es muy fácil que se produzca una sobrecarga por el aumento de la demanda, con el correspondiente deterioro del servicio.

Este fenómeno ya lo analizó Hardin (1968) cuando describió una situación en la que varios individuos terminan con un recurso limitado o «común» —a pesar de que a nadie le interesa que suceda esa destrucción— por su tendencia a actuar en función del interés personal y de forma racional. Este dilema se le conoce como «la tragedia de los comunes»¹³. Para tratar de evitar esta circunstancia en el ámbito de la sanidad, varios países aportan cierta cantidad para orientar al usuario hacia un uso más adecuado. Un buen ejemplo es Alemania, donde a pesar de que el sistema es universal, los asegurados participan en el pago del servicio que utilizan con pequeñas aportaciones. Los análisis empíricos han demostrado que pequeñas aportaciones al servicio llevan a un uso más racional y eficiente. Esto lo saben en Alemania desde hace muchos años; desde que se empezó a utilizar este sistema de aportaciones, más que eliminarlas o reducir las, las han incrementado¹⁴.

En el sistema de aseguramiento social, los copagos se utilizan de forma habitual con aportaciones relativamente bajas si las comparamos con la media de la OCDE: en Alemania constituyen el 1,8% y en los demás países un 2,9% (OECD 2013). Aunque el contribuyente participa en el pago del servicio, el caso alemán no llega al grado de copago de otros sistemas de aseguramiento como puede ser el austriaco¹⁵. Aparte de que el sistema oficial tiene una cartera de prestaciones muy amplia, los copagos son relativamente bajos (Schölkopf 2010). El sistema también contempla la situación de las personas con rentas bajas que no se pueden permitir estos pagos y la de personas que tienen algún tipo de enfermedad crónica. Según los datos de la OCDE, el coste asociado al tratamiento hace que en Alemania las personas sean menos proclives a visitar al médico.

En el sistema oficial de aseguramiento sanitario, los copagos varían en cantidad y porcentaje según el tipo de servicio sanitario que se solicita. Algunos ejemplos son los siguientes:

- ⌘ 10 euros por la primera visita al médico de cabecera o especialista cada trimestre. Si la visita se produce sin un volante, se paga esta cantidad por cada una de las visitas;

¹³ Este dilema se utiliza en el análisis económico de los recursos comunes al implicar una contradicción entre los intereses de cada individuo y los bienes comunes o públicos.

¹⁴ El copago hospitalario pasó de ser 5 euros por día a 10 euros por día con un límite de 28 días.

¹⁵ En Austria, el copago llega a ser del 20% del total de coste sanitario generado.

- ⌘ en los medicamentos, se paga también un 10% con un mínimo de 5 euros. Existe un techo de 10 euros de copago para medicamentos con prescripción;
- ⌘ el copago hospitalario supone 10 euros por día con un límite de 28 días.

Una medida que Alemania utiliza para limitar la participación en el pago es el establecimiento de techos en relación al salario bruto de las familias: este suele ser un 2% en casos normales y un 1% en los casos en los que hay enfermedades crónicas. En este contexto, uno de los elementos de mayor interés para países como España es cómo trata Alemania el copago hospitalario.

En el sistema de aseguramiento social alemán hay un pequeño copago diario que le permite al usuario ser consciente del coste del servicio. Esta referencia de precios lleva a utilizar los servicios de forma más racional. Existen argumentos teóricos y evidencia empírica que refuerzan esta tesis. Según la teoría económica, el grado de utilización de un bien —como es en este caso la atención sanitaria— va a depender en gran medida de su elasticidad precio¹⁶. Una mayor elasticidad precio de la demanda del producto o servicio supondrá que al aumentar el precio del bien la cantidad demandada disminuirá, por lo que el paciente responderá al copago con una reducción en la utilización.

5. ¿Cómo llega el sistema de aseguramiento social a la universalidad?

La universalidad entendida como una cobertura sanitaria para todos sus habitantes no es exclusiva de los sistemas nacionales como el español. Sin embargo, la gente se cuestiona si existe otra manera de alcanzar esta cobertura con otras formas de organización. Un claro ejemplo alcanzando estos objetivos es Alemania, que también consigue la universalidad para una gran variedad de prestaciones sanitarias dando, al mismo tiempo, al paciente mayor responsabilidad sobre sus propias acciones.

La cobertura en este país ha sido siempre alta, pero desde el año 2009 se hizo obligatorio para todos los residentes estar asegurado. Según el artículo 5 del Sozialgesetzbuch, están asegurados de forma obligatoria en el Seguro de Enfermedad los trabajadores por cuenta

¹⁶ Se entiende la elasticidad precio de la demanda como la variación porcentual que experimenta la cantidad demandada de un bien cuando su precio sube en un 1%.

ajena, los empleados, los aprendices, así como los perceptores de prestaciones por desempleo y pensionistas (Art.5 SGB V).

Para alcanzar estos objetivos de universalidad¹⁷, el sistema de aseguramiento social funciona como cualquier seguro privado, pero con algunas diferencias importantes. Las múltiples cajas de seguro no pueden rechazar a ningún cliente por su estado de salud y sus cuotas van a depender de su salario y no de su riesgo como paciente. De esta manera, se evita que las aseguradoras busquen solo a los pacientes más sanos y que descarten a los demás¹⁸. Por otro lado, los que no gozan de buena salud no están expuestos a tener que pagar unas cuotas desorbitadas. En estas circunstancias tampoco les pueden variar las condiciones iniciales a lo largo de la vida de esa póliza. Las aseguradoras no salen perjudicadas por este hecho, porque el sistema está configurado para que, a través de un fondo común, reciban un plus por el riesgo del paciente. Con este funcionamiento, se evita una posible información asimétrica del sistema y las distintas partes conocen toda la información necesaria y pueden evitar que se generen incentivos perversos.

La mayor parte de la gente está asegurada mediante un sistema de aseguramiento semipúblico llamado GKV —Gesetzliche Krankenversicherung—, que cubre al 85% de la población. Este sistema semipúblico engloba a casi 70 millones de personas, de las cuales 51 millones son miembros de la caja, más sus dependientes. Para gente con mayores ingresos y autónomos, existe otro sistema conocido como PKW —Private Krankenversicherung— que engloba al otro 11% de población con cobertura privada. Los parados con derecho a prestación también están asegurados y aportando unas cantidades que proceden del servicio regional de empleo. El fondo de pensiones también detrae una cantidad de las personas jubiladas que se destina a la aseguradora. Los parados sin prestación y las personas con bajos ingresos están asegurados con una partida que se financia a través de impuestos.

A pesar de ser universal, el sistema alemán está diseñado para evitar lo que se conoce como riesgo moral o *moral hazard*¹⁹. Se ha conseguido que los asegurados compartan más los gastos de los servicios que utilizan. Esta circunstancia hace que las personas sean más

¹⁷ España, a través del Decreto 16/2012, limitó la asistencia a la población en situación irregular.

¹⁸ Esta actitud de buscar los pacientes más fáciles de tratar y más rentables se conoce por el término anglosajón como «cherry picking».

¹⁹ Estas son acciones perversas en las que puede incurrir una persona cuando se encuentra dentro de un contrato y sabe que pone a la otra parte en una circunstancia peor.

conscientes de los gastos que generan y hagan una utilización más eficiente del servicio para que los pacientes no tengan que esperar grandes periodos para ser tratados de sus dolencias.

6. Comparación de sistemas: España vs. Alemania

Es de sobra conocido en la comunidad científica que algunos datos oficiales relevantes relacionados con la pandemia del coronavirus no coinciden con los que realmente existen. Sucede, por ejemplo, por la forma de hacer el recuento, en el dato del número de contagiados y número de fallecidos. Esto lo analizamos a continuación.

En esta comparación utilizaremos, a parte de los indicadores mencionados —número de contagiados por COVID-19 y fallecidos por la misma enfermedad—, el número de camas hospitalarias y camas UCI que han resultado clave en el pico de la pandemia. Es importante señalar que no todos los números son el resultado de la eficacia del sistema sanitario. Muchos de estos, como el número de contagiados y fallecidos, están influidos en gran parte por factores externos al sistema sanitario. Uno de los principales factores son las políticas públicas llevadas a cabo en cada país: eficacia de las medidas de contención, confinamiento temprano, etc.

Personas contagiadas por COVID-19

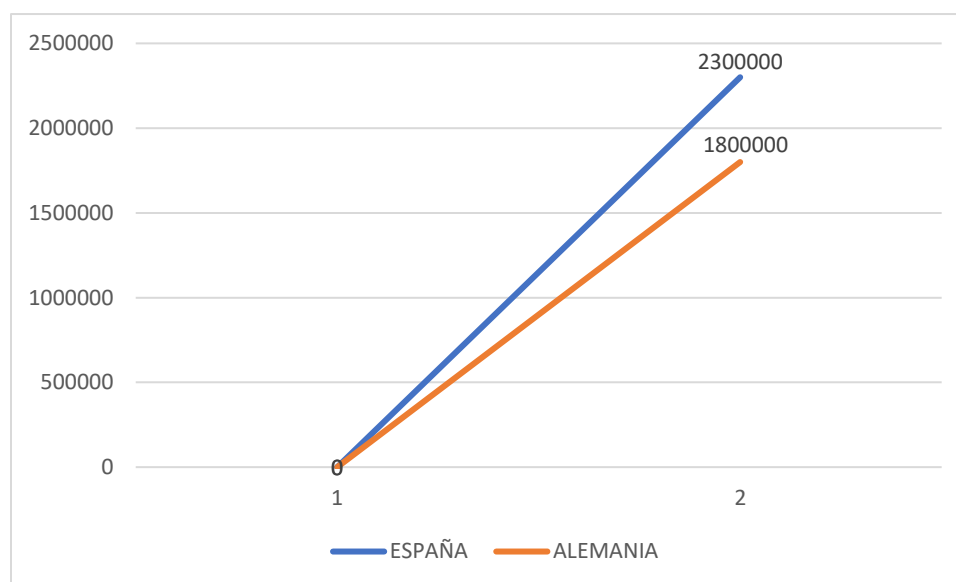
El número de personas contagiadas es un buen indicador para saber cómo han sido de efectivas las medidas de contención ejecutadas por los países a analizar. Sin embargo, la falta de medios para saber cuál es realmente la cifra de gente infectada ha llevado a las autoridades a contabilizar solo a aquellas personas que dieran positivo en pruebas PCR²⁰ —*polymerase chain reaction*—, que es más costosa, pero más segura. Por todo ello, y dada la escala de la pandemia, se deja de contabilizar a un gran número de personas con el virus.

Según la OMS, a 12 de agosto del 2020 había en España 327.000 contagiados. Sin embargo, estudios recientes (Martin-Barroso et al. 2020) vienen a multiplicar por 8 esa cifra. Utilizando datos a partir de muestras de gran tamaño, nos podemos acercar al valor real de forma indirecta y con cierto grado de confianza.

²⁰ PCR, o reacción en cadena de la polimerasa, es una técnica de biología molecular para amplificar un fragmento de ADN y con ello identificar un virus o bacteria.

El estudio de seroprevalencia ENE COVID-19 que ha realizado el Instituto de Salud Carlos III confirma este dato. Según este mismo informe, el 5% de la población española habría tenido el virus, lo que supone que 2,3 millones se han infectado. Otros estudios de institutos como FEDEA o la Universidad Politécnica de Cataluña vienen a confirmar esta cifra.

Gráfico 1.
Personas contagiadas por COVID-19
—1 de enero - 28 de abril del 2020—



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio de seroprevalencia del Instituto de Salud de la Universidad Carlos III y la Universidad de Bonn (2020).

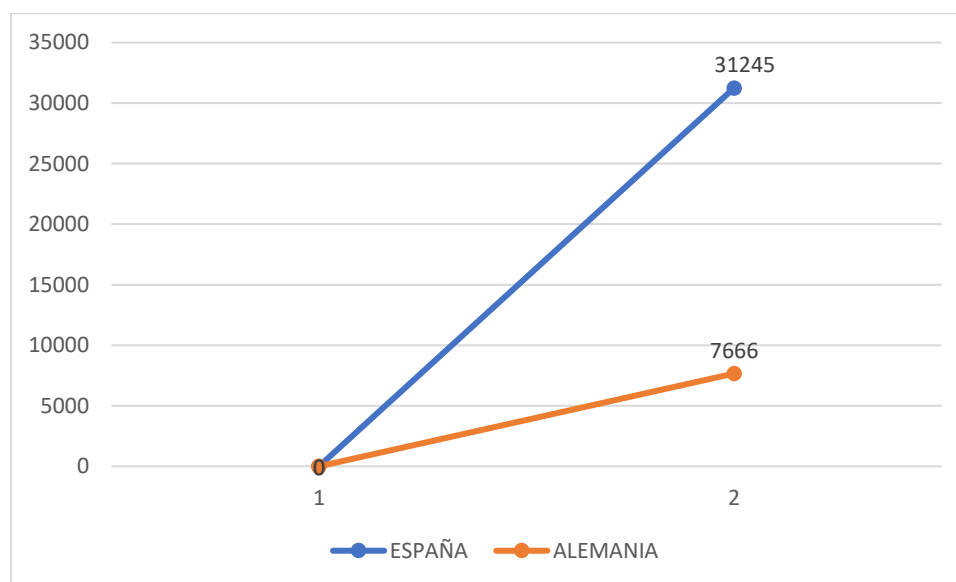
En el caso de Alemania, las autoridades del Instituto Robert Koch (RKI, 2020) confirman una situación similar. El dato oficial de infectados no coincide con el estimado por instituciones independientes. Según la OMS, Alemania contaba con 174.975 infectados a principios de mayo del 2020. El mismo director del Instituto Robert Koch reconoce que la cifra en Alemania para esa fecha podría ser de 1,3 millones de infectados, en torno a diez veces más de los registrados. Un estudio realizado por la Universidad de Bonn (Streeck 2020), el Heinsberg

Report, calculó a partir de los datos de Renania del Norte-Westfalia que en el país podría haber hasta 1,8 millones de infectados.

Número de fallecidos por COVID-19

En la cifra de fallecidos es donde más diferencias encontramos entre ambos países. El número de defunciones arroja luz sobre cómo de eficaces están siendo las medidas, especialmente entre la población más vulnerable, que es donde se encuentra el mayor número de muertos: personas de más de 70 años. A fecha de 16 de mayo de 2020, España registraba 27 459 defunciones mientras que Alemania registraba 7 900 según los datos de la OMS.

Gráfico 2.
Número de muertos por COVID-19
—1 de marzo a 8 de mayo del 2020—



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de MOMO (2020).

Como sucede con el dato de infectados, las cifras oficiales se quedan cortas al no incluir en ese total en ninguno de los dos países las muertes en residencias de ancianos o en las propias casas. Para tener una cifra más ajustada a la realidad, un buen indicador para valorar la epidemia es el exceso de fallecidos. Este dato nos permite saber cuánta gente ha fallecido por encima de lo habitual en ese mismo periodo comparándolo con el mismo del año anterior²¹.

Los datos de exceso de mortalidad (Instituto de Salud Carlos III 2020) se obtienen a partir del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria —MOMO— que elabora para España el Instituto de Salud Carlos III. Esta monitorización se empezó a hacer en algunos países de Europa para observar la evolución de epidemias de gripe y otras enfermedades. En el caso de Europa, el sistema se denomina EuroMOMO²² y participan 24 países. En España, según el Ministerio de Sanidad, a fecha del 8 de mayo habían fallecido 26 299 personas. Sin embargo, si observamos el exceso de fallecidos del 17 al 8 de mayo, la cifra es de 31 245 defunciones²³. La diferencia es de 4 946 personas no contabilizadas.

En el caso de Alemania, por los datos que ofrece EuroMOMO, no existe, al menos hasta mediados de abril, un exceso de muertes apreciable. Siendo esto así, el dato oficial de Alemania se ajusta más a la realidad al no tener tantos fallecidos en residencias. La organización independiente The Health Foundation estima un exceso 440 personas que perdieron la vida del 25 de marzo al 5 de abril. Tampoco el Instituto de Estadística Alemán —Statistisches Bundesamt— refleja el exceso. Según esta institución, en marzo murieron menos de la media del 2016-2019 y en abril algo más de la media de ese mismo periodo.

A parte de la efectividad de las medidas de confinamiento, la capacidad de los equipamientos de los sistemas sanitarios también va a influir en el número de muertos y en el de pacientes recuperados. Con ello, nos referimos al número de hospitales, camas, respiradores etc. En este estudio, para comparar los recursos hemos utilizado el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes que está disponible en la OCDE 2020. Según esta organización, «el número de camas proporciona una indicación de los recursos para prestar servicios a pacientes hospitalarios».

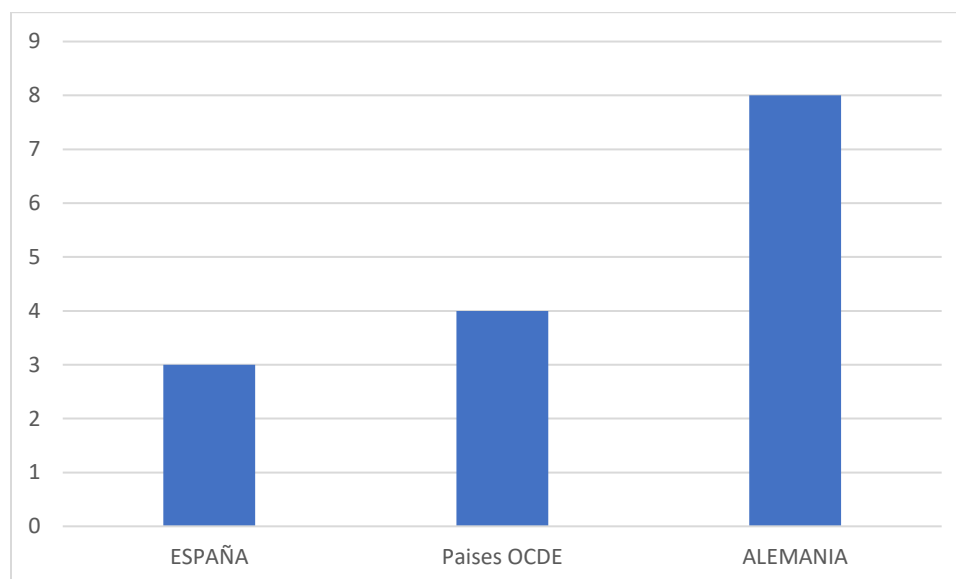
²¹ Normalmente se hace una media de los 3 o 4 años anteriores.

²² Es una red de cooperación apoyada por el Centro Europeo para la Prevención de Enfermedades y Control —ECDC— y la Organización Mundial de la Salud —OMS—.

²³ Es de esperar que en un estado de alarma sin casi accidentes de tráfico u otras causas de mortalidad, este exceso de muertes se pueda atribuir a la pandemia del coronavirus.

Gráfico 3.

Número de camas hospitalarias por cada mil habitantes

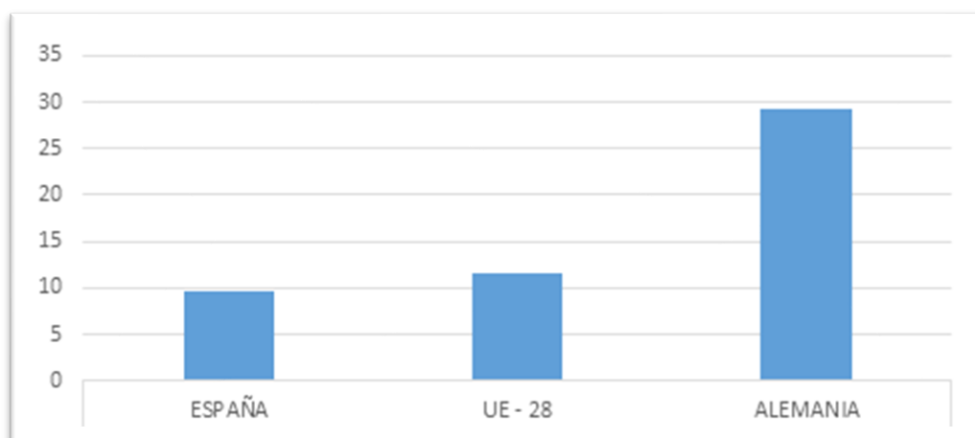


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE (2020).

Como se observa en el gráfico, Alemania tiene más del doble de camas por cada mil habitantes —8 camas/mil habitantes—. En cuanto a este recurso hospitalario, España está a la cola de Europa con 3 camas por cada mil habitantes. Conviene señalar que, tal y como cuenta la OCDE, es cierto que en todos los países existe una tendencia a la reducción de esta cifra desde principio de este siglo (OCDE 2019).

Por último, otro equipamiento que ha sido problemático para muchos países por su escasez ha sido el número de camas en las unidades de cuidados intensivos —UCI—. La disponibilidad de camas UCI puede significar la supervivencia a un paciente en estado crítico. Según el estudio realizado por Rhodes, Ferdinande y Flaatten en 2012, llamado «The Variability of Critical Care Bed Numbers in Europe», Alemania es el 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.

Gráfico 4.
Número de camas UCI por cada 100.000 habitantes



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2012.

Resultados e interpretación de la comparación

A la hora de interpretar los datos de contagiados y fallecidos, se pueden obtener resultados bastante convincentes. Utilizando los datos del estudio de seroprevalencia del Instituto Carlos III y el exceso de mortalidad aportado por MOMO, podemos obtener la tasa de letalidad²⁴ que tiene el COVID-19 en España. El exceso de muertes en el periodo del 17 marzo al 8 de mayo se sitúa en 31.245 personas. Por otro lado, según el estudio citado tenemos 2,3 millones de contagiados. La tasa de letalidad sería del 1,4%. En el caso de Alemania, con 1,8 millones de contagiados según la Universidad de Bonn y 7.666 fallecidos²⁵ durante el mismo periodo, obtenemos una tasa de letalidad del 0,4%. En este mismo sentido, si España tuviera el índice de letalidad de Alemania, se hubieran salvado 21.449 personas.

Por otro lado, está el no menos importante análisis de los recursos sanitarios. El número de camas hospitalarias y camas UCI con respirador salva 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 con respecto al número de camas —8,28 en Alemania por las 2,96 por cada mil habitantes de España— se podría interpretar como resultado de una mayor

²⁴ Número de fallecidos por número de infectados.

²⁵ El dato viene del número de fallecidos oficiales a 8 de mayo (7 266 bajas) más los 400 muertos no contabilizados que añade la Health Foundation.

riqueza por parte de los alemanes, que por ello gastarían más en sanidad y tendrían un mayor número de camas. Sin embargo, esto no es una cuestión de financiación. Los países de la OCDE se mueven en una banda de gasto sanitario bastante similar²⁶, a excepción de Estados Unidos que gasta el 18% del PIB en sanidad.

Precisamente, el país que más gasta tiene una ratio de camas similar al nuestro, 2,89 camas por cada mil habitantes. Esto viene a demostrar que no es un tema de recursos económicos, sino del modelo sanitario que cada país elige. España tiene un menor número de hospitales, pero de mayor tamaño y en los que las camas se utilizan de una forma más intensa, con mayor número de procedimientos y, por consiguiente, de una forma más eficiente. Sin embargo, Alemania opta por tener más hospitales, pero más pequeños y con un exceso de capacidad. El uso e intensidad de los procedimientos por cama es menor y, por lo tanto, desde el punto de vista económico menos eficiente.

A pesar de lo anterior, el exceso de capacidad que tiene Alemania le permite dar una respuesta mejor a cualquier tipo de pandemia que pudiera haber, no solo a la del coronavirus. Un ejemplo de ello es lo que sucede cada invierno con la gripe. El modelo español está diseñado para tener una mayor ratio de ocupación durante todo el año y al tener poco exceso de capacidad, no puede hacer frente a una necesidad temporal tan grande como esta pandemia exige.

7. Conclusiones y recomendaciones

El principal hallazgo del estudio del sistema sanitario alemán es que su estructura y organización le permite un mayor grado de flexibilidad y le hace ser más resiliente ante una crisis sanitaria como la del COVID-19. En primer lugar, la colaboración entre laboratorios, aseguradoras, hospitales y organizaciones de la sociedad civil —Comité Común Federal CCF— permite actuar de forma preventiva, reaccionando antes y de forma local²⁷. Esto es posible, ya que pueden tomar decisiones, sin necesidad de una autorización gubernamental.

²⁶ Alemania gasta un 11,2% de su PIB en sanidad, mientras que la media de la Unión Europea es del 9,9%.

²⁷ Esta capacidad de adaptación viene de la mayor presencia de la sociedad civil en la organización y en la gestión del sistema sanitario (Oberman et al. 2012). Esta presencia permite tener una mejor percepción de cuáles son las necesidades locales y ahorra procesos en términos de burocracia.

Por otro lado, el exceso de capacidad que tienen los hospitales alemanes —muchas más camas que la media de la Unión Europea tanto en habitaciones convencionales como en la UCI— les permite afrontar mejor situaciones de estrés como las vividas en la pandemia del coronavirus. Este exceso depende más del modelo de sistema sanitario que de la inversión que el país destina a la sanidad.

De las principales reformas llevadas a cabo en Alemania, especialmente aquellas derivadas de la reunificación, se demuestra que un sistema con un único pagador, el Estado —como ocurre en países como España— puede transitar hacia otro en el que haya una mayor libertad de elección de asegurador y de hospitales.

Una vez visto que los rebrotes de este virus, pero también de otras enfermedades, estarán presentes en nuestro futuro, España y otros países con un sistema sanitario similar podrían incorporar elementos del modelo alemán. Adoptar un comité del tipo del Comité Común Federal CCF alemán en el que todos los actores se vean representados —desde hospitales públicos y privados hasta pacientes— puede ser un primer paso. Por último, reorientar los recursos para aumentar la capacidad de las clínicas y centros sanitarios permitiría estar mejor preparados para futuras pandemias.

Referencias

- Berwick Donald y Andrew Hackbarth. 2012. «Eliminating waste in US health care», *JAMA* 307 (14): 1513-1516.
- Bidgood, Elliot, Emily Clarke, David Green y Benedict Irvine. 2013. *Healthcare Systems: Germany* Civitas. <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/germany.pdf>.
- Chandra, Amitabh, Jonathan Gruber y Robin McKnight. 2006. «Medical Price Sensitivity and Optimal Health Insurance for the Elderly». Working paper.
- Datosmacro. 2020. <https://datosmacro.expansion.com>.
- Davis, Karen, K. Stremikis, Kistof Squires, David Squires y Cathy Schoen. 2014. *Mirror, Mirror, on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. New York y Washington: The Commonwealth Fund.

- Dixon, Anna. 2002. Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care? *Croatian Medical Journal*, 43 (4): 408-416.
- EuroMOMO. 2020. <https://www.euromomo.eu>.
- Gay, Juan G., Valerie Paris, Marion Devaux y Michael de Looper. 2011. *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues*. OECD Health working papers, número 55. Francia: OECD Publishing.
- Gomez, Luis. 2020. «La respuesta alemana a la crisis sanitaria». Canal de YouTube del Instituto Juan de Mariana, acceso el 20 de mayo del 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=Gn-VFGVvEGQ>.
- Goodman, John. 2004. *Statement on Health Savings Account. Testimony Before the U.S. Senate Special Committee on Aging*. <http://www.ncpathinktank.org/pdfs/tst20040519.pdf>.
- Hadad, Sharon, Yossi Hadad y Tzahit Simon-Tuval. 2011. «Determinants of Healthcare System's Efficiency in OECD Countries». *The European Journal of Health Economics* 14: 253–265.
- Hardin, Garret. 1968. «The Tragedy of the Commons». *Science*, 162 (3859): 1243-8.
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). 2020. *Informes MoMo*. Instituto Carlos III.
- Leiber, Simone. 2007. «Transposition of EU Social Policy in Poland: Are There Different Worlds of Compliance in East and West?» *Journal of European Social Policy* 17 (4): 349-360.
- Light, Donald W. 1985. «Values and Structure in the German health care systems». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 63 (4): 615-647.
- López Casanovas, Guillem. 2007. «Reflexiones sobre el futuro de la sanidad privada en España». Universidad Pompeu Fabra. <https://bit.ly/31COPmy>.
- Martín-Barroso, David, Juan A. Nuñez-Serrano, Jaime Turrión y Francisco J. Velázquez. 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.
- Müller-Nordhorn, J., K. Rossnagel, W. Mey y S. N. Willich. 2004. «Regional Variation and Time Trends in Mortality from Ischaemic Heart Disease: East and West Germany 10 Years after Reunification». *Journal of Epidemiology and Community Health* 58 (6): 481-485.
- Newhouse, Joseph P. y el Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press.
- Obermann, Konrad, Peter Müller, Hans-Heiko Müller, Burkhard Schmidt y Bernd Glazinski. 2013. *The German Health Care System: A Concise Overview*. Ratgeber-Verlag.
- OECD. 2013. «Health at a Glance 2013. OECD Indicators». OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

- OECD. 2017. «*OECD Health Statistics 2014 – Frequently Requested Data*», OECD, acceso el 15 de abril del 2020, <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.
- OECD. 2020. «*OECD Health Statistics 2014 – Frequently Requested Data*», OECD, acceso el 20 de mayo del 2020, <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.
- Rhodes, A., Patrick Ferdinande, Hans Flaatten y Bertrand Guidet. 2012. «The Variability of Critical Care Bed Numbers in Europe». *Intensive Care Medicine* 38 (10): 1647–1653.
- RKI. 2020. Robert Koch Institut. Tägliche Situationsbrechete.
- Schölkopf, Martin. 2010. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Selby, Joe V., Bruce H. Fireman y Bix E. Swain. 1996. «Effect of a Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization». *The New England Journal of Medicine* 334 (10): 635-642. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603073341006#article_references.
- Skousen, Mark. 2009. *The Making of Modern Economics. The lives and the Ideas of the Great Thinkers*. Nueva York: Routledge.
- Stone, Deborah A. 1980. *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*. Chicago: University of Chicago Press.
- Streek, Hendrik. 2020. *Heinsberg Report*. University of Bonn.
- Tiemann, Oliver, Jonas Schreyögg y Reinhard Busse. 2011. «Which type of hospital ownership has the best performance? Evidence and Implications for Germany». *Eurohealth* 17: 31-33.
- World Health Organization (WHO). 2020. «Coronavirus Disease (COVID-2019) Situation Reports», acceso el 10 de agosto del 2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.