

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE ESPAÑA Y KENIA



TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

Curso 2024-2025

Autor: Maria Teresa Arjona Rodríguez

Tutores: Dr. José Javier Castrodeza Sanz
Dra. María del Camino Prada García

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que ha hecho posible que viva esta experiencia, como tantas otras, sin soltarme nunca la mano. Gracias por haber confiado en mí cuando yo no lo hacía, por el amor sin límites y por impulsarme a cumplir mis sueños. Sin vosotros nada hubiese sido posible.

A mis amigos y compañeros de vida, que han hecho de estos seis años los mejores de mi vida. Gracias por estar ahí siempre, por sostenerme y por hacerme ver que no he estado sola ni un segundo de este camino.

En especial, a Miri, con quien he tenido la suerte de compartir no solo este viaje, sino una parte esencial de mi vida. Gracias por ser mi compañera de aventuras siempre y por haber hecho esta experiencia aún más mágica.

I cannot end this without thanking Gatanga and all the incredible people I met there, who welcomed us with a warmth I will never forget. You have taught me that the true value of medicine lies in the love with which care is given. Asante sana.

A special thanks to Emma, our "African mum" who never stopped caring for us and offering her unconditional support. Your dedication and kindness will always remain in my heart.

Este trabajo es para todos aquellos que defienden que la salud debe ser un derecho y no un privilegio, y para quienes lo dan todo para conseguirlo. Porque la vida, en cualquier parte del mundo, debe ser cuidada y protegida con amor y humanidad.

1	RESUMEN/ABSTRACT	2
2	INTRODUCCIÓN.....	3
2.1	¿Qué es la salud?.....	3
2.2	Contextualización de los sistemas sanitarios de Kenia y España	3
2.3	Relevancia del estudio	4
2.4	Justificación	4
2.5	Objetivos	4
3	METODOLOGÍA.....	5
3.1	Tipo de estudio.....	5
3.2	Fuentes de información.....	5
3.3	Criterios de inclusión y exclusión	5
3.4	Análisis de la información	5
4	ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA SANITARIO DE KENIA Y ESPAÑA	5
4.1	ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	6
4.1.1	Organización del Sistema Sanitario en Kenia.....	6
4.1.2	Organización del Sistema Sanitario en España	7
4.1.3	Comparación de la organización de ambos sistemas sanitarios	8
4.2	FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.....	8
4.2.1	Financiación del Sistema Sanitario en Kenia.....	8
4.2.2	Financiación del Sistema Sanitario de España	9
4.2.3	Comparación de la financiación de ambos sistemas sanitarios	10
4.3	ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA	10
4.3.1	Acceso a la atención sanitaria en Kenia.....	10
4.3.2	Acceso a la atención sanitaria en España.....	11
4.3.3	Comparación del acceso a la atención sanitaria en ambos países	12
4.4	ENFERMEDADES PREVALENTES Y DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA	12
4.4.1	Enfermedades prevalentes y desafíos en Kenia	12
4.4.2	Enfermedades prevalentes y desafíos en España	13
4.4.3	Comparación enfermedades prevalentes y desafíos de salud de ambos países.....	14
5	INICIATIVAS DE MEJORA EN EL SISTEMA SANITARIO DE KENIA.....	14
5.1	INICIATIVAS NACIONALES	15
5.2	INICIATIVAS INTERNACIONALES	15
6	EXPERIENCIA DE VOLUNTARIADO EN KIRWARA SUB-COUNTY HOSPITAL	16
7	FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	18
8	CONCLUSIONES	18
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
10	ANEXOS.....	21
10.1	Figuras	21
10.2	Tablas.....	23
10.3	Ilustraciones.....	24

1 RESUMEN/ABSTRACT

El análisis comparativo de dos sistemas sanitarios de países con una realidad socioeconómica y demográfica muy distinta permite conocer las desigualdades y retos globales en salud; así como posibles soluciones que proponer.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo de los sistemas sanitarios de Kenia y España para conocer cómo las diferencias demográficas, socioeconómicas y políticas pueden influir en la salud de un país.

Este proyecto se ha realizado mediante una revisión bibliográfica narrativa, principalmente, de fuentes institucionales oficiales, y de bibliografía científica. Además, se ha complementado con las observaciones directas de una experiencia personal de voluntariado en Kenia.

Conseguir un acceso a la salud universal, equitativo y gratuito es algo que Kenia todavía no ha logrado, especialmente en áreas rurales. Una de las principales dificultades son los pagos directos que deben asumir los pacientes. Además, el sistema sanitario se está enfrentando a una doble presión: a la persistencia en las enfermedades transmisibles se suma el incremento de las no contagiosas. Aunque los programas nacionales e internacionales han conseguido mejoras, los desafíos persisten y evolucionan.

En cambio, España sí garantiza un acceso sanitario universal, pero también se enfrenta a dificultades, como el envejecimiento de la población, que incrementa la demanda y la presión sobre el sistema, especialmente en las zonas rurales.

Esta tesis destaca la necesidad de seguir trabajando para asegurar la equidad global en salud y anima, tanto a estudiantes como profesionales sanitarios, a experimentar una vivencia de este tipo para ejercer la profesión con responsabilidad y justicia social.

The comparative analysis of two sanitary systems from countries with distinct socioeconomic and demographic realities enables uncover global health disparities and challenges; as well as potential remediations to propose.

The objective of this thesis is to conduct a comparative analysis of Kenia's and Spain's sanitary systems to depict how demographic, socioeconomic and political differences can influence a country's health.

This project consists of a narrative literature review from mainly institutional official sources and scientific journals. Furthermore, this is complemented with direct observations from a personal volunteering experience in Kenia.

Kenia has not succeeded in accessing universal, equitable and free health, specially in rural areas. One of the main barriers is the out-of-pocket payments that patients need to take on. Moreover, Kenia's health system faces a double barrier: persistent communicable

diseases and increasing non-communicable diseases. Challenges persist and evolve despite improvements achieved through national and international programmes.

However, Spain does guarantee universal access to health, but also faces challenges, like aging population, which increases system demand and pressure, specially in rural areas.

This thesis highlights the need to continue working towards ensuring global health equity and encourages both medical students and professionals to partake in a similar experience to deliver with responsibility and social justice in this profession

2 INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo de fin de grado se realizará un análisis comparado del sistema sanitario de Kenia y España. Además, se comentarán las principales iniciativas destinadas a fortalecer el sistema sanitario de Kenia. Finalmente, se ofrecerá una perspectiva más humanista y cercana de la situación sanitaria del país africano mediante una breve exposición de la experiencia personal adquirida la realizar un voluntariado médico en Kenia.

2.1 ¿Qué es la salud?

La Organización Mundial de la Salud define (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Alcanzar el máximo grado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ciudadano, sin distinción alguna. Las diferencias socioeconómicas y políticas entre poblaciones generan grandes brechas en la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria [1].

El sistema sanitario se puede definir como el conjunto de recursos humanos, infraestructuras, medios financieros y políticas organizadas con el fin de promover, proteger y mejorar la salud de la población. Su gestión puede depender de entidades públicas, privadas, de prestaciones y subvenciones de donantes; o de una combinación entre ellas.

2.2 Contextualización de los sistemas sanitarios de Kenia y España

En España, todas las estructuras y servicios públicos necesarios para asegurar el derecho a la salud y a la atención sanitaria se integran en el Sistema Nacional de Salud (SNS); el cual recoge el conjunto de los servicios ofrecidos por parte de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Tres de las características principales que definen el SNS son: universalidad, equidad y gratuidad. Además, asegura ofrecer una atención completa a la salud (promoción, prevención, curación y rehabilitación) [2].

Por otro lado, el sistema sanitario de Kenia también adopta un modelo descentralizado, cuya gobernanza se divide entre el gobierno central y los gobiernos de los condados.[3] Sin embargo, el país presenta numerosas dificultades para conseguir

brindar una cobertura sanitaria universal. Una de las principales amenazas son los pagos directos o de bolsillo que los ciudadanos deben asumir para tener acceso a ciertos servicios y recursos de su sanidad pública. Esta situación provoca una importante desigualdad en la accesibilidad a la sanidad; sobre todo en las zonas rurales y aisladas que no disponen de los recursos económicos necesarios.[4]

2.3 Relevancia del estudio

Este estudio resulta especialmente relevante en un contexto mundial marcado por las grandes desigualdades en el acceso a la salud. Vivir en un país desarrollado como España, donde la sanidad es universal, de calidad y gratuita, puede provocar que no seamos conscientes de las posibles dificultades a las que se enfrentan otros países.

Este análisis permite comparar como los distintos factores socioeconómicos, culturales y políticos influyen en algo tan esencial y primordial como es la salud; fomentando una reflexión crítica sobre la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios de países con contextos tan diferentes.

El estudio del sistema sanitario keniano permite comprender los retos a los que se enfrentan los países en desarrollo, como la falta de recursos, infraestructuras y personal; así como posibles soluciones. En cambio, el estudio del sistema sanitario español muestra un modelo de país desarrollado que asegura el acceso a la salud y servicios sanitarios de calidad, amplia cobertura y gratuitos para la población.

2.4 Justificación

El motivo por el cual se escogió este tema para el trabajo de fin de grado tiene su origen en la realización de un voluntariado médico en Kenia durante el mes de julio de 2024, que me permitió conocer de cerca el funcionamiento de su sistema sanitario. Esta vivencia despertó el interés por comparar los modelos de salud de Kenia y España, con el objetivo de comprender sus similitudes, diferencias y desafíos.

2.5 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar cómo las diferencias sociales, económicas y políticas pueden influir en el funcionamiento y la accesibilidad de algo tan esencial como es la salud, e identificar qué estrategias pueden adoptarse en contextos con recursos limitados para avanzar hacia una cobertura sanitaria equitativa y universal.

Para poder alcanzar este objetivo general se han planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Describir y comparar las características básicas de ambos sistemas.
2. Revisar iniciativas de mejor en Kenia nacionales e internacionales.

3. Ofrecer una visión más humanista y cercana desde una experiencia personal en un hospital keniano.

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Este documento es un análisis comparativo descriptivo elaborado mediante una revisión bibliográfica narrativa, complementado con un componente cualitativo al incluir las observaciones de una vivencia personal.

3.2 Fuentes de información

Se han consultado, principalmente, fuentes institucionales oficiales, como el Ministerio de Sanidad de Kenia y España, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, entre otros. Además, se han empleado datos estadísticos del INE y el Banco Mundial. También se han empleado bases de datos científicas especializadas, como *PubMed*, y revistas científicas relacionadas con la salud pública y los sistemas sanitarios.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron documentos oficiales, artículos científicos, informes técnicos y estrategias nacionales e internacionales centradas en la organización, financiación, accesibilidad y evaluación de los sistemas sanitarios. Se excluyeron materiales cénicos, no relacionados, desactualizados o sin un respaldo institucional o científico.

3.4 Análisis de la información

La información recopilada fue organizada según los principales apartados del proyecto. En lo relacionado a la estructura, financiación, acceso y enfermedades prevalentes se realizó un análisis comparativo entre ambos países. También se integró un análisis bibliográfico sobre iniciativas de mejora para el sistema sanitario keniano. Finalmente, se realizó una reflexión crítica basada en la experiencia personal de voluntariado en un hospital en Kenia.

4 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA SANITARIO DE KENIA Y ESPAÑA

En esta sección se realizará un análisis comparativo del sistema sanitario de Kenia y el de España, centrándose en su organización y estructura, financiación, accesibilidad y enfermedades más prevalentes para identificar los principales retos en cada país.

4.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

La manera en la que un país organiza su sistema sanitario influye tanto en la calidad, como en la cobertura de los servicios que este ofrece. En este apartado se explicará detalladamente la organización y la estructura del sistema sanitario de ambos países.

4.1.1 Organización del Sistema Sanitario en Kenia

Desde 2010, la Constitución de Kenia establece un sistema sanitario descentralizado, gobernado a nivel nacional y por condados. El nivel estatal, gobernado por el Ministerio de Sanidad (*MOH*), se encarga, sobre todo, de la administración, formulación de nuevas políticas y normas y de la capacidad de las instalaciones; gestionando solo los hospitales de referencia nacional. Los condados se encargan de la implementación de estas políticas y garantizan la disponibilidad de los recursos en colaboración con el gobierno central [3].

Respecto a la estructura, el sistema sanitario se organiza mediante una jerarquía formada por seis rangos [5,6]:

- ~ **Nivel 1: servicios comunitarios de salud.** Corresponde a las Unidades de Salud Comunitaria. Se encargan, principalmente, de la prevención y promoción de la salud; por ejemplo, mediante los programas de vacunación, lavado de manos y concienciación sobre la salud maternal. Los servicios son ofrecidos en casa o en foros de salud comunitarios, como las escuelas.
- ~ **Nivel 2: clínicas y dispensarios.** Este escalón cubre los servicios ambulatorios básicos y se encarga de enfermedades menores; así como de la atención materna.
- ~ **Nivel 3: centros de salud.** Ofrecen servicios ambulatorios y hospitalarios básicos, y se pueden realizar cirugías menores. Son los centros de referencia del nivel anterior.
- ~ **Nivel 4: hospitales de referencia primaria, de los condados.** Estos centros aparte de ofrecer una atención ambulatoria y hospitalaria, cuentan con un servicio de laboratorio y con quirófanos para realizar intervenciones quirúrgicas sencillas.
- ~ **Nivel 5: hospitales de referencia secundaria.** Manejan los casos complicados que no pueden ser atendidos en el escalón anterior e incluyen más especialidades, como Cardiología y Neurología. Además, son centros de formación para estudiantes del área sanitaria.
- ~ **Nivel 6: hospitales de referencia terciaria o nacional.** Ofrecen una atención muy especializada, y son centros de formación e investigación. Son los únicos gestionados por el Estado.

Se espera de estos niveles que muestren una acción coordinada, con el objetivo de proporcionar la cartera básica de servicios sanitarios, ofreciendo la prevención y promoción de la salud, servicios curativos y de rehabilitación.

El sector privado de la sanidad juega un papel fundamental en el sistema sanitario de Kenia. Ofrece una calidad mayor que el público, con listas de espera menores y tecnologías más avanzadas. A diferencia de la sanidad pública, este sector está financiado por las cuotas cobradas a los pacientes y por las aseguradoras. Podremos encontrar desde hospitales privados, clínicas y centros de especialidades gestionados por profesionales [7].

Por otra parte, cuentan con hospitales gestionados por organizaciones religiosas y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), que ofrecen los servicios sanitarios a un coste asequible.

4.1.2 Organización del Sistema Sanitario en España

La sanidad pública en España está gestionada a través del Sistema Nacional de salud, el cual está compuesto por el conjunto de servicios sanitarios públicos necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, asegurando la accesibilidad de la atención sanitaria para toda la población [2]. Desde el año 2002, este sistema se estructura de forma descentralizada. Por un lado, el Estado, a través del Ministerio de Sanidad, desempeña un papel esencial en la definición del marco normativo común del SNS. Sus funciones incluyen el establecimiento de las bases y los sistemas de relación interadministrativa necesarios para asegurar una acción coordinada entre el Gobierno Central y los regionales. Por su parte, cada Comunidad Autónoma cuenta con su propio Servicio Regional de Salud. Por ejemplo, en Castilla y León esta función recae en el SACyL [8]. Estos organismos son responsables de la organización, gestión y provisión de los servicios sanitarios en su territorio correspondiente. Una excepción a este modelo descentralizado son las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, cuya gestión sanitaria depende directamente del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), organismo perteneciente al Ministerio de Sanidad; por lo que la gestión sanitaria de estos lugares sí que es centralizada[9].

A nivel estructural el SNS está organizado en dos niveles asistenciales:

- ~ **Atención primaria.** Incluye centros de salud y consultorios locales, donde se atiende de forma ambulatoria o domiciliaria. Sus prestaciones abarcan la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes, tanto a nivel individual, como colectivo. Se ofrecen también cuidados paliativos, salud bucodental y mental.
- ~ **Atención especializada.** Comprende centros de especialidades y hospitales, brindando una atención ambulatoria y hospitalaria. Se accede mediante la derivación desde atención primaria, cuando esta no puede resolver el problema de salud [2].

El sector sanitario privado en España funciona como complemento del SNS. Los usuarios pueden acceder a él mediante aseguradoras o pagos directos. Aunque la sanidad pública cubre todas las necesidades sanitarias gratuitamente, algunos optan por el sector privado para reducir tiempos de espera, elegir los profesionales o por la mayor comodidad que suelen ofrecer. Este modelo mixto permite una flexibilidad adicional para aquellos que buscan una atención más ágil, pero sin renunciar a los beneficios del SNS.

4.1.3 Comparación de la organización de ambos sistemas sanitarios

Tanto en España como en Kenia, la organización sanitaria se caracteriza por su descentralización administrativa, favoreciendo una mayor autonomía en la gestión de los recursos. Sin embargo, esta descentralización también plantea desafíos importantes, como la aparición de desigualdades territoriales en el acceso y la calidad de los servicios; así como dificultades en la generación de respuestas coordinadas en situaciones complejas. Respecto a la estructura, el sistema sanitario keniano se organiza en 6 niveles jerárquicos hospitalarios, mientras que el español distingue dos niveles de atención: primaria y especializada. Una de las principales diferencias a destacar entre ambos países es la marcada desigualdad entre el sector público y el privado en el ámbito sanitario que existe en Kenia, donde la mayor calidad de los servicios se ofrece en el sector privado, perjudicando a las personas con menos recursos. En cambio, en España el SNS asegura una asistencia sanitaria pública, gratuita y de calidad.

4.2 FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

En este apartado se examinará de forma detallada el modelo de financiación del sistema sanitario en España y Kenia. Este análisis permitirá comprender las prioridades de cada sistema en términos de inversión en salud y sus principales métodos de financiación.

4.2.1 Financiación del Sistema Sanitario en Kenia

El Ministerio de Sanidad de Kenia publicó en enero de 2025 el informe *“National and County Health Budget analysis. FY 2023/24”*, que analiza detalladamente la distribución de los recursos destinados al sector salud. En el último año fiscal el 9.7 del presupuesto nacional se destinó a la salud, un 4.2% más que en el 2013/14 ([Figura 1](#)). Los fondos son transferidos por *The National Treasury* (organismo equivalente al Ministerio de Hacienda en España) tanto al Ministerio de Sanidad (50%), como a los gobiernos locales (50%), que establecen sus prioridades sanitarias según las necesidades regionales.

A nivel nacional, Gobierno Central distribuye los recursos entre diez sectores, situándose la sanidad en la sexta posición. Además de las asignaciones gubernamentales, el Ministerio

de Sanidad recibe fondos de préstamos y subvenciones de donantes nacionales e internacionales, reflejando así un modelo de financiación mixta.

A nivel local, las asignaciones destinadas a la salud fluctúan entre los condados y los recursos destinados a la sanidad han disminuido desde un 29,2% en 2020/21, a un 26,5% en 2023/24. El gobierno recomienda fortalecer los sistemas tributarios locales para disminuir la dependencia del gasto compartido.

Kenia emplea un modelo de presupuestación basado en programas, asignando los fondos en función de unos objetivos definidos. Con esta medida se pretende optimizar la utilización de los fondos públicos, mejorando la eficiencia, aumentando la transparencia en su gestión y reduciendo el riesgo de corrupción. Los programas de prevención y promoción de la salud son a los que se le asignan menos recursos [\(Figura 2\)](#) [10].

Respecto a los principales métodos de financiación de la sanidad, Kenia sigue un modelo mixto en el que se encuentran recursos públicos (transferencias gubernamentales y el sistema de seguridad social), privados (pagos directos o del bolsillo) y organismos donantes. Casi la mitad de los recursos provienen de transferencias gubernamentales; no obstante, los pagos directos representan un cuarto de la financiación de la sanidad, lo que dificulta su acceso a la población [11].

4.2.2 Financiación del Sistema Sanitario de España

A nivel nacional, el SNS se articula en torno a tres entidades gestoras, siendo el Instituto Nacional de la Seguridad Social la principal fuente de financiación. En el ámbito autonómico, cada Comunidad ha desarrollado su propio *Servicio Regional de Salud*, encargado de gestionar sus propios servicios y los recursos asignados [12].

En 2022, el gasto público interno en salud supuso el 15.2 % del gasto público total, superando la media global (10.8%) y europea (13.6%) [\(Figura 3\)](#). La gran mayoría (91.57%) fue gestionado por las Comunidades Autónomas; y el resto por mutualidades de funcionarios, Seguridad Social, Administración central y las corporaciones locales [13,14].

Los recursos se asignan en mediante programas y proyectos con unos objetivos definidos. En 2023, la función sanitaria con mayor peso fue la asistencia curativa y de rehabilitación (57.2%), seguida de la financiación de productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios. A nivel regional, la mayor parte del gasto fue dedicado a la remuneración de personal [13,15].

Respecto a los medios de financiación, el SNS es público y solidario, basado en los impuestos generales, principalmente. Las cotizaciones sociales, gestionadas por mutuas de accidente de trabajo y otras entidades, representan una mínima parte de los recursos. El

Estado se encarga de transferir los recursos a las Comunidades Autónomas, que determinan qué proporción es designada a la sanidad. Los copagos representan una mínima parte de sistema, y corresponde, sobre todo, a medicamentos y productos ortoprotésicos [9,16].

4.2.3 Comparación de la financiación de ambos sistemas sanitarios

En ambos países la distribución de los recursos se realiza a través de programas con objetivos definidos, buscando eficiencia y transparencia. Sin embargo, la prevención y promoción de la salud son áreas poco priorizadas.

Respecto al gasto sanitario, Kenia destinó el 9.7% de su presupuesto nacional en 2023/24; mientras que en España alcanzó el 15.2% en 2022, superando la media global y europea. En Kenia el 50% de los recursos se transfieren a los condados, mientras que en España se destinan el 91.57% de los fondos a las autonomías.

Respecto la financiación, el SNS se financia principalmente mediante impuestos, representando un modelo público universal y solidario. En cambio, Kenia adopta un modelo mixto en el que coexisten fondos públicos, pagos directos y ayuda externa. Estos pagos de bolsillo limitan el acceso equitativo, especialmente en las zonas rurales.

4.3 ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

El acceso a una atención sanitaria debe ser equitativo y universal para garantizar el bienestar de la población. No obstante, esta no se asegura de manera igualitaria. En este apartado se analizarán diferentes factores que determinan este acceso en ambos países.

4.3.1 Acceso a la atención sanitaria en Kenia.

Kenia se enfrenta a grandes retos para garantizar un acceso a la sanidad universal y equitativo, ya que existen desigualdades económicas, demográficas y estructurales que limitan el acceso a esta, pese a las medidas del gobierno. En el último censo realizado a los centros sanitarios del país se muestran los principales desafíos a los que se enfrenta el sistema sanitario. A continuación, se comentarán los principales hallazgos [17].

La distribución geográfica de los centros de atención primaria en Kenia es desigual, ubicándose la mayoría en Nairobi. La media nacional es de 2,4 centros por cada 10.000 habitantes, con variaciones significativas entre regiones, por lo que muchos ciudadanos deben realizar largos trayectos y se encuentran con grandes tiempos de espera.

En lo relacionado a los servicios ambulatorios básicos, solo el 2% de los centros censados ofrecía todos los servicios, debido a la falta del material sanitario necesario. La rehabilitación, fisioterapia y salud mental estaban disponibles solo en un 6-17% de los centros.

El número de camas disponibles es de 140.466, por lo que la tasa de camas por cada 1.000 habitantes es de 2.54. Respecto a las camas destinadas a los cuidados intensivos para

adultos, solamente hay 899 en toda la nación, lo que supone una gran limitación de los servicios destinados a la población en estado crítico y en circunstancias de alta complejidad.

Existe una importante falta de recursos humanos y una inequidad en su distribución. El número de profesionales médicos ejerciendo por cada 1000 habitantes es de 0.24, lo que remarca una importante falta de personal [18].

Esta falta de recursos se ve reflejado, por ejemplo, en el acceso a los servicios de maternidad. Solo el 40% de los centros ofrecen servicios básicos, como oxígeno, cama obstétrica y enfermería. Los recursos para emergencias obstétricas son muy escasos, faltando, sobre todo, personal médico cualificado. Esto se refleja en una alta tasa de mortalidad materna, de 379 por cada 100.000 nacidos vivos, una cifra muy muy por encima de la media mundial, que es de 197 [18].

Para concluir, uno de los principales obstáculos económicos por los que el acceso a la sanidad no es universal son los pagos directos, que afectan especialmente a los hogares más pobres y rurales, ya que representan una gran parte de su presupuesto. Esto provoca que los ciudadanos eviten utilizar los servicios o acaben en situación de pobreza debido a gastos sanitarios catastróficos. En 2020 el 17% de la población estuvo en riesgo de tipo de gasto tras un procedimiento quirúrgico [19,20].

4.3.2 Acceso a la atención sanitaria en España.

España cuenta con un sistema sanitario que asegura una cobertura universal, equitativa y gratuita. Es importante analizar si esto se traduce a la realidad o no. A continuación, se comentarán los principales factores acceso a la sanidad en España, según el “Informe anual del SNS de 2023” [15].

En primer lugar, en lo que respecta a la atención primaria (AP), España cuenta con un total de 13.040 centros. De media existen 2,7 centros de AP por cada 100.000 habitantes; no obstante, se aprecia una amplia diferencia entre diferentes comunidades. Por otro lado, España cuenta con 751 hospitales; de ellos 449 (59,8%) son públicos. La comunidad con un mayor número de hospitales pertenecientes al SNS es Cataluña.

El número de camas en funcionamiento ofertadas por el sector hospitalario español fue de 140.551, lo que equivale a 2,43 camas por cada 1.000 habitantes.

En cuanto a recursos humanos, el SNS emplea a 16 profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes, situándose España en segundo lugar en la Unión Europea en médicos por cada 100 mil habitantes, siendo una cifra de 4,3.

Este goce de recursos se puede ver reflejado en la atención al parto. España presenta una tasa de mortalidad materna de 2,7 por cada 100.000 nacidos vivos, muy por debajo de la mundial (197,3) y europea (11,2) [14].

Una de las principales dificultades del SNS es el aumento de los tiempos de espera, afectando especialmente a los ciudadanos de un menor nivel socioeconómico, siendo las enfermedades osteomusculares, respiratorias y de salud mental las que presentan mayores demoras [21].

Finalmente, respecto a los pagos directos, existen de forma limitada y siendo más comunes entre las personas con mayores ingresos, lo que permite que aquellos con menos recursos accedan a una atención gratuita. No obstante, los hogares con menos ingresos son los que presentan más riesgo de pobreza por ese gasto. En 2019, el 1,6 de los hogares sufrió gastos catastróficos en salud, principalmente por la obtención de productos sanitarios y de medicamentos (*Figura 4*), mientras que riesgo tras una cirugía es mínimo [16,22].

4.3.3 Comparación del acceso a la atención sanitaria en ambos países

Kenia y España presentan dos realidades sanitarias muy distintas, tanto en cobertura, como en calidad y equidad. No obstante ambos deben evolucionar mejorando sus puntos débiles. Kenia enfrenta grandes retos para brindar un acceso sanitario óptimo a la población. Esto se debe a la escasa infraestructura, la falta de recursos humanos y materiales, y a los pagos directos. Las zonas rurales y los hogares más pobres son los más afectados. Esta situación se traduce en las elevadas cifras de mortalidad materna y al elevado riesgo de pobreza por gastos en salud. Para corregir esta situación el Gobierno debería implementar medidas para incentivar la formación y contratación de personal sanitario y para una distribución más equitativa de los recursos, así como acabar con los pagos directos.

España, aunque cuente con un sistema universal y gratuito, también presenta ciertos desafíos, como las largas esperas para consultas especializadas y cirugías no urgentes y la escasez de recursos en las zonas rurales. Para intentar corregir esta situación deben implementarse medidas, como tratar de ampliar el horario de atención o proporcionar un personal de refuerzo en las zonas con mayor saturación.

4.4 ENFERMEDADES PREVALENTES Y DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA

España y Kenia presentan un perfil epidemiológico muy dispar. A continuación, se analizarán las enfermedades más relevantes de cada país para conocer los desafíos a los que se enfrenta la salud pública de cada uno.

4.4.1 Enfermedades prevalentes y desafíos en Kenia

La esperanza de vida en Kenia en 2021 fue de 63,3 años, por debajo de la media mundial (71,4). En *la Figura 5* se observa que las principales causas de mortalidad fueron la tuberculosis (59,7 muertes por cada 100.000 habitantes), el VIH/SIDA (40,1) y las infecciones respiratorias bajas (37,6). Las enfermedades transmisibles siguen representando la principal

causa mortalidad, consultas y hospitalizaciones, resaltando la tuberculosis, el VIH/SIDA y la malaria [18].

La tuberculosis ha disminuido su incidencia en 2021 un 32% respecto a 2015, con una prevalencia de 2,51/1.000 habitantes. Uno de los principales desafíos asociados son las formas resistentes al tratamiento; las cuales están mostrando una evolución positiva, disminuyendo en 2023 un 7.1% en comparación con el 2022 [23,24].

En 2023 el 3.3% de la población vivía con VIH/SIDA.; el 95% fueron diagnosticadas; de ellas el 97% recibían terapia antirretroviral; logrando suprimir la carga viral en el 94% de los pacientes [25].

La malaria es más prevalente en zonas costeras y lacustres, con mayor humedad. En 2023 se reportaron 5,5 millones de casos, lo que representa una prevalencia de 104/100.000 habitantes. Para mejorar estas cifras el gobierno ha implementado ciertas medidas, como la fumigación de los hogares y la promoción del uso de mosquiteras impregnadas en insecticidas [26,27].

El principal reto al que el país se enfrenta, en relación con este tipo de enfermedades, es el infradiagnóstico, dificultando su detección temprana y tratamiento oportuno. Para mejorar esta situación, el gobierno debe implementar estrategias de sensibilización y educación sanitaria para la población [23].

Finalmente, Kenia está experimentando una transición epidemiológica en sus patologías más prevalentes, aumentando el número de enfermedades no contagiosas. Estas corresponden al 37.8% de las causas de defunciones. Entre las más prevalentes encontramos las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y enfermedad respiratoria crónica. El aumento de estas añade una mayor presión al sistema sanitario, ya que producen una elevada estancia hospitalaria media. Además, también genera un gran impacto económico en los hogares, debido a su cronicidad, pudiendo empobrecerles significativamente [18,28].

4.4.2 Enfermedades prevalentes y desafíos en España

Según el informe anual del SNS, la esperanza de vida al nacer en España fue de 83,1 años de vida en 2022, 2,5 años superior a la media estimada para la Unión Europea [15]. Uno de los principales desafíos que presenta la sanidad española es el envejecimiento de la población. La media de edad de la población es de 44,37 años, siendo la proporción de personas mayores de 80 años de un 6%; el doble que en 2001.[29] Esto se traduce en un aumento de los problemas de dependencia y de las enfermedades crónicas, generando un aumento de necesidad de uso del SNS. También supone una importante carga económica

en el sistema, ya que este sector de la población es el que da el mayor uso a los servicios hospitalarios, presentando además un tiempo de estancia media más prolongado [30].

En la [Tabla 1](#) se observa que principales causas de mortalidad son las enfermedades no transmisibles; siendo la cardiopatía isquémica la más frecuente, causando el 26.1% de las defunciones. A esta le sigue el cáncer, culpable del 23.8% de las muertes del 2022. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades respiratorias. Entre las enfermedades cardiovasculares más relevantes encontramos la cardiopatía isquémica (22.7 casos por cada 1000 habitantes), y la enfermedad cerebrovascular (16.5). Los tumores malignos más prevalentes son los de colon y recto, con una prevalencia en 2022 de 6.6 casos por cada 100 habitantes. En hombres, los más prevalentes son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón; y en mujeres son los tumores malignos de mama. Finalmente, de las enfermedades respiratorias, la más prevalente en 2022 fue el EPOC (22 casos por 1000 habitantes). La prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, afectando tres veces más a los hombres mayores de 70 años que a las mujeres [15].

Además, entre los principales problemas crónicos de salud encontramos el colesterol elevado, presente en el 21,4% de la población mayor de 15 años; la hipertensión en un 21,4%; y los problemas de salud mental, que corresponden con el 20,2% ([Tabla 2](#)) [31].

4.4.3 Comparación enfermedades prevalentes y desafíos de salud de ambos países

Ambos países se enfrentan a desafíos sanitarios muy distintos. En Kenia predominan las enfermedades transmisibles. Aunque ha habido mejoras visibles, el infradiagnóstico y la falta de acceso a la sanidad dificultan su control. Además, el país vive una transición epidemiológica, con un aumento de enfermedades crónicas que generan una presión adicional sobre su sistema de salud ya frágil previamente.

En España las principales causas de muerte son las enfermedades no transmisibles. El envejecimiento de la población, y el aumento de enfermedades crónicas que esta conlleva, suponen una importante carga asistencial y económica, para lo que el sistema sanitario debe tomar medidas para conseguir una financiación sostenible.

5 INICIATIVAS DE MEJORA EN EL SISTEMA SANITARIO DE KENIA

Para lograr asegurar el acceso a la salud en el país, se han desarrollado diversas iniciativas de mejora con el fin de fortalecer el sistema sanitario a nivel nacional y con el apoyo de la ayuda internacional. En esta sección se mostrarán algunas de las intervenciones desarrolladas a nivel local e internacional.

5.1 INICIATIVAS NACIONALES

A nivel local, el gobierno de Kenia ha propuesto diferentes medidas para asegurar el acceso y la calidad del sistema sanitario. Entre ellas destaca “Kenya Vision 2030”, que pretende transformar Kenia en una economía de ingresos medios-altos con una alta calidad de vida [32]. En el ámbito sanitario se implementó la política “Kenya Universal Health Coverage (UHC) Policy 2020-2030”, orientada a asegurar el acceso universal a servicios sanitarios de calidad sin que implique una carga económica en los hogares. Para ello establece una serie de directrices y estrategias, y su marco de implementación en el sector sanitario en un periodo de tiempo concentrado entre 2020 y 2030. Esta política establece estrategias centradas en: el fortalecimiento de una atención primaria centrada en las personas mediante una mayor dotación de recursos humanos, la mejora de la capacidad de respuesta ante amenazas de salud pública, y el establecimiento de un sistema unificado de control de calidad para garantizar una mejora continua de calidad y resultados [33]. Para lograr estos objetivos se han desarrollado programas específicos. A continuación, se nombrarán alguno de ellos.

El “Linda Mama Programme” es un programa público que pretende garantizar el acceso a la atención sanitaria materno-infantil para embarazadas y recién nacidos. Una de sus principales limitaciones es la escasa autonomía financiera, ya que los fondos se gestionan inicialmente por la tesorería de los condados, dificultando su planificación financiera [34]. Por otro lado, “The Kenya Plan to End AIDS in children by 2027”, es un plan nacional cuyo objetivo es mejorar las cifras del VIH/SIDA en la población materno-infantil. Como se ha expuesto anteriormente, el plan ha comenzado a mostrar resultados positivos en los indicadores relacionados [35]. Finalmente, el Ministerio de Sanidad ha publicado un protocolo de higiene y sanitización rural que muestra las metas para 2030, y qué medidas implementar, para terminar con la defecación al aire libre y la creación de entornos limpios y saludables [36].

5.2 INICIATIVAS INTERNACIONALES

Kenia recibe múltiples apoyos por parte de organizaciones internacionales alcanzar una cobertura sanitaria universal e igualitaria. En primer lugar, la OMS tiene un papel fundamental mediante el asesoramiento en políticas sanitarias, la promoción de la cobertura universal y la recopilación y evaluación de los datos para mejorar la calidad asistencial [37].

UNICEF también colabora promoviendo políticas públicas, generando evidencia y fortaleciendo las capacidades del sistema. Gracias a su gran influencia local, ha logrado aumentar las asignaciones destinadas a la salud y mejorar la transparencia financiera, especialmente en lo relacionado a la infancia. En 2024 los programas multisectoriales de UNICEF transformaron la vida de más de 16 millones de niños, mujeres y adultos [38].

Por su parte, el Banco Mundial lidera el proyecto " *Building Resilient and Responsive Health Systems Project – Kenya (2024)*", cuyo objetivo principal es mejorar el uso, la calidad y el acceso a la atención primaria, con un respaldo financiero propio y de donantes [39].

Por último, el Fondo Mundial combate el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Trabajan en conjunto con la población civil, los gobiernos, el sector privado y las comunidades; consiguiendo salvar vidas y reducir el impacto de estas enfermedades [40].

Estas estrategias reflejan la coordinación entre el Gobierno de Kenia y los organismos internacionales para fortalecer el sistema sanitario del país de manera sostenible. Esta cooperación es esencial para que las iniciativas externas se alineen con las prioridades nacionales y fortalezcan del sistema internamente.

6 EXPERIENCIA DE VOLUNTARIADO EN KIRWARA SUB-COUNTY HOSPITAL

Además del análisis teórico y documental, este trabajo incluye una experiencia vivida durante un voluntariado médico en el Hospital de Kirwar'a, de nivel 4, situado en el condado de Muranga. Dos estudiantes de Medicina colaboramos durante tres semanas en áreas como Urgencias, Ginecología y Pediatría, lo que nos permitió conocer de cerca el funcionamiento del sistema sanitario de Kenia y observar algunas de sus fortalezas y limitaciones.

Lo que más impresionó durante las tres semanas de voluntariado fue la falta de higiene tanto en el hospital, como en la población. Por ejemplo, un paciente acudió a Urgencias con una herida profunda en la pierna, y se suturó con materiales estériles, pero se le colocó la pierna afectada en un cubo de basura usado para no ensuciar la sala; por lo que el entorno no era aséptico en absoluto (*Ilustración 1*).

El acceso al centro tampoco era óptimo, debido al pavimento de tierra, que en época de lluvias genera una gran cantidad de barro, dificultando la entrada y la higiene (*Ilustración 2*). Internamente, la accesibilidad también era limitada, ya que no había ascensores, y los traslados se realizaban mediante rampas con una pendiente considerable. Esto dificultaba el transporte de los pacientes en silla de ruedas o camilla.

En julio, época de lluvias en Kenia, predominaron las consultas a Urgencias por infecciones respiratorias. Muchos pacientes acudían en estadios avanzados, lo que sugiere la existencia de barreras de acceso. La escasez de recursos fue evidente cuando, pacientes que cumplían criterios de ingreso eran enviados a sus hogares; de hecho, en la *Ilustración 3* se observa como la planta de hospitalización se encontraba completamente vacía debido a que no ingresaban a ningún paciente. También pude observar una ausencia de equipos de monitorización y bombonas de oxígeno accesibles. Además, cabe destacar lo básicas y poco equipadas que son las ambulancias. Como se observa en la *Ilustración 4*, este transporte cuenta con una camilla y una fuente de O₂, y poco más.

En la planta de maternidad las mujeres permanecían juntas en una sala sin monitorización hasta el parto, y tras dar a luz ingresaban 1 o 2 días. La presencia paterna era prácticamente inexistente. Las enfermeras explicaron que dar a luz tiene un coste de 3000 KES; aunque programas como el *Linda Mama* permitían el parto hospitalario a muchas mujeres.

El único quirófano que había se utilizaba ocasionalmente, principalmente para cesáreas. Para acceder era necesario cambiar el calzado y franquear una elevada valla, a lo que las embarazadas presentaban grandes dificultades (*Ilustración 5*). Una vez en el área quirúrgica las pacientes caminaban hacia la camilla de operaciones. La esterilización del material (instrumental, batas y campos quirúrgicos) se realizaba con lejía y otros materiales químicos, aunque las condiciones higiénicas no eran óptimas.

Antes de realizar el viaje, pensaba llevar la mayor cantidad de medicamentos sería de gran utilidad. Sin embargo, tras conversar con el personal sanitario local, indicaron que las necesidades más urgentes estaban relacionadas con la falta de material, como kits de intubación, gafas nasales de oxígeno y camillas en buenas condiciones. También destacaron la escasez de mascarillas, muy importantes dada la alta prevalencia de enfermedades como la tuberculosis.

Además, colaboramos en acciones sociales, como la compra de alimentos y colchones, y la construcción de viviendas (*Ilustración 6*). Esto nos permitió observar las duras condiciones de vida: muchas casas estaban hechas de palos, piedras y techos de chapa; lo que provocaba filtraciones y humedad. Los accesos a las viviendas eran caminos peligrosos e inaccesibles para las personas mayores, por lo que su llegada al hospital se veía dificultada. Durante la repartición de los alimentos, era habitual encontrarse a personas con heridas infectadas que no podían acudir al hospital por tener que priorizar el trabajo diario, o que no podían asumir los costes del tratamiento necesario. Además, muchas familias vivían en situación de pobreza extrema tras haber perdido al principal sostén económico por una discapacidad permanente causada por un accidente.

Finalmente, esta experiencia me ha permitido comprender de forma más empática una realidad social y sanitaria muy distinta la de mi entorno. También me ha enseñado a cómo trabajar con recursos limitados y a valorar los que se encuentran en España. Además, esta vivencia me ha brindado la oportunidad de conocer a unos profesionales cuya calidez y generosidad ha sido una fuente de aprendizaje continuo.

Por todo ello, animo a todo futuro o actual profesional de la salud a vivir una experiencia como esta, ya que nos forma cómo médicos, pero también nos recuerda la razón por la que elegimos esta profesión, y nos impulsa a ejercerla con responsabilidad y justicia social.

7 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante la realización de este trabajo destacaron varias fortalezas. La relación del tema con una vivencia personal aporta una perspectiva única y más humanista. Por otro lado, comparar dos sistemas sanitarios tan distintos permite identificar claramente las desigualdades en salud y los factores que condicionan el acceso. Asimismo, el análisis estructurado por temas claves (organización, financiación...) facilita la comprensión y comparación entre los países. Finalmente, el uso de datos recientes y fuentes oficiales aporta una visión actualizada y fundamentada para abordar los problemas expuestos.

No obstante, también se han encontrado algunas limitaciones. La principal dificultad ha sido la comparabilidad entre ambos países, por la falta de datos equivalentes. En el caso de Kenia, la búsqueda de información oficial y actualizada ha sido complicada, debido a la inestabilidad de la página web del ministerio. Asimismo, durante la estancia, el principal obstáculo fue la falta de recogida de datos y la deficiente organización de los documentos físicos, con carpetas desordenadas o documentos incompletos.

8 CONCLUSIONES

Tras realizar este análisis comparado se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. En España el acceso a la sanidad es universal, gratuito y equitativo. En cambio, en Kenia, este aún no está asegurado, siendo las zonas rurales las más afectadas.
2. Debido a la falta de financiación pública en Kenia, los pacientes deben realizar pagos directos para obtener diversos servicios sanitarios. Estos pueden llegar a provocar el empobrecimiento de los hogares, al ser una gran parte del presupuesto familiar.
3. Mientras que Kenia lucha todavía con enfermedades infecciosas y se enfrenta al inicio del incremento de las enfermedades crónicas al mismo tiempo; España debe adaptar el SNS al envejecimiento y a las patologías crónicas, debido a la alta carga asistencial y económica que estas suponen.
4. La coordinación entre programas nacionales y de cooperación internacional ha generado avances importantes visibles, pero aún quedan retos que Kenia debe superar. Esto requiere de una voluntad política, así como de una inversión económica sostenida.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [Internet]. 48a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 2025 may 28]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/202593>
2. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. 1986 [citado 2025 may 28]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

3. Kenya. Constitution of Kenya, 2010 [Internet]. Nairobi: National Council for Law Reporting with the Authority of the Attorney-General; 2010. Available from: http://www.parliament.go.ke/sites/default/files/2023-03/The_Constitution_of_Kenya_2010.pdf
4. Barasa EW, Maina T, Ravishankar N. Assessing the impoverishing effects, and factors associated with the incidence of catastrophic health care payments in Kenya. *Int J Equity Health* 2017;16:31.
5. World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research. Primary health care systems (primasys): case study from Kenya: abridged version [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/341073>
6. Ministry of Health. Clinical Guidelines for Management and Referral of Common Conditions at Level: Level 1: Community Health Services [Internet]. Ministry of Health. Nairobi: 2024. Available from: <https://health.go.ke/sites/default/files/2025-04/Clinical%20Guidelines%20for%20Level%201%20Community%20Health%20Services.pdf>
7. Kangwana J, Mwaniki L. The growing role of private health insurance in Kenya's Healthcare System [Internet]. Clyde & Co2025; Available from: <https://gemini.google.com/app/81bde886046744a8>
8. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2003 [citado 2025 may 28]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
9. Benítez Llamazares N. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA. ESPECIAL REFERENCIA A LA CRISIS SANITARIA GENERADA POR COVID-19. *eRIPS* 2020;5:356-72.
10. Ministry of Health, Kenya. National and County Health Budget Analysis, FY 2023/24 [Internet]. Nairobi: Government of Kenya; 2024. Available from: http://guidelines.health.go.ke:8000/media/FY_2023-2024_Kenya_National_and_County_Budget_Analysis_Dec_2024.pdf
11. World Health Organization. Health Expenditure Profile: Kenya [Internet]. 2022; Available from: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en
12. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [Internet]. 2015 [citado 2025 may 30]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8>
13. Rodríguez M del C. Estadística De Gasto Sanitario Público 2023: Principales resultados. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
14. World Health Organization. Spain-Data [Internet]. [data.who.int](https://data.who.int/countries/724)2025 [citado 2025 may 29]; Available from: <https://data.who.int/countries/724>
15. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
16. Urbanos-Garrido RM, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Ridao-López M, Bernal-Delgado E. ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. 2021 [citado 2025 may 29]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/347895>
17. Ministry of Health. Kenya Health Facility Census Report [Internet]. Nairobi, Kenya: Ministry of Health; 2023. Available from: <https://www.health.go.ke/sites/default/files/2024-01/Kenya%20Health%20Facility%20Census%20Report%20September%202023.pdf>
18. World Health Organization. Kenya-Data [Internet]. [data.who.int](https://data.who.int/countries/404)2025 [citado 2025 may 29]; Available from: <https://data.who.int/countries/404>
19. Barasa EW, Maina T, Ravishankar N. Assessing the impoverishing effects, and factors associated with the incidence of catastrophic health care payments in Kenya. *International Journal for Equity in Health* 2017;16:31.

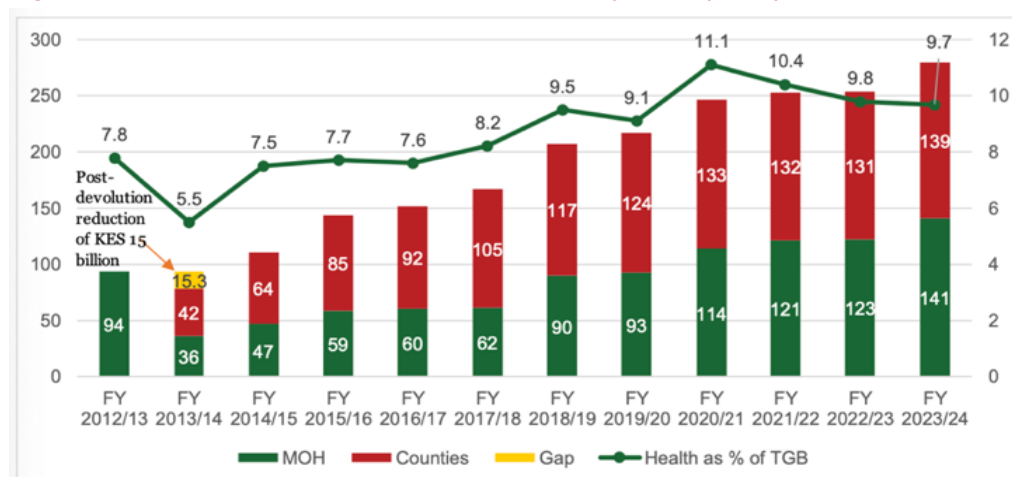
20. World Bank Group. Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk)-Kenya [Internet]. World Bank Open Data2022 [citado 2025 may 29];Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=KE>
21. Martín-Fernández J, Rodríguez Cabrera F, Martín-Fernández J, Rodríguez Cabrera F. Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera. Un estudio observacional. Revista Clínica de Medicina de Familia 2024;17:171-7.
22. World Bank Group. Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk)-Spain [Internet]. World Bank Open Data2022 [citado 2025 may 29];Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=ES>
23. World Health Organization. Country Disease Outlook-Kenya [Internet]. Geneva: 2023. Available from: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/Kenya.pdf>
24. Organization WH. WHO country cooperation strategy at a glance: Kenya. CCS brief Kenya [Internet] 2018 [citado 2025 may 29];Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/136904>
25. National Syndemic Diseases Control Council. A Decade of Progress Report 2013-2023 [Internet]. Nairobi: National Syndemic Diseases Control Council; 2024. Available from: <https://analytics.nsdcc.go.ke/estimates/#!/kenya/overview>
26. Ministry of Health. ACHIEVEMENT OF INDOOR RESIDUAL SPRAYING (IRS) IN BUSIA AND SEASONAL MALARIA CHEMOPREVENTION (SMC) IN TURKANA [Internet]. 2025;Available from: <https://www.health.go.ke/sites/default/files/2025-03/PRESS%20RELEASE-MALARIA%20CONTROL%20UPDATE-8.3.25.pdf>
27. KNBS, ICF. Kenya Demographic and Health Survey 2022. Key Indicators Report [Internet]. Nairobi, Rockville: 2023. Available from: <https://www.knbs.or.ke/wp-content/uploads/2023/08/Kenya-Demographic-and-Health-Survey-2022-Key-Indicators-Report.pdf>
28. Department of non-communicable diseases. National Strategic Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Disease. 2021/22-2025/26 [Internet]. Nairobi: Ministry of Health; 2021. Available from: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Kenya-Non-Communicable-Disease-NCD-Strategic-Plan-2021-2025.pdf>
29. Demography of Europe - An ageing population [Internet]. Demography of Europe [citado 2025 may 29];Available from: https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es
30. Sánchez Bayle M. Los retos del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit 2003;1:471-86.
31. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Principales problemas crónicos de salud, porcentaje de población de 15 y más años que padece determinados problemas crónicos, registrado en atención primaria, por comunidad autónoma [Internet]. [citado 2025 may 29];Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla5.htm>
32. Kenya Vision 2030 | Kenya Vision 2030 [Internet]. [citado 2025 may 29];Available from: <https://vision2030.go.ke/>
33. Ministry of Health. Kenya Universal Health Coverage Policy 2020 – 2030 [Internet]. Nairobi: Ministry of Health; 2020. Available from: <https://repository.kippra.or.ke/server/api/core/bitstreams/52616208-1c37-40d8-b0a3-8ee8c6cfc269/content>
34. Kenya Vision 2030. KENYA VISION 2030 FLAGSHIP PROGRAMMES AND PROJECTS PROGRESS REPORT (FY 2022/2023) [Internet]. Nairobi: Available from: <https://vision2030.go.ke/wp-content/uploads/2025/03/Annual-Progress-Report-for-FY-2022-2023-.pdf>
35. National AIDS and STI Control Programme (NAS COP). The Kenya Plan to End AIDS in Children by 2027 [Internet]. Nairobi: Ministry of Health; 2023. Available from: https://globalallianceregionalhub-riatt-esa.org/wp-content/uploads/2023/10/Action-Plan_F.pdf
36. Ministry of Health. KENYA RURAL SANITATION & HYGIENE PROTOCOL [Internet]. Nairobi: Ministry of Health; 2023. Available from: http://guidelines.health.go.ke:8000/media/Monitoring_Framework_for_Rural_Sanitation_and_Hygiene_MoH.pdf

37. World Health Organization. UHC-Partnership: Strengthening the availability of evidence and fostering dialogue to stimulate investment in Kenya's health workforce [Internet]. 2021 [citado 2025 may 29]; Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/strengthening-the-availability-of-evidence-and-fostering-dialogue-to-stimulate-investment-in-kenya-s-health-workforce>
38. UNICEF. UNICEF Kenya Annual Report 2024 [Internet]. Nairobi: 2025. Available from: <https://www.unicef.org/kenya/media/4591/file/UNICEF%20Kenya%20Annual%20Report%202024%20ONLINE%20FILE.pdf>
39. Bank W. Kenya - Building Resilient and Responsive Health Systems Project [Internet]. World Bank [citado 2025 may 29]; Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/en/099022324094562763>
40. About the Global Fund [Internet]. [citado 2025 may 29]; Available from: <https://www.theglobalfund.org/en/about-the-global-fund/>

10 ANEXOS

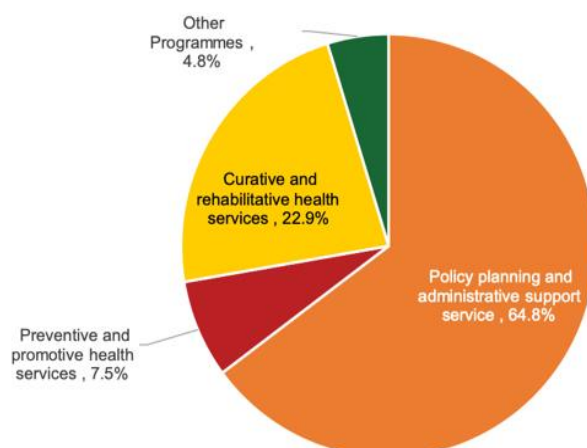
10.1 Figuras

Figura 1: Recursos destinados a la salud en Kenia y % del presupuesto total



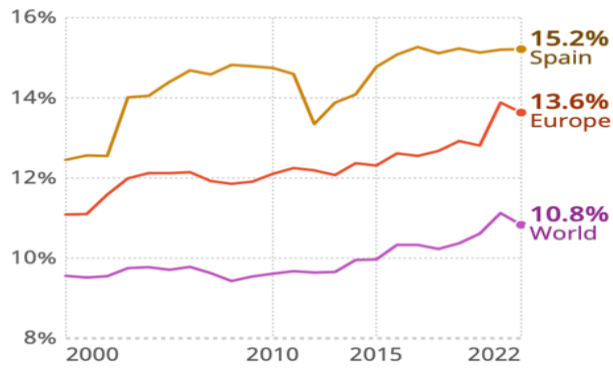
Fuente: National and County Health Budget Analysis, FY 2023/24 [11]

Figura 2: Modelo de asignación de recursos basado en programas (Kenia)



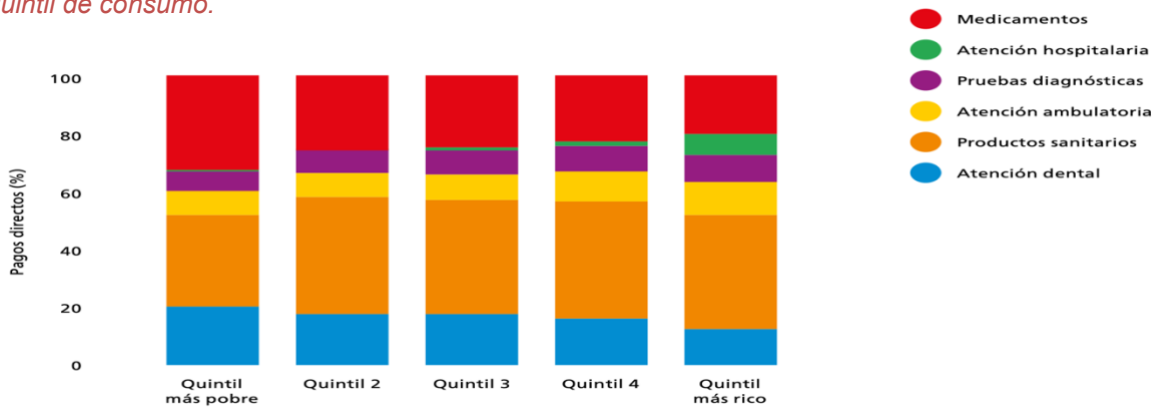
Fuente: National and County Health Budget Analysis, FY 2023/24 [11]

Figura 3: % del gasto público destinado al gasto sanitario público en España 2000 – 2022



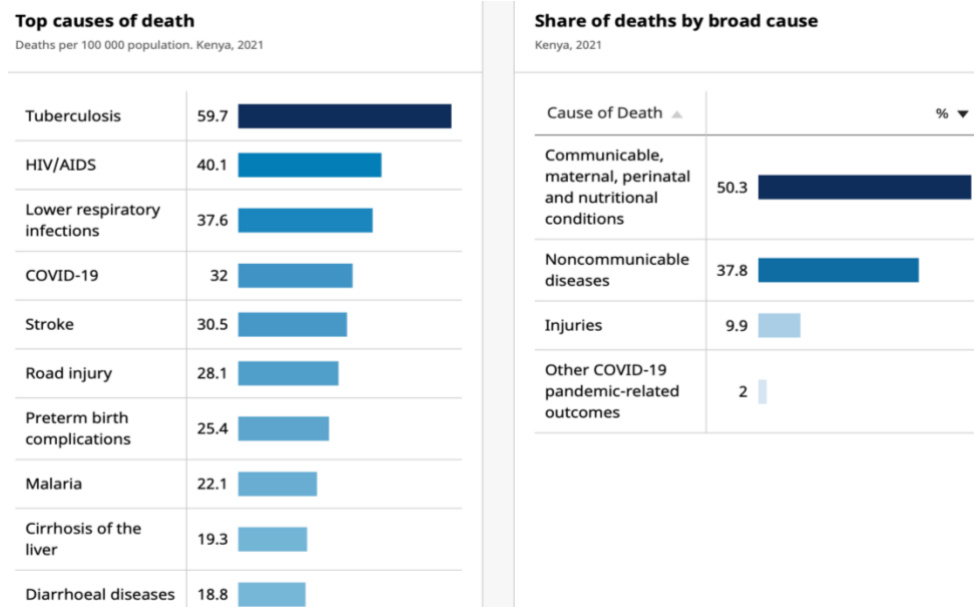
Fuente: Spain-Data WHO [15]

Figura 4: Distribución de los pagos directos por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo.



Fuente: OMS [17]

Figura 5: Principales causas de muerte en Kenia y su distribución por categorías



Fuente: Kenya-Data WHO [19]

10.2 Tablas

Tabla 1: Principales causas de mortalidad en España en 2022 (% que representan sobre el resto de las defunciones)

	Total	Hombres	Mujeres
Enfermedades del aparato circulatorio	26,1	24,4	27,9
Tumores	23,8	28,0	19,6
Enfermedades respiratorias	9,3	10,2	8,3
Enfermedades infecciosas y parasitarias*	8,3	8,6	8,0

Fuente: Informe Anual del SNS [16]

Tabla 2: Principales problemas crónicos de salud en 2023 en España (% de la población > 15 años)

	Hipertensión	Dolor lumbar	Colesterol alto	Artrosis	EPOC	Salud mental	Diabetes
España	21,4	15,6	25,9	11,5	2,5	20,2	8,7
Andalucía	24,0	9,0	26,2	17,4	4,0	9,5	10,2
Aragón	21,5	16,9	27,6	6,3	2,0	15,7	8,2
Asturias, Principado	22,6	21,9	29,2	8,8	2,1	22,8	9,3
Balears, Illes	19,4	19,3	25,5	10,3	2,4	27,2	7,2
Canarias	25,2	27,4	33,1	10,8	2,3	32,6	10,8
Cantabria	23,2	20,3	29,6	6,5	1,8	16,5	8,3
Castilla y León	24,1	18,2	32,0	11,6	2,2	24,5	9,2
Castilla-La Mancha	14,1	4,0	9,5	3,2	0,9	7,7	7,9
Cataluña	20,3	16,9	21,1	12,7	2,6	28,6	8,0
Comunitat Valenciana	24,2	21,1	35,7	18,0	3,3	37,4	9,5
Extremadura	15,5	4,6	14,2	5,8	1,2	7,1	8,6
Galicia	24,8	14,5	31,9	8,8	2,6	17,3	10,1
Madrid, Comunidad de	18,5	17,6	22,6	8,5	1,5	12,2	7,0
Murcia, Región de	21,6	20,2	29,6	5,9	1,4	17,3	9,5
Navarra, C. Foral de	17,9	10,3	31,0	10,3	1,9	19,9	7,4
País Vasco	18,6	10,5	22,6	6,1	1,9	22,3	7,2
Rioja, La	20,2	21,9	26,2	8,3	1,5	12,9	7,4

Dolor lumbar: incluye síndromes de columna vertebral. Salud mental: incluye ansiedad, depresión, psicosis, trastorno adaptativo, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia

Fuente: Ministerio de Sanidad [32]

10.3 Ilustraciones

Ilustración 1: Sala donde se suturaba a los pacientes.



Imagen de elaboración propia, realizada en el Hospital de Kirwar'a, Kenia

Ilustración 2: Acceso al Hospital de Kirwar'a



Imágenes de elaboración propia, realizadas en el Hospital de Kirwar'a, Kenia

Ilustración 3: Planta de hospitalización del Hospital de Kirwar'a completamente vacía



Imagen de elaboración propia, realizada en el Hospital de Kirwar'a, Kenia

Ilustración 4: Ambulancia keniana



Imagen de elaboración propia, realizada en el Hospital de Kirwar'a, Kenia

Ilustración 5: Zona prequirúrgica



Imagen de elaboración propia, realizada en el Hospital de Kirwar'a, Kenia

Ilustración 6: Labor social: compra de comida y colchones, y construcción de viviendas.



Imagen de elaboración propia, realizada en Gatanga, Kenia

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE ESPAÑA Y KENIA

Autor: Maria Teresa Arjona Rodríguez. **Tutores:** Dr. José Castrodeza Sanz, Dra. María del Camino Prada García
Trabajo de Fin de Grado. Grado en Medicina
Curso 2024-2025

Introducción, Objetivo y Métodos

La salud es un derecho fundamental; no obstante, las diferencias socioeconómicas y políticas entre poblaciones generan grandes brechas en la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria de distintos países.

Un sistema sanitario es el conjunto de recursos y políticas organizadas para promover, proteger y mejorar la salud de la población.

-Objetivo: Analizar cómo las diferencias sociales, económicas y políticas pueden influir en el funcionamiento y la accesibilidad de algo tan esencial como es la salud, comparando el sistema sanitario de España con el de Kenia; e identificar qué estrategias pueden adoptarse en contextos con recursos limitados para avanzar hacia una cobertura sanitaria equitativa y universal.

-Métodos: Análisis comparativo descriptivo de los sistemas sanitarios de España y Kenia elaborado mediante una revisión bibliográfica narrativa. Se incluyó una revisión bibliográfica sobre iniciativas de mejora en Kenia y una reflexión crítica basado en una experiencia personal de voluntariado. Se consultaron, principalmente, fuentes institucionales oficiales, y de bibliografía científica.

Análisis comparativo

Organización

Modelo descentralizado

- Estructura jerárquica con 6 niveles, desde servicios comunitarios hasta hospitales nacionales especializados.
- El sector privado ofrece una mayor calidad de los servicios ofrecidos, y menor tiempo de espera.
- Cuenta con hospitales religiosos y de ONGs que facilitan el acceso a la salud.

- Dos niveles asistenciales: atención primaria y especializada
- Aunque la sanidad pública asegura una asistencia sanitaria de calidad, el sector privado ofrece una mayor comodidad.

Acceso

Desigualdad en zonas rurales

- Escasa infraestructura, falta de recursos humanos y materiales.
- Riesgo de gasto catastrófico en salud debido a los pagos directos

- Cobertura sanitaria universal y de calidad
- Listas de espera para consultas especializadas y cirugías menores considerablemente

Financiación

Distribución de recursos mediante programas y objetivos definidos. La prevención y la promoción de la salud son áreas poco priorizadas.

- El 9,7% del presupuesto total fue destinado a la sanidad.
- Métodos de financiación: fondos públicos, ayuda de organismos externos y pagos directos, lo que dificulta el acceso equitativo, sobre todo, en zonas rurales.

- El 15,2 del gasto público fue destinado a la sanidad.
- Financiación pública y solidaria, basada en impuestos.

Enfermedades prevalentes

Enfermedades no transmisibles

- Principales causas de mortalidad: 1) Tuberculosis, 2) VIH/ SIDA, 3) Infecciones respiratorias bajas.

- Las enfermedades transmisibles son las más prevalentes.
- El aumento de enfermedades crónicas añade presión a un sistema ya limitado.

- Principales causas de mortalidad: 1) Cardiopatía isquémica, 2) Cáncer, 3) Enf. respiratorias.

- Principales problemas crónicos: Colesterol, HTA, Salud mental.

- El envejecimiento poblacional produce una carga crónica y muy demandante al sistema sanitario.

Iniciativas de mejora en el sistema sanitario de kenia

Kenya Vision 2030: hacer de Kenia un país industrializado y con alta calidad de vida.

Kenya Universal Health Coverage (UHC) Policy 2020-203: alcanzar el acceso a la salud universal y equitativo.

Linda Mama Programme: atención maternoinfantil.

The Kenya Plan to End AIDS in children by 2027: mejorar las cifras del VIH/SIDA en la población maternoinfantil.

OMS: políticas sanitarias y recopilación de datos

UNICEF: aumenta las asignaciones destinadas a la salud y mejora la transparencia financiera

Building Resilient and Responsive Health Systems Project - Kenya (2024): fortalecer a la atención primaria

Experiencia voluntariado en Kirwar'a Sub-County Hospital



Figura: Imágenes propias realizadas en el Hospital de Kirwar'a, Muranga, Kenia

Conclusiones

-En España el acceso a la sanidad es universal, gratuito y equitativo. En cambio, en

Kenia, este aún no está asegurado, principalmente, por los pagos directos que deben asumir los pacientes, siendo las zonas rurales las más afectadas.

-España se enfrenta al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas, lo que supone una gran carga asistencial y económica para el SNS.

-Kenia lucha todavía con enfermedades infecciosas y se enfrenta al inicio del incremento de las enfermedades crónicas al mismo tiempo, lo que supone una presión doble a un sistema sanitario, ya débil.

Bibliografía

