

LA POBREZA, LA DESIGUALDAD Y LA SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN DE ÁFRICA

Luis G. Sambo

Resumen

La pobreza es una situación generalizada en la región de África. Los habitantes de esta región también se enfrentan con una amplia y pesada carga de morbilidad, que causa estragos en el desarrollo socioeconómico de la región y acorta la esperanza de vida. La distribución de la pobreza o de la mala salud tampoco es aleatoria. La región presenta determinantes de la pobreza y de la salud que no pueden compararse con otras regiones. La pobreza, la desigualdad y la salud pública deficientes en la región de África pueden abordarse por medio del crecimiento económico sostenido que, además, esté orientado a corregir las desigualdades. Las contribuciones del sector de la salud en pos de la reducción de la pobreza incluyen intervenciones tanto fuera como dentro del sector de la salud, principalmente mediante una firme plataforma de promoción de la causa dirigida a los interesados directos y a los socios. También se deben incluir orientaciones realizables sobre la manera en que otros sectores pueden incorporar consideraciones sanitarias que mejoren y protejan la salud pública en sus normas y procedimientos. Un esfuerzo concertado por parte de los países de región de África y sus socios está cobrando impulso en pos del cambio y de ayudar a la región a acelerar su avance hacia las metas de salud nacionales e internacionales, incluidas aquellas relacionadas con la Declaración del Milenio. Para poder tener éxito, los países de la región deben asignar un porcentaje mayor de su gasto nacional a la salud y sus socios deben aumentar su asistencia a estos países. Sin embargo, una ayuda mayor sólo puede conducir al progreso si los países beneficiarios se comprometen a poner en marcha políticas que apunten al crecimiento económico y a una gestión más eficaz de los recursos de salud, y que aborden los determinantes sociales de la salud a fin de reducir la pobreza y superar las desigualdades.

Introducción

Los habitantes de África¹ enfrentan una amplia y pesada carga de morbilidad, que causa estragos en el desarrollo socioeconómico de la región y acorta la esperanza de vida. La epidemia de la infección por el VIH/sida, la malaria y el resurgimiento de tuberculosis siguen reduciendo la esperanza de vida en algunos países (OMS, 2003a). El progreso en el desarrollo humano alcanzado por algunos países africanos en los años setenta y los años ochenta ha sido revertido bruscamente por la infección por el VIH/sida. Además, los países de la Región siguen sufriendo a raíz de las emergencias causadas por el hambre, la migración en gran escala, la hambruna y el deterioro económico. Otras enfermedades infecciosas y, cada vez más, las condiciones y las complicaciones no transmisibles del embarazo y el parto también representan una carga grave.

La pobreza es generalizada en la región de África. Entre los indicadores básicos, la disparidad en la mortalidad materna con otras regiones del mundo da una imagen descarnada del nivel de pobreza en África (Figura 1). La distribución de la pobreza o de la mala salud tampoco es aleatoria (Nolen, Braveman, Dachs, Delgado, Gakidou, Moser, Rolfe, Vega y Zarowsky, 2005). La pertenencia a grupos sociales menos privilegiados, como en el caso de las mujeres y los habitantes rurales, está asociada a oportunidades desiguales de gozar de buena salud. Para reducir la magnitud de la pobreza y eliminar las disparidades sanitarias asociadas sistemáticamente con las desventajas sociales subyacentes, resulta importante poder establecer cuáles son los factores determinantes y las manifestaciones de las desigualdades sanitarias.

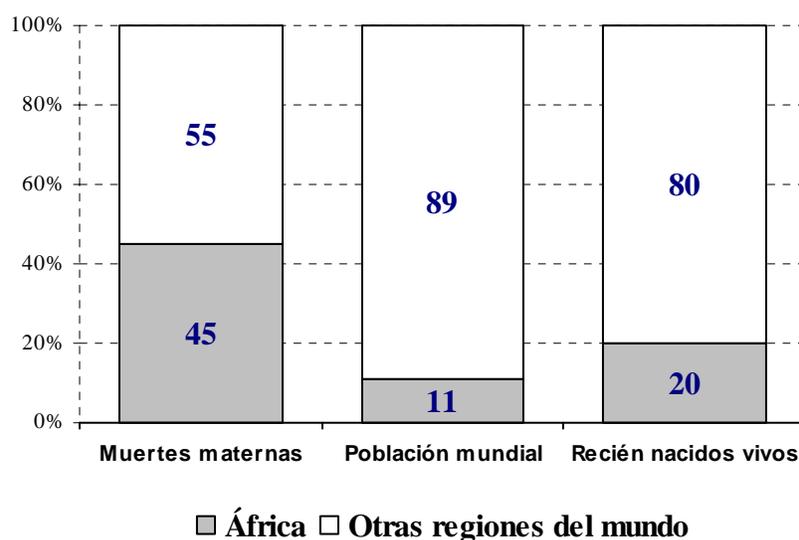


Figura 1. Fuente: Organización Mundial de la Salud

El debate sobre la pobreza y la salud pública debe tomar en consideración la equidad ya ésta a menudo influye en la relación entre la pobreza y la mala salud. Además, es necesario incluirla para lograr que las intervenciones sean eficaces. Por ejemplo, es probable que las inversiones para mejorar la accesibilidad geográfica y financiera a los servicios de salud preventivos y curativos no logren mejorar la desigualdad en su uso, si no cuentan con un apoyo activo para las mujeres, los niños, los habitantes rurales y otros usuarios posibles de estos servicios (Braveman y Gruskin, 2003). Aunque la bibliografía sobre la pobreza, las desigualdades y la salud es bastante extensa, la que aborda la región de África no lo es. La región de África presenta características propias que no son comparables con otras regiones y que constituyen determinantes importantes de la pobreza y la salud pública. Analizarlas representa un primer paso importante para comprender el camino por delante.

Este documento describe la pobreza, la desigualdad y la situación de la salud pública en la región de África. También presenta la distribución de los determinantes principales de la pobreza y la salud pública. Además se describen algunas opciones posibles para las intervenciones y se esboza lo que deben hacer los países, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros asociados para abordar el problema.

La pobreza y la salud pública en la región de África

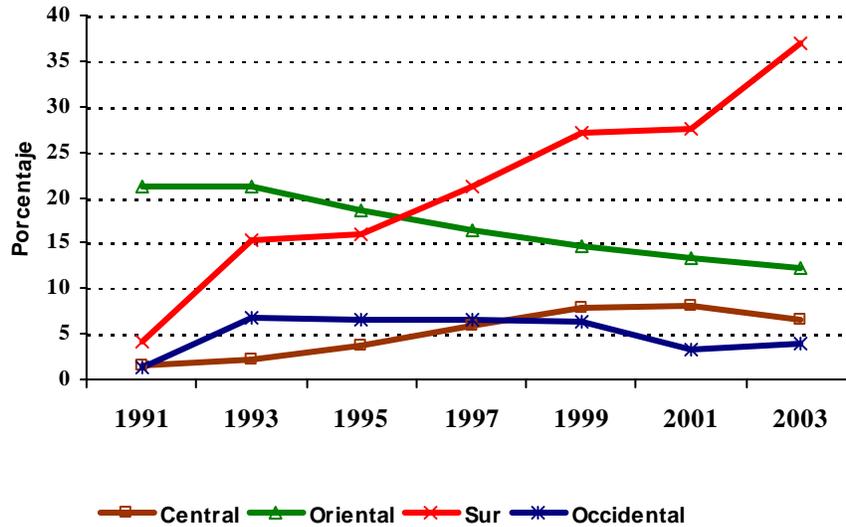
El concepto de la pobreza es multidimensional e incluye la privación material y las numerosas desventajas sociales asociadas con ella. Por lo tanto, también denota la incapacidad de las personas para alcanzar un nivel socioeconómico (incluida la salud) y otros aspectos que determinan el bienestar. Sin embargo, a fin de facilitar la supervisión y el análisis estadístico de la situación de la pobreza mundial, se utiliza ampliamente una definición más restringida de la pobreza, que está basada en los niveles de ingresos (OCDE, 2001: 41). Gran parte de la población de la región de África vive en la pobreza de acuerdo con esta definición. Aproximadamente 76% de las poblaciones de la región de África vive con menos de US\$ 2 por día y 46,5% lo hace con menos de US\$ 1 por día. A pesar de que en los últimos 20 años la pobreza ha disminuido en otras partes del mundo, como es el caso de Asia oriental y meridional, la tendencia en la región de África ha sido firmemente en la dirección opuesta. Entre 1981 y 2001 el PIB de los países de la región disminuyó 13%, lo que dio lugar a una

duplicación en el número de personas que viven con menos de US\$ 1 por día en la región: de 164 millones a 314 millones (Banco Mundial, 2005:4).

También existe una relación muy firme entre la situación de pobreza descrita anteriormente y la mala salud en la región. Los problemas de salud pública más importantes son la infección por el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria, las enfermedades epidemiógenas y los problemas relacionados con la salud materno-infantil. Las enfermedades no transmisibles, los problemas de la salud mental y las lesiones también están surgiendo como cargas de morbilidad importantes.

África es la región del mundo más afectada por la pandemia de la infección por el VIH/sida. La región tiene cerca de 10% de la población mundial total y alberga a más de 60% de las personas que padecen la infección por el VIH: cerca de 25,4 millones de personas. Sin un acceso rápido a los medicamentos antirretrovíricos, todas estas personas tienen alta probabilidad de contraer sida en los próximos diez años y morirán si no reciben tratamiento. Alrededor de 17 millones de personas de África ya han muerto a causa del sida y cerca de 12 millones de niños han perdido al menos a uno de sus progenitores por esta misma razón. Sólo en 2004, alrededor de 3,1 millones de personas contrajeron el VIH, mientras que 2,3 millones murieron a causa del sida (ONUSIDA/OMS, 2004). A pesar de los esfuerzos por prevenir el contagio y la propagación de esta enfermedad, el éxito a gran escala se ha logrado en sólo unos pocos países donde las tasas de nuevas infecciones por el VIH se han estabilizado o han mostrado un descenso. Sin embargo, incluso en esos lugares, la incidencia de la infección por el VIH sigue siendo inadmisiblemente elevada. En la mayoría de los países africanos, el número de nuevas infecciones por el VIH está en aumento, lo que indica que las medidas preventivas no han logrado una eficacia suficiente (Figura 2).

Figura 2. Tendencia de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas en la región de África de la OMS, por subregión, 1991-2003



Fuente: Organización Mundial de la Salud

En la región de África, cada año se registran aproximadamente 2,4 millones de nuevos casos de tuberculosis y 500.000 muertes relacionadas con esta enfermedad. En todo el mundo, 9 de los 22 países que registran 80% de todos los casos de tuberculosis se encuentran en esta región y 11 de los 15 países con la incidencia más alta están también en ella. En promedio, 35% de los pacientes tuberculosos informados en los países en la región de África están coinfectados por el VIH, y en la mayoría de los países de África meridional, más de dos terceras partes de los niños y de los adultos tuberculosos están coinfectados por el VIH. La tuberculosis aparece cada vez más en los miembros económicamente productivos más jóvenes de la sociedad, especialmente niñas y mujeres, lo que se asemeja mucho a la tendencia de prevalencia de la infección por el VIH (OMS, 2005a:10).

La región de África representa más de 90% de los 300 a 500 millones de casos clínicos de malaria que se registran en todo el mundo cada año. Al mismo tiempo, los niños de la región representan 90% del casi millón de muertes en niños relacionadas con la malaria en todo el mundo. Además, la malaria contribuye significativamente a la anemia en las embarazadas y al peso bajo al

nacer en el caso de los recién nacidos. Los cálculos muestran que los países de África con malaria endémica tienen 1,3 puntos porcentuales menos de crecimiento económico por año en comparación con países similares que no presentan esta endemicidad, y que el costo anual por la pérdida de productividad y el tratamiento de la malaria en la región asciende a los US\$ 12.000 millones (OMS/UNICEF, 2003:17).

Una mujer en la región de África se enfrenta a un riesgo de 1 en 16 de morir debido a los embarazos y partos durante su vida, frente a un riesgo de 1 en 2.800 en los países desarrollados. Por cada muerte materna, 30 mujeres además se ven afectadas por complicaciones como la anemia crónica, la infertilidad y la fístula obstétrica (OMS, 2004a). Cerca de 4,4 millones de niños mueren cada año, 12.000 por día, a consecuencia de enfermedades y dolencias que podrían prevenirse o tratarse con facilidad. Las causas principales son las afecciones neonatales, las infecciones respiratorias agudas, la malaria, las enfermedades diarreicas, el sarampión y la infección por el VIH/sida. Cerca de 35% de las muertes se deben al efecto que tiene la desnutrición sobre los cuadros de diarrea, neumonía, malaria y sarampión (Black, Morris y Bryce, 2003).

Se siguen registrando epidemias graves en la región. En consecuencia, las epidemias de meningitis, cólera, disentería y las fiebres hemorrágicas, por mencionar sólo algunas, representan un nivel muy alto de mortalidad y discapacidad cada año. Por ejemplo, en el año 2004 el número de casos de meningitis en los seis países afectados por la epidemia ascendió a 31.520, con 4.294 muertes. En ese mismo año, 27 países notificaron 81.306 casos y 2.029 muertes debidas al cólera (OMS, 2004b). En la actualidad, la región se ve amenazada además por una pandemia potencialmente mortal de gripe aviar. Otras enfermedades relacionadas con la pobreza como la esquistosomosis, las infecciones por helmintos transmitidos por el suelo, la tripanosomosis africana, la leishmaniosis visceral, la filariasis linfática y la úlcera de Buruli están también cobrando sus víctimas, pero siguen siendo desestimadas por los gobiernos y sus asociados. Se ha estancado el avance de las investigaciones y el desarrollo de medicamentos en torno a estas enfermedades, que todavía tienen una considerable repercusión negativa sobre el desarrollo humano en la Región y han empeorado mientras que los esfuerzos se han centrado en otras enfermedades (Roungou, Mubila, Dabira, Kinvi y Kabore, 2005; Meda, Rangou y Dabiré, 2004).

Los sistemas de salud de la región están luchando frente a la presión de una carga doble: una mortalidad y morbilidad altas, debidas a las enfermedades transmisibles, junto con el aumento del número de casos de las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades mentales y las lesiones (OMS, 2000a). Las muertes por accidentes de tránsito en la región de África están 50% por encima del promedio mundial. La mortalidad es sólo la punta del iceberg, ya que también hay millones de personas lesionadas o discapacitadas cada año a consecuencia de accidentes de tránsito (Peden, Scurfield, Sleet, Mohan, Hyder y Jarawan, 2004). Los peatones y los usuarios de vehículos motorizados de dos ruedas son los que presentan el riesgo más alto de sufrir lesiones o de morir, quienes tienden a pertenecer a los grupos de menos ingresos. Los conflictos armados ocurren con frecuencia en los países africanos y pueden representar una causa importante de la mala salud. Incluso en aquellos países que no han experimentado conflictos armados hay un costo pesado de las lesiones con armas de fuego y otros tipos de violencia interpersonal, que puede conducir a discapacidades físicas (OMS, 2002a).

Las desigualdades y la salud pública

Existen muchas discrepancias en torno a la magnitud de la pobreza entre y dentro de los países en toda África. Los resultados de los estudios realizados en los países en desarrollo (incluidos varios de la región de África) indican que las personas en la clase socioeconómica más alta de la población tienen más del doble (o incluso más) de probabilidad de tener acceso a servicios de salud que las personas que integran el 40% inferior (Davidson, Abbas y Victora, 2004).

Según la clasificación del Banco Mundial de los países en grupos de ingresos de acuerdo con el ingreso nacional bruto (INB) per cápita, 37 de los 46 países de la región de África eran países de ingresos bajos en 2003, con US\$ 735 o menos de ingreso per cápita anual. Cuatro países se ubicaban dentro del grupo de ingresos medios bajos, entre US\$ 736 y US\$ 2.935. Otros cuatro estaban dentro del grupo de ingresos medios altos, US\$ 2.936 a US\$ 9.075. Ninguno de los países de la región de África se ubicó en la franja de ingresos altos, US\$ 9.076 o más (PNUD, 2003:250). Si se utilizan estas categorías, la distribución de los indicadores de salud (esperanza de vida sana, esperanza de vida, probabilidad de muerte e índice de mortalidad materna) parece mejorar a medida que pasamos de los países de ingresos bajos a los países de

ingresos medios altos (Cuadro 1). Por ejemplo, la esperanza de vida promedio al nacer en los países de ingresos bajos es de 47,8 años frente a 60,8 años en los países de ingresos medios altos, una diferencia de 13 años. Por lo tanto, es de esperarse que las personas que viven en los países relativamente prósperos tengan vidas más largas y más saludables que los habitantes de los países de ingresos relativamente bajos. Las desigualdades en los resultados de salud de todos los países reflejan las desigualdades fundamentales en la distribución de los diversos factores determinantes de la salud. El nivel de acceso a mejores fuentes de agua, el saneamiento, el índice de alfabetización adulta y el número combinado de alumnos matriculados en establecimientos educativos son inferiores en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos medios bajos y medios altos.

CUADRO 1: La distribución de los resultados de salud (esperanza de vida) y los determinantes sociales selectivos por nivel de ingresos de los países en la región de África, 2003

Valores medios variables	Países de ingresos bajos (n=37)	Países de ingresos medios bajos (n=5)	Países de ingresos medios altos (n=4)
Esperanza de vida sana en varones (al nacer)	40,3	47,6	51,0
Esperanza de vida sana en mujeres (al nacer)	42,0	49,8	54,4
Esperanza de vida (al nacer)	47,8	55,7	60,8
Población con acceso sostenible a mejores fuentes de agua (%)	55,5	77,2	85,8
Población con acceso sostenible a un saneamiento mejor (%)	50,9	69,2	74
Índice de alfabetismo en adultos (%)	56,3	78,2	81,2
Proporción combinada de alumnos matriculados en establecimientos educativos	43,5	76	77,3
Índice de mortalidad materna	960,6	238	181,3

Fuente: PNUD 2003

Los determinantes de la pobreza, la desigualdad y la salud pública

Los determinantes de la pobreza, la desigualdad y la salud pública en la región de África pueden clasificarse en tres categorías amplias: factores que se deben a cuestiones inmutables como el clima, la geografía y la historia; factores mundiales potencialmente modificables, como el comercio internacional, la paz y la estabilidad; y factores nacionales o a escala de país, incluido el sistema de salud y la pandemia de la infección por el VIH/sida.

El clima, la geografía y la historia

La topografía de la mayor parte de África, principalmente una serie de mesetas cuya escarpadura forma barreras de saltos y rápidos en los cursos inferiores de los ríos, no es apropiada para usar esos ríos como vías de transporte hacia el interior. El terreno escabroso de la región tampoco favorece el transporte terrestre de los productos al exterior. Además, el desierto del Sahara es una barrera importante para el comercio terrestre de alto volumen entre África subsahariana y las zonas costeras y los socios comerciales en el norte, incluida Europa. Esta barrera geográfica para el transporte de productos y, por lo tanto, para el comercio, ha tenido una importante repercusión negativa sobre el desarrollo económico de la región. La mayor parte de las personas vive en áreas con pocos ríos que puedan proporcionar riego y con un terreno escabroso que no permite el riego barato. Las precipitaciones imprevisibles y una disminución a largo plazo en las precipitaciones en todo el continente durante los 30 últimos años no permitieron el desarrollo agrícola extenso. El clima tropical, cálido y húmedo, también ha sido muy propicio para la reproducción de los insectos y de otros vectores de las enfermedades que azotan el continente, en particular la malaria. Estas enfermedades han tenido efectos negativos sobre el desarrollo socioeconómico de la región (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005a:146).

El período de colonización europea de África empezó en el siglo XV y se extendió hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, después de causar una inmensa miseria humana así como una terrible devastación económica y social. La era tras la independencia también se ha caracterizado por un aumento de las guerras transfronterizas y civiles en los países.

Las influencias mundiales

La degradación del medio ambiente también ha contribuido a la pobreza y la mala salud en la región. Las acciones de los países africanos y los países industrializados han contribuido al empeoramiento de la situación. Por ejemplo, la importante deforestación de la región fue causada, en parte, por la demanda local de tierras, materiales de construcción y combustible a raíz del crecimiento cada vez mayor de la población. Pero también fue causada por la demanda internacional de madera y otros productos forestales (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005b:3).

En otras partes del mundo, la globalización y una buena gobernanza económica pueden haber dado lugar a mejores niveles de vida. Sin embargo, la globalización no tuvo un efecto positivo similar sobre la economía, ni disminuyó la pobreza o mejoró la salud pública de la región de África (PNUD, 1999). La mayor liberalización del comercio y los sistemas financieros, y la creación de mercados mundiales, en los que es cada vez más difícil para África poder competir, han exacerbado la situación de la pobreza, incluida la incapacidad de pagar por servicios de salud. También ha conducido a la salida de los trabajadores capacitados (incluidos los trabajadores de la salud) de África hacia los países desarrollados (Joint Learning Initiative, 2004:18). La ayuda extranjera se ha usado en general para promover los cultivos comerciales como el algodón, el cacao y el café, en lugar de la agricultura de subsistencia.

La región de África sigue luchando como consecuencia de la peor arremetida de desastres provocados por el hombre y desastres asociados con peligros naturales. Muchas partes de la región siguen enfrentándose a la escasez alimentaria debida a las sequías, a la creciente prevalencia de la infección por el VIH/sida y a los conflictos armados, lo que conduce a emergencias humanitarias complejas (Comisión para África, 2005:34). La región de África es muy rica en recursos naturales, pero la lucha por el control de los diamantes, la madera, el oro, los minerales y los recursos petroleros ha causado inestabilidad y guerras que han tenido un efecto negativo directo sobre el bienestar social y la salud.

Los factores nacionales o a escala de país

El rápido crecimiento de la población y la migración a las zonas urbanas, que tiende a ser más rápida en los países de la región de África, han agravado los problemas asociados con los factores determinantes mundiales descritos anteriormente, que

obstaculizan seriamente la disponibilidad de tierras agrícolas y aumentan la degradación del medio ambiente (deforestación, degradación del suelo, agotamiento de la pesca, menos agua potable). Sin agua potable para beber y para utilizarla en la preparación de los alimentos, las poblaciones son vulnerables a una variedad de enfermedades de transmisión hídrica, incluidos el cólera, la tifoidea y otras infecciones diarreicas, así como a parásitos como el dracunculo y los helmintos del género *Schistosoma*. En 2002 el porcentaje de personas en la región de África con acceso a algún suministro de agua potable era de 84% para las áreas urbanas y 45% para las zonas rurales. La recolección del agua también es una tarea lenta, físicamente estresante que recae desproporcionadamente sobre las mujeres y los niños. Sólo 58% de la población urbana y 28% de la población rural tiene acceso a instalaciones adecuadas de saneamiento (OMS, 2005b:42). Cientos de miles de personas, en particular niños, mueren cada año por enfermedades causadas por microorganismos, por productos químicos en el abastecimiento de agua o por enfermedades causadas por el saneamiento deficiente.

La contaminación del aire es uno de problemas ambientales más graves de esta región y una amenaza continua para la salud, especialmente en las zonas urbanas. A medida que crecen las ciudades, más vehículos, industrias, hogares y centrales eléctricas contribuyen a la carga de contaminación. La contaminación del aire urbano contribuye a diversas enfermedades, como el cáncer de pulmón, las cardiopatías, el asma y la bronquitis. La contaminación del aire en locales cerrados también repercute en la salud de las personas. La mayor parte de las personas que vive en las zonas rurales, los asentamientos informales y los barrios pobres de las ciudades de la región sigue dependiendo de los combustibles tradicionales como los residuos de los cultivos y la leña para cocinar y calentar, y estos combustibles de baja calidad, combinados con cocinas ineficientes y una ventilación inadecuada, crea altos niveles de contaminantes dentro del hogar (OMS, 2002b). Otro problema es la contaminación química. La exposición a ciertos productos químicos puede causar efectos que comprenden desde la intoxicación aguda a las malformaciones congénitas y el cáncer. Las prácticas agrícolas peligrosas o el uso de ciertos productos químicos por parte de la salud pública tienen repercusiones profundas en la salud. El uso de DDT representa un problema especial. Prohibido en gran parte del mundo debido a su liposolubilidad, persistencia y capacidad de propagación, este plaguicida se usa en algunas partes de África a falta de opciones más

baratas y debido a su eficacia en el control de vectores (Govere, Lyimo, Bagayoko, Faye, Ameneshewa, Guillet, Murugasampillay y Manga, 2004).

De ser una parte del mundo predominantemente rural hace apenas 20 años, África está urbanizando con rapidez. En la actualidad 37% de sus habitantes vive en ciudades, pero para el año 2030 se espera que esta proporción llegue a 53%. Las ciudades en rápida expansión a menudo se caracterizan por la presencia de barrios pobres, servicios de suministro agua y de salud inadecuados, y problemas de aguas residuales. Prosperan los microbios y las enfermedades infecciosas se convierten en epidemias. El hacinamiento que siempre acompaña a la urbanización rápida contribuye a un sinnúmero de problemas sociales y conductuales, incluida la desintegración de las familias, la carencia de hogar, la criminalidad, la violencia, el uso de drogas y el abuso sexual (OMS, 2003b:4).

Los comportamientos relacionados con la salud también constituyen determinantes importantes. El comportamiento sexual peligroso contribuye a los niveles altos actuales que registran las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/sida. Las enfermedades crónicas se relacionan con unos pocos factores de riesgo comunes y modificables: la hipertensión, niveles altos de colesterol, la hiperglucemia, el tabaquismo, el consumo insuficiente de frutas y verduras, y el exceso de peso, la obesidad o la inactividad física. Estos factores de riesgo están en aumento debido a la urbanización y la globalización (OMS, 2002c:7). A medida que las personas dejan los pueblos y se instalan en las ciudades, el régimen alimentario tradicional -rico en frutas y verduras- se ve reemplazado gradualmente por un régimen alimentario rico en calorías de grasas animales y bajo en carbohidratos complejos. Este cambio alimentario se combina con una disminución en la actividad física, ya que las personas se alejan de las actividades agrícolas tradicionales y adoptan trabajos sedentarios. La comercialización mundial del tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos azucarados, ricos en grasas o salados ha llegado a todas las zonas excepto las más remotas de la región.

Los sistemas de salud

El mismo sistema de salud puede considerarse como un factor determinante de la pobreza, la desigualdad y la salud pública. Es más frecuente que las personas que padecen mala salud desciendan antes que asciendan en la escalera social en comparación con las

personas sanas. La función del sistema de salud se torna particularmente pertinente por el tema del acceso a los servicios de salud preventivos y curativos (Braveman y cols., 2003). El sistema de salud puede abordar de manera directa las desigualdades, no solo al mejorar el acceso equitativo a la asistencia, sino también al promover medidas intersectoriales en pos de mejorar el estado de salud. El sistema de salud también es capaz de lograr que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro adicional de la posición social de las personas y de facilitar la reintegración social de las personas enfermas.

Sin embargo, el acceso equitativo y sostenible a sistemas de salud que funcionen de manera adecuada no se ha logrado en toda la región. Siempre han existido disparidades geográficas, que han empeorado durante el último decenio. Muchas personas, en particular los habitantes de zonas rurales, a menudo tienen que trasladarse grandes distancias para recibir asistencia sanitaria básica. Cuando logran llegar a un hospital o a un consultorio, sólo pueden recibir atención de salud si pagan por ella. Inevitablemente, muchas personas pueden renunciar al tratamiento porque no pueden costearlo, mientras que los que pueden hacerlo quizás encuentren que el costo les resulta ruinoso y la calidad de servicio, limitada. En muchos países se considera que la alta rotación de las personas que ocupan puestos clave, la falta de continuidad en las políticas, la falta de recursos, el manejo deficiente de los recursos disponibles y la ejecución deficiente son las limitaciones principales que no permiten mejorar los sistemas de salud. La mayoría de los países de la región ha heredado un modelo de atención sanitaria colonial y europeo, concebido principalmente para administradores coloniales y expatriados, con una prestación de atención por separado o de segunda clase para los africanos, si es que se les brindaba algún tipo de asistencia (OPS, 2000b:14).

La mayor parte de los países de la región no cuenta con un sistema de información sanitaria capaz de recopilar, almacenar, analizar y notificar datos que permitan fundamentar las políticas y la adopción de decisiones. Aunque el punto de comparación crucial para juzgar la salud de una población surge del registro de los nacimientos y las defunciones, estos datos no se registran para la mayoría de las personas en África. Por ejemplo, en la región se registran menos de 10% de las muertes, y aun en los casos en los que se las registra, a menudo no se incluyen las causas de muerte o no se las atribuye de manera fiable (Mathers, Ma Fat, Inoue, Rao y López, 2005).

En algunas partes de la Región, más de la mitad de la población no tiene acceso a medicamentos esenciales y, por lo tanto, no pueden gozar de los beneficios de los tratamientos de utilidad comprobada para las enfermedades comunes. A falta de medicamentos asequibles y de buena calidad, algunas personas de la región recurren sin darse cuenta a medicamentos de calidad deficiente o incluso a medicamentos falsificados baratos. Sólo 10% de los países de esta región tiene la capacidad de reglamentar los medicamentos de manera integral (OMS, 2005c:9).

Aunque los números absolutos de profesionales de la salud han aumentado, la proporción general de profesionales de la salud con respecto a la cantidad de habitantes ha disminuido. Muchos factores han contribuido a la escasez creciente de trabajadores de la salud en toda esta región, los que incluyen una alta carga de morbilidad que ha requerido más trabajadores de la salud para atender a las personas enfermas; numerosas pérdidas de trabajadores de la salud debidas a la migración y la mortalidad (en especial a causa del sida); falta de políticas o planes de recursos humanos, planes y políticas inadecuados, o planes que no se han armonizado con las crecientes exigencias de prestación de servicios de salud; y una infraestructura sanitaria débil o estancada que no ha podido equiparar el crecimiento demográfico (Awases, Gbary, Nyoni y Chatora, 2004).

En los países africanos, el gasto general público y privado en materia de salud es cerca de 5% del producto interno bruto (PIB). De este gasto total en salud, el gobierno contribuye 51% (20% del cual proviene de fuentes externas) y las empresas privadas y los hogares contribuyen cerca de 49%. Casi 80% de esta última cifra representa gastos en efectivo por hogar. Los jefes de Estado de los países africanos contrajeron el compromiso en Abuja de asignar al menos 15% de sus presupuestos anuales al sector de la salud. Pero a fines de 2002, sólo dos países habían dedicado 15% o más de sus presupuestos a esta área (Chatora, 2005).

La pandemia de la infección por el VIH/sida

No sólo se trata de una epidemia que contribuye a la alta carga de morbilidad, sino que también constituye un factor limitador importante para el desarrollo. Destruye el capital humano, destroza los mecanismos que generan la formación del capital humano, hace que la inversión sea menos atractiva y agota las capacidades humanas e institucionales que conducen al desarrollo sostenible. Por ejemplo, a raíz de la rotación masiva causada por el sida, las

compañías se enfrentan con los altos costos de tener que reasignar y capacitar nuevamente a los trabajadores (OMS, 2001:47). Los trabajadores calificados han muerto o han escapado de la región en grandes números, abandonando aquellos países que no cuentan con liderazgo técnico o empresarial. Un gran número de huérfanos a consecuencia del sida exigen al máximo a las redes de apoyo social. El tiempo y los gastos directos por asistir a los funerales frecuentes pueden tener un efecto adverso considerable sobre la economía local. Esta enfermedad está saturando los sistemas de salud, y su fuerza laboral se ve rebasada y está en disminución (OPS, 2004c:8).

El camino futuro

Las intervenciones multisectoriales

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reconocen la interdependencia que existe entre la pobreza, las desigualdades y la salud pública. El marco de los objetivos muestra que sin logros importantes en relación con la reducción de la pobreza, la seguridad alimentaria, la educación, la autonomía de las mujeres y mejores condiciones de vida en los barrios pobres, o sin un entorno que permita sostener estas condiciones, muchos países no lograrán cumplir las metas sanitarias. Y si no se logra un avance en torno a la salud, otros objetivos de desarrollo del milenio también quedarán fuera de alcance. De acuerdo con los índices actuales, no todos los países de la región están creciendo a la velocidad necesaria para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, en especial el primer objetivo: reducir la pobreza a la mitad para el año 2015 (PNUD 2005:18).

La pobreza, la desigualdad y la salud pública deficientes en la región de África pueden enfrentarse mediante el crecimiento económico sostenido, reforzado por medio de más inversiones en infraestructura (energía eléctrica, caminos, puertos y comunicaciones), la sostenibilidad ambiental y el mejoramiento de la planificación urbana. Los gobiernos de la región de África tienen que desempeñar un papel aun mayor para procurar que el crecimiento económico no conduzca al agravamiento de las desigualdades y que las personas de menos recursos formen parte del crecimiento general, y deben hacer hincapié en ampliar su acceso a la tenencia de tierras seguras, facilitándoles la posibilidad de crear pequeños emprendimientos y ampliando su acceso a las microfinanzas. También es importante contar con una mayor inversión pública en la educación y la salud pública. Las autoridades estatales son las que

deben tomar la delantera al promover los derechos humanos y la equidad en pos del bienestar de todas las personas, y para lograr que las personas pobres y marginadas puedan participar plenamente en las decisiones que afecten a sus vidas (PNUD, 2004:15). Pero esforzarse por obtener esta estabilidad macroeconómica no debe conducir a la marginación y a la reducción de los gastos en el sector social. El desafío estriba en velar por un nivel de gasto que sea compatible con la estabilidad macroeconómica y que promueva de la mejor manera posible el desarrollo de la salud y la equidad en la salud (Banco Mundial, 2006:198).

Las intervenciones del sector de la salud

Considerando la naturaleza multidimensional de la pobreza, la contribución del sector de la salud a su reducción debe incluir intervenciones que se lleven a cabo tanto fuera como dentro del sector. El sector de la salud debe colaborar con otros sectores para influir en la mayoría de las condiciones subyacentes necesarias para la salud pública, lo que incluye: el agua limpia y el saneamiento, el acceso a alimentos y medicamentos confiables, la lucha contra el tabaquismo, el acceso a la educación y a la información relacionadas con la salud, y normas que estipulen condiciones seguras de trabajo, de vivienda, de transporte y de medio ambiente. Como mínimo, el sector de la salud podría contribuir al fijar y hacer cumplir las normas relacionadas con estas condiciones subyacentes.

El sector de la salud debe crear y mantener una plataforma de promoción de la causa fuerte que se dirija a los interesados directos y a los asociados que operan fuera del sector de la salud, a fin de sensibilizarlos sobre la contribución de la salud a la reducción de la pobreza y de proporcionar orientaciones sobre cómo otros sectores (la educación, la agricultura, el transporte, la energía, el agua y el medio ambiente, las finanzas y la planificación, la vivienda, el saneamiento y la industria) deben incorporar consideraciones de salud en sus políticas y prácticas para mejorar los resultados de salud. Un primer paso para lograr esto consiste en generar datos probatorios de los nexos entre la salud pública y los determinantes ambientales y socioeconómicos. El sector de la salud también debe emprender una evaluación de rutina de las implicaciones potenciales para la salud de las políticas de desarrollo para distintos grupos sociales. Con este fin, los datos recopilados de manera sistemática sobre la salud, la asistencia sanitaria y otros

determinantes de la salud deben desglosarse en grupos por factores como la riqueza, el género y el grupo étnico, que reflejen la pobreza y las desventajas sociales (Nolen y cols., 2005).

Al nivel de las políticas del sistema de la salud, los países deben poner en marcha reformas con miras a desplazar el centro de interés de los sistemas de salud, y pasar de un método excesivamente curativo a un modelo más preventivo y promocional de las intervenciones sanitarias, con miras a acelerar el mejoramiento del estado de salud de las personas de menos recursos. Además será necesario extender la cobertura de salud a las áreas subatendidas para el beneficio de las poblaciones vulnerables, reforzar los programas de vacunación contra las enfermedades infantiles mediante la supervisión regular y la movilización de fondos suficientes, y mejorar la producción local de las vacunas, los medicamentos y los medios de diagnóstico (OCDE/OMS, 2003: 53).

Es importante promover un sistema de financiamiento de la salud nacional que contribuya a lograr mejores resultados de salud de una manera equitativa y eficaz, y que proteja a los habitantes contra los efectos empobrecedores de la enfermedad. El financiamiento equitativo puede aumentar el acceso a la atención médica para los pobres, mejorar la salud de las personas y, por lo tanto, su capacidad de ganarse la vida, y reducir de ese modo indirectamente la pobreza. También podría reducir la prevalencia y la profundidad de la pobreza al proteger a las personas pobres y vulnerables del empobrecimiento adicional causado por los gastos de asistencia sanitaria (OMS, 2005d). Esto requeriría garantizar un financiamiento más sostenible de los sistemas de salud, elegir y adquirir intervenciones rentables, fijar incentivos financieros apropiados para los prestadores de servicios, y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

Otra opción importante en torno a las intervenciones consiste en fortalecer las iniciativas de promoción de la salud, lo que incluye promover un comportamiento saludable que permita mejorar la salud y prevenir las enfermedades prioritarias, en especial aquellas que afligen a los pobres. Es importante hacer hincapié en la promoción de una nutrición adecuada, de la inocuidad de los alimentos y de la reducción de los factores de riesgo ambientales y conductuales, especialmente los que conducen a la infección por el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. También será necesario promover las intervenciones multisectoriales encaminadas a movilizar a las personas, las

familias y las comunidades para que tengan una participación mayor en las intervenciones de prevención y de promoción de la salud (OMS, 2002c:101).

El sector de la salud también debe aumentar las intervenciones contra los importantes problemas de salud pública de la región. En el caso de la infección por el VIH/sida, el énfasis debe estar en la prevención y el control del contagio, así como en la atención y el apoyo de las personas que viven con sida. Debe promoverse el acceso a los medicamentos antirretrovíricos y la producción local de medicamentos genéricos. En la lucha contra la tuberculosis, se debe aumentar la cobertura del acceso a un tratamiento breve bajo observación directa. La malaria deberá enfrentarse mediante la introducción del tratamiento combinado basado en artemisinina en los países que cuentan con datos probatorios de resistencia a la cloroquina. Además debería impulsarse el tratamiento preventivo para las embarazadas, el control de vectores mediante el uso de materiales tratados con insecticidas y el empleo de los insecticidas. La salud materna debe mejorarse mediante el aumento del acceso a una atención de calidad tanto prenatal como posnatal, incluida la atención obstétrica de emergencias que apunte a la reducción de la mortalidad materna y de los recién nacidos. También se deberá brindar apoyo a los servicios de salud infantil, especialmente las campañas de vacunación y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, mediante el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud en los establecimientos de salud y a nivel comunitario. Además debe buscarse la ejecución de métodos mejores y más amplios en torno a la nutrición y la alimentación del lactante y del niño pequeño, así como la vigilancia de las enfermedades y las estrategias de respuesta en caso de epidemias (OPS, 2003c:8).

Estas intervenciones sanitarias crearán nuevas oportunidades para las personas pobres de entrar a formar parte del mercado laboral con mayores capacidades y, por lo tanto, darán lugar a una productividad mayor, lo que, a su vez, ayudará a reducir la pobreza en la medida en que afecte a la persona, a la familia, a la comunidad y a la nación. Para emprender tales intervenciones los países tienen que instituir las reformas apropiadas, actualizar las políticas sanitarias nacionales y aumentar el presupuesto asignado al sector de la salud en conformidad con la Declaración de Abujas firmada por los jefes de Estado de la región de África (Organización para la Unión Africana, 2000), que compromete a los países a asignar 15% de su presupuesto total al sector de la salud, a abogar a nivel nacional e internacional en pos de más

recursos para el sector de la salud, y a crear un mecanismo transparente para administrar, vigilar y evaluar la eficiencia en el uso de tales recursos.

La función de la OMS y sus asociados

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la estrategia de salud de la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, la Asamblea Mundial de la Salud, la resolución de los jefes de Estado de la Unión Africana sobre la salud y las prioridades de cada país deben sentar las bases para establecer las prioridades sanitarias actuales de la OMS y de otros asociados en la región de África. Las asociaciones constituyen un elemento clave para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Debe forjarse una colaboración más estrecha entre la OMS y la Unión Africana, la Comisión Económica para África de las Naciones Unidas y las comunidades económicas regionales, al igual que con otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, los donantes bilaterales, el gobierno y los sectores no gubernamentales. También deben emprenderse iniciativas para promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, de las mujeres, del sector privado y de las instituciones académicas y de investigación en pos de la reforma del sector de la salud. Deben considerarse los puntos de vista de la comunidad para que los sistemas nacionales de salud sean más receptivos a las expectativas de las personas y sus necesidades, y para que las comunidades aumenten su participación en torno a la prevención y la promoción de la salud.

El consenso internacional actual en torno a la importancia de la salud para el desarrollo socioeconómico y la reducción de la pobreza, según lo refleja el informe de la Comisión de África de Reino Unido y la resolución del Grupo de los 8; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del Presidente de los Estados Unidos y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (la Alianza GAVI); y la iniciativa “Reducir los riesgos del embarazo”, proporciona una oportunidad sin precedentes de lograr una mejor cooperación técnica entre la OMS y otros asociados con los países de la región.

Conclusiones

Un esfuerzo concertado por parte de los países de la región de África y sus socios está cobrando impulso en pos del cambio y de ayudar a la región a acelerar el avance hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Para que tenga éxito, los países deben asignar un porcentaje mayor de su gasto nacional a la salud y sus socios deben aumentar su asistencia a la región de África a fin de poder abordar la falta de recursos financieros. Los gobiernos y sus asociados también deben procurar poner en práctica buenas políticas.

El avance en pos del cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio depende del esfuerzo de los países, pero también de los cambios de política hechos por los países ricos, como la condonación de la deuda, el compromiso con una ayuda mayor y su eficacia, y el levantamiento de las restricciones de los mercados. Se han logrado algunos avances en estas áreas. Los países donantes también han estado de acuerdo en armonizar la ayuda y en respetar las prioridades de desarrollo de los países beneficiarios. A pesar de ello, varias de las naciones ricas todavía no han cumplido su compromiso de donar 0,7% de sus ingresos anuales en forma de ayuda (Naciones Unidas, 2002). Sin embargo, una mayor ayuda sólo puede conducir al progreso si los países beneficiarios se comprometen con políticas que procuren reducir la pobreza y las desigualdades, y que promuevan y protejan la salud pública.

NOTA

1. Este documento se centra en los 46 Estados Miembros de la región de África que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La región de África de la OMS no incluye los 54 países del continente africano. Aunque la Región está constituida principalmente por países de la zona del África subsahariana, no se limita solamente a esta zona.

REFERENCIAS

- Awases, M., Gbary, A., Nyoni, J. y Chatora, R. 2004. Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- Black, R.E., Morris, S.S. y Bryce, J. 2003. "Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year?" *Lancet*, 361:2226-34.
- Banco Mundial. 2005. Improving Health, Nutrition and Population Outcomes in Sub-Saharan Africa. The role of the World Bank. Washington D.C.: Banco Mundial.

- Banco Mundial. 2006. Informe sobre el desarrollo mundial 2006: Equidad y desarrollo. Washington D.C.: Banco Mundial/Oxford University Press.
- Braveman, P. y Gruskin, S. 2003. "Poverty, Equity, Human Rights and Health". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 81:539-545.
- Chatora, R. 2005. Health Financing in the WHO African Region. *African Health Monitor*. 5(2):13-6.
- Comisión para África (Commission for Africa). 2005. Our Common Interest: Report of the Commission for Africa. Londres; Commission for Africa.
- Gwatkin, Davidson R., Bhuiya, Abbas y Victora, Cesar G. 2004. "Making Health Systems More Equitable". *Lancet* 364: 1273-80.
- Govere, J., Gebremariam, F., Lyimo, E., Bagayoko, Faye O., Ameneshewa, B., Guillet, P., Murugasampillay, S. y Manga, L. 2004. "The Use of DDT for Malaria Vector Control: Past, Present and Future". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(4):11-13.
- Joint Learning Initiative. 2004. *Human Resources for Health-Overcoming the Crisis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Mathers, C.D., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C., López, A.D. 2005. "Counting the Dead and What they Died from; an Assessment of the Global Status of Cause of Death Data". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 83:171-7.
- Meda, H.A., ROUNGOU, J.B. y DABIRÉ, A. 2004. "Update on Progress Made in the Implementation of the Regional Programme for the Control of Human African Trypanosomiasis, 2003". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 2(3): 10-11.
- Naciones Unidas. 2002. Informe de la Conferencia Internacional sobre Financiamiento para el Desarrollo, Monterrey, México, 18 al 22 de marzo de 2002. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nolen, L.B., Braveman, P., Norberto, J., Dachs, W., Delgado, I., Gakidou, E., Moser, K., Rolfe, L., Vega, J. y Zarowsky, C. 2005. "Strengthening Health Information Systems to Address Health Equity Challenges". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 83:597-603.
- OAU. 2000. Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. Addis Ababa: Organization of African Unity.
- OCDE. 2001. The DAC Guidelines. Poverty Reduction. París: Servicio de publicaciones de la OCDE.
- OCDE/OMS. 2003. DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. París. OCDE.
- OMS. 2000a. Noncommunicable Diseases: A Strategy for the African Region, Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2000b. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2001. Macroeconomía y Salud: Inversión en salud para el desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2002a. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2002b. Health and Environment: A Strategy for the African Region (AFR/RC52/10). Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2002c. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OMS. 2003a. Communicable Diseases in the OMS African Region 2003. Harare: Division of Prevention and Control of Communicable Diseases, Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2003b. Reducing Poverty through Healthy Cities Programme. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2003c. Poverty and Health: a Strategy for the African Region (AFR/RC52/11). Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2004a. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by OMS, UNICEF and UNFPA. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación.
- OMS. 2004b. Communicable Diseases in the OMS African Region 2003. Division of Prevention and Control of Communicable Diseases. Oficina Regional de la OMS para África; 2004.
- OMS. 2004c. Informe sobre la salud en el mundo 2004: Cambiemos el rumbo de la historia: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2005a. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2005b. World Health Statistics 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. 2005c. The Work of OMS in the African Region – 2004. Annual Report of the Regional Director. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África.
- OMS. 2005d. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers. Number 2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/UNICEF. 2003. Africa Malaria report 2003. Harare: Oficina Regional de la OMS para África.
- ONUSIDA/OMS. 2004. UNAIDS Epidemic Update 2004. Ginebra: ONUSIDA/OMS.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A.A., Jarawan, E., et al. 2004. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PNUD. 1999. Informe sobre Desarrollo Humano 1999: La globalización con rostro humano. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. 2003. Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York Oxford: Oxford University Press.
- PNUD. 2004. Informe sobre Desarrollo Humano 2004: Libertad cultural y desarrollo humano hoy. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. 2005. Informe sobre Desarrollo Humano 2005: La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. 2005a. Invirtiendo en el Desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Londres y Sterling, VA: Earthscan.

- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. 2005b. Environment and Human Well-Being: A Practical Strategy. Report of the Task Force on Environmental Sustainability. Londres: Earthscan.
- Renner, Michael. 2002. The Anatomy of Resource Wars. Worldwatch Institute (octubre).
- Roungou, J.B., Mubila, L., Dabira, A., Kinvi, E.B. y Kabore, A. 2005. "Progress in Lymphatic Filariasis Elimination in the African Region". *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*. 3(1):10-11.

ACERCA DEL AUTOR

Luis G. Sambo se graduó en 1977 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Angola y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nova de Lisboa. Comenzó su carrera en 1977 como funcionario médico distrital en el Municipio de Cacucaco en la Provincia de Luanda, y se desempeñó como director de los servicios de salud de la provincia de Cabinda de 1978 a 1980 y como director de cooperación internacional en el Ministerio de Salud en Luanda de 1981 a 1983. El Dr. Sambo cumplió otras funciones antes de ser promovido al cargo de viceministro de Salud en 1983, función que ocupó durante cinco años. Como viceministro de Salud de Angola, presidió el Comité de Salud Nacional, fue coordinador de los hospitales públicos en Luanda y supervisor del Programa Nacional de lucha contra las enfermedades, salud maternoinfantil y vigilancia epidemiológica. Se incorporó a la OMS en 1989 como jefe del equipo de apoyo estratégico entre países en Harare, Zimbabwe. En 1990, fue asignado a Guinea-Bissau como representante de la OMS en el país. Se lo reasignó a la Oficina Regional en Brazzaville en 1994 como asesor regional a cargo de coordinar la Estrategia de Salud para Todos de la OMS. En 1996 prestó servicios como Director de la División de Desarrollo de los Servicios de Salud en la Oficina Regional. Desde 1998 hasta 2004, fue Director de Gestión de Programas en la Oficina Regional, donde coordinó el programa de la OMS de cooperación técnica con los 46 Estados Miembros de la región de África. Ha publicado numerosos trabajos en las revistas internacionales y es miembro de diversas asociaciones. En la actualidad, es el Director Regional de la OMS para África.