



**COMITÉ REGIONAL AFRICANO**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Sexagésima sessão

Malabo, Guiné Equatorial, 30 de Agosto-3 de Setembro de 2010

Ponto 7.9 da ordem do dia provisória

**CRISE FINANCEIRA MUNDIAL:  
IMPLICAÇÕES PARA O SECTOR DA SAÚDE NA REGIÃO AFRICANA**

**Relatório do Director Regional**

**ÍNDICE**

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES .....	1–8
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	9–17
ACÇÕES PROPOSTAS .....	18–30

**ANEXOS**

	<i>Página</i>
1. Alterações no produto interno bruto na Região Africana .....	7
2. Produto interno bruto <i>per capita</i> nos Estados-Membros da Região Africana da OMS.....	8
3. Recursos externos para a saúde como percentagem da despesa total da saúde na Região Africana da OMS.....	9

## ANTECEDENTES

1. Desde 2008, a profunda redução da procura mundial de produtos, bens e serviços, como resultado da crise de liquidez e da perda de confiança no sector financeiro nos Estados Unidos da América e na Europa, abrandou consideravelmente a economia mundial. Segundo o Fundo Monetário Internacional, esperava-se que a produtividade mundial diminuísse 1,4% em 2009 e que retomasse gradualmente, até atingir, em 2010, uma taxa de crescimento de 2,5%<sup>1</sup>. Embora a África registasse uma taxa de crescimento média real do produto interno bruto (PIB) de mais de 5% entre 2000 e 2008<sup>2</sup>, a taxa de crescimento diminuiu para 2,8% em 2009<sup>3</sup>.
2. O PIB na Região Africana diminuiu cerca de 94,48 mil milhões de dólares americanos, entre 2008 e 2009; 27 países registaram uma redução do PIB, oscilando largamente entre 0,007 e 15 mil milhões de dólares americanos (Anexo 1). Do mesmo modo, o PIB *per capita* diminuiu entre 6 e 6 183 mil milhões de dólares americanos, em 31 países<sup>1</sup> (Anexo 2).
3. A contracção do PIB tem sido atribuída à redução das despesas privadas das famílias, das transacções comerciais, das receitas governamentais e da exportação de mercadorias (nomeadamente crude petrolífero, minerais, produtos agrícolas) e serviços (por ex., o turismo)<sup>45</sup>. Outros impactos da crise incluem a queda nas taxas de câmbio<sup>5</sup>, o menor investimento estrangeiro directo, a redução da ajuda oficial ao desenvolvimento (ODA) e de outros apoios de doadores, o aumento das taxas de juro e prémios de risco, bem como menos transferências do estrangeiro<sup>6</sup>.
4. Não há dados sobre o impacto de crises económicas passadas sobre a saúde em África. No entanto, as evidências são amplamente conhecidas na Ásia e na América Latina, e demonstraram que crises semelhantes resultaram em cortes nas despesas com a saúde, menor utilização dos serviços de saúde e deterioração da nutrição das crianças e das mães, assim como dos resultados da saúde<sup>7</sup>. Os ministérios da saúde na Região Africana fazem uma contínua monitorização dos efeitos da crise económica mundial sobre o financiamento dos governos e dos doadores para o desenvolvimento sanitário, os preços dos medicamentos e de produtos alimentares básicos, a desvalorização e o desemprego<sup>8</sup>.
5. Em 2008, 15 dos 46 países da Região Africana da OMS gastaram menos de 5% do seu PIB com a saúde. Apenas cinco países gastaram mais de 9% do seu PIB com a saúde<sup>9</sup>. A despesa governamental com a saúde, como percentagem da despesa total da saúde na Região, varia bastante, de menos de 11% a mais de 83,8%. Apenas cinco países<sup>10</sup> atingiram a meta de Abuja de afectar à saúde pelo menos 15% do orçamento governamental. Como comprovado por crises

<sup>1</sup> IMF, World economic outlook database. International Monetary Fund (last accessed 10/09).

<sup>2</sup> AfDB, OECD and ECA. African economic outlook. Paris, African Development Bank, Organization for Economic Cooperation and Development, and Economic Commission for Africa, 2009.

<sup>3</sup> ECA. The global financial crisis: impact, responses and the way forward. Paper prepared for the Meeting of the Committee of Experts of the Second Joint Annual Meeting of the AU Conference of Ministers of Economics and Finance and ECA Conference of Ministers of Finance, Planning and Economic Development held in Cairo Egypt, 2-5 June 2009. Addis Abeba, Economic Commission for Africa, 2009.

<sup>4</sup> AfDB, Africa and the global economic crisis: strategies for preserving the foundations of long-term growth. Paper prepared for the Annual Meeting of the African Development Bank held in Dakar, Senegal, 13-14 May 2009.

<sup>5</sup> ECA. The global financial crisis: impact, responses and the way forward. Paper prepared for the Meeting of the Committee of Experts of the Second Joint Annual Meeting of the AU Conference of Ministers of Economics and Finance and ECA Conference of Ministers of Finance, Planning and Economic Development held in Cairo Egypt, 2-5 June 2009. Addis Abeba, Economic Commission for Africa, 2009.

<sup>6</sup> WHO. The financial crisis and global health. Report of the high-level consultation. Information note/2009/1. Geneva, World Health Organization, 2009.

<sup>7</sup> World Bank. Health, population and nutrition: protecting pro-poor health services during financial crises: lessons from experience. Washington, DC, The World Bank, 2009.

<sup>8</sup> WHO. Continuous monitoring of effects of global financial crisis on funding for health development: a questionnaire for completion by directors of policy and planning at the Ministry of Health. Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, 2009.

<sup>9</sup> WHO. National health accounts database, Geneva, World Health Organization, 2009.  
<http://www.who.int/nha/country/en/index.html> (último acesso em 17/03/10).

<sup>10</sup> Burundi, Libéria, Ruanda, Tanzânia e Zâmbia

económicas anteriores, os governos tendem a reduzir as despesas sociais durante as épocas de recessão económica<sup>11,12</sup>.

6. Na maioria dos países, as despesas privadas com a saúde constituem, aproximadamente, 49,5% da despesa total da saúde, uma substancial percentagem da qual consiste em despesas pessoais das famílias. Em 32 países, as despesas pessoais representam mais de 61% da despesa privada com a saúde. Como a actividade económica diminui e o desemprego aumenta, tanto os rendimentos do trabalho como os outros tendem a diminuir, o que resulta numa reduzida despesa familiar real *per capita* com a saúde e outros serviços sociais<sup>12</sup>.

7. O financiamento externo da saúde enquanto percentagem da despesa total da saúde representa uma substancial percentagem das despesas com a saúde em certos países africanos. Em 2008, 23 países (50% da Região) receberam, de fontes externas, entre 20,3% e 63,5% do seu financiamento total da saúde<sup>11</sup> (Anexo 3).

8. A actual crise económica ameaça entrar os esforços nacionais em curso para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde. A finalidade deste documento é assinalar os presumíveis impactos da crise sobre o sector da saúde na Região Africana, assim como propor algumas acções que possam minimizar os efeitos negativos da crise.

## PROBLEMAS E DESAFIOS

9. Devido às reduções no montante e no crescimento do PIB, a despesa *per capita* com a saúde e outros sectores sociais irá provavelmente diminuir, a menos que seja protegida. O orçamento da saúde tende a ser especialmente vulnerável a reduções, durante épocas de crise financeira e económica<sup>13</sup>. A fatia do orçamento governamental para o ministério da saúde destinada a salários (já elevada em muitos países) tende a aumentar à medida que diminuem as despesas de capital e outras despesas de funcionamento. Os cortes na manutenção, medicamentos e outras despesas de funcionamento referentes à vigilância ou supervisão das doenças terão provavelmente um efeito nefasto e imediato sobre a qualidade e a quantidade das prestações de serviços de saúde<sup>13</sup>.

10. O corte na despesa familiar real *per capita* com a saúde, associado ao aumento dos custos dos tratamentos e à fraca cobertura de esquemas de saúde pré-pagos, irá diminuir a procura por parte das famílias de serviços de saúde no sector privado, mudando a procura para o sector público<sup>6</sup>. Dado que o sector público está já a sofrer cortes no financiamento, poderá não estar adequadamente equipado para absorver o aumento da procura, o que poderá resultar numa pior qualidade dos cuidados. Em muitos países, os serviços de saúde financiados pelo sector público estavam já sobrecarregados, muito antes do início desta crise.

11. Durante os períodos de crise económica, as famílias mais pobres são as que mais sofrem, pois não têm capacidade económica para reajustar e controlar as suas despesas, o que força muitas vezes a uma redução na procura dos serviços de saúde<sup>6,14</sup>. Na ausência de intervenções ou redes

---

<sup>11</sup> Hicks N, Wodon Q. Economic shocks, safety nets, and fiscal constraints: social protection for the poor in Latin America. In: XII *Seminário Regional de Política Fiscal: Compêndio de Documentos*. Santiago, Chile, Nações Unidas, CEPAL, 2000, páginas 381-407.

<sup>12</sup> Ravallion M. Are the poor protected from budget cuts? Evidence from Argentina. *Journal of Applied Economics*, 1996, 5(1):95-121.

<sup>13</sup> Frankenberg E, Beegle K, Sikoki B. Health, family planning and well-being in Indonesia during an economic crisis: early results from the Indonesian family life survey. Rand Labor and Population Program Working Paper Series 99-06. Santa Monica, California, The Rand Corporation, 1998

<sup>14</sup> World Bank, Averting a human crisis during the global downturn. Washington, DC, The World Bank, 2009

de segurança que protejam os pobres, estes são desproporcionalmente afectados em termos de utilização dos serviços de saúde<sup>15</sup>.

12. As famílias pobres são ainda obrigadas a reduzir a quantidade de alimentos (ingestão de calorias) e a qualidade (dieta diversificada), o que resulta em perda de peso e em grave subnutrição<sup>16</sup>. As crianças sujeitas a uma privação nutricional a curto prazo podem sofrer efeitos a longo prazo, incluindo atraso no crescimento, diminuição das capacidades cognitivas e de aprendizagem, fracos resultados escolares e, conseqüentemente, baixos rendimentos na idade adulta<sup>17, 18</sup>.

13. Embora recentemente os países doadores e as instituições internacionais de financiamento se tenham comprometido firmemente a ajudar, a recente crise dos bancos conduziu a um profundo declínio da ODA, incluindo a ajuda ao desenvolvimento sanitário. Por exemplo, o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo está hoje a enfrentar um défice de financiamento de 4 biliões de dólares americanos, o que pode conduzir a um corte no financiamento dos programas<sup>19</sup>. No entanto, a redução da ODA para a saúde neste momento poderá ter custos elevados, especialmente nos países africanos de baixos rendimentos, que estão a lutar para conseguirem atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde.

14. Há cada vez mais provas na Região Africana da ineficácia económica do uso de recursos afectados a unidades de saúde<sup>20</sup>, compra de medicamentos, sistemas de distribuição e práticas de prescrição<sup>21</sup>. Outras deficiências são a má afectação de recursos por regiões, níveis de cuidados (investimento da maioria dos recursos públicos em hospitais de nível terciário e secundário, em vez de hospitais e centros de saúde do nível primário) e o encaminhamento dos fundos da maioria dos doadores para programas verticais, e não para os sistemas nacionais de saúde<sup>22</sup>. Durante as crises económicas da Ásia da América Latina, alguns países usaram o financiamento dos doadores para melhorar sistemas de cobrança de impostos e despesas.

15. A monitorização do efeito da crise financeira sobre os gastos no sector da saúde, em certos países da Região, representa um desafio, porque 19 países não realizaram uma única ronda das contas nacionais de saúde (CNS) e a maioria dos países ainda não institucionalizaram as CNS. A falta de institucionalização das CNS torna difícil controlar as alterações no financiamento de todas as fontes, assim como dos fluxos para os vários sistemas de saúde, prestadores de serviços e beneficiários.

---

<sup>15</sup> World Bank. The health sector in Argentina: current situation and options for improvement. Washington, DC, The World Bank, 2003.

<sup>16</sup> Ravillion M. Bailing out the world's poorest. Policy Research Working Paper 4763. Washington, DC, The World Bank, 2008.

<sup>17</sup> Baird S, Schady N, Friedman J. Infant mortality over the business cycle in the developing world. Policy Research Working Paper No. 4346. Washington, DC, The World Bank, 2007.

<sup>18</sup> Knowles J, Pernia E, Racelis M. Social consequences of the financial crisis in East Asia. Manila, Asian Development Bank, 1999.

<sup>19</sup> USAID. Impact of global economic crisis in health in Africa. Washington, DC, United State Agency for International Development, 2009.

<sup>20</sup> Kirigia JM, Diarra-Nama AJ. Can countries of the WHO African Region wean themselves off donor funding for health? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86(11):889-892.

<sup>21</sup> Transparency International, Global corruption report 2006: corruption and health. London, Pluto Press, 2006.

<sup>22</sup> Resolução AFR/RC56/R5, Financiamento da saúde: uma estratégia para a Região Africana. Quinquagésima sexta sessão do Comité Regional da OMS para África, Adis Abeba República Federal e Democrática da Etiópia, 28 de Agosto-1 de Setembro de 2006, Relatório final, Pág. 17-19, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2006

16. A institucionalização das CNS por si só não é suficiente. Uma crise económica pode influenciar os resultados da saúde e os seus determinantes sociais, ou seja, educação, ambiente, alimentação, habitação, água e saneamento<sup>23</sup>. Não se sabe de que modo as anteriores crises económicas na Região Africana afectaram os contributos para o sistema de saúde, a produtividade e os resultados dos serviços<sup>24</sup>, assim como os determinantes sociais da saúde que influenciam a vida diária das pessoas e o seu acesso diferenciado ao dinheiro, poder e recursos, o que afecta significativamente as desigualdades na saúde tanto dentro dos países como entre eles<sup>25</sup>.

17. Existe, por isso, um perigo real de que o financiamento do desenvolvimento sanitário na Região Africana possa ser afectado negativamente pela actual crise financeira mundial, comprometendo, assim, os esforços nacionais e internacionais em curso em muitos países, para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio<sup>26</sup>. Por isso, é preciso uma acção concertada por parte dos governos africanos e dos parceiros do desenvolvimento para garantir que o financiamento interno e externo para o sector da saúde não seja reduzido.

### ACÇÕES PROPOSTAS

18. As seguintes acções, em adequada combinação com o contexto local, podem ajudar os países a minimizar o impacto negativo da crise financeira sobre o financiamento do sector da saúde em África. As acções propostas são consistentes com as incluídas no Quadro de Implementação da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África.

19. *Investigação operacional para monitorizar os impactos sobre a saúde e as respostas políticas:* Criar uma comissão nacional multidisciplinar temporária em macroeconomia e saúde, ou entidade equivalente, para: gerar dados factuais a nível nacional acerca da relação entre saúde, desenvolvimento e riqueza; monitorizar os efeitos da crise económica e das respostas políticas sobre os determinantes sociais da saúde (nomeadamente níveis e distribuição do rendimento, desemprego, educação, alimentação, flutuação das taxas de câmbio, volume de transacções, impostos, despesas governamentais), sobre os contributos para a saúde (nomeadamente pessoal de saúde, medicamentos, infra-estruturas físicas, despesas de saúde do governo e das famílias, financiamento externo da saúde, política financeira ligada à saúde), sobre a oferta do sistema de saúde (nomeadamente disponibilidade, preços, qualidade e eficiência dos serviços de saúde, incluindo prevenção e promoção, utilização, comportamentos de risco), e sobre a saúde e resultados do sistema de saúde.

20. *Intensificar a advocacia interna e externa:* Em primeiro lugar, exercer advocacia nacional e através das comunidades económicas regionais para que os ministros das finanças mantenham e aumentem o financiamento interno para o sector da saúde, em harmonia com o compromisso dos Chefes de Estado de afectar à saúde pelo menos 15% dos orçamentos nacionais, o que vai exigir o reforço das capacidades dos ministérios da saúde para dialogarem com os ministérios das finanças. Em segundo lugar, exercer advocacia junto dos parceiros do desenvolvimento para que cumpram os seus compromissos financeiros no sector da saúde, incluindo a implementação da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda.

---

<sup>23</sup> Levy BS, Sidel VW. The economic crises and public health. *Social Medicine* 2009, 4(2):82-87; disponível em <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/327/643>.

<sup>24</sup> WHO. Monitoring health impacts and policy responses during the economic crisis. Geneva, World Health Organization, 2009

<sup>25</sup> WHO. Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008

<sup>26</sup> Chan M. Statement from the WHO Director-General on the impact of the global financial and economic crisis on health. Geneva, World Health Organization, 2008.

21. *Institucionalizar contas nacionais e regionais de saúde para monitorizar as despesas internas e externas com a saúde:* Efectuar regularmente contas nacionais e regionais de saúde para monitorizar a percentagem da despesa governamental total afectada ao sector da saúde, os gastos privados das famílias com a saúde, como percentagem do total da despesa privada com a saúde e tendências da despesa externa (doadores) com a saúde.

22. *Redefinir as prioridades da despesa pública:* Explorar a possibilidade de criar recursos para o desenvolvimento da saúde, transferindo os recursos orçamentais de sectores de baixa prioridade para sectores de alta prioridade, por exemplo, a saúde. O Ministério da Saúde pode executar um exercício semelhante relativamente às actividades do sector da saúde. Os responsáveis políticos podem usar os dados factuais disponíveis de custo-eficácia da OMS para escolher as intervenções e programas de saúde que maximizem os resultados da saúde a partir dos recursos disponíveis.

23. *Melhorar a gestão dos recursos financeiros através da implementação de quadros jurídicos e institucionais:* Criar sólidos sistemas orçamentais e de despesas, disponibilizar a informação orçamental para escrutínio público, institucionalizar o acompanhamento da despesa nacional de saúde, reforçar a eficácia das instituições de auditoria e canalizar a maioria dos fluxos da ajuda para o desenvolvimento sanitário, através dos orçamentos gerais do Estado, em harmonia com a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda. Será necessário reforçar as capacidades dos responsáveis pelo planeamento, nos domínios do planeamento e orçamentação baseados em evidências.

24. *Melhorar a gestão dos produtos médicos, elaborando políticas, procedimentos e critérios transparentes para licenciamento, acreditação e aprovação dos medicamentos:* Elaborar políticas e planos nacionais de medicamentos dentro do contexto das políticas e planos globais nacionais de saúde; promover práticas apropriadas de prescrição e dispensa, educar os consumidores para o uso seguro e optimizado de medicamentos; criar ou reforçar sistemas nacionais de farmacovigilância; elaborar formulários nacionais de medicamentos; criar capacidades sustentáveis em gestão farmacêutica, enquanto componente fundamental de sistemas de saúde funcionais e fiáveis; criar um mecanismo para determinar os requisitos nacionais e prever as necessidades em medicamentos essenciais; elaborar, rever ou reforçar normas e orientações para sistemas transparentes, competitivos e responsáveis de compras, gestão do abastecimento e distribuição; e proibir ofertas e patrocínios na comercialização de medicamentos.

25. *Melhorar a interacção pessoal de saúde-doente através da implementação de cartas dos direitos dos doentes e de um melhor acesso à informação:* Promover relações contratuais entre o governo e o pessoal de saúde; melhorar a responsabilidade hierárquica e a gestão dos recursos humanos; adoptar códigos de ética que regulem a profissão médica; e aumentar a participação comunitária na gestão dos serviços de saúde, através de conselhos ou comissões locais de saúde.

26. *Reduzir a falta de eficiência económica:* Institucionalizar a monitorização da eficiência económica dentro dos sistemas nacionais de informação para a gestão sanitária, tendo em vista a adequada implementação de intervenções políticas para reduzir o desperdício dos recursos do sistema de saúde.

27. *Reforçar as redes sociais de segurança:* Os países onde os utentes ainda pagam taxas pelos serviços de saúde devem formular e implementar mecanismos eficazes de isenção para assegurar o acesso por parte de grupos vulneráveis. Em sintonia com a resolução do Comité Regional sobre financiamento da saúde<sup>21</sup>, os países deverão reforçar os sistemas nacionais de financiamento da saúde através de pré-pagamento, incluindo estruturas financeiras, processos e sistemas de gestão. Isto torna-se necessário para garantir a partilha dos riscos financeiros por toda a população, evitando a despesa catastrófica com os cuidados de saúde e o empobrecimento individual de quem procura os cuidados.

28. *Aumentar o envolvimento do sector privado*: Melhorar os contributos do sector privado, através do desenvolvimento de políticas facilitadoras e de quadros reguladores; criar e aplicar padrões de qualidade; alargar os acordos sobre riscos conjugados; celebrar contratos para prestação de serviços específicos; e melhorar a capacidade das instituições locais de financiamento, para apoiar empresas de serviços de saúde.

29. *Aumentar os investimentos nos sistemas nacionais de saúde*: Em harmonia com a Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e sistemas de saúde em África, os fundos existentes e adicionais, tanto de fontes nacionais como internacionais, para o sector da saúde precisam de ser canalizados para o reforço dos sistemas na sua globalidade, incluindo: a prestação de serviços; pessoal de saúde; informação; medicamentos; vacinas e tecnologias; financiamento; e liderança e governação. É esta a única forma de otimizar e manter as conquistas na saúde, garantir a capacidade de resposta às expectativas dos utentes e ser justo na contribuição financeira para as despesas dos serviços de saúde.

30. Convida-se o Comité Regional a analisar e aprovar as acções propostas.

**Anexo 1: Alterações no produto interno bruto na Região Africana  
(milhares de milhões de dólares americanos, preços actuais)**

País	PIB		
	Ano 2008	Ano 2009	Alteração
Argélia	159.669	134.797	-24.872
Angola	84.945	69.708	-15.237
Benim	6.712	6.401	-0.311
Botsuana	13.461	10.808	-2.653
Burkina Faso	8.116	7.780	-0.336
Burundi	1.097	1.410	0.313
Camarões	23.732	21.820	-1.912
Cabo Verde	1.744	1.755	0.011
República Centro-Africana	1.997	1.983	-0.014
Chade	8.400	6.974	-1.426
Comores	0.532	0.525	-0.007
República Democrática do Congo	11.629	11.104	-0.525
República do Congo	10.774	8.632	-2.142
Côte d'Ivoire	23.508	22.909	-0.599
Guiné Equatorial	18.525	11.175	-7.35
Eritreia	1.479	1.694	0.215
Etiópia	26.393	33.920	7.527
Gabão	14.535	10.936	-3.599
Gâmbia	0.810	0.726	-0.084
Gana	16.654	14.761	-1.893
Guiné	4.517	4.436	-0.081
Guiné-Bissau	0.461	0.438	-0.023
Quénia	29.564	30.212	0.648
Lesoto	1.618	1.624	0.006
Libéria	0.850	0.868	0.018
Madagáscar	9.463	8.974	-0.489
Malauí	4.268	4.909	0.641
Mali	8.774	8.757	-0.017
Mauritânia	3.161	3.241	0.08
Maurícias	8.738	9.156	0.418
Moçambique	9.897	9.654	-0.243
Namíbia	8.835	9.039	0.204
Níger	5.382	5.323	-0.059
Nigéria	207.116	165.437	-41.679
Ruanda	4.459	5.011	0.552
São Tomé e Príncipe	0.175	0.189	0.014
Senegal	13.350	12.610	-0.74
Seychelles	0.822	0.656	-0.166
Serra Leoa	1.953	2.064	0.111
África do Sul	276.764	277.379	0.615
Suazilândia	2.840	2.929	0.089
Tanzânia	20.668	22.159	1.491
Togo	2.890	2.771	-0.119
Uganda	14.565	15.658	1.093
Zâmbia	14.654	12.293	-2.361
Zimbabué	3.145	3.556	0.411
<b>TOTAL</b>	<b>1093.641</b>	<b>999.161</b>	<b>-94.480</b>

Fonte: FMI. Base de dados sobre as perspectivas económicas mundiais. Fundo Monetário Internacional.



**Anexo 2: Produto interno bruto per capita nos Estados-Membros da Região Africana da OMS (milhares de milhões de dólares americanos, preços actuais)**

País	PIB per capita em 2008	PIB per capita em 2009	Alteração
Argélia	4,588	3,816	-772
Angola	5,054	4,027	-1,027
Benim	828	765	-63
Botsuana	7,554	5,995	-1,559
Burkina Faso	578	542	-36
Burundi	138	174	36
Camarões	1,224	1,095	-129
Cabo Verde	3,464	3,419	-45
República Centro-Africana	459	446	-12
Chade	863	699	-164
Comores	816	788	-28
República Democrática do Congo	185	171	-13
República do Congo	2,952	2,298	-654
Côte d'Ivoire	1,132	1,071	-61
Guiné Equatorial	14,941	8,759	-6,183
Eritreia	295	328	33
Etiópia	333	418	84
Gabão	9,998	7,414	-2,583
Gâmbia	497	434	-62
Gana	739	639	-100
Guiné	439	418	-21
Guiné-Bissau	264	244	-20
Quênia	838	842	4
Lesoto	660	651	-9
Libéria	216	210	-6
Madagáscar	468	432	-36
Malawi	313	352	40
Mali	657	641	-16
Mauritânia	1,042	1,044	1
Maurícias	6,872	7,146	274
Moçambique	477	456	-21
Namíbia	4,278	4,341	63
Níger	391	375	-16
Nigéria	1,401	1,089	-312
Ruanda	465	512	47
São Tomé e Príncipe	1,094	1,160	66
Senegal	1,066	984	-83
Seychelles	9,640	7,683	-1,957
Serra Leoa	332	342	10
África do Sul	5,685	5,635	-49
Suazilândia	2,778	2,854	76
Tanzânia	520	547	27
Togo	436	408	-28
Uganda	455	472	17
Zâmbia	1,248	1,027	-221
Zimbabué	268	303	35

Fonte: FMI. Base de dados sobre as perspectivas económicas mundiais. Fundo Monetário Internacional.

**Anexo 3: Recursos externos para a saúde como percentagem da despesa total da saúde na Região Africana da OMS**

% da despesa total da saúde	Número de países	Percentagem
< 10	16	35%
10-20	13	28%
21-40	10	22%
41-60	7	15%
Total	46	100%

Fonte: <http://ww.who.int/nha/country/en/index.html> (acedido a 17/03/2010)