

América Latina y el Caribe 1990-2007: inversión del Estado en el sector de la salud

Giovanni E. Reyes*

Recibido: 3 de abril de 2010

Arbitrado y aceptado: 24 de abril de 2010

Resumen

El objetivo de la investigación presentada en este artículo fue establecer una comparación entre los esfuerzos de inversión social que realizan los gobiernos de países latinoamericanos para fortalecer el sector de la salud. El argumento central es que, si bien es cierto que las naciones de mayor estabilidad y desarrollo, como Uruguay, Costa Rica y Chile, han mejorado sus condiciones sociales, existen otras que se encuentran en posición más rezagada. Tal es el caso de los países centroamericanos. El estudio se basa en indicadores de clúster y análisis actualizados en términos tanto dinámicos como estáticos.

Palabras claves: inclusión social, Latinoamérica, salud.

Latin America and the Caribbean 1990-2007: State investment in health sector

Abstract

This study has as main aim, to carry out a comparative research regarding efforts that Latin American governments have developed over the past sixteen years about investment in public health systems. The central claim of this research is that even though Uruguay, Costa Rica and Chile has acceptable health care standards –according their degree of comparative regional development- other countries, such as the Central Americans, show a less advance general conditions. As part of the methodology, this document has as central axis, a cluster analysis in terms of updated static conditions, and a dynamic approach as well.

Key words: health system, Latin America, social inclusion.

* Ph.D. en Economía para el Desarrollo y Relaciones Internacionales de la Universidad de Pittsburgh, con certificados de posgrado de las Universidades de Pennsylvania y Harvard. Decano de la Facultad de Economía de la Universidad Católica de Colombia. Contacto: gereyes@ucatolica.edu.co.

Introducción

Como parte de la investigación adelantada, durante el periodo 1990-2007 se realizó un estudio comparativo de 21 países sobre el papel que el Estado ha desempeñado en los países latinoamericanos en relación con el sector de la salud.

Se utilizaron tres indicadores fundamentales: (i) el egreso per cápita en dólares constantes del 2000; (ii) el egreso público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) del país; y (iii) el egreso público en salud en relación con el egreso total del Estado¹.

Las tres bases de datos comparativas tomadas como referente para el análisis se presentan en el Anexo I. Varios cálculos fueron ajustados a los valores de dólares constantes de 2000, en términos de poder paritario de compra (*purchasing parity power*). Tal es el caso de Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Bolivia. Con este indicador es posible realizar posteriores estudios comparativos con los países más desarrollados².

Los componentes de salud, educación e ingresos –en el aspecto económico– conforman el índice de desarrollo humano (IDH), y constituyen elementos claves para el desarrollo. Por lo general, el papel del Estado en los servicios de salud se centra en la atención primaria. Esto no sólo corresponde a la que se ofrece a la población objetivo sino también a la infraestructura. Los programas normalmente se refuerzan con campañas en pro de la nutrición y alimentación, aspectos muchas veces ligados a componentes culturales en las diferentes regiones³.

Metodología

Se realizaron dos tipos de caracterizaciones. La primera de ellas de tipo estático. Se trata de un

estudio sincrónico referente a la situación de los países de la región durante el periodo 2006-2007, con respecto a los tres indicadores por estudiar (egresos de los estados per cápita en dólares constantes de 2000, egresos públicos como porcentaje de la producción total del país (PIB) y como porcentaje del egreso total del gobierno). La segunda caracterización hace referencia a una aproximación dinámica. Para cada país se consideraron los coeficientes de correlación para cada uno de los indicadores, desde 1990 hasta 2007. En muchos casos el índice era positivo, lo que denotaba una tendencia al alza; en otros casos el deterioro de los indicadores se manifestaba con índices negativos.

Para cada indicador se estableció una división en función de agrupaciones en las categorías de valores alto, moderado alto, intermedio, moderado bajos y bajo. Se sigue una división del rango de valores, tomando el indicador individualmente, en términos de quintiles⁴.

Resultados

En el cuadro 1 se presentan los resultados producto del análisis estático para el periodo 2006-2007. Cuba se destaca por su posición en el grupo de altos valores, en dos de los tres indicadores estudiados –en egresos per cápita y en egresos públicos como porcentaje del PIB.

En relación con el cuadro 1, Costa Rica, Uruguay y Chile siempre ocupan las principales posiciones en los grupos moderados altos y altos. Con respecto a egresos públicos en salud como porcentaje de producción total, la posición solitaria de Cuba en el grupo alto es tal (8,48%) que en la división de quintiles ha evitado posiciones en el grupo moderado alto.

A esto han contribuido también los valores bajos de los otros países latinoamericanos.

Nótese que el porcentaje de Cuba casi duplica el de Costa Rica (4,97), que aparece como el único país en el grupo intermedio.

El valor promedio de Cuba y Uruguay, en cuanto a datos de egresos per cápita (310 dólares), se separa notoriamente del grupo bajo, en el que se ubica la mayoría de los países latinoamericanos con un promedio de tan sólo 38 dólares anuales. Costa Rica, Trinidad y Tobago y Argentina conforman el grupo de valores moderados altos con un promedio de egreso per cápita de 236 dólares al año.

El cuadro 2 presenta los datos de tendencia con base en 19 años, entre 1990 y 2008. Se aprecia que algunos países que presentaron valores bajos en el análisis estático más actualizado, a 2007, tienden a mostrar mejoras en cuanto a las tendencias. Esos serían los casos de República Dominicana, Perú y El Salvador. De nuevo en las tendencias del egreso público en salud, países como Colombia y Ecuador tienden a mostrar posiciones en los grupos moderado bajo y bajo.

CUADRO 1. Egreso público en el sector salud de América Latina y el Caribe. Análisis para 2006/2007

Grupos	US\$ per cápita	Como % del PIB	Como % del egreso público total
Alto	CUB, URU (promedio 310)	CUB (promedio 8,48)	HND, NIC, SLV, MEX, ARG, CHL (promedio 15,1)
Moderado alto	CRI, TOT, ARG (promedio 236)	---	CUB, URY, PRY, COL (promedio 11,6)
Intermedio	MEX, CHI (promedio 183)	Cos (promedio 4,97)	PRY, DOM, CRI, PER, BRA (promedio 9,9)
Moderado bajo	PAN, VEN, ELS, JAM (promedio 96)	CHI, URU, MEX, ELS, NIC, HON (promedio 3,34)	GTM, TOT (promedio 8,1)
Bajo	BRA, COL, RED, HON, PER, NIC, PAR, GUA, ECU, BOL (promedio 38)	ARG, JAM, TYT, PAN, PAR, COL, VEN, GUA, PER, BRA, RED, BOL, ECU (promedio 1,83)	VEN, ECU, JAM, BOL (promedio 5,0)

Notas: Argentina (ARG), Bolivia (BOL), Brasil (BRA), Chile (CHL), Colombia (COL), Costa Rica (CRI), Cuba (CUB), Ecuador (ECU), El Salvador (SLV), Guatemala (GTM), Honduras (HND), Jamaica (JAM), México (MEX), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Paraguay (PRY), Perú (PER), República Dominicana (DOM), Trinidad y Tobago (TOT), Uruguay (URY, y Venezuela (VEN).

FUENTE: cálculos propios con base en los cuadros A-I, A-II, A-III de las bases de datos de *Economist Intelligence Unit* (EIU), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

En el análisis dinámico del cuadro 2, incluso se muestran valores negativos en los indicadores de egreso público como porcentaje del PIB, y como porcentaje del egreso público total. No así en las tendencias detectadas en los valores per cápita, en donde alentadoramente todos los países muestran una tendencia al alza.

De conformidad con lo anterior, en Ecuador, Trinidad y Tobago y Argentina, se tiende a la disminución del egreso público en salud como

porcentaje del PIB. En esos casos la dotación de recursos a la salud no estaría creciendo en proporción al total de la producción de estos países, sino que manifestaría cierto ritmo de contracción. Una situación similar se presenta en el indicador del egreso público destinado a salud como porcentaje del egreso público total. Véase el coeficiente de -0,570 del grupo moderado bajo en donde se ubican Ecuador y México; y el valor de -0,846, que le corresponde al grupo bajo, integrado por

Bolivia, Colombia, Jamaica, Costa Rica y Trinidad y Tobago. En esta última situación se evidencia que el egreso público ha tenido otras prioridades mayores que el sector de la salud. Con el fin de integrar los valores en una caracterización conjunta, el cuadro 3 muestra el resultado de las agrupaciones de manera total, tanto respecto de lo estático, correspondiente al periodo 2006-2007, como a lo dinámico, periodo de 1990 a 2007. Se siguió aquí una aproximación a análisis factorial considerando las posiciones que los diferentes países habían alcanzado en las agrupaciones, tanto estáticas como dinámicas. Los resultados de los indicadores de corte transversal para el periodo 2006-2007, y los de coeficientes de correlación, se realizó una agrupación completa de todos los factores. Los resultados se presentan en el cuadro 3⁵.

A partir de los resultados completos, es posible advertir que, en términos de análisis estático para 2006-2007, Cuba es el país con mejores índices con respecto a la participación del Estado en el sector salud. En esto influye la carencia, prácticamente, de empresas que puedan brindar los servicios de salud, situación

que es contrastante con otras naciones de la región (cuadro 3).

Siempre en función del análisis estático, los países que aparecen con la menor participación del Estado en el ámbito de salud para 2007 son: Brasil, Perú, República Dominicana, Guatemala, Jamaica, Venezuela, Bolivia y Ecuador.

En cuanto a la dinámica de la participación, esto es la tendencia de acción del Estado en el sector salud, muestran la situación más favorable los siguientes países: Chile, El Salvador, Perú, Panamá, Paraguay, Guatemala, República Dominicana y Uruguay. Los países con las peores tendencias, incluyendo algunas de rasgos negativos –en las cuales la participación del Estados estaría disminuyendo– son: México, Trinidad y Tobago, Colombia y Ecuador. Al establecer los resultados finales con base en las condiciones estáticas y dinámicas que se han analizado, los países que resultan con mejores condiciones en la participación del Estados en el ámbito de la salud son: Cuba, Chile, El Salvador y Uruguay. Los países en los cuales la participación del Estado reporta los datos más bajos son: Jamaica, Colombia y Ecuador.

CUADRO 2. Egreso público en sector de la salud de América Latina y el Caribe. Tendencias basadas en coeficientes de Correlación análisis 1990-2007

GRUPOS	US\$ PER CÁPITA	COMO % DEL PIB	COMO % DEL EGRESO PÚBLICO TOTAL
Alto	GUA, PAN, CHL, CRI, DOM, SLV, URY, ARG, BOL, PER (promedio 0,963)	PER, CHL, SLV, PRY, DOM (promedio 0,924)	CUB, CHL, PRY, SLV, PER, PAN (promedio 0,926)
Moderado alto	PRY, NIC, HND, TTO, BRA (promedio 0,859)	PAN, BOL, CUB, URY, NIC, JAM, GUA (promedio 0,800)	BRA, NIC, GUA, URY (promedio 0,573)
Intermedio	CUB (promedio 0,761)	HND, BRA, VEN, CRI (promedio 0,574)	HND, DOM, ARG, VEN (promedio 0,211)
Moderado bajo	JAM, VEN, MEX (promedio 0,561)	COL, MEX (promedio 0,05)	ECU, MEX (promedio -0,570)
Bajo	COL, ECU (promedio 0,320)	ECU, TTO, ARG (promedio -0,350)	BOL, COL, JAM, CRI, TTO (promedio -0,846)

FUENTE: cálculos propios con base en cuadros A-I, A-II, A-III de las bases de datos de Economist Intelligence Unit (EIU), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CUADRO 3. EGRESO PÚBLICO EN SECTOR DE LA SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. ANÁLISIS INTEGRADO, ESTÁTICO 2006-2007, Y DINÁMICO 1990- 2007

Grupos	Situación Total 2006/2007 (a)	Situación Total Coeficientes de Correlación 1990-2007 (b)	Agrupación Total (a + b)
Alto	CUB	CHL, SLV, PER, PAN, PRY, GUA, DOM, URY	CUB, CHI, SLV, URY
Moderado alto	URY, ARG, CHL, CRI, MEX	CUB, NIC, BRA	NIC, PRY, PAN, PER, ARG, CRI
Intermedio	SLV, HND, NIC	BOL, HND, ARG, CRI	HND, DOM, GUA, BRA, MEX
Moderado bajo	TOT, COL, PAN, PRY	VEN, JAM	BOL, TTO, VEN
Bajo	BRA, PER, DOM, GUA, JAM, VEN, BOL, ECU	MEX, TTO, COL, ECU	JAM, COL, ECU

Notas: Argentina (ARG), Bolivia (BOL), Brasil (BRA), Chile (CHL), Colombia (COL), Cuba (CUB), Costa Rica (CRI), Ecuador (ECU), El Salvador (SLV), Guatemala (GUA), Honduras (HND), Jamaica (JAM), México (MEX), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Paraguay (PRY), Perú (PER), República Dominicana (DOM), Trinidad y Tobago (TTO), Uruguay (URY), y Venezuela (VEN).

FUENTE: cálculos propios con base en los cuadros A-I, A-II, A-III de las bases de datos de Economist Intelligence Unit (EIU), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Discusión

Países que tradicionalmente han tenido altos estándares relativos –comparativamente en la región latinoamericana- demuestran mayores inversiones en salud. Estos son los casos de Cuba, Uruguay y Costa Rica; y se agrega Trinidad y Tobago. No obstante, en este punto es necesario tener presente que Cuba tiene metodologías de cálculo que en oportunidades dificultan las comparaciones con otras naciones latinoamericanas, tal es el caso del producto interno social en lugar del producto interno bruto.

Conclusiones

En términos del esfuerzo que hacen los países en referencia a la inversión en salud como parte del producto interno bruto, los de menor desarrollo como Nicaragua, El Salvador y Honduras aparecen como los primeros en dedicar fondos a este sector social. En especial,

este dato es cierto cuando se considera el indicador estático actualizado a 2007.

Bolivia, Guatemala y Ecuador aparecen como naciones que realizan bajos niveles de inversión en salud, tanto en la producción total del país, como en términos del egreso público anual.

Cuando se consideran tendencias, producto de los coeficientes de correlación lineal, los esfuerzos de inversión en salud de los diferentes países, Perú, El Salvador, Chile, Guatemala y República Dominicana aparecen encabezando los distintos grupos determinados a partir del análisis por agrupaciones. Por otra parte, Bolivia, Colombia, Ecuador y Argentina aparecen con coeficientes bajos.

Un aspecto para tener en mente en este último rasgo es que, a medida que las condiciones comparativas son relativamente de niveles deprimidos, se presenta mayor facilidad para mostrar avances dramáticos. En tanto que, cuando los niveles comparativos son altos, las mejoras tienden a requerir mayores esfuerzos a

fin de mostrar resultados significativos. Esto se encuentra conforme con la ley de rendimientos decrecientes o de retornos disminuyentes.

Referencias

1. Los 21 países comparados son: Argentina (ARG), Bolivia (BOL), Brasil (BRA), Chile (CHL), Colombia (COL), Cuba (CUB), Costa Rica (CRI), Ecuador (ECU), El Salvador (SLV), Guatemala (GUA), Honduras (HND), Jamaica (JAM), México (MEX), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Paraguay (PRY), Perú (PER), República Dominicana (DOM), Trinidad y Tobago (TTO), Uruguay (URY), y Venezuela (VEN).
2. Entre las principales fuentes de información y análisis se tienen: (i) Banco Mundial (BM); (ii) The Economist; (iii) Fondo Monetario Internacional (FMI); (iv) The Economist Intelligence Unit (EIU); (v) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); y (vi) International Financial Statistics.
3. En función de los servicios de salud, la infraestructura que la misma conlleva y servicios complementarios en el ámbito de nutrición, como aspectos de política de Estado, véase: Kumar, Arun (2009) Health Policy and Development: An Overview. Hyderabad: India, University of Hyderabad; Macinko, James y otros. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes in Cooperation and Development. En: Health Services Research, 2003, Vol, 38, No. 3; Timmreck, Thomas Planning, Program Development and Evaluation: Handbook for Health Promotion, 2003, London: Jones & Barlett; y Breckon, Donald Managing Health Promotion: Leadership Skills for the 21st Century, 2005, London: Jones & Barlett.
4. Otra forma de realización de estudios de agrupaciones se obtiene siguiendo la clasificación conforme a estandarizaciones

basadas en varianza o desviación estándar (s^2) o (s), respectivamente:

$$s = \sqrt{\frac{\sum f(x - \bar{x})^2}{\sum f}}; \text{ ó: } s = \sqrt{\frac{\sum f(x - \bar{x})^2}{\sum f - 1}}$$

El denominador de $\sum f - 1$ corresponde a la corrección de Pearson, y se aplica en muestras pequeñas, es decir menores de 30 elementos. Las agrupaciones basadas en varianzas o desviaciones estándar y en promedios aritméticos hacen referencia a la distribución normal; según esta última, 68,34% de la población está comprendida en el área del promedio (+ -) una desviación estándar; 95,45% en el promedio (+ -) dos desviaciones estándar; y 99,75% en el promedio (+ -) tres desviaciones estándar. Mayor discusión en: Levin, Jack & Fox, James (2003). Elementary Statistics in Social Research. New York: Harper & Row; Dowling, Edward. (2002). Introduction to Mathematical Economics. New York: McGraw-Hill; Hockett, Shirley; y Sternstein, Martin. (2001). Applied Calculus. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Co.; y en Larson, Roland & Hostetler, Robert. (2000). Multivariable Calculus. Lexington, Massachusetts: Heath & Co.

5. Las diferentes modalidades de análisis factorial se relacionan con la construcción de índices. Éstos representan un conjunto de variables, en las cuales la dependiente o endógena no es conocida. Es decir, se conocen indicadores que en conjunto pueden llegar a constituir un índice, tal es el caso que nos ocupa con la participación del Estado en salud, en este estudio comparativo de países latinoamericanos y del Caribe. En él, los indicadores exógenos o independientes son: (i) egreso per cápita; (ii) egreso de gobierno como proporción del PIB; y (iii) egreso del gobierno como proporción del egreso total público. En

general el análisis factorial debe resolver, en términos de metodología, dos situaciones fundamentales: (i) las variables desconocidas toman valores ordinales o escalares; y (ii) determinación de agrupaciones o “clusters” en donde las variables pueden ser catalogadas como valores escalares o de clasificación. Los análisis factoriales se pueden realizar ya sea con base en datos originales o bien conforme a valores normalizados. Mayor discusión en: Correa, Héctor (1992) *Multivariate Analysis: Elements of Philosophy, Language and Statistics*. Pittsburgh, Pennsylvania: Graduate School of Public and International Affairs, University of Pittsburgh; Brown, Timothy (2006) *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guilford Press; y Kline, Rex (2005) *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. New York: The Guilford Press.

LARSON, ROLAND Y HOSTETLER, ROBERT. *Multivariable Calculus*. Lexington, Massachussets: Heath & Co, 2000.

LEVIN, JACK Y FOX, JAMES. *Elementary Statistics in Social Research*. New York: Harper & Row, 2003.

MACINKO, JAMES Y OTROS. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes in Cooperation and Development. *En: Health Services Research, 2003:38(3)*.

TIMMRECK, THOMAS. *Planning, Program Development and Evaluation: A Handbook for Health Promotion*. London: Jones & Barlett, 2003.

Bibliografía

BRECKON, DONALD. *Managing Health Promotion: Leadership Skills for the 21th Century*. London: Jones & Barlett, 2005.

BROWN, TIMOTHY. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guilford Press, 2006.

CORREA, HÉCTOR. *Multivariate Analysis: Elements of Philosophy, Language and Statistics*. Pittsburgh, Pennsylvania: Graduate School of Public and International Affairs, University of Pittsburgh, 1992.

DOWLING, EDWARD. *Introduction to Mathematical Economics*. New York: McGraw-Hill, 2002.

HOCKETT, SHIRLEY; STERNSTEIN MARTIN. *Applied Calculus*. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Co., 2001.

KLINE, REX. *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. New York: The Guilford Press, 2005.

Kumar, Arun *Health Policy and Development: An Overview*. Hyderabad: India, University of Hyderabad, 2009.

ANEXOS**BASES DE DATOS**

CUADRO A-I. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1990-2007. EGRESO PÚBLICO PER CÁPITA EN SALUD (dólares de 2000, con poder paritario de compra, PPP)

País	1990/1991	1996/1997	2000/2001	2006/2007
Argentina	155	186	185	221
Bolivia	9	9	13	14
Brasil	34	67	66	71
Chile	59	112	144	173
Colombia	19	72	52	54
Cuba	157	119	156	345
Costa Rica	153	171	210	248
Ecuador	19	12	10	21
El Salvador	20	57	75	93
Guatemala	13	13	18	20
Honduras	31	27	39	47
Jamaica	77	84	78	87
México	162	122	146	193
Nicaragua	19	18	23	31
Panamá	49	66	90	107
Paraguay	4	20	16	31
Perú	15	29	36	37
República Dominicana	14	25	44	50
Trinidad y Tobago	115	94	136	241
Uruguay	147	156	214	274
Venezuela	79	59	70	96

FUENTE: Economist Intelligence Unit (EIU) Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CUADRO A- II. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1990-2007. EGRESO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

País	1990/1991	1996/1997	2000/2001	2006/2007
Argentina	2,54	2,40	2,46	2,45
Bolivia	1,01	0,94	1,28	1,32
Brasil	1,02	1,84	1,77	1,71
Chile	1,84	2,41	2,90	2,88
Colombia	0,86	2,88	2,17	1,87
Cuba	5,02	4,88	5,59	8,48
Costa Rica	4,90	4,73	5,20	4,97
Ecuador	1,41	0,85	0,77	1,26
El Salvador	1,12	2,78	3,33	3,64
Guatemala	1,02	0,85	1,18	1,21
Honduras	2,88	2,33	3,32	3,44
Jamaica	2,18	2,34	2,24	2,42
México	2,95	2,16	2,28	2,77
Nicaragua	2,84	2,48	2,95	3,56
Panamá	1,58	1,86	2,31	2,15
Paraguay	0,31	1,31	1,18	2,15
Perú	0,87	1,43	1,75	1,78
República Dominicana	0,76	1,06	1,57	1,45
Trinidad y Tobago	2,63	1,96	2,10	2,31
Uruguay	2,91	2,51	3,47	3,77
Venezuela	1,56	1,14	1,45	1,79

FUENTE: Economist Intelligence Unit (EIU), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CUADRO A-III. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1990-2007. EGRESO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DE EGRESO DEL TOTAL DEL SECTOR PÚBLICO

País	1990/1991	1996/1997	2000/2001	2006/2007
Argentina	13,4	14,9	13,8	14,0
Bolivia	6,9	3,2	3,8	4,1
Brasil	5,6	10,1	8,8	9,9
Chile	9,4	12,3	13,0	15,6
Colombia	13,7	13,5	13,4	10,9
Cuba	6,4	9,6	11,1	12,8
Costa Rica	12,3	11,8	11,7	10,4
Ecuador	8,1	4,2	3,3	5,5
El Salvador	12,0	12,3	12,9	14,7
Guatemala	8,1	7,5	8,2	8,4
Honduras	15,5	14,3	15,2	16,0
Jamaica	7,0	6,5	4,0	4,6
México	18,6	13,2	14,4	14,6
Nicaragua	14,5	14,1	13,9	15,7
Panamá	8,0	8,3	10,3	9,8
Paraguay	3,8	7,1	5,7	10,9
Perú	7,4	8,2	10,2	10,4
República Dominicana	8,6	8,9	11,6	8,7
Trinidad y Tobago	15,4	13,2	10,0	7,8
Uruguay	10,8	8,3	11,0	12,0
Venezuela	5,9	4,7	4,7	5,9

FUENTE: Economist Intelligence Unit (EIU), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).