

Invertir en la economía de cuidados:

Simulación de los efectos en el empleo
por género en países del Sur Global

Enero de 2017



ITUC CSI IGB

Confederación Sindical Internacional

Un informe del *Women's Budget Group* del Reino Unido
para la Confederación Sindical Internacional y ONU Mujeres

Elaborado por Jerome De Henau, Susan Himmelweit, Zofia Łapniewska y Diane Perrons

Editado por Eva Neitzert y Mary-Ann Stephenson



Índice

Prólogo	5
Resumen	7
Introducción	9
El argumento económico a favor de la inversión pública en la actualidad	11
Contribuciones económicas y sociales de la sanidad y el sector de cuidados.....	15
Simulación de los efectos directos, indirectos e inducidos de la inversión pública sobre el empleo	23
Conclusión	33
Referencias	35
Anexo 1: metodología de simulación	37
Anexo 2: fuentes y definiciones utilizadas en la simulación	40
Anexo 3: Tablas adicionales	43

Prólogo

El G20 se ha comprometido a invertir en trabajos de calidad y aumentar la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo en un 25% de aquí a 2025.

Este segundo informe de la CSI sobre la economía de cuidados, elaborado tras un primer informe sobre la inversión en la economía de cuidados en siete países de la OCDE, muestra que aumentar la inversión pública en los países del Sur Global impulsaría el empleo y contribuiría al crecimiento económico y, dependiendo de la forma y el lugar de la inversión, a potenciar el desarrollo humano y lograr Objetivos de Desarrollo Sostenible clave.

Invertir en el sector de sanidad y cuidados o en el de la construcción generaría un aumento importante del empleo en todos los países incluidos en este estudio (Brasil, Costa Rica, China, India, Indonesia y Sudáfrica). Si se invierte el 2% del PIB en el sector de cuidados y sanidad, se generaría un aumento del empleo total del 1,2% al 3,2%, dependiendo del país.

Esto supondría la creación de casi 24 millones de nuevos puestos de trabajo en China, 11 millones en la India, casi 2,8 millones en Indonesia, 4,2 millones en Brasil, más de 400.000 en Sudáfrica y 63.000 en Costa Rica.

Un nivel similar de inversión en la construcción también generaría un número considerable de nuevos puestos de trabajo, con un aumento del empleo total que iría de 1,3% a 2,6%, dependiendo de las variables del país.

La CSI promueve la inversión tanto en el sector de los cuidados como en la infraestructura física.

Aunque la inversión pública en cualquiera de estos sectores tendría un efecto positivo importante sobre el empleo, si las políticas intentan crear empleo para las mujeres y reducir la disparidad de empleo entre hombres y mujeres en general, la inversión en la sanidad y los cuidados sería la más eficaz. Es esencial que las inversiones que se hagan incorporen una dimensión de género y se sometan a un análisis del impacto para garantizar que se aprovechan los beneficios.

Además de crear nuevos puestos de trabajo, la inversión pública en la infraestructura social, específicamente en la sanidad y los cuidados, tiene el potencial de abordar algunos de los problemas económicos y sociales fundamentales a los que se enfrentan los países del Sur Global. Estos problemas incluyen la prestación insuficiente en general de atención sanitaria asequible y de calidad, especialmente a las personas de ingresos bajos y las que viven en regiones remotas; problemas relacionados con los cambios demográficos, incluido el envejecimiento de la población, que normalmente se asocia a un aumento de las necesidades de salud; la urbanización y la erosión de los círculos familiares ampliados y la atención prestada por familiares, lo que lleva a que aumenten las necesidades de una prestación más formal de cuidados infantiles y a ancianos; y la desigualdad de género continuada en el trabajo remunerado y no remunerado. Algunos tipos específicos de infraestructura física, en particular el transporte, las comunicaciones y el abastecimiento de agua segura, también contribuirían a abordar estos problemas.

Prejuicios de género en el planteamiento económico: Según el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) bajo el mandato de las Naciones Unidas, la inversión en infraestructura física cuenta como capital social, mientras que la inversión en infraestructura social es considerada como gastos corrientes públicos anuales. Mientras que el gasto en el sector de la construcción, predominantemente masculino, se contabiliza como una inversión, el apoyo al sector de cuidados, predominantemente femenino, se considera un gasto.

Si se estructura de forma apropiada, la inversión pública en infraestructura social también tiene el potencial de reducir la carga del trabajo doméstico no remunerado. Por lo tanto, podría reducir muchas barreras para la participación de la mujer en el mercado de trabajo y, de este modo, corregir con el tiempo las disparidades de empleo entre hombres y mujeres.

Esta inversión podría ayudar a los países en sus esfuerzos por lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular los relativos a garantizar una vida sana (Objetivo 3); lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (Objetivo 5); la gestión del agua y el saneamiento (Objetivo 6) y el trabajo decente (Objetivo 8).

Prejuicios de género en el planteamiento económico: Según el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) bajo el mandato de las Naciones Unidas, la inversión en infraestructura física cuenta como capital social, mientras que la inversión en infraestructura social es considerada como gastos corrientes públicos anuales. Mientras que el gasto en el sector de la construcción, predominantemente masculino, se contabiliza como una inversión, el apoyo al sector de cuidados, predominantemente femenino, se considera un gasto.

El proyecto para el agua de la SEWA en Gujarat, India, es un ejemplo de formulación de políticas con una perspectiva de género. La SEWA consiguió involucrar a las mujeres en la gestión participativa del riego del servicio de abastecimiento de agua de Gujarat para garantizar que se satisficieran sus necesidades específicas de género. Por ejemplo, antes de su intervención, la necesidad de las mujeres de agua para los cultivos alimentarios a menudo estaba supeditada al uso de los hombres para cultivos comerciales.

La proporción del empleo informal con respecto al empleo total va de alrededor de un tercio en Sudáfrica, China y Costa Rica, a casi tres cuartos en Indonesia y más de cuatro quintos en la India, dos países caracterizados por los niveles elevados de empleo por cuenta propia y ayuda familiar. En todos los países, los trabajos informales son realizados predominantemente por mujeres.

La prestación formal de servicios de alta calidad de cuidado infantil y de cuidados de larga duración para ancianos prácticamente no existe en ninguno de los países estudiados, incluido Costa Rica, a pesar de su estructura de atención sanitaria más desarrollada.

Se espera que los familiares, y en particular las mujeres, cuiden de sus parientes dependientes.

En Sudáfrica, la falta de prestación de atención formal supone una carga enorme para los miembros más mayores de la comunidad, ya que la alta prevalencia de VIH/SIDA y el envejecimiento de la población lleva a que un número cada vez mayor de personas mayores tenga que ocuparse no solo de los familiares adultos enfermos y/o desempleados, sino también de sus nietos (a menudo huérfanos), aparte de necesitar cuidados ellas mismas.

Según los cálculos de la OIT, basados en datos de la OCDE de 2013, para alcanzar niveles de cuidados de larga duración formales para personas mayores similares a los de los países de ingresos más altos, se necesitarían 626.000 trabajadores formales en Brasil y 2,7 millones en la India (desde cerca de cero); 3,6 millones en China (casi tres veces la fuerza de trabajo actual) y 86.000 en Sudáfrica (cinco veces el número actual de trabajadores dedicados a cuidados de larga duración).

Así, la inversión en cuidados – cuidado de niños y ancianos, sanidad y educación – es fundamental tanto para el empleo como para la creación de servicios que permitan aumentar la participación de las mujeres en el empleo directo. La liberación del potencial de muchos millones de mujeres que se sumarían a la fuerza de trabajo formal crearía economías más fuertes y hogares con mayores ingresos.

Sharan Burrow

Secretaria General, CSI

Resumen

El aumento de la inversión pública en el Sur Global impulsaría el empleo y contribuiría al crecimiento económico y, dependiendo de la forma y el lugar de la inversión, a potenciar el desarrollo humano y lograr algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El presente informe defiende la inversión pública en infraestructura, tanto social como física. Por infraestructura social entendemos educación, servicios de cuidados y sanidad, y hace referencia tanto a los servicios como a los edificios e instalaciones donde se suministran. Por infraestructura física entendemos activos físicos, como el abastecimiento de agua, viviendas, carreteras y otros medios de transporte y comunicación. Normalmente se busca la inversión en infraestructura física cuando se pretende lograr resultados en materia de desarrollo y empleo.

El informe ofrece un argumento teórico a favor de la inversión en la infraestructura social y física y presenta los resultados de un análisis empírico que estima el efecto sobre el empleo de invertir el 2% del PIB en la infraestructura social, en concreto en los servicios sanitarios y de cuidados, y en la infraestructura física, en particular en la construcción, en seis países del Sur Global: Brasil, Costa Rica, China (República Popular), la India, Indonesia y Sudáfrica. Este informe es la continuación de un estudio previo realizado por el Women's Budget Group (WBG) del Reino Unido para la Confederación Sindical Internacional (CSI) sobre siete países de ingresos altos de la OCDE (De Henau et al., 2016). En el análisis empírico actual se ha añadido Alemania como punto de referencia para la comparación con el estudio anterior.¹

Nuestro análisis examina tres efectos sobre el empleo derivados de la inversión inicial en un sector determinado de la infraestructura: el efecto directo, es decir, la creación de empleo en el propio sector; el efecto indirecto, es decir, el aumento del empleo en los sectores en niveles superiores de la cadena de suministro; y los efectos inducidos, es decir, el aumento de la demanda debido al consumo adicional de las personas que han conseguido un empleo, lo que lleva a un aumento general del empleo. Nuestros resultados muestran que invertir en el sector de sanidad y cuidados o en el

sector de la construcción generaría un aumento sustancial del empleo en todos los países examinados en el presente estudio. Si se invierte el 2% del PIB en el sector de cuidados y sanidad, se generaría un aumento del empleo total del 1,2% al 3,2%, dependiendo del país. Esto supondría la creación de casi 24 millones de nuevos puestos de trabajo en China, 11 millones en la India, casi 2,8 millones en Indonesia, 4,2 millones en Brasil, más de 400.000 en Sudáfrica y 63.000 en Costa Rica (véase la tabla 11).

Un nivel similar de inversión en la construcción también generaría un número considerable de nuevos puestos de trabajo, con un aumento del empleo total que iría de 1,3% a 2,6%, dependiendo de las variables del país (véase la tabla 11). Esto equivale a casi 18 millones de nuevos trabajos en China, 13,5 millones en la India, 3,4 millones en Brasil, 2,1 millones en Indonesia, 511.000 en Sudáfrica y 62.000 en Costa Rica.

Aunque ambas formas de inversión generarían un volumen considerable de empleo, la distribución del empleo difiere en función del sector. En la India y Sudáfrica, la inversión en la construcción generaría más de un 20% adicional de puestos de trabajo que la inversión en la salud y los cuidados. Sin embargo, en los otros países examinados el resultado sería el opuesto. En Indonesia y China la inversión en sanidad y cuidados crearía cerca de un 25% más de puestos de trabajo y en Brasil cerca de un 20% más en comparación con un nivel equivalente de inversión en la construcción. El número de puestos de trabajo creados solamente sería similar en Costa Rica, donde la inversión en la sanidad y los cuidados solo crearía algunos puestos más.²

Asimismo, existen diferencias importantes según el sexo derivadas de la inversión en los diferentes sectores. Estas varían entre los distintos países en función del grado de segregación por sexo en el empleo en estos y otros sectores en cada país. En el caso de la inversión en la construcción, solamente entre el 22,5% (Brasil) y el 36,8% (China) de todos los puestos de trabajo creados son ocupados por mujeres. Por otro lado, en el caso de la inversión en la sanidad y los

¹ Túnez fue incluido inicialmente en el estudio, pero se tuvo que suprimir porque no pudimos obtener datos sobre el empleo al nivel de detalle necesario para el análisis.

² Las cifras precisas, calculadas de la tabla 5, son +19,17% en Brasil y +1,58% en Costa Rica, +25,34 en China, +22,1% en la India, +24,79% en Indonesia y +23,43% en Sudáfrica.

cuidados, entre el 32,5% (la India) y el 56,8% (Brasil) de los puestos de trabajo son ocupados por mujeres.

En general, en todos los países incluidos en este estudio, el efecto directo de la inversión pública en el sector de la sanidad y los cuidados daría lugar a un mayor número de puestos recién creados ocupados por mujeres que si se realizara el mismo nivel de inversión en la construcción. Así, aunque la inversión pública en cualquiera de estos sectores tendría un efecto positivo importante sobre el empleo, si las políticas intentan crear empleo para las mujeres y reducir la disparidad de empleo entre hombres y mujeres en general, la inversión en la sanidad y los cuidados sería la más eficaz. Sin embargo, aparte de Brasil y China donde, respectivamente, el 56,8% y el 51,5% de todos los puestos de trabajo creados gracias a la inversión en la sanidad y los cuidados son ocupados por mujeres, la mayoría de los puestos de trabajo creados todavía serían ocupados por hombres (véanse la tabla 12 y el gráfico 2). Este es un efecto de la metodología utilizada en esta investigación, la cual considera que las proporciones en función del sexo no cambian. En la práctica, es probable que una inversión considerable en un sector cambie su estructura en materia de empleo en muchos aspectos.

En este sentido, las conclusiones difieren de nuestro estudio anterior sobre siete países de ingresos altos de la OCDE (De Henau et al., 2016), donde el impacto en función del sexo de la inversión en los sectores de la sanidad y los cuidados era mucho más pronunciado. Sospechamos que esto se debe principalmente al hecho de utilizar el sector sanitario y de cuidados en su totalidad (en el que predomina la atención sanitaria), en lugar del sector más específico del cuidado infantil y de ancianos utilizado en el estudio precedente. La diferencia en cuanto a la magnitud y los efectos en función del sexo se deben a los salarios relativamente más elevados y la mayor proporción de hombres empleados de media en el sector de la atención sanitaria que en la asistencia social en todos los países, así como a las tasas inferiores de empleo femenino en los países examinados en este estudio.

Además de crear nuevos puestos de trabajo, la inversión pública en la infraestructura social, específicamente en la sanidad y los cuidados, tiene el potencial de abordar algunos de los problemas económicos y sociales fundamentales a los que se enfrentan los países del Sur Global. Estos problemas incluyen la prestación insuficiente en general de atención sanitaria asequible y de calidad, especialmente a las personas de ingresos bajos y las que viven en regiones remotas; problemas relacionados con los cambios demográficos, incluido el envejecimiento de la población, que normalmente se asocia a un aumento de las necesidades de salud; la urbanización y la erosión de los círculos familiares ampliados y la atención prestada por familiares, lo que lleva a que aumenten las necesidades de una prestación más formal de cuidados infantiles y a ancianos y perpetúa la desigualdad de género en el trabajo remunerado y no remunerado. Algunos tipos específicos de infraestructura, en particular el transporte, las comunicaciones y el abastecimiento de agua segura, también contribuirían a abordar estos problemas.

Si se estructura de forma apropiada, la inversión pública en infraestructura social también tiene el potencial de reducir la carga del trabajo doméstico no remunerado. Por lo tanto, podría reducir muchas barreras para la participación de la mujer en el mercado de trabajo y, de este modo, corregir con el tiempo las disparidades de empleo entre hombres y mujeres. Esta inversión podría ayudar a los países en sus esfuerzos por lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular los relativos a garantizar una vida sana (Objetivo 3); lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (Objetivo 5); la gestión del agua y el saneamiento (Objetivo 6) y el trabajo decente (Objetivo 8). Podría contribuir a ‘construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación’. Sin embargo, sugerimos que en la práctica las ‘infraestructuras resilientes’ estén relacionadas con la infraestructura social también en lugar de solamente con la infraestructura física, en la cual se centran actualmente todas las metas (Naciones Unidas, 2016). Estas políticas contribuirían a crear un modelo de desarrollo más incluyente.

Introducción

Incrementar la inversión pública impulsaría el empleo y contribuiría al crecimiento económico. Dependiendo de la forma y el lugar del desarrollo, también podría contribuir a potenciar el desarrollo humano y lograr algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El presente informe defiende la inversión pública en infraestructura, tanto social como física. Por infraestructura social entendemos la inversión en los servicios de educación, cuidados y salud, y en este informe nos centramos en la salud y los cuidados. La infraestructura social incluye a los trabajadores y trabajadoras que prestan los servicios sanitarios y de cuidados, así como los edificios y las instalaciones en los que desempeñan su función. Por infraestructura física entendemos recursos físicos de uso público como el abastecimiento de agua, la vivienda, las carreteras y otros medios de transporte y la comunicación, que es el enfoque más habitual de la inversión pública a la que se recurre para impulsar el desarrollo y generar empleo.

Empezamos analizando los argumentos teóricos a favor del aumento de la inversión pública, prestando especialmente atención a la inversión tanto en la infraestructura social como la física. Esto constituye la base para analizar empíricamente el efecto de esta inversión en el empleo, que sigue a la sección teórica.

Nuestra investigación se centra en seis países identificados por el PNUD (2015) como países con un desarrollo humano alto (Costa Rica y Brasil) o con un desarrollo humano medio (China, Indonesia, Sudáfrica y la India). Estos países contrastan con los países con un desarrollo muy alto de la OCDE, en los que se centraba un estudio anterior (De Henau et al., 2016). Los países de este estudio se seleccionaron entre los que disponían de datos adecuados para reflejar una variedad de sistemas de normativa económica y social.³ Se ha añadido Alemania como punto de referencia para la comparación con el estudio anterior.

Utilizamos tablas insumo-producto y estadísticas oficiales para calcular los efectos directos, indirectos e inducidos sobre el empleo de un aumento de la inversión pública en la infraestructura física y social. Este informe se centra principalmente en la inversión en la construcción como ejemplo de infraestructura física, y en la salud y los cuidados como ejemplo de infraestructura social. El sector de la sanidad y los cuidados está representado dentro de la clasificación de las ramas de actividad como “servicios sociales y de salud”. El término “trabajo social” incluye el cuidado de ancianos en residencias y de niños necesitados (huérfanos, etc.), diferentes servicios de cuidado de día para niños y/o personas discapacitadas o mayores, así como servicios sociales para familias necesitadas, todos ellos aspectos importantes de la infraestructura social (véase el apéndice 2 para más información). Sin embargo, en los países examinados, el empleo dentro de esta clasificación de las ramas de actividad está dominado por los servicios de atención sanitaria, mucho más en los países de ingresos más elevados como Alemania (véase la tabla 5).

En el estudio anterior utilizamos la asistencia social (a saber, el cuidado infantil y los cuidados de larga duración) como ejemplo de un sector que crea infraestructura social (De Henau et al., 2016). Por desgracia, para los países estudiados en este informe tuvimos que basar nuestro análisis en tablas insumo-producto de la OCDE, las cuales no distinguen la atención social del sector más amplio de la sanidad y los cuidados. En este informe hemos utilizado la clasificación industrial de “servicios sociales y de salud”, es decir, el sector sanitario y de cuidados en su conjunto como nuestro ejemplo de inversión en infraestructura social. Sin embargo, en ocasiones también señalamos las repercusiones de haberse centrado en el sector sanitario y de cuidados en su conjunto en lugar del sector de la asistencia social como hicimos en el informe anterior. Nuestra hipótesis es que si la inversión en el sector sanitario y de cuidados se centrara específicamente en la asistencia social, los efectos directos sobre el empleo serían en cierta medida mayores y favorecerían más a las mujeres.

³ Esperábamos incluir Túnez, pero no pudimos encontrar datos sobre el empleo detallados y fiables por sector para realizar las simulaciones.

El argumento económico a favor de la inversión pública en la actualidad

El tercer deber del soberano es el de construir y mantener aquellas instituciones y obras públicas que resultan ventajosas para la sociedad pero cuyo beneficio jamás reembolsaría el coste en el caso de ningún individuo (Adam Smith, 1776 (1976: 244)⁴

Hay una serie de argumentos económicos que defienden la inversión pública. Estos argumentos se remontan a los textos de Adam Smith del siglo XVI-II, que sostenía que el Estado tenía el deber de poner en marcha obras públicas que sean útiles para el comercio, como puentes y carreteras, que aporten beneficios generalizados y de larga duración a la sociedad, pero que probablemente no aportarán beneficios al inversor individual. Por motivos similares, Smith también reconoció la importancia de la inversión pública en la educación de las personas jóvenes, que constituye una forma de infraestructura social en lugar de física. Por lo tanto, la teoría económica reconoce desde hace tiempo que no todos los bienes y servicios necesarios para el desarrollo económico y el bienestar humano son suministrados a través del mercado.

Los argumentos a favor de la inversión pública en la infraestructura física se acepta de forma más generalizada que los argumentos a favor de la infraestructura social, quizá porque es evidente que es necesaria para el comercio. Se reconoce la necesidad de mano de obra cualificada, sana y productiva, así como la necesidad de abordar los problemas de salud pública para el bien de todos (especialmente con respecto a las enfermedades infecciosas). Sin embargo, esta forma de inversión pública se considera en general como gastos corrientes en las cuentas nacionales y a menudo se reduce en épocas de austeridad, como se hizo por medio de los programas de ajuste estructural de las décadas de los 80 y los 90 y



Foto: AP

en los criterios de condicionalidad aplicados a los préstamos de instituciones internacionales, que generalmente insisten en la frugalidad fiscal y los recortes del gasto público. Este modo de pensar tiene poca visión de futuro, ya que el uso de fondos públicos para financiar la infraestructura social se puede justificar no solo desde el punto de vista de la justicia social sino de los beneficios económicos, como sostienen el argumento de Adam Smith expuesto arriba y el análisis de las teorías macroeconómicas keynesianas examinadas abajo.⁵

⁴ Los dos primeros deberes eran la defensa del Estado y la defensa de la justicia.

⁵ Se puede encontrar otro argumento económico a favor de la inversión pública en los estudios de Haroldo Minski (2013), que escribió inicialmente sobre el programa contra la pobreza de los EE.UU. a mediados de la década de los sesenta y defendió que el Estado fuera el empleador en última instancia cuando haya un exceso de oferta de mano de obra. Estudios posteriores (Tcheineva, 2012) han mostrado, con respecto a Argentina, que la gente suele preferir el empleo a los programas de transferencias de efectivo que se han extendido últimamente, especialmente en América Latina. Grecia sigue esta política en el contexto de la recesión económica (Antonopoulos et al., 2014).

El argumento keynesiano a favor de la inversión pública

Keynes elaboró su análisis durante la Gran Depresión en el Reino Unido, un periodo caracterizado por un nivel elevado de desempleo y un nivel bajo de crecimiento económico. Estas condiciones coinciden con la situación económica actual de Brasil, donde el crecimiento es negativo desde 2014 y el desempleo aumenta rápidamente a medida que la recesión actual se agudiza.⁶ Sudáfrica se enfrenta a problemas similares de escaso crecimiento económico (0,4% al año), una tasa de desempleo muy elevada que supera el 25%⁷, así como un tasa de desempleo global baja tanto para hombres como para mujeres (menos del 50% para la población en edad de trabajar). El resto de países de este estudio registran tasas de crecimiento económico más altas y en algunos casos muy altas, de más de 6% al año tanto en la India como en China.⁸ Aun así, las tasas de empleo entre las mujeres en edad de trabajar son inferiores al 50%, excepto en Brasil, donde asciende a 52,7%, y China, con 68% (véase la tabla 2), y la inversión pública sigue siendo necesaria si se desea lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El argumento central del enfoque keynesiano es que la elevada tasa de desempleo y subempleo se debe a una falta de demanda efectiva en la economía, lo cual desalienta la inversión privada porque no existe un mercado para los productos. Así, el gobierno debería subsanar esa deficiencia e invertir directamente en la economía para impulsar el empleo y contribuir a la recuperación económica.

Cuando se realiza una inversión pública, se produce una expansión del empleo en los sectores en los que se efectúa. La inversión tiene **efectos directos sobre el empleo**. Sin embargo, también tiene un **efecto multiplicador**, mediante el cual se crean puestos de trabajo adicionales en sectores que suministran al sector o sectores en los que se realiza la inversión inicial. Tanto la demanda como los efectos sobre el empleo repercutirán en la cadena de suministro, generando empleo en numerosas industrias (incluyendo posiblemente un mayor empleo en la industria o industrias en las que se realizó la inversión inicial). Estos puestos de trabajo creados por medio del suministro de los insumos necesarios, como materias primas y servicios, se denominan **efectos indirectos sobre el empleo**. Además, se crea empleo adicional en los sectores que suministran los bienes y servicios adquiridos gracias a los ingresos más altos de los hogares de los traba-

jadores recién empleados; estos nuevos puestos de trabajo se conocen como los **efectos inducidos sobre el empleo**. Así, como consecuencia de la inversión inicial se crea una nueva demanda de un amplio abanico de bienes y servicios que forman parte del consumo en los hogares, como alimentos, ropa, cuidados y ocio. De este modo, el nivel general de demanda y la cantidad de empleo generados por la inversión inicial serán mayores que el efecto inmediato o directo sobre el empleo del proyecto de inversión inicial.

En resumen, la creación de demanda en la economía por medio de la inversión pública generará empleo directamente en los sectores en los que se lleva a cabo y repercutirá en la demanda global gracias al efecto **multiplicador** o en cadena en el suministro a las industrias y en el sector de los bienes de consumo; de este modo, la inversión pública aumentará el empleo y contribuirá a incrementar la tasa de crecimiento económico o a sacar las economías de la recesión.

Con el tiempo, se puede amortizar la inversión inicial gracias a la demanda generada en otras partes de la economía. Se ahorrará en gastos públicos a través de la reducción del desempleo y ayudas de la seguridad social que de otro modo se deberían desembolsar; las personas que obtengan empleo pagarán impuestos y a largo plazo las propias inversiones tendrán beneficios. Por ejemplo, en el caso de puentes u hospitales, los beneficios serían una menor duración de los trayectos y una población más sana y productiva. Si se teme que estos beneficios tardarán demasiado en materializarse y que el impacto inmediato de la inversión del Estado será aumentar demasiado la deuda pública, entonces se podría establecer un banco de inversión auspiciado por el gobierno para promover directamente la inversión privada.⁹ Sin embargo, el análisis teórico y empírico de nuestro estudio anterior (De Henau et al., 2016) expone argumentos que apoyan la idea de ampliar la deuda, si procede, para financiar la inversión, mostrando que, al menos en los países examinados en ese estudio, el gasto se puede amortizar con el tiempo y la población será más sana y productiva que antes de la inversión.

Prejuicios de género en el planteamiento económico

El efecto multiplicador se producirá independientemente de dónde se realice la inversión inicial, aunque su tamaño e impacto pueden variar en función de los sectores, como indican nuestras conclusiones abajo. Keynes (1936) es conocido por declarar que el tipo de inversión pública no importa.

⁶ Los datos del Banco Mundial revelan una tasa de crecimiento negativa para Brasil de -4,6% en 2015 y, según la agencia de noticias Reuters (2016), el nivel actual de desempleo es de 11,3%, lo que supone un aumento pronunciado de 6,5% a finales de 2014.

⁷ Base de datos del Banco Mundial y el FMI (2016)

⁸ Costa Rica 1,7%, Indonesia 3,5%, la India 6,3% y China 6,4%, Base de datos del Banco Mundial 2015 (2016).

⁹ Robert Skidelsky y Felix Martin (2012) sugieren bancos patrocinados por el gobierno como el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Nórdico de Inversiones o el *German Kreditanstalt für Wiederaufbau*. La diferencia entre esta estrategia y la expansión cuantitativa es que gastarán todos los fondos (y en proyectos aprobados).

Argumentó que aunque se empleara a la gente para cavar hoyos y después taparlos tendría un efecto beneficioso en la economía como consecuencia de los efectos multiplicadores descritos arriba.¹⁰

Más recientemente y de forma similar, Robert Skidelsky y Felix Martin (2012) reconocen la validez de la argumentación de Keynes, pero señalan que:

Desde una perspectiva a largo plazo, es mejor aumentar la demanda agregada por medio de la inversión de capital porque crea activos futuros identificables que prometen autofinanciarse y mejorar el potencial de crecimiento. (Skidelsky and Martin, 2012)

En su opinión, la inversión de capital debería realizarse en proyectos de infraestructura, que son los que generan beneficios para la sociedad en su conjunto, así como para sus usuarios directos; esos beneficios serían duraderos, por lo que los proyectos tendrían beneficios positivos en el futuro.

La idea de que la inversión pública debería financiar proyectos que reporten beneficios durables y generalizados se refleja en normativas establecidas por los gobiernos o por instituciones internacionales que se interesan por los niveles de deuda pública, pero que son más tolerantes si el gasto es en inversiones de capital en lugar de gastos corrientes. La distinción entre los dos tipos de gasto se hace en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Sin embargo, dentro del SCN, la inversión en infraestructura física cuenta como capital social, mientras que la inversión en infraestructura social es considerada como gastos corrientes públicos anuales. Esta distinción da lugar a que la inversión en infraestructura física, como la construcción de puentes, escuelas, hospitales o guarderías (incluidos los costes de los salarios de los obreros), se considere un motivo justificado para tomar un préstamo, mientras que financiar el funcionamiento de las escuelas, hospitales y guarderías (y, por lo tanto, pagar los salarios de los profesores, los médicos, el personal de enfermería y los cuidadores infantiles) no lo es. La clasificación del SCN no reconoce el aporte productivo a largo plazo que representa el empleo en los sectores de la enseñanza, la sanidad y el sector de cuidados, mediante la creación de recursos de capital humano. La clasificación refleja además prejuicios de género en

el planteamiento económico y la contabilidad. Tener una población mejor educada, más sana y que recibe un cuidado mejor beneficia a todo el mundo y la sociedad y la economía continuarán beneficiándose en el futuro del gasto que se realice hoy en sanidad, educación y cuidado infantil. Es por ello que clasificamos esta forma de gasto como una inversión en infraestructura social. Los gobiernos empezaron a reconocer desde mediados de los años 2000 que el gasto en educación, sanidad y, en menor medida, los cuidados infantiles, podía considerarse una inversión social porque mejora la capacidad de producción de la economía, pero no pensaron en cambiar las normas de contabilidad para permitir que el gasto se contabilizara como gastos de capital. Tampoco vieron los servicios de cuidados de larga duración de la misma manera, especialmente los destinados a las personas mayores, donde el vínculo entre el gasto y la (re)construcción de la capacidad de producción es menos evidente que en el caso de la educación o los cuidados infantiles.

Foto: AP



¹⁰ Para más información véase De Henau et al. (2016).

Este descuido de los proyectos de infraestructura social refleja prejuicios de género en el planteamiento económico. La segregación por sexo en el empleo implica que es más probable que se emplee a los hombres en la construcción y a las mujeres en los sectores de la salud, la educación y los cuidados. A menudo se concede prioridad al empleo masculino frente al femenino, lo que significa que los proyectos que suelen ser financiados son los que probablemente emplearán a hombres en lugar de mujeres. Los proyectos de infraestructura social a menudo benefician a las mujeres específicamente por medio de la reducción de su trabajo no remunerado en el hogar, lo que les permite participar en la economía en puestos remunerados.

Contribuciones económicas y sociales de la sanidad y el sector de cuidados

La inversión pública en infraestructura social tiene sentido desde el punto de vista económico, ya que no solo genera empleo sino que también contribuye significativamente al desarrollo humano. Aunque los países incluidos en el presente estudio cuentan con algunas de las instalaciones de infraestructura física y social más modernas del mundo en sus ciudades principales, el acceso a sus beneficios es muy desigual y las regiones rurales y más remotas en general reciben menos servicios.

En estos lugares más remotos y en algunos de los asentamientos urbanos densamente poblados, especialmente en Brasil y Sudáfrica, existe claramente una necesidad de mejorar la infraestructura física. Todavía queda mucho por hacer con respecto a los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento, alcantarillado y gestión de residuos sólidos, la mejora y el suministro de alumbrado público, el suministro de una mejor infraestructura de transportes, el aumento de la prestación de servicios de TIC, así como la oferta de más instalaciones para la educación y sobre todo la asistencia sanitaria y social.

Gracias a una serie de medidas como el acceso a instalaciones mejoradas de agua potable y saneamiento, que tienen una influencia profunda en la salud, se han realizado mejoras desde 2000, pero algunos países, especialmente en las zonas rurales, todavía están rezagados. Como muestra la tabla 1, en 2015, en la India solo el 40% de la población tenía acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (solo el 28,5% de la población rural tenía acceso). En Brasil e Indonesia, las cifras más elevadas de 83% y 61% en general ocultan una división entre las zonas rurales y urbanas, ya que solo alrededor de la mitad de la población rural tiene acceso a un saneamiento mejorado en ambos países. En cambio, en Costa Rica las diferencias entre las zonas rurales y las urbanas son mucho menos pronunciadas y la mayoría de la población (más del 94%) tenía acceso. Además, el cambio climático y la degradación medioambiental plantean muchos retos, en particular en la parte occidental de China y partes de la India que necesitan una inversión en infraestructura.

La forma que adopta la inversión puede influir de forma significativa en el grado en el que facilita los medios de vida de la población y reduce la carga del trabajo no remunerado para las mujeres (Elson y Fontana, 2014). Por ejemplo, las carreteras locales, en comparación con las autopistas principales, pueden aumentar la interconexión entre los asentamientos y facilitar el acceso a los puntos de abastecimiento de agua, las escuelas y las clínicas, aumentar la seguridad, así como ayudar a las personas a llevar sus productos a los mercados pertinentes. Asimismo, estas inversiones pueden tener efectos positivos no previstos, como permitir que las ideas se transmitan más rápidamente, incluidos los conocimientos sobre los derechos (Kabeer et al., 2013). De manera similar, en el caso de los vertederos de basura y la gestión de residuos sólidos, a menudo es preferible que haya lugares más pequeños, pero en mayor cantidad, que vertederos enormes, ya que las personas – en general mujeres – tienen que ir a tirar los desechos a pie. Por lo tanto, es esencial que las inversiones que se hagan incorporen una dimensión de género y se sometan a un análisis del impacto para garantizar que se aprovechan los beneficios.¹¹ Las políticas de integración de la perspectiva de género existen en todos estos países, pero llevar las políticas a la práctica puede ser un reto importante.

¹¹ El proyecto para el agua de la SEWA en Gujarat, India, es un ejemplo de formulación de políticas con una perspectiva de género. La SEWA consiguió involucrar a las mujeres en la gestión participativa del riego del servicio de abastecimiento de agua de Gujarat para garantizar que se satisficieran sus necesidades específicas de género. Por ejemplo, antes de su intervención, la necesidad de las mujeres de agua para los cultivos alimentarios a menudo estaba supeditada al uso de los hombres para cultivos comerciales (Ahmed, 2002).

Tabla 1 Indicadores de salud seleccionados

	Brasil	Costa Rica	China	India	Indonesia	Sudáfrica	Alemania
Expectativa de vida al nacimiento (años) - 2011							
Ambos	74,1	79,0	75,2	66,8	68,3	58,9	80,5
Mujeres	77,7	81,4	76,8	68,2	70,4	61,4	82,9
Hombres	70,5	76,6	73,7	65,6	66,3	56,1	77,9
Pobl. con fuentes de agua potable mejoradas (%) - 2015	98,1	97,8	95,5	94,1	87,4	93,2	100,0
Pobl. con instalaciones mejoradas de saneamiento (%) - 2015	82,8	94,5	76,5	39,6	60,8	66,4	99,2
Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nacimientos) - 2011							
menores de 5 años	16,2	10,1	14,5	57,2	31,7	49,8	4,1
neonatos	10,8	6,5	7,5	31,6	15,7	11,5	2,3
Densidad prof. salud cualificados (x 10.000 hab.) - circa 2011	94,9	18,8	31,5	24,1	15,9	58,9	136,1
Médicos	18,9	11,1	14,9	7,4	2,0	7,8	38,9
Enfermeros y comadronas	76,0	7,7	16,6	17,1	13,8	51,1	97,2
Gasto total en salud (% PIB) - 2011	8,09	9,73	5,03	4,33	2,71	8,61	10,93
Gasto público general en salud (% del gasto total en salud) - 2011	45,2	73,5	55,9	27,1	37,9	48,0	76,0

Fuente: Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2016 <http://www.who.int/gho/database/es/>)

En estos países se están produciendo muchos cambios en materia de salud y cuidados, puesto que la mayoría han experimentado periodos de crecimiento económico rápido en las dos últimas décadas (OMS, 2016). Aunque ha habido algunas mejoras con respecto a la reducción de la mortalidad infantil y neonatal, la India e Indonesia todavía deben realizar muchos progresos para lograr la meta del ODS 3 de reducir la tasa de mortalidad infantil y neonatal (a 25 y 12 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente), como muestra la tabla 1. Del mismo modo, el número de profesionales sanitarios cualificados en proporción a la población varía; incluso en Brasil, la densidad de profesionales sanitarios cualificados, la más elevada entre los países incluidos en el estudio, es significativamente inferior que en Alemania, nuestro punto de referencia de los países incluidos en nuestro estudio anterior. De modo similar, el número de médicos por cada 10.000 personas en todos

los países del informe es mucho menor que el de Alemania. Asimismo, es importante señalar que son valores medios, por lo que las cifras correspondientes a regiones rurales y barrios de ingresos bajos pueden ser mucho más bajas.

El crecimiento económico reciente y los niveles de desigualdad elevados y en aumento¹² también implican que una parte de la población se ha enriquecido mucho, lo que ha dado lugar a un aumento de enfermedades como la obesidad¹³ y el abuso del alcohol, y a la expansión de la atención sanitaria privada, lo que ha llevado a una prestación muy irregular de servicios sanitarios a los diferentes sectores de la población. Cuando no existe asistencia sanitaria formal, las mujeres en

¹² El Banco de datos del Banco Mundial (2016) muestra que el coeficiente de Gini iba de 33,9 en la India a 63,4 en Sudáfrica; los años en los que se registraron los datos (los más recientes disponibles) van de 2009 a 2013, pero todos los países presentaron un aumento en comparación con años anteriores. Un índice de 0 indicaría una igualdad total y un índice de 100 una desigualdad total.

¹³ Según informes, el 47,3% de los hombres en las capitales estatales tiene sobrepeso (Paim et al., 2013).

particular tienen que realizar el trabajo no remunerado de cuidar de sus familiares y la comunidad (Elson y Fontana, 2014). Por lo tanto, es fundamental que la inversión pública en atención sanitaria y social que recomendamos esté sujeta a la auditoría de género, así como a un análisis más general del impacto en la igualdad para garantizar que sus efectos potencialmente positivos tanto en el bienestar y el desarrollo como en el empleo llegan a toda la población y benefician a grupos actualmente desfavorecidos en particular.

La tabla 1 también muestra que el gasto sanitario total guarda una relación estrecha y positiva con los resultados en materia de salud. Cabe señalar la excepción de Sudáfrica, donde los indicadores de salud son relativamente deficientes, a pesar del nivel bastante elevado de gasto en sanidad como porcentaje del PIB. Quizá se deba en parte a las tasas elevadas de VIH en Sudáfrica que en otros países.¹⁴

El gasto público en atención sanitaria como proporción del gasto total en salud también varía en función del país. El más alto es en Alemania y Costa Rica, donde el gasto total en atención sanitaria como porcentaje del PIB es el más elevado. El más bajo es en la India e Indonesia, donde el gasto total también es el más bajo. Sin embargo, China destina una proporción mayor de su gasto total en atención sanitaria al sector público en lugar del privado, pero el total como porcentaje del PIB destinado a la salud es inferior al de Brasil; por otro lado, Brasil gasta relativamente más en servicios sanitarios públicos que en privados, pero menos en total en atención sanitaria.

En Brasil, la atención sanitaria fue declarada en 1988 un derecho de los ciudadanos y el deber del Estado, lo que dio lugar a un Sistema de Salud Unificado. Esto llevó a muchos logros positivos, como una gran reducción de la mortalidad y malnutrición infantil, servicios prenatales y de vacunación generalizados y un acceso mejorado a la atención primaria y de emergencia para todos. Sin embargo, el alcance de las prestaciones es muy irregular y los recursos se concentran en las ciudades principales del Sur (Paim et al., 2013). Esto significa que el Estado no ha cumplido en todo el país su deber de proporcionar cuidados preventivos y curativos integrales e universales con la participación plena de la comunidad.

En Costa Rica, especialmente en el pasado, se dio prioridad al desarrollo de un estado de bienestar fuerte y el ejército permanente fue disuelto en 1948 a favor del gasto en atención sanitaria (Engles, 2011). Se estableció un sistema de salud pública llamado la Caja,¹⁵ lo que ha dado lugar a que la esperanza de vida sea equiparable a la de los países de desarrollo muy elevado. De hecho, la tabla 1 muestra que el nivel de gasto en salud es similar

al de Alemania y que el gobierno asume un gran porcentaje de este gasto (75%). A su vez, el gasto en salud pública representa el 26,5% del presupuesto general del gobierno, lo que refleja la prioridad que se otorga a la atención sanitaria (OMS, 2016).

Las cifras relativas a estos dos países latinoamericanos son muy diferentes a las de los otros; por ejemplo, Indonesia, donde solo gasta el 2,71% del PIB en salud, la contribución del gobierno es de solo 37% y solo un 5,8% del presupuesto general del gobierno se gasta en salud (OMS, 2016). El panorama es similar en la India. Esto significa que en estos países la gente tiene que pagar la atención sanitaria directamente 'de su bolsillo', lo que puede tener consecuencias devastadoras para el bienestar general del hogar. Incluso en Costa Rica, se ha argumentado que desde que la economía se abrió más a raíz de la adhesión a la zona de libre comercio centroamericana (CAFTA), las presiones económicas sobre el gasto público aumentan al mismo tiempo que el sistema de atención sanitaria privada crece (Engles, 2011). Hoy en día, existen tecnología y conocimientos médicos para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud, por lo que la cuestión es principalmente política y de distribución.

También se puede plantear un argumento similar a favor de la inversión en el cuidado infantil y de personas mayores. La prestación formal de servicios de alta calidad de cuidado infantil y de cuidados de larga duración para ancianos prácticamente no existe en ninguno de los países estudiados, incluido Costa Rica, a pesar de su estructura de atención sanitaria más desarrollada (Scheil-Adlung, 2015). Se espera que los familiares, y en particular las mujeres, cuiden de sus parientes dependientes. En China y en la India, esto está consagrado por la ley, la cual estipula que la familia (nuclear) es responsable financiera y jurídicamente de ocuparse de sus miembros y que el Estado no ofrece asistencia para ello. El Estado (a menudo las autoridades regionales) solo interviene para ayudar a las personas más pobres sin ningún lazo familiar. En Brasil, la responsabilidad legal de la familia de ofrecer asistencia solo se aplica al cuidado de familiares mayores, ya que el acceso al cuidado infantil preescolar es ahora un derecho constitucional, aunque en la práctica los servicios son muy deficientes en la mayoría de los municipios (Paes de Barros et al., 2011). En otros países, la responsabilidad de la familia también es prominente, ya sea por defecto debido a la falta de modalidades de cuidados externos asequibles o por diseño a través de pequeños incentivos económicos en forma de prestaciones modestas en metálico (como en Sudáfrica). Para el cuidado de ancianos, se realiza una comprobación de recursos rigurosa para las personas que no pueden depender de su familia para recibir cuidados y la mayoría de los servicios se presta en instituciones en lugar de en el domicilio y se limita a las personas con necesidades más graves solamente (Scheil-Adlung, 2015).

¹⁴ Alrededor del 20% en Sudáfrica, en comparación con tasas muy inferiores al 1% en el resto de los países del informe (ONUSIDA, 2016).

¹⁵ Se entiende por Caja una cuenta especial en la que se reúnen los fondos y se gastan colectivamente (Engles, 2011).

En Sudáfrica, la falta de prestación de atención formal supone una carga enorme para los miembros más mayores de la comunidad, ya que la alta prevalencia de VIH/SIDA y el envejecimiento de la población lleva a que un número cada vez mayor de personas mayores tenga que ocuparse no solo de los familiares adultos enfermos y/o desempleados, sino también de sus nietos (a menudo huérfanos), aparte de necesitar cuidados ellas mismas (Scheil-Adlung, 2015).

En China, el efecto combinado de la política anterior de hijo único y la migración urbana ha sido cortar los lazos familiares, lo que ha obligado al Estado a aumentar su prestación de servicios, aunque siguen dirigiéndose a los ancianos solitarios más pobres (Gideon, 2016). En zonas urbanas, los servicios privados de cuidados de larga duración se han desarrollado con un sistema de seguro privado promovido por el Estado que en general no es asequible para las familias de ingresos bajos y medios (Scheil-Adlung, 2015).¹⁶

Aunque la India no ha adoptado una política de hijo único, en otros aspectos su situación es similar a la de China. Frente a la migración urbana y las presiones que afrontan los hogares, el Estado está introduciendo lentamente planes para complementar la atención familiar con la prestación formal de servicios (Scheil-Adlung, 2015).

En lo que respecta a los servicios de cuidado infantil, también se proporcionan principalmente de forma no remunerada dentro de las familias en la mayoría de los países estudiados, aunque se proporciona un cierto nivel de cuidado preescolar universal, que se centra en los niños más mayores, normalmente el año antes de entrar a la escuela primaria. Los pocos niños más pequeños que son aceptados en las guarderías subvencionadas normalmente proceden de familias muy pobres (Sauma, 2012).

En todos los países, las familias con más recursos pueden contratar a trabajadores del hogar (a menudo informalmente) para que se ocupen de los cuidados a falta de servicios (privados) formales. En general, los miembros de la familia o los trabajadores del hogar se ocupan tanto del cuidado como de las tareas domésticas (por ejemplo, en Brasil). Sin embargo, el trabajo doméstico no ha sido normalmente la primera opción de empleo; en Brasil, por ejemplo, antes de la crisis económica actual, las mujeres habían abandonado gradualmente el sector a medida que surgían otras oportu-

nidades de trabajo. Las preocupaciones por la escasez de trabajadores instauraron salarios más elevados y prácticas laborales más formalizadas para las personas que continuaron trabajando en el sector (Acciari, de próxima publicación).

Los cálculos de la OIT, sobre la base de datos de la OCDE de 2013, muestran que para alcanzar niveles de cuidados de larga duración formales para personas mayores similares a los de los países de ingresos más altos, el número de trabajadores formales necesarios en Brasil sería 626.000 y 2,7 millones en la India (desde cerca de cero); 3,6 millones en China (casi tres veces la fuerza de trabajo actual) y 86.000 en Sudáfrica (cinco veces el personal actual dedicado a cuidados de larga duración) (Scheil-Adlung, 2015).

Así, es probable que la inversión en los sectores de los cuidados – cuidado de niños y de ancianos – sea más necesaria en el futuro. Esta inversión no solo tendría un efecto directo sobre el empleo femenino en crecimiento, sino que, a través de su efecto multiplicador, también crearía puestos de trabajo adicionales en otros sectores. Además, permitiría a más mujeres entrar en el mercado del trabajo remunerado. El trabajo doméstico y el cuidado de niños todavía es realizado predominantemente por las mujeres, las cuales realizan la mayoría de este tipo de trabajo, tanto remunerado como no remunerado. Para que las mujeres puedan aceptar nuevas oportunidades de empleo tal vez sea necesario colectivizar la prestación de estos servicios.¹⁷ Por lo tanto, la inversión en los cuidados es un elemento clave para lograr el ODS 5 (igualdad de género).

Aunque no pudimos estimar el impacto de la inversión específicamente en el cuidado infantil y los cuidados de larga duración en este estudio, los resultados de nuestro estudio anterior (De Henau et al., 2016) presentan argumentos sólidos a favor de la inversión en este sector, que probablemente tendrán más peso en el futuro.¹⁸ El análisis que se presenta a continuación muestra que existen argumentos económicos claros a favor de una mayor inversión pública en general en la infraestructura tanto social como física. En las secciones siguientes examinamos nuestros resultados más detalladamente.

Empleo en los sectores de la salud y la construcción

Esta sección ofrece una visión general de la situación en materia de empleo de los países, en particular el empleo y los salarios en los sectores de la salud y la construcción, para proporcionar los antecedentes para interpretar los efectos sobre el empleo.

¹⁶ A finales de 2015, China abolió la política del hijo único, lo que permitió a las parejas tener dos hijos. La política, que empezó a finales de la década de los setenta, fue modificada por las preocupaciones generadas por el envejecimiento de la población y el posible impacto de una población reducida en el crecimiento económico. Otra preocupación era el impacto de la política en la proporción de hombres y mujeres en la población debido a que las parejas seguían prefiriendo tener un varón. Resulta interesante que las mujeres jóvenes con buena formación y residentes predominantemente en zonas urbanas, producto de la política del hijo único, se muestran preocupadas por las repercusiones de esta política en sus carreras, lo que refleja la prevalencia de la responsabilidad de la mujer para el cuidado infantil y la ausencia de servicios de cuidado infantil disponibles, accesibles y asequibles (Huang, 2016).

¹⁷ En nuestro estudio anterior, explicamos los beneficios en materia de eficacia que puede generar la prestación de servicios de cuidado (De Henau et al., 2016).

¹⁸ Para más explicaciones sobre esta teoría, véase De Henau et al. (2016)

La tabla 2 muestra las variaciones en el mercado de trabajo en los seis países estudiados y Alemania.

La tasa de empleo es elevada en China, Alemania e Indonesia en general, pero Indonesia registra mayores diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al empleo, al igual que la India y Costa Rica. En Sudáfrica, las diferencias en materia de empleo son menores, pero tanto los hombres como las mujeres cuentan con tasas de empleo muy bajas. Sudáfrica tienen niveles altos de desempleo; China registra el nivel más bajo de desempleo.

En la mayoría de los países, el tipo más habitual de condición de empleo es la de asalariado (no existen datos para China o no son comparables). La India e Indonesia son excepciones, ya que muchas personas trabajan como autónomas, sobre todo hombres. Las personas que ayudan a las familias, en su mayor parte mujeres, también son habituales en estos dos países, y el mayor porcentaje se registra en Indonesia.

Tabla 2: Indicadores de empleo (2011)

		Brasil	Costa Rica	China	India	Indonesia	Sudáfrica	Alemania
Relación empleo-población (edades 15-64)								
	Todos	63,2%	55,8%	75,1%	56,0%	63,0%	38,9%	72,7%
	Hombres	74,3%	74,3%	82,0%	76,3%	78,0%	44,9%	77,6%
	Mujeres	52,7%	38,3%	68,0%	34,6%	48,0%	33,2%	67,8%
Brecha género empl. (15-64)		21,5%	36,0%	14,0%	41,7%	30,0%	11,7%	9,8%
Tasa desempleo (15+)								
	Todos	7,5%	3,4%	2,9%	10,3%	8,1%	29,6%	5,8%
	Hombres	5,6%	3,6%	2,6%	9,1%	7,7%	25,4%	6,1%
	Mujeres	10,1%	3,1%	3,2%	12,8%	8,8%	34,4%	5,6%
Situación laboral								
Todos								
	Empleados	70,8%	71,8%	n/a	18,0%	32,1%	84,0%	88,3%
	Cuenta propia / empleador	23,4%	27,1%	n/a	64,6%	47,2%	15,2%	11,1%
	Ayuda fam.	1,7%	1,0%	n/a	17,3%	20,7%	0,7%	0,6%
Hombres								
	Empleados	68,1%	67,8%	n/a	19,4%	35,9%	83,0%	85,6%
	Cuenta propia / empleador	26,9%	31,2%	n/a	69,6%	54,3%	16,7%	14,1%
	Ayuda fam.	1,1%	1,0%	n/a	11,0%	9,8%	0,4%	0,3%
Mujeres								
	Empleados	74,6%	79,4%	n/a	14,5%	26,5%	85,5%	91,5%
	Cuenta propia / empleadores	18,8%	19,5%	n/a	51,5%	36,5%	13,3%	7,6%
	Ayuda fam.	2,5%	1,2%	n/a	33,9%	37,0%	1,2%	0,9%

Fuente: ONU Estadísticas, oficinas nacionales de estadística (encuesta de población activa o censo). Para China, la población en edad de trabajar son las personas entre 16 y 64 años. Por 'cuenta propia' se entiende las personas autónomas sin empleados y por 'empleadores' se entiende las personas autónomas con empleados remunerados (sectores formales e informales).

La tabla 3 muestra los datos sobre el empleo informal como un aspecto importante de estas economías. El empleo informal es el empleo que no está sujeto a leyes relativas al empleo, la seguridad social y los impuestos (véase el anexo 2 para más detalles). La tabla 3 muestra que su presencia en los sectores no agrícolas varía considerablemente en función de los países, de un tercio de todo el empleo en Sudáfrica, China y Costa Rica, a casi tres cuartos en Indonesia y más de cuatro quintos en la India, dos países caracterizados por los niveles elevados de empleo por cuenta propia y ayuda familiar. En todos los países, los trabajos informales son realizados predominantemente por mujeres.

Tabla 3: Empleo informal en la economía

	Año	Ámbito	N° (.000)			% del empleo total		
			Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Brasil	2011	no agr.	30.249	16.116	14.132	38,4	36,8	40,4
China	2010	no agr.	360.200			32,6		
Costa Rica	2011	no agr.	574	294	281	33,6	29,8	38,8
India	2012	no agr.	206.961	165.307	41.654	84,7	84,3	86,4
	2012	Total	429.473	309.354	120.119	91,8	90,7	94,8
Indonesia	2009	no agr.	3.157	1.977	1.180	72,5	72,3	72,9
Sudáfrica	2010	no agr.	4.089	2.071	2.018	32,7	29,5	36,8

Fuente: Base de datos ILOSTAT. Nota: 'no agr.' hace referencia a los sectores no agrícolas de la economía a los que están asociados los datos. Véase apéndice 2 para una definición de las categorías incluidas como empleo informal.

La tabla 4 muestra que el porcentaje de trabajadores en la construcción del empleo total varía de 4,8% en Indonesia a casi el doble en la India. El empleo en los servicios de salud y de cuidados está mucho menos desarrollado en la India e Indonesia que en Brasil o Costa Rica (o en Alemania). Esto muestra el potencial para la creación de empleo de la inversión pública en estos países, en particular los que tienen niveles medios de desarrollo, como la India e Indonesia. Asimismo, la tabla muestra que las dos industrias siguen el patrón típico de segregación por sexo, según el cual hay un predominio masculino en la construcción y un predominio femenino en la salud y los cuidados (salvo en la India, aunque en este país el sector de sanidad y de cuidados sigue empleando un porcentaje muy superior de mujeres al de la construcción). Sin embargo, cabe señalar que el predominio masculino en el sector de la construcción es mucho más pronunciado que el predominio femenino en la salud y los cuidados.

Tabla 4: Empleo en construcción y en sanidad y cuidados

	Todos los sectores	Construcción			Sanidad y cuidados		
	N° (.000)	N° (.000)	% del total	% mujeres	N° (.000)	% hombres	% mujeres
Brasil	99.582	6.773	6,8%	3,5%	4.972	5,0%	74,2%
Costa Rica	1.654	97	5,9%	5,0%	75	4,5%	62,1%
China	763.612	59.673	7,8%	14,4%	16.679	2,2%	59,8%
India	464.527	44.163	9,5%	15,9%	4.569	1,0%	42,6%
Indonesia	110.584	5.284	4,8%	2,9%	773	0,7%	63,3%
Sudáfrica	13.319	1.050	7,9%	29,6%	213	1,6%	61,4%
Alemania	41.447	2.299	5,5%	12,8%	4.637	11,2%	77,0%

Fuente: tablas de insumo-producto de la OCDE y datos nacionales (véase el anexo 2 para más detalles)

La tabla 5, que incluye tanto el empleo informal como el formal, muestra que en todos los países estudiados de los que disponíamos este tipo de datos solo una pequeña proporción del empleo en la atención sanitaria es en el sector de la asistencia/trabajo social en residencias o fuera de ellas (en la mayoría de los países alrededor del 10% y menos del 20% en todos

los países). Por lo tanto, la gran parte de los efectos observados de la simulación están relacionados con la estructura de la asistencia sanitaria en lugar de la atención social. No es el caso en Alemania, nuestro país de referencia de la OCDE, donde el empleo en atención social, residencial y no residencial combinado, representa más del 40% del total de empleo en el sector sanitario y de cuidados. En la práctica, esta diferencia se debe en gran parte a que una proporción más elevada del trabajo de cuidados es realizada como trabajo no remunerado por miembros de la familia en los países en vías de desarrollo.

La tabla 5 también muestra que aunque hay un predominio femenino en el empleo en el sector de la salud en todos los países, salvo en la India, todavía hay un predominio femenino mayor en la asistencia social. La única excepción es Alemania, donde el predominio en la atención social es un poco menor que en el sector sanitario en su conjunto.

Tabla 5: Empleo en sanidad y cuidados (países seleccionados - número de personas, 2011)

	Todos	Hombres	Mujeres	% mujeres
Costa Rica				
Servicios de sanidad	69.104	27.223	41.881	60,6%
Cuidados en residencia	3.547	948	2.599	73,3%
Cuidados no residenciales/trabajo social	2.413	258	2.155	89,3%
Porcentaje de sanidad*	92,1%	95,8%	89,8%	
Brasil				
Servicios de sanidad	2.982.382	776.957	2.205.425	73,9%
Cuidados en residencia	244.390	54.615	189.775	77,7%
Cuidados no residenciales/trabajo social	27.322	9.014	18.308	67,0%
Porcentaje de sanidad*	91,7%	92,4%	91,4%	
Sudáfrica				
Act. salud humana	634.690	219.793	414.897	65,4%
Act. trabajo social	150.476	46.391	104.085	69,2%
Porcentaje de sanidad*	80,8%	82,6%	79,9%	
India				
Servicios de sanidad	3.363.609	2.099.789	1.289.085	38,3%
Cuidados en residencia	168.180	30.432	116.134	69,1%
Cuidados no residenciales/trabajo social	336.361	91.295	232.268	69,1%
Porcentaje de sanidad*	87,0%	94,5%	78,7%	
Alemania				
Servicios de sanidad	2.803.700	615.000	2.188.700	78,1%
Cuidados en residencia	1.087.000	254.900	832.000	76,5%
Cuidados no residenciales/trabajo social	875.800	228.500	647.300	73,9%
Porcentaje de sanidad	58,8%	56,0%	59,7%	

Fuente: Datos del censo de oficinas nacionales de estadística y Eurostat para Alemania (véase anexo 2)

*muestra el empleo en la asistencia sanitaria como % del empleo total en el sector de la asistencia sanitaria y social

La tabla 6 compara los niveles salariales en cada sector y muestra que los trabajadores de la salud y los cuidados reciben un salario superior a la media, excepto en Alemania, donde el sector incluye un componente importante de personal de servicios socia-

les (con salarios más bajos). Además, se paga mejor a los trabajadores del sector sanitario y de cuidados que a los trabajadores de la construcción en todas partes. Es una diferencia sustancial con respecto al estudio anterior (De Henau et al., 2016), que se centraba en el sector de la asistencia social, donde la remuneración de los empleados era generalmente inferior a la media e inferior a la de los trabajadores de la construcción. Si asumimos que las diferencias salariales dentro del sector de la salud y los cuidados son más o menos las mismas que en Alemania (debido al nivel más bajo de cualificaciones en la asistencia social, a menos para los proveedores de cuidados directos), los trabajadores del sector de la asistencia social recibirían un salario inferior al de los trabajadores sanitarios en todos los países, y probablemente inferior al de los trabajadores de la construcción en algunos.

Tabla 6: Niveles salariales relativos en construcción y sanidad y cuidados (2011)

% ingr. medios	Brasil	Costa Rica	China (urb.)	India	Indonesia	Sudáfrica	Alemania
Todos los sectores	100	100	100	100	100	100	100
Construcción	85	74	75	71	98	63	81
Sanidad y cuidados	127	187	110	177	126	155	95
Salario rel.	1,5	2,5	1,5	2,5	1,3	2,4	1,2

Fuente: Base de datos ILOSTAT y Oficina Nacional de Estadística de China

La tabla 7 muestra un panorama similar por sexo (no hay datos desglosados por sexo para China). El salario de los hombres que trabajan en la construcción es inferior al salario medio en todos los países. En cambio, las mujeres que trabajan en la construcción reciben un salario superior a la media en algunos países e inferior a la media en otros. En los países en los que el número de mujeres en la construcción es muy bajo (Brasil, Costa Rica e Indonesia), las mujeres que trabajan en el sector reciben un salario superior al salario medio entre las mujeres, quizá porque en la práctica son trabajadoras no manuales. En países en los que las mujeres en la construcción reciben un salario inferior, el sector cuenta con niveles superiores de empleo femenino (India, Sudáfrica y Alemania). La diferencia salarial positiva entre los sectores de la salud y la construcción es más pronunciada en todos los países entre los hombres que entre las mujeres, principalmente porque los hombres reciben un salario muy superior al salario medio en el sector sanitario e inferior en el de la construcción (supuestamente porque es más probable que ocupen puestos de atención sanitaria mejor remunerados que puestos de asistencia social peor remunerados en el sector sanitario y de cuidados, y que ocupen puestos manuales peor remunerados en el sector de la construcción).

Tabla 7: Salarios por industria y género y brecha salarial de género

		Brasil	Costa Rica	India	Indonesia	Sudáfrica	Alemania
Hombres							
	Todos los sectores	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Construcción	75,1	70,2	69,3	89,0	59,8	75,8
	Sanidad y cuidados	165,2	217,5	195,9	118,4	155,1	109,4
Mujeres							
	Todos los sectores	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Construcción	134,8	113,7	68,4	148,3	55,0	90,3
	Sanidad y cuidados	127,2	173,4	182,4	146,9	170,7	97,8
Brecha salarial de género							
	Todos los sectores	22,6%	6,6%	32,6%	22,1%	20,9%	20,3%
	Construcción	-38,9%	-51,4%	33,5%	-29,9%	27,2%	5,1%
	Sanidad y cuidados	40,4%	25,5%	37,3%	3,4%	13,0%	28,7%

Fuente: Base de datos ILOSTAT

Simulación de los efectos directos, indirectos e inducidos de la inversión pública sobre el empleo

El presente análisis evalúa los efectos de la inversión en determinados tipos de infraestructura física y social sobre la creación de empleo total y el desglose por sexo de estos efectos. Utilizando tablas insumo-producto y otras estadísticas oficiales, calculamos los efectos directos, indirectos e inducidos sobre el empleo de una inversión pública equivalente al 2% del PIB realizada en el sector de cuidados y la sanidad, o en el de la construcción, tomando estos dos sectores como ejemplos típicos de dónde se realizan las inversiones en infraestructura social y física, respectivamente.¹⁹ Asimismo, examinamos el desglose por sexo de estos efectos sobre el empleo.

Se pueden calcular los efectos sobre el empleo total, incluyendo los efectos indirectos e inducidos, por medio de tablas insumo-producto proporcionadas por las oficinas nacionales de estadística. Estas tablas muestran cómo los sectores están relacionados en la cadena de suministro de bienes y servicios que al final responden a la demanda de los hogares, el gobierno y de exportación. Las tablas insumo-producto muestran qué cantidad de producto del resto de industrias (y cuánto de su propio producto) utiliza el proceso de producción de cada industria como insumo. Podemos añadir información sobre cuántos trabajadores se utilizan en el proceso de producción de cada industria y expresar toda la información como requisitos de insumo por unidad producida por cada industria. Cabe observar que la forma en la que se utiliza supone que estos requisitos no cambian con la dimensión de la demanda de productos de una industria.

La cantidad de empleo directo que se puede crear invirtiendo en una industria determinada depende de cuántos trabajadores exige su proceso de producción y de los costes de emplear a esos trabajadores (salario del empleado, contribuciones a la seguridad social por empleado y otros

costes). Los efectos indirectos se calculan para cada sector utilizando las tablas insumo-producto para calcular los requisitos de insumo total en la cadena de suministro (incluidos componentes importados) para la producción de una unidad de producto de ese sector. Los efectos totales (directos e indirectos) sobre el empleo (también conocidos como Tipo I) son por lo tanto el total de estos insumos, cada uno multiplicado por el empleo por unidad de producto en su proceso de producción. Entonces obtenemos el efecto indirecto sobre el empleo para cada industria restando su efecto directo sobre el empleo, tal y como se calcula arriba.

El cálculo del efecto inducido sobre el empleo sigue un método similar, con la diferencia de que las tablas insumo-producto son aumentadas de manera diferente, esta vez con información sobre patrones de gastos familiares. Los hogares son considerados en la práctica como otro sector, que utiliza insumos producidos por todas las industrias pero no produce ningún producto y cuyo nivel de gasto depende de los ingresos familiares totales, los cuales se determinan a su vez por el nivel total de empleo. Por lo tanto, cualquier empleo adicional genera un aumento de los ingresos y por consiguiente de la demanda inducida, la cual viaja a través de la cadena de suministro generando efectos directos e indirectos sobre el empleo. Esto contribuye a otros efectos adicionales sobre el empleo totales (directos, indirectos e inducidos) de la inversión (también conocidos como Tipo II), de los cuales se pueden extraer los efectos inducidos sustrayendo los efectos directos e indirectos (Tipo I), como se calcula arriba.

Para calcular los efectos sobre el empleo por sexo se aplican las proporciones de hombres y mujeres en cada industria que aparecen en las últimas encuestas de empleo. Como en todas las fases de este análisis, se supone que las proporciones actuales no cambian como resultado de estas inversiones.

¹⁹ Para más información sobre la metodología, véase el anexo 1; para fuentes estadísticas y definiciones de las industrias, véase el anexo 2.

Se ofrece una explicación más detallada del método utilizado para nuestro análisis en el anexo 1. El año de referencia de las tablas insumo-producto es 2011.

Efecto directo sobre el empleo

La tabla 8 muestra que una inversión equivalente al 2% del PIB tendría efectos de escala diferente en ambas industrias en los países debido a los distintos niveles existentes de productos de cada industria. Como reflejan los datos anteriores sobre el gasto en salud, la India e Indonesia gastan proporcionalmente poco en sus sectores sanitarios, por lo que una inversión del 2% del PIB genera un crecimiento mucho mayor del gasto en salud que en Costa Rica o Alemania, donde ya se gasta más en salud y el sector está más desarrollado.

Un factor que determina la escala del efecto directo sobre el empleo son los requisitos de mano de obra directa en cada industria, es decir, la cantidad de trabajadores empleados directamente para generar una producción de un valor de 1 millón de dólares en esa industria. A su vez, esto depende de la productividad de la mano de obra en el proceso de producción de esa industria; una productividad menor (intensidad más elevada de mano de obra) dará lugar a una necesidad mayor de mano de obra directa. Los niveles salariales en la industria influyen en los precios a los que se venden los productos de la industria, por lo que también afecta indirecta-

mente a sus requisitos de mano de obra directa porque con salarios más bajos y, por lo tanto, precios más bajos, 1 millón de dólares estadounidenses compra más productos de esa industria, lo que genera más empleo. La tabla 8 muestra que la necesidad de mano de obra directa es mayor en ambos sectores en China y en la India que en otros países, y mayor en el sector sanitario y de cuidados que en el de la construcción en Brasil, China, Indonesia y Alemania, similar en los dos sectores en Costa Rica y menor en el sector sanitario y de cuidados que en la construcción en la India y Sudáfrica.

Sin embargo, el otro factor que determina la magnitud de los efectos directos sobre el empleo es la cantidad invertida. Aunque, a efectos de comparar el gasto, en esta simulación se ha optado por examinar los efectos de invertir el 2% del PIB en diferentes industrias, tenemos que reconocer que la cantidad que esto representa varía mucho de un país a otro. La cantidad dependerá del nivel de productividad de los trabajadores en ese país en general y la proporción de la población que está actualmente empleada (ambos son factores que afectan el nivel de PIB). La inversión del 2% del PIB en cualquier sector generará menores aumentos del nivel de empleo en países con un nivel menor de productividad o un nivel actual inferior de empleo (debido a un PIB menor), que en países con la misma necesidad de mano de obra directa para ese sector pero una mayor productividad o un nivel actual superior de empleo (debido a un mayor PIB).

Foto: AP



Tabla 8: Indicadores sobre productividad e intensidad de mano de obra en construcción y sanidad y cuidados

	Brasil	Costa Rica	China	India	Indonesia	Sudáfrica	Alemania
Inversión pública directa inicial de 2% PIB (mUSD)	52.304	825	148.840	37.848	17.859	8.332	75.154
como % de construc. total	23%	19%	8%	9%	8%	18%	22%
como % de sanidad y cuidados total	36%	24%	58%	77%	98%	65%	20%
Requisito laboral directo: construcción	29,5	22,0	31,4	105,9	22,5	22,8	6,6
Requisito laboral directo: sanidad y cuidados	34,0	21,8	65,3	93,2	42,3	16,5	12,6
PIB / trabajador (USD)	26.262	24.684	9.746	4.074	8.075	31.279	90.664
PIB / cápita (USD)	13.042	8.965	5.520	1.517	3.648	7.975	46.723

Fuente: ONU Estadística y tablas insumo-producto de la OCDE (véase el anexo 2)
Nota: Requisitos de mano de obra directa = mano de obra directamente empleada (número de personas) para una producción equivalente a 1 millón de dólares estadounidenses en una industria

La tabla 9 muestra los efectos directos sobre el empleo por país, es decir, el número de nuevos puestos de trabajo directamente generados por una inversión equivalente en los sectores de la construcción o la salud y los cuidados. Asimismo, facilitamos estas cifras para cada país como porcentaje de su población en edad de trabajar (15-64 años), es decir, los puntos porcentuales en los que aumenta su empleo.

Las diferencias entre los países en cuanto al aumento de la tasa de empleo generado directamente por la inversión en un sector refleja las diferencias en la necesidad de mano de obra directa de ese sector en los países y el nivel de PIB de cada país. La primera está determinada por los niveles de productividad y salarios en ese sector comparado con otros países y la segunda por el nivel de productividad de ese país y su tasa de empleo actual.²⁰ Dentro del mismo país, el tamaño relativo de los efectos directos sobre el empleo de cada sector depende de las necesidades de mano de obra directa del sector, es decir, qué proporción de los recursos invertidos en cada sector se gasta en mano de obra y cuál es el salario que reciben.

Al comparar los efectos de una inversión en el sector sanitario y de cuidados con los de una inversión equivalente en la construcción, se puede ver fácilmente en la tabla 9 que los efectos directos sobre el empleo de una inversión en la salud y los cuidados son ligeramente mayores que los de la inversión en la construcción, salvo en la India o Sudáfrica, y en Costa Rica, donde son iguales. Como se ha explicado anteriormente, esto sigue el patrón de diferencias en los re-

quisitos de mano de obra directa que se muestra en la tabla 8. La mayor diferencia entre los dos sectores en cuanto al aumento de empleo generado se registra en Alemania, donde los trabajadores del sector de salud y de cuidados ganan solamente 20% más de media que los trabajadores de la construcción, una diferencia entre los sectores más pequeña que en cualquiera de los otros países del estudio (tabla 6), y una proporción superior de los trabajadores del primer sector prestan servicios de asistencia social (tabla 5), donde se necesitan relativamente pocas materias primas y equipamiento y los salarios suelen ser relativamente bajos (véase De Henau et al., 2016). Esto hace que el sector de salud y de cuidados presente requisitos de mano de obra directa particularmente altos y sugiere que una inversión centrada en la asistencia social debería tener mayores efectos directos sobre la creación de empleo que la inversión en el sector de salud y de cuidados en general en los otros países.

Foto: AP



20 No disponemos de datos sobre las horas trabajadas para los países incluidos en este estudio, por lo que, a diferencia del estudio anterior, no podemos transformar el número de puestos de trabajo generados en empleos equivalentes a tiempo completo (ETC).

Cuadro 9: Efectos directos en el empleo

	Construcción		Sanidad y cuidados	
	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)
Brasil	1.545.000	1,2%	1.778.000	1,4%
Costa Rica	18.000	0,6%	18.000	0,6%
China	4.680.000	0,5%	9.717.000	1,0%
India	4.007.000	0,5%	3.528.000	0,5%
Indonesia	403.000	0,3%	755.000	0,5%
Sudáfrica	190.000	0,6%	138.000	0,4%
Alemania	498.000	1,0%	948.000	2,0%

Fuente: cálculos de los autores

En todos los países, los trabajadores del sector sanitario y de cuidados están mejor remunerados que los de la construcción. En la India, Sudáfrica y Costa Rica, los salarios relativos de los trabajadores del sector sanitario y de cuidados son relativamente altos si se comparan con los de los trabajadores de la construcción (véase la tabla 6), ya que ganan casi el doble. Como es de esperar, también hay países en los que los efectos directos sobre el empleo de la inversión en la salud y los cuidados son menores o iguales a los de la inversión en la construcción. Por otro lado, en Brasil, China e Indonesia, los efectos directos sobre el empleo de la inversión en la salud y los cuidados son mayores que los de la inversión en la construcción, a pesar de que los salarios en el sector de salud y de cuidados son más elevados, porque en estos países la intensidad de mano de obra en este sector compensa sus niveles salariales más elevados y hace que tenga requisitos de mano de obra directa superiores a los de la construcción (véase la tabla 8). El impacto sería todavía mayor si todas las inversiones nuevas se concentraran en desarrollar la asistencia social, lo que generaría efectos directos sobre el empleo todavía mayores.

La India destaca por tener requisitos de mano de obra directa relativamente altos en los sectores de la construcción y la salud en comparación con otros países, pero también efectos directos sobre el empleo poco significativos en cualquiera de los sectores. El motivo principal son las tasas bajas de empleo y productividad de la India en la economía en general en comparación con otros países (véase la tabla 8), lo que significa que la cantidad invertida (2% del PIB) es comparativamente baja, lo que crea pocos puestos de trabajo en proporción con el tamaño de la población. En Indonesia, la combinación de requisitos de mano de obra directa re-

lativamente bajos en ambos sectores y tasas de empleo y productividad bajas en la economía en su conjunto reduce la cantidad invertida, lo que implica que los efectos directos sobre el empleo también son inferiores a los de otros países, especialmente en la construcción.

La Tabla 10 muestra que los efectos directos sobre el empleo en las dos industrias son bastante diferentes en función del sexo. En ambos sectores existe una segregación por sexo pronunciada, en particular en la construcción. Como consecuencia, bastante menos del 20% de los puestos de trabajo directamente generados en la construcción serían ocupados por mujeres en todos los países, excepto Sudáfrica (29,6%). En Brasil, Costa Rica e Indonesia, el 5% o menos de los puestos de trabajo generados directamente serían para mujeres. Sin embargo, es importante observar que la simulación presupone que no se cuestiona la infrarrepresentación de mujeres en la construcción en el proceso de aumento de la inversión en el sector (véase el anexo 1). Cualquier gobierno que desee reducir las desigualdades de género podría intentar promover un mayor número de mujeres en la construcción al hacer una inversión de este tipo. Si no se hace adecuadamente, la inversión en la construcción aumentaría las diferencias en materia de empleo entre hombres y mujeres para la economía en su conjunto. Esto se puede ver en la tabla 10 donde la inversión en la construcción da lugar a un aumento directo de la tasa de empleo masculino de entre 0,5 y 2,3 puntos porcentuales, mientras que todo lo que se puede esperar es un aumento directo de entre 0,1 y 0,3 puntos porcentuales en el caso de las mujeres.

Tabla 10: Efectos directos sobre el empleo de género

	Construcción			Sanidad y cuidados		
	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)
Brasil	3,5%	0,1%	2,3%	74,2%	2,0%	0,7%
Costa Rica	5,0%	0,1%	1,2%	62,1%	0,7%	0,5%
China	14,4%	0,1%	0,8%	59,8%	1,2%	0,8%
India	15,9%	0,2%	0,9%	42,6%	0,4%	0,5%
Indonesia	2,9%	0,0%	0,5%	63,3%	0,6%	0,4%
Sudáfrica	29,6%	0,3%	0,8%	61,4%	0,5%	0,3%
Alemania	12,8%	0,3%	1,8%	77,0%	3,0%	0,9%

Fuente: cálculos de los autores

El sector de la salud y los cuidados también está segregado por sexo, pero en el sentido opuesto en todos los países salvo en la India, donde el número de hombre empleados en el sector sanitario y de cuidados en general es ligeramente superior al número de mujeres (véanse las tablas 4 y 5). Por lo tanto, excepto en la India, el efecto directo de la inversión en el sector sanitario y de cuidados sería reducir las diferencias de empleo entre hombres y mujeres para la economía en su conjunto. Esta inversión reduciría las diferencias de empleo entre hombres y mujeres de cada país mediante el aumento de la tasa de empleo femenino en 0,5 a 3,0 puntos porcentuales y el aumento al mismo tiempo de la tasa de empleo masculino en una cantidad más pequeña (entre 0,3 y 0,9 puntos porcentuales). Sin embargo, en casi todos los países el aumento de la tasa de empleo masculino gracias a la inversión en la salud y los cuidados sigue siendo superior al aumento de la tasa de empleo femenino generado por la inversión en la construcción. Si la inversión se realizara en la asistencia social, no solo se estima que el empleo total generado directamente sería mayor, sino que la proporción de puestos para las mujeres también será superior.²¹

Efectos totales en el empleo, incluyendo efectos indirectos e inducidos

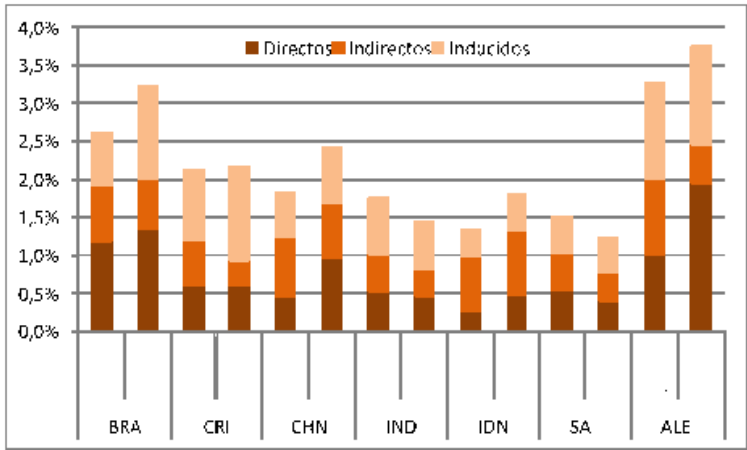
La inversión en cualquier sector generará efectos indirectos adicionales sobre el empleo ya que aumenta la demanda de productos de sus proveedores. Esta demanda y los efectos sobre el empleo tendrán un efecto multiplicador en la cadena de suministro, generando efectos indirectos sobre el empleo en muchos sectores (incluido dentro del sector o sectores en los que se realizó la inversión original).

²¹ Especialmente en Costa Rica y la India, ya que, como muestra la tabla 5, la proporción de mujeres empleadas en la asistencia social es mucho mayor que la proporción de mujeres empleadas en la atención sanitaria en ambos países (y también ligeramente superior en Brasil y Sudáfrica).

Además de los efectos indirectos existen efectos inducidos sobre el empleo como consecuencia de los ingresos familiares adicionales generados por el empleo adicional. Parte de estos ingresos se gastará y se convertirá en una fuente adicional del aumento de la demanda dentro de la economía, lo que generará empleo en los sectores en los que los hogares gastan sus ingresos.

Ambos efectos se pueden añadir a los efectos directos para ofrecer una visión general de los efectos sobre el empleo total, como muestra el gráfico 1 abajo. Los efectos totales sobre el empleo son lo que importa a la hora de entender cómo se puede utilizar la inversión para generar empleo.

Gráfico 1: Contribución de los efectos directos, indirectos e inducidos en el aumento de tasas de empleo por industria y país



Fuente: cálculos de los autores

Los efectos indirectos sobre el empleo representan una proporción mayor de los efectos directos en los países examinados en este estudio que en el estudio anterior (véanse el anexo 3 y las tablas A.1 y A.2 para más información). Es de esperar dado que el presente estudio cubre todo el sector de atención sanitaria y social en lugar de la asistencia social únicamente; la atención sanitaria utiliza muchos más insumos además de mano de obra, lo que crea demanda a lo largo de la cadena de suministro para estos insumos. Solamente podemos especular que la proporción más baja de efectos directos e indirectos sobre el empleo en el sector de la construcción frente a la del estudio anterior podría deberse a la subestimación importante del empleo directo en las economías que utilizan mucho empleo informal (véase la tabla 3) y/o una cadena de suministro menos integrada en economías con muchos trabajadores por cuenta propia (véase la tabla 2). Esto también se podría aplicar al sector sanitario y de cuidados.

El gráfico 1 también muestra la contribución de los efectos inducidos. Cabe señalar que estos efectos son más controvertidos y algunas oficinas nacionales de estadística no los calculan. Los hemos incluido porque cuando se calculan a menudo son importantes; sin embargo, se proporcionan bajo la premisa de que su magnitud debe considerarse únicamente indicativa.²²

La tabla 11 muestra los efectos sobre el empleo total combinando los puestos de trabajo generados por los efectos directos, indirectos e inducidos sobre el empleo.

Podemos ver que en la mayoría de los países la cantidad total de empleo generado por la inversión en el sector de salud y de cuidados es mayor que el generado por una inversión equivalente en la construcción. La inversión en la construcción solamente genera un poco más de empleo en la India y Sudáfrica. Por las razones expuestas en el examen de los efectos directos arriba, la concentración de la inversión en el sector sanitario y de cuidados en la asistencia social específicamente probablemente generaría un mayor empleo directo, lo que todavía daría lugar a mayores efectos en el empleo total. Esto sugiere que cuando se consideren proyectos de inversión para estimular el empleo, se debería considerar la inversión en la salud y los cuidados, y específicamente en la asistencia social, junto con el sector de la construcción, que ha sido favorecido tradicionalmente.

Tabla 11: Efecto total sobre el empleo

	Construcción		Sanidad y cuidados	
	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)
Brasil	3.394.000	2,6%	4.198.600	3,2%
Costa Rica	61.500	2,1%	62.900	2,2%
China	17.884.300	1,8%	23.954.500	2,4%
India	13.466.400	1,8%	11.028.300	1,4%
Indonesia	2.105.200	1,3%	2.799.300	1,8%
Sudáfrica	511.000	1,5%	414.300	1,2%
Alemania	1.581.600	3,3%	1.813.900	3,7%

Fuente: cálculos de los autores

La tabla 12 que los efectos sobre el empleo total de la inversión en la construcción favorecen el empleo masculino en todos los países. En Brasil, China y Alemania, la inversión en la salud y los cuidados reduciría las disparidades de empleo entre hombres y mujeres aumentando la tasa de empleo femenino más que la de empleo masculino. En los otros países, invertir en los sectores de la salud y los cuidados en su conjunto genera más puestos de trabajo para los hombres que para las mujeres porque, aunque el efecto directo de invertir en la salud y los cuidados genera más trabajos para las mujeres, los efectos indirectos e inducidos favorecen a los hombres debido al nivel bajo de empleo femenino en otros sectores. Sin embargo, el número de puestos de trabajo generados para las mujeres por la inversión en la salud y los cuidados es superior al generado por la inversión en la construcción en todos los países. Además, aunque el número de puestos de trabajo generados para

²² Los efectos inducidos, como se calculan aquí, son simplemente proporcionales a la masa salarial total adicional pagada a través de los efectos directos e indirectos sobre el empleo. La única diferencia con respecto a los efectos inducidos que nuestra metodología puede identificar es de magnitud. Véanse el anexo 3 y las tablas A.3 y A.4 para las cifras detalladas relativas a los efectos inducidos sobre el empleo.

los hombres mediante la inversión en la construcción es en general superior, la diferencia no es siempre grande. De hecho, en China e Indonesia el número de puestos de trabajo generados para los hombres mediante la inversión en la salud y los cuidados es ligeramente superior que el número de trabajos generados mediante la inversión en la construcción.

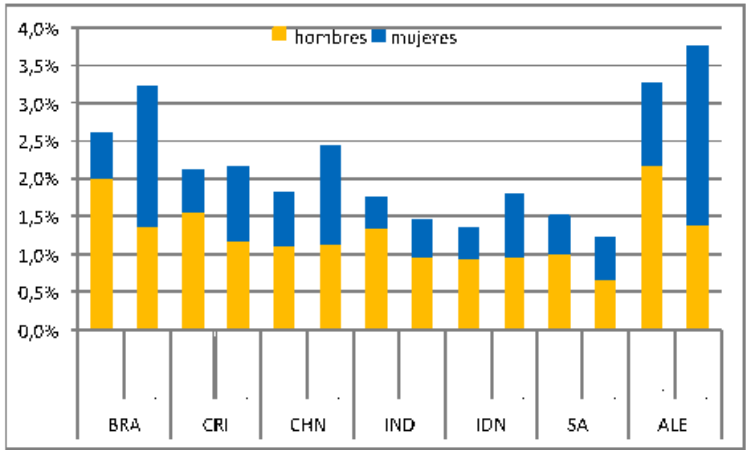
Tabla 12: Efectos sobre el empleo total desglosados por sexo

	Construcción			Sanidad y cuidados		
	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)
Brasil	22,5%	1,1%	4,1%	56,8%	3,6%	2,8%
Costa Rica	25,5%	1,0%	3,2%	44,0%	1,8%	2,5%
China	36,8%	1,4%	2,2%	51,5%	2,5%	2,3%
India	22,3%	0,8%	2,7%	32,5%	1,0%	1,9%
Indonesia	29,0%	0,8%	1,9%	44,9%	1,6%	2,0%
Sudáfrica	32,2%	0,9%	2,1%	43,4%	1,0%	1,4%
Alemania	32,8%	2,1%	4,4%	62,6%	4,6%	2,8%

Fuente: cálculos de los autores

El gráfico 2 ilustra estos resultados mostrando las contribuciones al aumento de las tasas de empleo total desglosadas por sexo. Esto confirma que el empleo femenino aumenta mucho más cuando la inversión se centra en la salud y los cuidados. Sin embargo, el empleo masculino también aumenta considerablemente mediante la inversión en la salud y los cuidados, a veces tanto como mediante la inversión en la construcción.

Gráfico 2: Contribución del empleo masculino y femenino al aumento de las tasas de empleo por sector y por país



Fuente: cálculos de los autores

La tabla 13 muestra la magnitud de la diferencia de empleo entre hombres y mujeres en cada país y el grado en el que cada tipo de inversión la reduciría o aumentaría.

Tabla 13: Diferencia de empleo entre hombres y mujeres y efectos sobre la misma de la inversión del 2% del PIB en los sectores de la construcción o la salud y los cuidados

	Disparidad de género en el empleo existente	Construcción		Sanidad y cuidados	
		Cambio en puntos % de la disparidad de género en el empleo	Como % de la disparidad de género en el empleo existente	Cambio en puntos % de la disparidad de género en el empleo	Como % de la disparidad de género en el empleo existente
Brasil	21,5%	3,0%	14%	-0,7%	-3%
Costa Rica	36,0%	2,2%	6%	0,6%	2%
China	14,0%	0,9%	6%	-0,2%	-2%
India	41,7%	1,8%	4%	0,9%	2%
Indonesia	30,0%	1,1%	4%	0,3%	1%
Sudáfrica	11,7%	1,2%	10%	0,4%	3%
Alemania	9,8%	2,3%	24%	-1,8%	-18%

Fuente: cálculos de los autores

La inversión en la construcción aumenta las diferencias de empleo entre hombres y mujeres en todos los países. Sin embargo, la inversión en la salud y los cuidados reduce las diferencias de empleo entre hombres y mujeres en Brasil, China y Alemania y las aumenta mucho menos que la inversión en la construcción en Costa Rica, la India, Indonesia y Sudáfrica. Por las razones expuestas arriba, es probable que más países registren una reducción de las diferencias entre hombres y mujeres en materia de empleo mediante una inversión en la salud y los cuidados dirigida específicamente a la asistencia social. Por este motivo, la reducción de las diferencias de empleo entre hombres y mujeres que se muestra en la tabla 15 es mucho mayor en Alemania, el único país donde la asistencia social constituye actualmente una proporción significativa de su sector sanitario y de cuidados.

Costa Rica y la India son buenos ejemplos de ello, ya que la proporción de mujeres que trabajan en el sector sanitario es mucho menor que la de mujeres que trabajan en el sector de la asistencia social (tabla 5). Aunque no es posible calcular el efecto total sobre el empleo de invertir específicamente en la asistencia social basándose en los datos disponibles, es posible estimar la diferencia que supondría con respecto a las proporciones por sexo del empleo generado destinar la inversión en salud y cuidados a la asistencia social.

Para ello, asumimos que los requisitos de mano de obra directa y todos los insumos utilizados son los mismos en todo el sector de salud y cuidados, por lo que el número total de puestos de trabajo generados por la inversión en el sector no variaría en función de dónde se destine la inversión.²³

Sin embargo, para estimar los porcentajes por sexo de este empleo podemos utilizar la proporción de mujeres que trabajan en la asistencia social en lugar de la salud y los cuidados en general. De este modo, el efecto directo sobre el empleo sería mayor para las mujeres: el 69% de trabajos generados directamente en la India serían para mujeres en lugar de 42,5%, y el 80% en lugar del 62% en Costa Rica (como muestra la tabla 10). Se asume que los efectos directos e indirectos sobre el empleo no cambian ni suavizan el impacto directo para la igualdad de género a través de las diferencias entre hombres y mujeres en materia de empleo remunerado en general en los países estudiados. Sin embargo, el hecho de tomar en consideración el efecto directo sobre el empleo en función del sexo de la inversión en la asistencia social en lugar de la salud y los cuidados en general hace que el efecto total sobre el empleo en función del sexo (tabla 12) pase de un 44% de los puestos recién creados ocupados por mujeres al 50% en Costa Rica y de 32% a 41% en la India.

²³ Se trata sin duda de una subestimación de los requisitos de mano de obra directa porque los salarios son en general más bajos en la asistencia social que en la atención sanitaria, por lo que se pueden esperar mayores requisitos de mano de obra directa. Sin embargo, podría ser contrarrestado por un menor número de puestos de trabajo generados indirectamente.

Sin embargo, otro efecto importante que contribuye a la igualdad de género que no se ha incluido en este análisis es el impacto de la propia inversión en las oportunidades para las mujeres en el mercado de trabajo. Se debería considerar la parte relativa al suministro del mercado de trabajo y en particular cómo la inversión en los servicios de cuidados puede suprimir algunos obstáculos para el trabajo remunerado de las mujeres como cuidadoras primarias (sustituyendo su trabajo no remunerado). Si se tomara como modelo en nuestro análisis empírico, esperaríamos que los puestos de trabajo creados recientemente (en el sector sanitario y de cuidados, pero especialmente en otras partes de la economía) sean ocupados por una mayor proporción de mujeres que la asumida en la simulación actual, reduciendo así las desigualdades de género de una forma que la construcción no lo haría.

Estos resultados señalan muy claramente la necesidad de evaluar los efectos sobre la igualdad de género en el empleo de cualquier estímulo para la inversión, tanto si su propósito principal es crear puestos de trabajo u otros fines. En particular, las formas más tradicionales de estímulo para la inversión, que suelen ser en la construcción, pueden agravar considerablemente las diferencias de empleo entre hombres y mujeres. En cualquier caso, para mitigar estos efectos sería necesario realizar esfuerzos fructíferos para combatir el predominio masculino de los proveedores del sector de la construcción, así como del propio sector de la construcción.

Este análisis no socava en sí mismo los argumentos a favor de invertir en la construcción. Más bien argumenta que, puesto que la inversión en la salud y los cuidados puede ayudar a corregir las desigualdades de empleo, y generar un estímulo para el empleo comparable o mayor, las decisiones relativas a la inversión deberían tomar en consideración no solo los efectos sobre el empleo, sino también los beneficios más amplios de cada inversión para la sociedad. El análisis muestra claramente que invertir en la infraestructura física no es la sola manera de estimular el empleo.

Los beneficios directos para la sociedad de invertir en la salud y los cuidados en sí, y en la asistencia social en particular, se examinan en otra sección del informe. Esto por sí solo constituye un argumento fuerte a favor de este tipo de inversión. Sin embargo, también se deben considerar los efectos sobre el empleo y sus efectos sobre las desigualdades de género refuerzan ese argumento, al menos en comparación con formas más tradicionales de estímulo del empleo. Si se debe justificar la inversión en la infraestructura física, también se debería hacer en cuanto a la necesidad de sus resultados y sus efectos negativos en función del género mitiga-

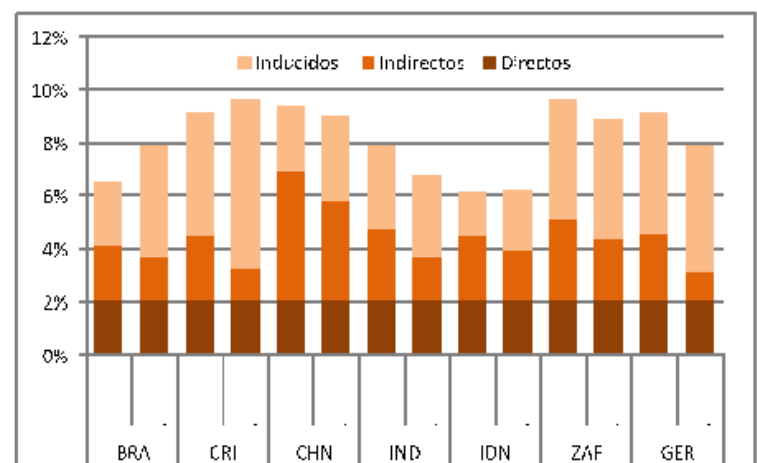
dos después por otro tipo de inversiones. En lo que respecta a la creación de empleo y sus efectos en las desigualdades de género, la inversión en cuidados tiende a ser más eficaz.

Efectos en el crecimiento económico

No solo es interesante analizar el efecto sobre el empleo, sino también el efecto global en el PIB, es decir, el efecto multiplicador en la producción debido al aumento de la demanda indirecta e inducida tras la inversión del 2% del PIB.

El gráfico 3 presenta resultados dispares. La inversión en la salud y los cuidados tiene menores efectos multiplicadores que la inversión equivalente en la construcción en China, India, Sudáfrica y Alemania, pero mayores en Brasil, Costa Rica e Indonesia. En todos los países, los efectos indirectos son mayores en el caso de la construcción que en el de la salud y los cuidados por las razones expuestas arriba, pero la situación es la contraria para la demanda inducida, debido en parte a unos niveles salariales superiores en el sector sanitario y de cuidados que en la construcción (en países con efectos directos relativamente importantes). En general, la inversión en cualquiera de los sectores tendrá efectos multiplicadores que irán de un aumento de un poco más del 3% (en Indonesia) a casi el 5% en Costa Rica (salud y cuidados) y Sudáfrica (construcción).

Gráfico 3: Efectos directos, indirectos e inducidos sobre el PIB



Fuente: cálculos de los autores

Conclusión

Este informe demuestra que las políticas que son eficaces para la promoción del crecimiento económico y el empleo son probablemente aquellas que incluyen inversión pública en infraestructura. Sin embargo, es necesario considerar la infraestructura desde un punto de vista más amplio que el expuesto normalmente en los informes de los planes de intervención keynesianos. La infraestructura social, las actividades que proporcionan asistencia sanitaria, educación, cuidado infantil y cuidados de larga duración para adultos, es vital para mantener y aumentar la capacidad de producción de una economía y además constituye una forma esencial de desarrollar la calidad de vida de la población. Los niveles actuales de inversión pública en estos servicios en los países estudiados en este informe, en particular en la salud y los cuidados, todavía están por detrás de los de los países de la OCDE.

A corto plazo, nuestras simulaciones han mostrado que invertir el equivalente del 2% del PIB en el sector sanitario y de cuidados o en el de la construcción genera efectos positivos considerables sobre el empleo y la producción. Las diferencias entre los países con respecto a la magnitud de estos efectos estaban asociadas a las diferencias en los niveles de productividad y la estructura de sus economías. La inversión en la salud y los cuidados tiene efectos mayores sobre el empleo total en Brasil, China e Indonesia y menores en Costa Rica. En Sudáfrica y la India, la inversión tiene efectos ligeramente menores sobre el empleo que una inversión comparable en la construcción. Sin embargo, en todos los países salvo en la India, se generan más puestos de trabajo para las mujeres si la inversión se realiza en las actividades sanitarias y de cuidados, lo que reduce las desigualdades de género en el empleo.

Aunque los datos no permitieron que el análisis extrajera los efectos sobre el empleo de invertir en asistencia social (cuidado infantil y cuidados de larga duración) específicamente, los resultados mostraron que dados los niveles salariales más bajos y la mayor presencia femenina en los servicios de asistencia social que en los de asistencia sanitaria, se esperaba que los efectos directos sobre el empleo fueran algo mayores que los de la inversión en el sector de salud y cuida-

dos en general. Sin embargo, la asistencia social exige una menor producción y los trabajadores del sector suelen ganar menos, por lo que el efecto sobre la demanda indirecta e inducida es menos clara, aunque si el patrón observado en los países de ingresos más altos en nuestro estudio precedente se aplicara aquí, el efecto sobre el empleo total de invertir específicamente en la asistencia social sería mayor.

Esta simulación ha permitido comparar los países mediante la inversión de una proporción similar del PIB de cada país en los sectores. Se podría examinar otro tipo de comparación consistente en estimar los efectos de equiparar los niveles de gasto en la salud y los cuidados de los países más desarrollados. Por ejemplo, como muestra la tabla 1, si se utiliza Alemania como punto de referencia, la inversión adicional en salud que se requiere como porcentaje del PIB para alcanzar el 11% de Alemania iría de 2% en Costa Rica (según la simulación), 2,5% en Sudáfrica, 3% en Brasil, 6% en China, 6,5% en la India a 8% en Indonesia (cuatro veces la simulación utilizada en este informe). Los efectos sobre el empleo en la India e Indonesia se magnificarían en consecuencia. Como los niveles actuales de gasto y empleo en el sector sanitario y de cuidados hacen que el acceso a los servicios de asistencia sanitaria y social de alta calidad esté muy por debajo del observado en los países de ingresos altos de la OCDE, se puede defender fácilmente la inversión en esos servicios, además de la mejora de la infraestructura física vital, como el agua potable, los sistemas de saneamiento y las redes de transporte para las comunidades remotas.

Además, es más probable que la inversión en los servicios de cuidados suprima barreras para el empleo de mujeres y aumente su suministro de mano de obra en general. Con un número mayor de mujeres ocupando los puestos de trabajo recién creados, especialmente en otros sectores a través de los efectos indirectos e inducidos, el efecto igualador sobre el empleo de invertir en los cuidados sería más pronunciado que el observado actualmente en nuestras simulaciones, especialmente en países con diferencias mayores de empleo entre hombres y mujeres, como la India, Costa Rica e Indonesia.

Finalmente, el argumento debe ser que los beneficios de invertir tanto en infraestructura social como en infraestructura sostenible y respetuosa del medio ambiente van más allá de sus efectos en la economía y el empleo. Proporcionar atención sanitaria y social de alta calidad es una característica de una sociedad civilizada y saludable y, por sí misma, es una condición suficiente para defender la inversión pública en servicios de atención de alta calidad. Además, invertir tanto en servicios de cuidados como invertir en proyectos de construcción que satisfagan criterios renovables y respetuosos con el medio ambiente son pasos esenciales para permitir que las sociedades sean sostenibles. Los dos tipos de inversión deberían considerarse juntos. Este informe sugiere que, dada la necesidad apremiante de resolver las carencias en el sector de la sanidad y cuidados y abordar las desigualdades de género, debería darse una mayor prioridad a la inversión en infraestructura social. Los resultados de este análisis y otros estudios muestran que, como alternativa eficaz a la austeridad y el reajuste estructural, la inversión en infraestructura física no puede ser presentada como la única forma de inversión de estímulo del empleo y la actividad económica.

Referencias

- Acciari, L. (de próxima publicación), 'Domestic workers' mobilisations in Brazil and the struggle for labour rights', tesis doctoral, Londres: London School of Economics.
- Ahmed, S. (2002), 'Mainstreaming Gender Equity in Water Management: Institutions, Policy and Practice in Gujarat, India', in *Natural Resources Management and Gender: A Global Source Book*. KIT (Royal Tropical Institute), Países Bajos, págs. 33-43.
- Antonopoulos, R., Adam, S., Kim, K., Masterson, T., Papadimitriou, T. (2014), 'Responding to the Unemployment Challenge: A Job Guarantee Proposal for Greece'. Levy Institute Research Report. Disponible en: <http://www.levyinstitute.org/publications/responding-to-the-unemployment-challenge-a-job-guarantee-proposal-for-greece>
- Banco Mundial (2012), Informe sobre el desarrollo mundial. Igualdad de género y desarrollo. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Spanish.pdf>
- Banco Mundial (2016), Databank Popular Indicators. Disponible en: http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=SI.POV.GINI&id=af3ce82b&report_name=Popular_indicators&populartype=series&ispopular=y
- De Henau, J., Himmelweit, S., Lapniewska, Z., Perrons, D. (2016) 'Invertir en la economía de cuidados. Un análisis de género sobre los incentivos de empleo en siete países de la OCDE', informe del Women's Budget Group para la Confederación Sindical Internacional, Bruselas, marzo de 2016. Disponible en: <http://www.ituc-csi.org/invertir-en-la-economia-de?lang=es>
- Elson, D. y Fontana, M. (2014), 'Public provision on water provision and early childhood education and care: do they reduce or redistribute unpaid work?', *Gender and Development*, 22 (3): 459-474
- Engles, Z. (2011), 'Costa Rica Balancing Act. Social welfare programs and Neoliberal Reforms', *Claremont Journal of International Affairs*. Disponible en: <https://claremontjia.wordpress.com/2011/08/05/costa-rica%E2%80%99s-balancing-act-social-welfare-programs-and-neoliberal-policies/>
- FMI (2016), *South Africa Labour market Dynamics and Inequality*, WP/16/137 escrito por R. Anand., Kuthari, S. y Kumar, N. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=44078.0>
- Gideon, J. (2016), 'Migration and health in a Chinese Context: examining linkages through a gender lens'. En J. Gideon (eds) *International Handbook on Gender and Health*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Gretton, P. (2013), 'On input-output tables: uses and abuses', Australian Productivity Commission, documento de investigación del personal [en línea] <http://www.pc.gov.au/research/completed/input-output-tables> (consultado el 04/08/2015)
- Huang, S. (2016), 'Investigating resistances in China's transition from the One Child Policy to the Universal Two-Child Policy', tesina, Gender Institute, London School of Economics.
- Kabeer, N., Assaad, R., Darkwah, A., Mahmud, S., Sholkamy, H., Tasneem, S. y Tsikata, D. (2013), *Trabajo remunerado, empoderamiento de las mujeres y crecimiento inclusivo: transformación de las estructuras de restricciones*, Nueva York: ONU Mujeres. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2013/1/paid-work-womens-empowerment-and-inclusive-growth>
- Keynes, J M. (1936), *The General Theory of Employment, Interest and Money, Book III, The Propensity to Consume, Chapter 10: The Marginal Propensity to Consume and the Multiplier*. En *The Collected Writings of John Maynard Keynes*, Volumen VII, Londres: MacMillan St Martin's Press
- Keynes, J M (1937), *The Collected Writing Volume XXI. Activities 1931-39. World Crises and Policies in Britain and America*, pág. 390 (editado por Donald Moggridge, Cambridge: Macmillan y Cambridge University Press.

Naciones Unidas (2016), Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

ONUSIDA (2016), indicadores sobre el VIH, [en línea] <http://aidsinfo.unaids.org/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), Repositorio de datos del Observatorio mundial de la salud [en línea] (disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.home>, consultado el 13/07/2016)

Paes de Barros, R., Olinto, P., Lunde, T. y Carvalho, M. (2011), 'The Impact of Access to Free Childcare on Women's Labor Market Outcomes: Evidence from a Randomized Trial in Low-income Neighborhoods of Rio de Janeiro', informe preparado para el Foro de Economistas 2011 del Banco Mundial, marzo de 2011.

Paim, J., Travassos, C. A., Ligia B., Macinko, J. (2011), 'The Brazilian health system: history, advances, and challenges', *Lancet*, mayo: 1778-1797

Reuters (2016), 'Brazil's unemployment rate hits 4-year high as recession bites', 29 de julio. Disponible en: <http://www.cnbc.com/2016/07/29/brazils-unemployment-rate-hits-4-year-high-as-recession-bites.html>

Sauma, P. (2012), 'Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica', Naciones Unidas, CEPAL, División de Asuntos de Género, Santiago de Chile.

Scheil-Adlung, X. (2015), 'Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries', documento de trabajo 50 de la ESE, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

Scottish Government (2015), Input-Output Methodology Guide [en línea], disponible en: <http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/MultiplierMethodology> (consultado el 04/07/2016)

Skidelsky, R. y Martin, F., (2012), 'Printing money and tax cuts aren't enough. We need real investment', *New Statesman*, 2 de marzo, Londres. Disponible en: <http://www.newstatesman.com/economy/2012/03/investment-government-policy>

Smith, A. (1776), *The Wealth of Nations*, Volume 2 Book 5 Chapter 1, (1976 edition) Chicago: University Press.

Tcheineva, P. (2012), 'What Do Poor Women Want? Public Employment or Cash Transfers? Lessons from Argentina', documento de trabajo 705 de Levy Institute. Disponible en: <http://www.levyinstitute.org/publications/what-do-poor-women-want-public-employment-or-cash-transfers>

Anexo 1: metodología de simulación

Método general

Este análisis utiliza tablas insumo-producto elaboradas por las oficinas nacionales de estadística para calcular los efectos totales sobre el empleo de la demanda adicional de productos de un sector particular generada, por ejemplo, por el gasto público. La metodología utilizada es muy conocida. En este análisis hemos seguido de cerca los métodos utilizados por la oficina de estadística del gobierno escocés (ver gobierno escocés 2015), a los que se hace referencia abajo como las “notas sobre metodología escocesa”.

Así es como se explican las diferentes formas en que se genera empleo:

“Si se produce un aumento de la demanda final de un producto particular, podemos asumir que se producirá un aumento de la producción de ese producto, cuando los productores reaccionen para satisfacer el aumento de la demanda; este es el efecto directo. Cuando estos productores aumenten su producción, también habrá un aumento de la demanda para sus proveedores y también en la cadena de suministro; este es el efecto indirecto (también denominado Tipo I). Como consecuencia de los efectos directos e indirectos, el nivel de ingresos familiares en toda la economía aumentará a raíz del aumento del empleo. Una proporción de estos ingresos adicionales se gastará en bienes y servicios finales: este es el efecto inducido (también denominado Tipo II)”.

[<http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/Multipliers>] (énfasis añadido)

En este estudio estamos interesados en los efectos sobre el empleo y se estiman calculando los cambios directos, indirectos e inducidos totales sobre el empleo debidos a un aumento unitario de la demanda final. También calculamos los efectos directos, indirectos e inducidos sobre el empleo por separado. Entonces podemos multiplicar cualquier demanda adicional propuesta por el efecto total sobre el empleo, o cualquiera de sus componentes, para calcular la cantidad de empleo adicional generado.

Efectos sobre el empleo Tipo I (indirectos)

1) El proceso empieza con tablas simétricas publicadas, dando la cantidad de producción del sector utilizada directamente en el sector (donde y son filas y columnas de industrias respectivamente; las filas muestran el suministro y las columnas el uso):

- Estas tablas también incluyen filas para las importaciones y el valor bruto añadido por sector y las sumas totales de las columnas dan la producción total de cada sector;
- Asimismo, incluyen columnas para la composición de la demanda final del gobierno, consumidores (hogares), la formación bruta de capital y las exportaciones;
- Estas tablas son elaboradas por las oficinas nacionales de estadística, pero algunas proporcionan tablas de producto por producto ($P \times P$) en lugar de industria por industria ($I \times I$). La metodología utilizada posteriormente no cambia pero los resultados deben interpretarse en relación con productos en lugar de industrias;
- Ver las notas sobre la metodología escocesa para una explicación sobre cómo se obtienen tablas simétricas, lo cual no es totalmente simple. Cada oficina estadística hace suposiciones ligeramente diferentes.

2) Se calcula a partir de la tabla simétrica o se averigua de la oficina de estadística la matriz de requisitos directos, \mathbf{A} , cuyas celdas dan la cantidad de producto de la industria necesario **directamente** para producir una unidad del producto de la industria j

- W_j la producción total de la industria j , se calcula como el total de la columna j de la tabla simétrica
- La matriz de requisitos directos, \mathbf{A} , se calcula de la tabla simétrica dividiendo cada celda por el total de su columna

3) Se calcula de la matriz de requisitos directos o también se averigua de la oficina de estadística la matriz inversa de Leontief o la matriz de 'requisitos totales', \mathbf{L} , cuyos elementos capturan la cadena de suministro completa y ofrecen la cantidad total del producto de la industria que se necesita **directa e indirectamente** para producir una unidad del producto de la industria j .

- La matriz de requisitos totales, \mathbf{L} , se calcula a partir de la matriz de requisitos directos mediante $\mathbf{L} = \mathbf{I} + \mathbf{A} + \mathbf{A}^2 + \mathbf{A}^3 \dots = (\mathbf{I} - \mathbf{A})^{-1}$, donde \mathbf{I} es la matriz identidad.
- El multiplicador de producción de Tipo I para la industria equivale a $\sum_i \mathbf{L}_{ij}$

4) De las cifras sobre el empleo por industria, se calcula el vector de empleo directo, \mathbf{w} , cuyos componentes dan el **empleo directamente** necesario para producir una unidad del producto de la industria j

- w_j se calcula como empleo en la industria j dividido por su producción total Y_j . Puede ser el número de empleados o ETC
- De manera similar, se puede calcular un vector que registre el empleo diferenciado por sexo por industria (nosotros utilizamos la proporción de mujeres empleadas). De nuevo, puede ser el número de empleados o ETC
- Se debe observar que las cifras de ETC y el desglose por sexo no están siempre disponibles para industrias categorizadas como en las tablas insumo-producto. Si los datos sobre el empleo estaban menos desglosados, p.ej. en Australia, se aplicó el mismo desglose por sexos a todas las subdivisiones. Cuando los datos sobre el empleo estaban más desglosados o desglosados de diferente manera, p.ej. en los sectores del gobierno de EE.UU., se afinó el desglose por sexo para cada sector utilizando otras fuentes caso por caso.

5) Los efectos sobre el empleo (y los efectos sobre el empleo correspondientes en función del sexo) para cada industria j se calculan de la forma siguiente:

- El **efecto directo** es w_j , la mano de obra directa que se necesita para producir una unidad de producto de la industria j
- El **efecto total Tipo I** (directo más indirecto) es $\sum_i w_i \mathbf{L}_{ij}$, la suma de toda la mano de obra necesaria directa e indirectamente para producir una unidad adicional del producto de la industria j

- El **efecto indirecto** se calcula como la diferencia entre el Tipo I total y el efecto directo $\sum_i w_i \mathbf{L}_{ij} - w_j$, que da la mano de obra necesaria indirectamente para producir una unidad del producto de la industria j

7) Entonces se puede calcular el/los multiplicador(es) del empleo, el coeficiente efectos indirectos-efectos directos (incluido por sexo, ETC, etc.)

- Asimismo, se pueden calcular los efectos sobre la(s) tasa(s) de empleo.
- El aumento de puntos porcentuales en la tasa de empleo (por sexo) equivale al efecto total sobre el empleo dividido por la población en edad de trabajar (de ese sexo). Efectos sobre el empleo Tipo II (inducidos)

Efectos sobre el empleo de Tipo II (inducidos)

1) Para los efectos de tipo II, aumentamos la matriz de requisitos directos \mathbf{A} añadiendo el sector doméstico. Utilizando datos de la tabla simétrica, añadimos una columna a la matriz \mathbf{A} que da la composición de la demanda de los consumidores por sector por unidad de renta familiar y una fila que da la remuneración de los empleados (e idealmente incluyendo también ingresos de trabajo autónomo pero no beneficios) por unidad de producto de cada industria.

2) La columna adicional de la demanda de los consumidores por industria se deriva de la columna correspondiente de la tabla simétrica dividido por la renta familiar total. Esta última se puede encontrar normalmente en los datos de las cuentas nacionales (sector doméstico). Cuando la renta familiar no está disponible directamente utilizamos el gasto doméstico total dividido por $(1 - \text{coeficiente de ahorro bruto})$.

- El sector de los hogares normalmente incluye las instituciones sin ánimo de lucro que ofrecen servicios a los hogares (a no ser que estén separados) y no se ha realizado ningún ajuste para contabilizar esta categoría

3) Entonces los cálculos del empleo son los mismos que antes, lo que crea una matriz inversa de Leontief de tipo II aumentada, \mathbf{L}' que se utiliza para calcular:

- El **efecto total Tipo II** (directo, indirecto e inducido) es $\mathbf{L}' - \sum_i w_i \mathbf{L}_{ij}$, la suma de toda la mano de obra adicional necesaria, directamente, indirectamente e inducida, cuando se produce una unidad adicional del producto de la industria j ;

- El **efecto inducido** se calcula como $\sum_i w_i L'_{ij} - \sum_i w_i L_{ij}$, la diferencia entre los efectos totales de Tipo I y de Tipo II. Esto da el empleo inducido por el consumo adicional en los hogares cuando se produce una unidad adicional del producto de la industria.

Limitaciones

Algunas oficinas de estadística calculan estos efectos sobre el empleo ellas mismas, pero muchas no lo hacen, aunque proporcionen las tablas insumo-producto y otros datos necesarios para calcularlos. Una razón por la que algunas no lo hacen es que la derivación de los efectos sobre el empleo implica hacer suposiciones bastante fuertes.

Abajo enumeramos las suposiciones que son más pertinentes para nuestro análisis y, cuando podemos, indicamos los efectos probables si no se sostienen.

1. **Suministro disponible.** Se supone que la economía no tiene limitaciones en lo que respecta al suministro, es decir, que cualquier insumo adicional necesario, incluida mano de obra, puede ser encontrado o producido sin tomar recursos de actividades existentes. Si no es el caso, los efectos sobre el empleo estarán sobrevalorados. Los efectos reales sobre el empleo probablemente dependerán del grado en el que la economía opere a capacidad plena o casi plena o de si hay desempleo.
2. **Ningún efecto en niveles salariales o precios.** Si existen limitaciones en cuanto a la disponibilidad de insumos, como mano de obra cualificada, se espera que aumenten los salarios y los precios y que, por lo tanto, se reduzca la cantidad que una cantidad determinada de gasto puede adquirir. Se supone que no se dan estos efectos de exclusión. Por este motivo, especialmente cuando haya otras escaseces de mano de obra cualificada o de otro tipo, se pueden sobrevalorar los efectos sobre el empleo.
3. **Ningún cambio en los métodos de producción.** Se supone que la demanda adicional no lleva a un cambio en cómo las industrias producen sus productos y, por lo tanto, sus requisitos de insumo (y cómo se obtienen). Es posible que esta premisa no se sostenga cuando existen requisitos de capital fijo, economías de escala o diversas formas de producir el mismo resultado. Si esta suposición no se sostiene pero las dos suposiciones previas sí lo hicieran, todavía se podrían subestimar los efectos sobre el empleo.
4. **Todos los hogares gastan de la misma manera y continúan haciéndolo.** Al calcular los efectos inducidos, se supone que la demanda final de los hogares mantiene su composición existente y simplemente aumenta o disminuye en proporción a la renta familiar. Si el empleo adicional lleva a los hogares a ahorrar más, este supuesto no se mantiene y es probable que se exageren ligeramente los efectos sobre el empleo. Además, este supuesto no se sostendrá si cualquier ingreso adicional generado a través de empleo va a parar a hogares cuyos patrones de gasto difieren sistemáticamente de la media, aunque sin investigar los patrones de gasto de diferentes tipos de hogar no podemos saber si esto llevaría a la sobrestimación o subestimación de los efectos sobre el empleo.

Ver Paul Gretton (2013) para un análisis más completo de los supuestos y los posibles obstáculos de este tipo de análisis.

Anexo 2: fuentes y definiciones utilizadas en la simulación

Fuentes principales del análisis de la simulación de insumos-producto

- Los datos principales se extraen de las tablas insumo-producto de la OCDE, disponibles como parte de su base de datos de análisis estructural (<http://stats.oecd.org/>). Las tablas se presentan por industria con precios básicos e incluyen las matrices inversas de Leontief de tipo I.
- La base de datos de la OCDE incluye datos sobre el empleo por industria para todos los países salvo Costa Rica, para el cual utilizamos datos del censo (2011) de su oficina nacional de estadística (<http://www.inec.go.cr/>). Los datos sobre el empleo por industria se presentan por número de empleados, para todo el empleo remunerado (informal y formal, rural y urbano, para todos los tipos de empleo, a saber, asalariados, trabajadores por cuenta propia, empleadores así como trabajadores familiares, siempre y cuando se les pague).
- Los datos sobre la proporción de mujeres en cada sector se extraen de diferentes fuentes estadísticas nacionales o la base de datos sobre empleo ILOSTAT de la OIT, ya que la base de datos de la OCDE no proporciona estos datos:
 - o Brasil: Censo 2010
 - o Costa Rica: Censo 2011
 - o China: ILOSTAT (sector manufacturero agregado)
 - o India: Censo 2011
 - o Indonesia: ILOSTAT (sector manufacturero agregado)
 - o Sudáfrica: Censo 2011
 - o Alemania: Base de datos Eurostat
- Otras fuentes alternativas incluyen datos de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas (población, renta familiar disponible y tipos de cambio) disponibles en <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>.
- Se han realizado controles de comparabilidad y coherencia con otras tablas insumo-producto existentes para algunos países:
 - o World Input-Output Database (WIOD) para la India, Indonesia, China y Brasil (http://www.wiod.org/new_site/home.htm)
 - o Tabla insumo-producto nacional para Sudáfrica de Statistics South Africa (http://www.statssa.gov.za/?page_id=7944).

Clasificaciones de las industrias

Las tablas de la OCDE distinguen entre 34 industrias, agrupadas en base a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU rev.3.1), como sigue:

C01T05: Agricultura, caza, silvicultura y pesca	C40T41: Suministro de electricidad, gas y agua
C10T14: Explotación de minas y canteras	C45: Construcción
C15T16: Productos alimenticios, bebidas y tabaco	C50T52: Comercio al por mayor y al por menor; reparación
C17T19: Fabricación de productos textiles, cuero y calzado	C55: Hoteles y restaurantes
C20: Producción de madera y fabricación de productos de madera y corcho	C60T63: Transporte y almacenamiento
C21T22: Fabricación de papel y de productos de papel, edición e impresión	C64: Correo y telecomunicaciones
C23: Fabricación de coque, productos de la refinación del petróleo y combustible nuclear	C65T67: Intermediación financiera
C24: Fabricación de sustancias y productos químicos	C70: Actividades inmobiliarias
C25: Fabricación de productos de caucho y plástico	C71: Alquiler de maquinaria y equipo
C26: Fabricación de otros productos minerales no metálicos	C72: Informática y actividades conexas
C27: Fabricación de metales comunes	C73T74: IyD y otras actividades empresariales
C28: Fabricación de productos elaborados de metal	C75: Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
C29: Fabricación de maquinaria y equipo n.c.p.	C80: Enseñanza
C30T33X: Fabricación de maquinaria de oficina, contabilidad e informática	C85: Servicios sociales y de salud
C31: Fabricación de maquinaria y aparatos eléctricos n.c.p.	C90T93: Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales
C34: Fabricación de vehículos automotores, remolques y semirremolques	C95: Actividades de hogares privados como empleadores de personal doméstico
C35: Otros tipos de equipo de transporte	
C36T37: Industrias manufactureras, reciclado	

Las industrias utilizadas en el presente estudio son ‘C45 construcción’ y ‘C85 servicios sociales y de salud’.

C45 equivale a la sección F división 45 (construcción) e incluye las actividades siguientes, según las explicaciones de la División de Estadística de las Naciones Unidas:

“Esta división abarca las actividades corrientes y algunas actividades especiales de empresas de construcción de edificios y estructuras de ingeniería civil, acondicionamiento de edificios y terminación de edificios. Se incluyen las obras nuevas, las reparaciones, las ampliaciones y reformas, la erección in situ de estructuras y edificios prefabricados y la construcción de obras de índole temporal”. (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=17&Lg=3&Co=37>)

C85 pertenece a la sección N división 85 (servicios sociales y de salud), que incluye los grupos 851 (actividades relacionadas con la salud humana), 852 (actividades veterinarias) y 853 (actividades de servicios sociales). Sin embargo, la industria C85 de insumo-producto de la OCDE excluye las actividades veterinarias, que están agrupadas con la industria C73T74 (IyD

y otras actividades comerciales que incluyen otras profesiones como derecho, contabilidad y servicios de seguridad). La clasificación revisada (CIIU rev 4) está más centrada e incluye solo las actividades relacionadas con la salud humana (división 86) y el trabajo social, residencial (división 87) o no (división 88), en consonancia con el estudio anterior (De Henau et al., 2016).

Las actividades incluidas en esta industria se describen de la siguiente manera (excluyendo las actividades veterinarias):

“Este sector comprende la prestación de servicios de atención de la salud mediante diagnóstico y tratamiento y la prestación de servicios de residencia por razones médicas y sociales, así como la prestación de asistencia social, como servicios de asesoramiento, bienestar social, protección infantil, y vivienda y alimentación a cargo de la comunidad, rehabilitación profesional y cuidado de los niños para las personas que requieren ese tipo de asistencia”.

(<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=17&Co=85&Lg=3>)

Empleo informal

Los datos sobre empleo informal provienen de las Estadísticas y bases de datos de la Oficina Internacional de Trabajo (ver ILOSTAT en <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang-es/index.htm>). La definición de empleo informal según la OIT incluye:

- Trabajadores por cuenta propia en el sector informal (no sujetos a la seguridad social ni al impuesto sobre la renta);
- Trabajadores por cuenta propia que producen bienes exclusivamente para el propio uso final de su hogar (por ej. agricultura de subsistencia o construcción de su propia vivienda);
- trabajadores familiares auxiliares, independientemente de si trabajan en empresas del sector formal o informal. El carácter informal de sus trabajos se debe al hecho de que los trabajadores familiares normalmente no tienen contratos de trabajo explícitos por escrito y su empleo no está sujeto a la legislación laboral, normativas relativas a la seguridad social, convenios colectivos, etc.;

- Asalariados que tienen empleos informales tanto empleados por empresas del sector formal, por empresas del sector informal, o por hogares que les emplean como trabajadores domésticos asalariados. Se considera que los asalariados tienen un empleo informal si su relación de trabajo, de derecho o de hecho, no está sujeta a la legislación laboral nacional, el impuesto sobre la renta, la protección social o determinadas prestaciones relacionadas con el empleo (preaviso al despido, indemnización por despido, vacaciones anuales pagadas o licencia pagada por enfermedad, etc.) por motivos como:

- la no-declaración de los empleos o de los asalariados;
- empleos ocasionales o empleos de limitada corta duración;
- empleos con un horario o un salario inferior a un límite especificado (por ejemplo para cotizar a la seguridad social);
- el empleador es una empresa no constituida en sociedad o una persona en un hogar particular;
- el lugar de trabajo del asalariado se encuentra fuera de los locales de la empresa del empleador (por ejemplo, los trabajadores fuera del establecimiento y sin contratos de trabajo);
- o empleos a los cuales el reglamento laboral no se aplica, no se hace cumplir o no se hace respetar por otro motivo.

Los criterios operativos utilizados por los países para definir los trabajos informales de los empleados incluyen: falta de cobertura por el sistema de seguridad social; la falta de derecho a vacaciones anuales o baja por enfermedad retribuidas; y ausencia de contrato de trabajo por escrito.

Anexo 3: Tablas adicionales

Tabla A.1 Efectos indirectos sobre el empleo a lo largo de la cadena de suministro

	Construcción	Sanidad y cuidados		
	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)	Número de empleos generados	Aumento nº de personas empleadas (puntos %)
Brasil	953.000	0,7%	851.000	0,7%
Costa Rica	17.000	0,6%	9.000	0,3%
China	7.609.000	0,8%	7.124.000	0,7%
India	3.783.000	0,5%	2.654.000	0,3%
Indonesia	1.169.000	0,7%	1.319.000	0,8%
Sudáfrica	164.000	0,6%	121.000	0,4%
Alemania	481.000	1,0%	249.000	0,5%

Fuente: Cálculos de los autores

Tabla A.2 Efectos del empleo indirecto por género

	Construcción			Sanidad y cuidados		
	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)
Brasil	29,7%	0,4%	1,0%	37,5%	0,5%	0,8%
Costa Rica	28,1%	0,3%	0,9%	31,6%	0,2%	0,4%
China	42,8%	0,7%	0,9%	44,3%	0,6%	0,8%
India	18,0%	0,2%	0,8%	23,1%	0,2%	0,5%
Indonesia	33,4%	0,5%	1,0%	37,5%	0,6%	1,0%
Sudáfrica	32,6%	0,3%	0,7%	33,7%	0,2%	0,5%
Alemania	36,3%	0,7%	1,3%	47,6%	0,5%	0,5%

Fuente: Cálculos de los autores

Tabla A.3: Efectos inducidos del gasto de los hogares en el empleo

	Construcción		Sanidad y cuidados	
	Número de empleos generados	Aumento n° de personas empleadas (puntos %)	Número de empleos generados	Aumento n° de personas empleadas (puntos %)
Brasil	895.800	0,7%	1.569.400	1,2%
Costa Rica	26.200	0,9%	35.500	1,2%
China	5.595.400	0,6%	7.113.400	0,7%
India	5.676.700	0,7%	4.846.700	0,6%
Indonesia	533.200	0,3%	724.800	0,5%
Sudáfrica	156.900	0,5%	155.300	0,5%
Alemania	602.600	1,2%	617.300	1,3%

Fuente: Cálculos de los autores

Tabla A.4: Efectos del empleo inducido por género

	Construcción			Sanidad y cuidados		
	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)	% de puestos generados ocupados por mujeres	Aumento de tasa de empleo femenino (puntos %)	Aumento de tasa de empleo masculino (puntos %)
Brasil	47,7%	0,6%	0,7%	47,7%	1,1%	1,3%
Costa Rica	38,1%	0,7%	1,1%	38,1%	0,9%	1,6%
China	47,5%	0,5%	0,6%	47,5%	0,7%	0,7%
India	29,8%	0,5%	1,0%	29,8%	0,4%	0,9%
Indonesia	39,0%	0,3%	0,4%	39,0%	0,4%	0,6%
Sudáfrica	35,0%	0,3%	0,6%	35,0%	0,3%	0,6%
Alemania	46,6%	1,1%	1,3%	46,6%	1,2%	1,4%

Fuente: Cálculos de los autores

Editora responsable legal:
Sharan Burrow, Secretaria General

CSI
Bd du Roi Albert II, 5, Bte 1, 1210-Bruselas, Bélgica
Tel : +32 2 224 0211 Fax : +32 2 201 5815 Email :
press@ituc-csi.org Web : www.ituc-csi.org

D/2017/11.962/4